

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России
Российское общество акушеров-гинекологов
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

МАТЕРИАЛЫ

**XI Всероссийского
научного форума**

Мать и дитя

Москва
МВЦ «Крокус Экспо»

28 сентября — 1 октября 2010 года

Главный редактор:

Г.Т. Сухих

Редактор:

И.И. Баранов

Материалы XI Всероссийского научного форума

«Мать и дитя»

М., 2010 — 688 с.

Генеральный спонсор

МСД Фармасьютикалс

Генеральный партнер:

Санofi-авентис груп

Главные спонсоры:

Штада Маркетинг

Эбботт Продактс

Астеллас Фарма Юроп Б.В.

Тева

Безен Хелскеа РУС

Гедеон Рихтер

Сандоз

Байер

Спонсоры:

Инвар

Биокад

Национальная Исследовательская Компания

ГлаксоСмитКляйн Трейдинг

Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн

МираксФарма

«Ядран» Галенский Лабораторий

ЭЛЛМАН-РУС

Университи Рисэрч Ко.

Акрихин Фарма

Медтест-КоммонСенс

Спонсоры почтовой рассылки:

ЦСМ Медикор

БЕРЛИН-ХЕМИ/МЕНАРИНИ ФАРМА ГмбХ

ISBN 978-594943-055-2

©«МЕДИ Экспо», 2010

ВНЕДРЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Г.Т.Сухих

Состояние здоровья населения, свидетельствующее об уровне развития экономики, культуры, образования и благополучия нации, в начале XXI века вызывало в нашей стране серьезную тревогу. С учетом сложившейся ситуации государством были разработаны и осуществлены масштабные мероприятия, направленные модернизацию здравоохранения, стимулирование рождаемости, улучшение материального положения семей с детьми.

Итоги демографического развития страны в 2008-2009 гг. свидетельствуют о том, что предпринятые меры оказались своевременными и эффективными. Значительное влияние на положительную динамику демографических показателей оказала реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Число родившихся детей в 2009 году — самое высокое в истории современной России.

Сегодня одним из наиболее реальных и перспективных направлений улучшения демографической ситуации является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения. При этом отмечается неуклонный рост гинекологических заболеваний практически по всем нозологическим формам, показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 14%, около 1,5 млн семей нуждаются во вспомогательных репродуктивных технологиях.

Нарушения репродуктивного здоровья негативно сказываются на репродуктивном потенциале нации. В последние годы развитие научных исследований было направлено на разработку и внедрение современных методов диагностики и лечения в практическое акушерство, гинекологию и перинатологию.

Исследования, выполненные российскими учеными показали, что применение эхографии с трехмерной реконструкцией изображения, эхокардиографии, доплероэхокардиографии, доплерометрии с цветным доплеровским картированием позволяет еще в антенатальном периоде диагностировать подавляющее большинство аномалий развития плода. Благодаря внедрению разработанных методик точность диагностики анатомически выраженных аномалий развития плода на сегодняшний день составляет 92%. Изучены особенности развития эмбриона, плода, плаценты при неосложненной беременности, крайне важные для прогнозирования течения гестации и возможного формирования отклонений от ее нормального течения.

Дано патогенетическое обоснование роли тромбофилии в генезе наиболее распространенных форм акушерской патологии. Тромбофилия в целом выявляется у 65% пациенток с синдромом потери плода, у 90% пациенток с неудачами ЭКО в анам-

незе, до 80% пациенток с преэклампсией и у 100% пациенток с тромбозами в анамнезе и отслойкой плаценты.

Ранняя комплексная дифференцированная терапия осложнений беременности у женщин с привычной потерей плода позволила существенно снизить частоту развития угрозы прерывания, самопроизвольного прерывания беременности, плацентарной недостаточности, преждевременных родов.

Разработана классификация плацентарной недостаточности по степени тяжести с четкими диагностическими критериями, внедрение которых в практическое акушерство позволило совершенствовать тактику ведения беременных при данной патологии с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

На основании использования высокотехнологичных методов исследования (эхография, доплерометрия, эхокардиография, кардиотокография) у беременных с преэклампсией изучены особенности центральной и региональной гемодинамики, установлена этапность и взаимосвязь этих нарушений со степенью тяжести преэклампсии. В результате внедрения системы комплексного обследования беременных с преэклампсией удалось снизить частоту эклампсии и перинатальные потери, в основном за счет снижения антенатальной и интранатальной смертности.

Своевременное хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки с применением минимально инвазивного лапароскопического доступа позволяет сохранить репродуктивную функцию, не оказывая отрицательного влияния на дальнейшее течение беременности и состояние новорожденного.

Разработаны и внедрены методы оценки состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе с помощью ультразвукового исследования, доплерометрии и магнитно-резонансной томографии.

Разработан патогенетический подход к ведению женщин с перенесенной беременностью. Внедрение указанной тактики позволило снизить частоту рождения детей в состоянии асфиксии, гипоксическо-ишемического поражения ЦНС новорожденного, частоту меконияльной аспирации. Разработан также дифференцированный подход к акушерской тактике ведения родов у беременных с узким тазом, что позволило предотвратить тяжелый травматизм матери и новорожденного, перинатальные потери, снизить показатель инвалидизации детей.

Установлена зависимость частоты неврологической заболеваемости новорожденных и детей от особенностей состояния плода и метода родоразре-

шения на основании комплексной клинической и лабораторно-инструментальной оценки состояния фетоплацентарной системы при тазовом предлежании плода, а также кровотока в вертебробазиллярной системе плода и новорожденного.

Разработаны принципы органосберегающего хирургического лечения при таких акушерских осложнениях, как послеродовое кровотечение, акушерский перитонит, шеечная беременность.

Получены данные, обосновывающие внедрение новых диагностических и лечебных технологий в гинекологии. Предложено применение магнитно-резонансной томографии, трехмерного ультразвукового исследования, ультразвуковой минископии, интраоперационного УЗИ, спиральной компьютерной гистеросальпингографии при различных патологических процессах репродуктивной системы. На основании проведенных фундаментальных клинико-лабораторных и экспериментальных исследований, посвященных изучению репаративных процессов, предложены и внедрены в практику новые технологии, позволившие значительно повысить эффективность хирургического лечения (радиоволновая, лазерная и электро-хирургия, воздушно-плазменный поток монооксида азота). Разработаны и внедрены минимально инвазивные доступы для коррекции практически всей гинекологической патологии, в том числе при нарушениях репродуктивной функции, рентген-хирургические технологии (эмболизация маточных сосудов, чрескатетерная реканализация маточных труб), ультразвуковая мини-хирургия (трансвагинальный ультразвуковой мониторинг инвазивных вмешательств).

Разработаны принципы и методики ранней и дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний с помощью лазерной флуоресцентной спектроскопии, позволяющей осуществлять адресное хирургическое лечение патологических состояний репродуктивной системы.

Изучена прогностическая значимость систем протеолиза, ангиогенеза, обмена железа у больных с тяжелыми инфильтративными формами эндометриоза, разработаны и внедрены в практику ведения больных новейшие методы визуализации, хирургического и комбинированного лечения этого заболевания. Представлена программа комплексного обследования и оперативного лечения больных с пороками гениталий и их реабилитации, позволяющих восстановить или сохранить репродуктивную функцию у 60% больных, улучшить их социальную адаптацию и качество жизни.

Разработаны дифференцированные подходы к коррекции несостоятельности связочного аппарата таза, опущения и выпадения тазовых органов, стрессового недержания мочи с применением минимально инвазивных методик, обеспечившие высокую эффективность лечения этих сложных патологических состояний при низкой частоте ос-

ложнений и рецидивов. Предложены принципы сочетанных гинекологических и симультанных операций, определена их медицинская и экономическая эффективность, разработаны новые подходы к коррекции гинекологической патологии у детей, гериатрических больных, беременных женщин. Разработаны эффективные методы кровосбережения при гинекологических хирургических вмешательствах.

Предложены новые диагностические маркеры онкогинекологической патологии (лизофосфатидиловая кислота, ВПЧ-ассоциированный белок p16). Определены факторы риска развития тромбофилических осложнений при заместительной гормональной терапии и оральная контрацепция.

Оценены возможности применения неконтрацептивных эффектов современных средств контрацепции. Предложены варианты коррекции преждевременной недостаточности яичников, снижения овариального резерва и недержания мочи с помощью клеточных технологий.

Показана важная роль и доказана практическая необходимость широкого внедрения в практику высокотехнологичных методов исследования и лечения в акушерстве (эхография, в том числе трехмерная, доплерометрическое исследование параметров регионарной гемодинамики матери и плода, эхокардиография с изучением параметров центральной гемодинамики у беременной и плода, доплерэхокардиография) и гинекологии (ультразвуковая мини-хирургия, лапароскопия, в том числе динамическая, мини-лапаротомия или открытая лапароскопия, гистерорезектоскопии, эмболизация маточных артерий, трансцервикальная абляция эндометрия, влагалищная гистерэктомия).

Таким образом, многолетние научные исследования позволили разработать рекомендации по проведению конкретных мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в стране, повышение качества и доступности оказания медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным. Использование современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения позволит достигнуть качественно нового уровня оказания медицинской помощи беременным, пациенткам с гинекологическими заболеваниями и новорожденным с целью дальнейшего снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также заболеваемости женского населения и детей.

Внедрение достижений современной науки и в дальнейшем будет способствовать осуществлению перспективных планов решения проблем воспроизводства населения в соответствии с утвержденной Президентом РФ концепцией демографической политики.

АКУШЕРСТВО

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ЛАКТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Абдуллаева М.З.

Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала

Несовершеннолетнее материнство стало за последние годы одной из самых актуальных медико-социальных проблем в Российской Федерации. Исследования состояния здоровья девушек-подростков свидетельствуют о высокой частоте соматической и гинекологической патологии, что естественно негативно сказывается на состоянии репродуктивного здоровья, течении гестации. Физиологическая незрелость механизмов в системе нейро-эндокринной адаптации, является ведущим звеном в патогенезе осложненного течения беременности, родов и формирования перинатальной патологии. Грудное вскармливание является одной из самых важных составляющих материнского поведения, что особенно важно для юных матерей. Естественным вскармливанием обеспечивается не только полноценное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, но и надежная защита его от различных заболеваний, формируется положительное эмоциональное состояние, спокойное поведение младенца.

Число лет от менархе до наступления беременности называется «менструальный возраст» (МВ). С целью оптимизации ранней адаптации младенца и юной матери нами разработаны методы прогнозирования, профилактики и терапии осложнений лактации у юных первородящих основанные на клинико-статистическом анализе особенностей гестации у 110 юных первородящих с проведением функциональных исследований состояния фетоплацентарного комплекса (основная группа), разделенных на две подгруппы: первая — юные женщины с МВ 1-2 года (41 женщина); вторая — с МВ 3-4 года (69 женщин). Контрольную группу составили женщины в благоприятном фертильном возрасте 20-25 лет.

Незрелость психики, несформированность эмоционального контроля, нестабильность психофизиологических параметров приводят к нарушению механизмов психонейробиологической адаптации, что сопровождается недостаточностью гестационной, а в дальнейшем родовой и лактационной доминант у первородящих подростков.

Степень выраженности нарушений лактации в подгруппе с МВ 1-2 года, как и в подгруппе с МВ 3-4 года значительно выше относительно контрольной группы. Содержание основных питательных веществ

в грудном молоке в основной группе было ниже, чем у женщин благоприятного фертильного возраста. Наиболее выраженные изменения в соотношении и концентрации ингредиентов в молоке наблюдались в подгруппе с МВ 1-2 года. Достоверно снижена белковая и энергетическая ценность молока.

Суммируя ведущие факторы относительного риска, оказывающие влияние на течение беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у юных первородящих женщин, были выделены 6 основных групп риска. Это послужило основанием для разработки программы превентивного лечения прогнозируемых нарушений лактации у юных первородящих, основанной на доклинической диагностике развития осложнений беременности и нарушений лактации.

Предложенная программа подготовки юных беременных женщин к родам, включает: доклиническую диагностику развития осложнений беременности и нарушений лактации, выделение беременных группы риска по развитию осложнений беременности, родов и лактационных осложнений с проведением соответствующей профилактики и лечения, обоснование тактики их родоразрешения.

В процессе наблюдения за 60 юными родильницами, получившими полноценное превентивное лечение прогнозируемых нарушений лактации по разработанной нами схеме, отмечалась нормализация лактационной функции и улучшение качественного состава молока. Беременные, которые получали лечение, имели уровень пролактина не намного отличавшийся от нормальных величин. В результате лечения происходило существенное увеличение объема секретиремого молока. Выявлено, что разница в объеме молока между родильницами благоприятного фертильного возраста и лечившимися женщинами не была статистически значимой.

В группе женщин с превентивно проведенным лечением гипогалактия наблюдалась у 18,3% женщин, что в 1,8 раза реже, чем в группе, не получавшей полноценной превентивной терапии, где нарушения лактации количественного характера наблюдались у 32,7% обследованных. При этом гипогалактия I степени встречалась в 1,5 раза реже, чем во 2-й группе, II степени — в 1,3 раза реже, тяжелых форм и агалактии не было.

Таким образом, программа превентивного лечения прогнозируемых нарушений лактации, основанная на результатах проведенных исследований, позволила снизить как частоту, так и тяжесть нарушений лактационной функции у юных первородящих женщин: в 1,8 раза снижена частота гипогалактии и значительно улучшен качественный состав молока.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Абрегова А.Р., Узденова З.Х.

Россия, г. Нальчик, МУЗ «Городская клиническая больница № 1»
Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Известно, что для успешного начала и нормального развития родовой деятельности одним из наиболее важных условий является наличие зрелой шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к родам. При незрелой шейки матки возникает риск развития нарушения сократительной деятельности матки, возникновение гипоксии и травмы плода, роста оперативных родов.

Целью нашего исследования явилась оценка подготовки шейки матки к родам различными методами.

Подготовка шейки матки к родам проводилась у 144 беременных в сроках гестации 39-42 недели в родильном отделении ГКБ № 1 в 2009 г. Возраст беременных варьировал от 16 до 38 лет. 71% женщин были первобеременными. Показаниями к созреванию шейки матки явились: необходимость досрочного родоразрешения при неподготовленных родовых путях (прогрессирующем течении гестоза, субкомпенсированной плацентарной недостаточности), а также при перенесенной беременности.

Все беременные были распределены на 4 группы:

I группу составили 22 беременные, которым назначался синтетический антигестаген мифепристон по 200 мг перорально дважды с интервалом 24 часа. Во II группу вошли 50 беременных, которым интрацервикально вводился PgE2-препидил-гель. III группу составили 34 беременных, которым инфузировали простагландин F2-энзапрост. В IV группу вошли 38 беременных, которым в качестве преиндукционной подготовки назначали немедикаментозный способ — интрацервикальное введение ламинарий.

Всем беременным проведено клинико-лабораторное обследование, УЗИ. Структурные изменения шейки матки оценивались по шкале Бишопа: у 69,5% она составляла 0-4 балла, у 30,5% — 5-6 баллов. Мониторинг за состоянием плода проводился с помощью кардиотокографии и доплерометрии.

Средний возраст беременных в группах статистически достоверно не различался. По частоте и структуре экстрагенитальной патологии группы были сопоставимы.

У 78,3% беременных I группы появилась спонтанная родовая деятельность в течение 24-48 часов, у 11,8% — возникли условия для амниотомии, отсутствие эффекта отмечалось у 4,6% женщин. У 13,6% пациенток развилась слабость родовой деятельности, которая скорректирована медикаментозно. Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии.

Во II группе беременных спонтанная родовая деятельность развилась у 74% женщин, у 12% — отмечалось родовое излитие околоплодных вод, у 14% — зрелость шейки матки стала достаточной

для амниотомии, отсутствие эффекта выявлено у 6% беременных, у 10% отмечена гиперстимуляция матки, что требовало дополнительных назначений. У 8% пациенток отмечалась слабость родовой сил, из них у 6% по поводу упорной слабости и гипоксии плода роды завершены операцией кесарева сечения. У 6% новорожденных данной группы выявлена легкая степень асфиксии.

В III группе беременных спонтанная родовая деятельность развилась у 37,2% пациенток, родовое излитие околоплодных вод выявлено у 20,6% рожениц, у 23,5% — развилась слабость родовой деятельности. Ввиду слабости родовой сил и гипоксии плода у 20,6% рожениц проведена операция кесарева сечения. 23,6% детей родились в легкой степени асфиксии.

В IV группе пациенток спонтанная родовая деятельность развилась у 29,4% женщин, у 26,3% беременных регистрировался длительный прелиминарный период, у 47,3% — слабость родовой сил, у 21,1% пациенток ввиду отсутствия структурных изменений шейки матки, упорной слабости родовой деятельности, гипоксии плода произведена операция кесарева сечения. 21,1% детей родились в легкой асфиксии и 5,3% — в средней степени асфиксии.

Таким образом, наиболее часто оперативное родоразрешение проводилось в III и IV группах беременных, у которых подготовка шейки матки к родам осуществлялась энзапростом и ламинариями. В этих же группах чаще наблюдались: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода. Применение мефипристона и препидил-геля эффективно созревает шейку матки, что является залогом успеха спонтанной и индуцированной родовой деятельности. Эти препараты практически не оказывают негативного влияния на состояние плода и новорожденного, не увеличивают риск несвоевременного излития околоплодных вод. Преимущество мефипристона состоит в том, что этот препарат не имеет побочного эффекта в виде гиперстимуляции матки, а неинвазивный способ его применения исключает возможные септические осложнения.

АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Агаркова Т.А.¹, Трифонова Е.А.², Габитова Н.А.¹, Габидулина Т.В.³, Агаркова Л.А.¹, Степанов В.А.²

¹ Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинской генетики СО РАМН

² ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

³ Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН

Проблема профилактики осложненного течения беременности занимает одно из ведущих мест в со-

НОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В III ТРИМЕСТРЕ

Аверин А.С., Евтушенко И.Д., Волков Р.В.,
Рипп Т.М.

Россия, город Томск, кафедра акушерства и гинекологии
СибГМУ

временном акушерстве. Результаты многочисленных зарубежных и отечественных исследований указывают на существенный вклад в развитие данного патологического состояния наследственных факторов, в том числе генетических маркеров, обуславливающих эндотелиальные повреждения и генетические формы тромбофилии. В рамках данной работы обследованы 74 женщины с беременностью, осложненной гестозом, и 68 пациенток с невынашиванием беременности. Контрольную группу (43 человека) составили недавно родившие женщины с физиологически протекавшей беременностью. Были изучены частоты аллельных вариантов следующих генов: маркеры С677Т и А1298С гена метилентетрагидрофолатредуктазы (МТНFR), полиморфизм 4а/4b гена эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS), I/D-полиморфизм гена ангиотензинконвертирующего фермента (ACE), маркер G20210A гена протромбина (FII), полиморфизмы G1691A и A4070G гена пятого фактора свертывающей системы крови (FV), PLA-1/PLA-2 гена рецептора тромбоцитов (GrIIa). По всем исследованным локусам частоты аллелей и генотипов находились в диапазоне мировых.

При сравнительном анализе изученных полиморфизмов было выявлено достоверное повышение частоты генотипа 677ТТ локуса МТНFR в группе с невынашиванием беременности ($\chi^2 = 7,1$; $p < 0,05$), в группе женщин с гестозом ($\chi^2 = 8,39$; $p < 0,05$) и у пациенток с фетоплацентарной недостаточностью ($\chi^2 = 3,98$; $p < 0,05$). При попарном сравнении исследуемых групп частоты аллеля 677Т гена МТНFR также значимо отличались в группе беременных с гестозом (OR 2,35, CI 1,01-5,59), в группе пациенток с невынашиванием беременности (OR 5,12, CI 2,20-12,16), больных фетоплацентарной недостаточностью (OR 2,03, CI 0,81-5,21) и контрольной группе. Необходимо подчеркнуть, что, согласно полученным данным, носительство аллеля 677Т гена МТНFR увеличивает риск невынашивания беременности в 5 раз. Генотип DD гена ACE в группе больных гестозом встречался в 2 раза чаще (32%), чем в контрольной группе (17%), хотя данное различие не является статистически значимым. Тем не менее, наблюдалось статистически значимое повышение частоты аллеля D у пациенток с гестозом (OR 1,61, CI 0,76-3,39). При сравнительном анализе частот генотипов и аллелей по полиморфизмам 4а/4b гена eNOS, G1691A и A4070G гена FV, G20210A гена FII, PLA1/PLA2 гена GrIIa, A1298C гена МТНFR во всех группах значимых отличий не найдено.

Результаты проведенного исследования позволяют с большой долей вероятности предположить, что маркер С677Т гена МТНFR и I/D-полиморфизм гена ACE и их сочетания являются факторами наследственной предрасположенности к осложненному течению беременности и могут быть учтены при выборе эффективной (индивидуальной, профилактической, лечебной и реабилитационной) тактики ведения пациента.

Ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии беременных занимают сердечно-сосудистые заболевания. В 20 — 33% всех случаев они являются причиной материнской и перинатальной смертности [1,2,3].

В настоящее время наиболее достоверным методом исследования гипертензивных нарушений у пациентов является не однократное измерение АД, а проведение суточного мониторирования АД (СМАД) [2,3].

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение суточного профиля АД у беременных женщин с различными формами артериальной гипертензии в III триместре беременности.

Под нашим наблюдением находилось 70 беременных женщин III триместра. Возраст исследуемых беременных составил от 18 до 38 лет, первобеременных было 42 (60%), 18 женщин (40%) имели две и более беременности.

Исследуемые женщины были разделены на 3 группы. 1 группа 25 женщин с хронической АГ, которые соответствовали следующим критериям включения: наличие у женщины показателей высокого артериального давления (систолическое выше 120 мм рт. ст. и диастолическое выше 80 мм рт. ст.), повышенное АД было зарегистрировано, как во время так и до беременности; отсутствие симптоматической артериальной гипертензии; одноплодная беременность. 2 группу составили 25 пациенток с гестационной АГ (женщины, у которых повышенное АД впервые выявлено во время беременности и нормализовалось через 12 недель после родов). 3 контрольную группу составили 20 женщин с нормальными показателями АД.

Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам (Национальное руководство, 2008 г.), из дополнительных методов обследования проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Для исследования использовался аппарат с осциллометрическим методом измерения АД. Кратность измерения днем составило 1 раз в 30 минут, ночью — 1 раз в час. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Использовались непараметрические критерии χ^2 , Вилконсона. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициентов Спирмена и Кендала.

При анализе течения беременности в I триместре были выявлены следующие осложнения: ранний токсикоз у 68% женщин при этом в I группе — 72%, II — 60%, III — 75%; угроза прерывания у 25% беременных (в I группе — 48%, II — 20%, III — 5%). Анализ течения беременности во II триместре по-

казал, что наиболее часто беременность осложнялась развитием хронической компенсированной плацентарной недостаточности у 64% женщин (I группа — 76%, II — 80%, III — 24%), при этом нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) было зарегистрировано у 33% женщин (I — 32%, II — 48%, III — 15%). При этом НМПК Ia — у 78% и Ib — 22% женщин. Хроническая внутриутробная гипоксия была диагностирована у 54% беременных женщин (I — 48%, II — 76%, III — 35%). Развитию гестоза легкой и средней степени тяжести было у 13% женщин (I — 12%, II — 20%, III — 5%).

Анализ СМАД показал, что среднее суточное значение систолического АД (САД) у обследованных женщин в группах с хронической и гестационной АГ (142,6±1,1 и 138,8±0,8 мм рт.ст. соответственно) были достоверно выше, чем в группе практически здоровых женщин (104,1±0,8 мм рт.ст.), $p < 0,05$. Подобная закономерность наблюдалась и для диастолического АД (85,6±1,8 89,4±1,9 и 66,7±1,4 мм рт. ст. соответственно). Необходимо отметить, что повышение АД сопровождалось увеличением индекса времени (ИВ) повышенного АД, причем больше в группе с гестационной АГ. Так ИВ повышенного САД и ДАД в 1-ой группе составило 58,7±3,3 и 62,1±3,4% соответственно, во 2-ой группе — 59,1±3,4% и 64,1±3,2% соответственно, в группе здоровых женщин — 0,5 и 0,4% соответственно ($p < 0,05$).

Анализ суточного профиля АД показал, что нормальное снижение АД в ночные часы (Dipper) регистрировалось в 80% случаях у здоровых женщин, что было достоверно выше чем в группе с хронической (42%) и гестационной АГ (36%). Недостаточное снижение АД в ночные часы (Non-dipper) достоверно чаще встречалось в группе с хронической артериальной гипертензией (48%), чем в группе контроля (20%), в большей степени для ДАД ($p < 0,05$). У пациенток с гестационной АГ отмечена тенденция к повышению АД в ночные часы (Night-peaker), что регистрировалось в 26,3%.

Таким образом, у беременных женщин с хронической артериальной гипертензией в III триместре отсутствует ночное нормальное снижение артериального давления. У женщин с гестационной артериальной гипертензией отмечается тенденция к ночному подъему артериального давления, что является прогностическим неблагоприятным фактором в развитии гестоза и плацентарной недостаточности. Суточное мониторирование артериального давления позволяет выявить изменения суточного профиля артериального давления, что необходимо учитывать при назначении гипотензивной терапии.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЦНС (ВПП ЦНС)

Азизова Р.Р., Касымова Д.Р., Измайлова Ф.А.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Своевременное выявление ВПП является одной из основных задач здравоохранения и служит резервом в снижении показателя перинатальной смертности. Согласно приказу №457 МЗ РФ проводится скрининговая программа по определению уровня сывороточных маркеров α -фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови беременной женщины для определения состояния плода. Биохимический скрининг проводят на 15-18 неделе беременности. АФП — основной компонент фетальной сыворотки на ранней сроках беременности. Вырабатывается желточным мешком и печени плода, экскретируется с мочой в амниотическую жидкость, откуда проникает в кровь матери через плаценту или плодные оболочки. АФП определяется в крови матери с 5-6 недель и его уровень постоянно растет. ХГЧ синтезируется клетками цитотрофобласта плаценты и обнаруживается в крови на 10-11 день оплодотворения. По мере увеличения срока беременности ХГЧ в крови прогрессивно повышается на протяжении 30 дней. Его уровень достигает максимума к 8-10 неделям беременности и резко падает после 10 недели. Определенные изменения уровней маркерных сывороточных белков может говорить о возможном пороке развития плода.

Целью исследования явилось сопоставление биохимического скрининга и выявленными ВПП ЦНС.

За 2009 год в ЦПД ГУЗ УОКБ диагностировано 50 случаев врожденных аномалий развития ЦНС, что составило 25,5 % от всех ВПП. Из них 32 случая с грубыми ВПП ЦНС, по поводу которых проводилось прерывание беременности по медицинским показаниям.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате "ACCUVIX XQ" с применением 3D/4D режимов. Исследования проводились беременным при сроке 14-22 недели. Возраст беременных от 20 до 32 лет. Охват обследованных на сывороточные маркеры составил 50%.

В норме концентрация β -ХГЧ в сроках 15-20 недель варьирует в пределах 10000-35000 Ме/мл. Концентрация АФП составляет в 16 нед-33 Ме/мл, в 17 нед — 38 Ме/мл, в 18 нед — 43 Ме/мл. В силу значительной индивидуальной вариабельности уровней сывороточных маркеров в норме, индивидуальные значения маркерных сывороточных белков (АФП и ХГЧ) у конкретной беременной были оценены через величину Мом, которая представляет собой условную единицу кратности, т.е. отношение индивидуальных концентраций в (Ме/мл) к медиане в (Ме/ мл) для данного срока беремен-

ности. Нормативные значения для АФП и β -ХГЧ 0,5-2 Мом.

Биохимический скрининг во втором триместре беременности среди женщин прерывавших беременность по медицинским показаниям с ВПРП ЦНС проводился в ГУЗ УОКБ. Из них отклонение маркерных сывороточных белков были выявлены в 83% случаев. В 80% — отклонение были в сторону повышения уровня АФП, и в 20% повышение уровня ХГЧ.

Выявлены следующие случаи аномалии развития плода у беременных с повышенной концентрацией АФП в сыворотке крови: анэнцефалия (АФП 4,2 Мом), синдром Арнольда-Киари (АФП 3,2 Мом), энцефалоцеле (АФП 16 Мом), инуюэнцефалия (АФП 2,2 Мом). Повышение уровня ХГЧ (2,5 Мом) имело место при гидроцефалии. И в случае (17%) алобарной формы голопрозэнцефалии отклонения сывороточных маркеров не выявлено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременного определения уровней АФП и ХГЧ в сыворотке беременных с целью раннего выявления ВПРП.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА

**Аимбетова А.Р., Мамедалиева Н.М., Святова Г.С.,
Исраилова М.З.**

Республика Казахстан, г. Алматы, Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии

С целью определения зависимости степени гипергомоцистеинемии от носительства полиморфизмов в генах фолатного обмена с помощью иммуноферментного анализа было проведено определение уровня гомоцистеина (ГЦ) у пациенток группы риска по прерыванию беременности по типу неразвивающейся в I триместре, которые составили основную группу, и у пациенток без нарушения репродуктивной функции, составивших контрольную группу, а также методом ПЦР с ПДРФ определена частота полиморфных аллелей в генах MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G у пациенток основной и контрольной групп. Молекулярно-генетические исследования проводились у пациенток казахской популяции.

Статистическая обработка включала в себя вычисление средних величин и их ошибок. Достоверность отличий оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Для сравнения распределения генотипов между группами использовали критерий χ^2 .

Результаты исследований показали, что уровень ГЦ у пациенток основной группы вне беременности превышал показатель в контрольной группе, однако достоверных различий не выявлено: $13,56 \pm 1,23$ мкмоль/л против $11,5 \pm 0,54$ мкмоль/л. Исследование в I триместре беременности показало, что у пациенток группы риска по развитию

неразвивающейся беременности в I триместре уровень ГЦ составил $18,25 \pm 1,76$ мкмоль/л, что достоверно выше показателей в контрольной группе — $10,4 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

Молекулярно-генетическое исследование показало, что полиморфизм C677T гена MTHFR был обнаружен у 73,5% пациенток с неразвивающимися беременностями в анамнезе и у 57,1% женщин с нормальной репродуктивной функцией. Полиморфизм A1298C MTHFR, то в основной группе частота его встречаемости составила 70,6%, тогда как в контрольной группе — 52,4%. Полиморфизм A66G MTRR был диагностирован у 53,9% пациенток с нарушением генеративной функции и у 36,2% здоровых женщин. Полиморфизм A2756G MTR был выявлен у 64,7% пациенток, беременности у которых прерывались в I триместре по типу неразвивающейся и у 34,3% представительниц контрольной группы. Также в результате проведенных исследований было выявлено, что в основной группе мультигенные ассоциации встретились у 90 (88,2%) пациенток, тогда как в контрольной у 66 (62,9%) пациенток ($p < 0,001$).

Учитывая, что у преобладающего большинства пациенток основной группы выявлена комбинация нескольких полиморфизмов одновременно, определенное значение для выработки прогностических показателей имеет определение зависимости уровня ГЦ от количества участвующих в ассоциации полиморфизмов в генах фолатного обмена. Так, у пациенток, носителей одного полиморфизма концентрация ГЦ составила $9,7 \pm 0,4$ мкмоль/л, наличие полиморфных аллелей в 2-х генах фолатного обмена привело к достоверному повышению уровня ГЦ ($p < 0,001$) до $14,96 \pm 0,6$ мкмоль/л. Носительство ассоциации из 3-х полиморфизмов в генах фолатного обмена способствовало повышению концентрации ГЦ до $16,9 \pm 0,9$ мкмоль/л, а пациентки, у которых нарушение репродуктивной функции было обусловлено носительством 4-х полиморфизмов в генах фолатного обмена, уровень ГЦ составил $24,3 \pm 1,4$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

Результаты проведенных исследований показали, что у пациенток группы риска по развитию неразвивающейся беременности отсутствует физиологическое снижение концентрации ГЦ с наступлением беременности, что является одним из патогенетических звеньев неразвивающейся беременности I триместра. Также было обнаружено, что носительство всех полиморфных аллелей в генах фолатного обмена способствует повышению уровня ГЦ в сыворотке крови и степень ГЦ зависит от количества носимых полиморфных аллелей в генах, отвечающих за фолатный обмен.

Прогнозирование степени риска развития неразвивающейся беременности у пациенток с наличием мутаций в генах MTHFR, MTRR, MTR не может быть проведено на основании только определения генотипа без учета их ассоциаций и уровня ГЦ, так как уровень ГЦ может быть не только следствием мутаций в генах фолатного обмена, но и самостоятельным фактором риска тромбообразования.

Тот факт, что уровень ГЦ был достоверно выше у носительниц нескольких полиморфизмов, обосновывает проведение патогенетически обоснованной дифференцированной профилактики неразвивающейся беременности с учетом количества ассоциаций полиморфизмов препаратами фолиевой кислоты, доза которой должна зависеть от наличия полиморфизмов в генах фолатного обмена, а также от количества участвующих в ассоциаций полиморфизмов, а также вариантов их сочетания.

Своевременное выявление таких скрытых генетических дефектов и проведение соответствующей прегравидарной подготовки в значительной мере помогут снизить риск развития неразвивающейся беременности первого триместра.

ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНЕТИКИ НА СЛУЖБЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Айламазян Э.К., Баранов В.С.

НИ ИАГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Впечатляющие успехи современной генетики, отмеченные полной расшифровкой генома человека, картированием и идентификацией тысяч новых генов, в том числе всех генов, мутации которых приводят к тяжелым наследственным заболеваниям, оказали огромное влияние на всю современную медицину. Генетическая составляющая становится обязательным компонентом практически всех клинических работ, затрагивающих проблемы этиологии и патогенеза разных заболеваний. Быстро увеличивается число таких публикаций и в области в акушерстве и в гинекологии. Особенно заметен вклад современной генетики в развитие такого практически важного направления как пренатальная (дородовая) диагностика. Генетические методы получили широкое распространение в диагностике тяжелых неизлечимых наследственных болезней, таких как муковисцидоз, миодистрофия Дюшенна, гемофилия, спинальная мышечная атрофия, фенилкетонурия, адено-генитальный синдром и многие другие. ДНК-диагностика уже на ранних сроках беременности позволяет вести эффективную профилактику этих инвалидизирующих заболеваний и дает реальную возможность семьям высокого риска иметь заведомо здоровое потомство. Молекулярно-генетическими методами только силами лаборатории пренатальной диагностики нашего института к настоящему времени было предупреждено рождение свыше 500 детей с тяжелыми, неизлечимыми наследственными заболеваниями.

Достижения современной генетики широко применяются и в дородовой диагностике хромосомных болезней, составляющих самую многочисленную по численности (85%) группу высокого риска. За 20 лет в нашем институте было предупреждено рождение свыше 600 детей с болезнью Дауна, синдромом Эдвардса, Патау и с другими тяжелыми хромосомными абберациями. Существенно отметить, что

в течение последних 3х лет в институте внедрен метод молекулярной диагностики хромосомных болезней—количественной флюоресцентной ПЦР (QF PCR). Эффективность, надежность, высокая производительность (более 20-50 образцов в день), возможность выявлять до 95% всей хромосомной патологии у плода позволяет уже сейчас рассматривать метод QF PCR как основной в пренатальной диагностике у женщин высокого риска по результатам биохимического скрининга..

Благодаря достижениям генетики стала реальной диагностика генных и хромосомных болезней не только на биоптатах плодных тканей, получаемых с помощью инвазивных методов, но и на отдельных бластомерах доимплантационных зародышей, находящихся в клиниках вспомогательных репродуктивных технологий. Конечно, сами по себе ВРТ не могут решить проблемы демографического кризиса в нашей стране, но применение методов молекулярной и молекулярно-цитогенетической диагностики позволяет пересаживать в матку только генетически здоровых зародышей, что устраняет необходимость последующей пренатальной диагностики и гарантирует рождение здоровых детей.

Важное применение молекулярно-генетических методов в акушерстве и гинекологии касается генетического тестирования с целью выявления женщин и супружеских пар с наследственной предрасположенностью к заболеваниям, существенно затрудняющих наступление беременности (эндометриоз, аденомиоз) или приводящих к частым акушерским осложнениям, препятствующим её нормальному течению и завершению (гестоз, тромбофилия, привычное невынашивание). Для каждого из таких заболеваний были определены гены-кандидаты, неблагоприятные аллельные варианты которых ассоциированы с развитием соответствующих болезней, и предложен упрощенный метод подсчета индивидуального риска. Итогом этих исследований стала разработанная и проходящая апробацию в институте Генетическая Карта Репродуктивного Здоровья, (ГКРЗ), применение которой по нашим представлениям может существенно снизить риск врожденной и наследственной патологии и способствовать благоприятному течению беременности. Естественно, что использование результатов предиктивного генетического тестирования в клинике порождает ряд серьезных проблем, обсуждение которых, мы надеемся, найдет отражение в запланированных докладах и последующей дискуссии на данном семинаре.

В качестве перспективных направлений, знаменующих дальнейшее проникновение современной генетики в акушерство и гинекологию можно отметить широко разрабатываемые в настоящее время неинвазивные методы пренатальной диагностики наследственных болезней по нуклеиновым кислотам плода, находящихся в крови беременной. Успехи в этом направлении очевидны, однако клинического применения они еще не получили.

Перспективным представляется и возможность применения для лечения больного плода после

предварительной пренатальной диагностики методов генной и клеточной терапии. Пока такие исследования широко ведутся за рубежом, особенно в отношении врожденных иммунодефицитов, но, насколько нам известно, они не проводятся в России. Существенное отставание отечественной науки в области передовых молекулярных технологий, в частности, в высокоразрешающих методах ДНК-секвенирования, общегеномного скрининга, чиповой технологии и биоинформатике создает серьезные трудности для их быстрого внедрения в медицину, в том числе в акушерство и гинекологию

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ И ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ В АНАМНЕЗЕ — АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Акиншина С. В.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им.
И. М. Сеченова

Венозные тромбозы (ВТЭ) являются одной из ведущих причин материнской смертности в мире. Часто ВТЭ развиваются внезапно при отсутствии дополнительных факторов риска, поэтому традиционно относятся к непредотвратимым причинам материнской смертности. Большой прогресс в понимании этиологии возникновения ВТЭ был достигнут после открытия и изучения генетических и приобретенных форм тромбофилии и их роли в патогенезе тромбозов и тромбозоэмболических осложнений.

Целью работы было определение роли генетических форм тромбофилии и антифосфолипидного синдрома (АФС) в патогенезе ВТЭ при беременности и оценка эффективности профилактики рецидивов ВТЭ во время беременности и акушерских осложнений у пациенток с тромбофилией с применением низкомолекулярного гепарина (НМГ).

На базе специализированного родильного дома № 67 было обследовано 57 пациенток с ВТЭ. У 17 из них тромбозы развились во время настоящей беременности или в послеродовом периоде. Остальные пациентки с ВТЭ в анамнезе были разделены на 2 группы: группа I: n=22, и группа II, n=19. Контрольную группу составили здоровые беременные (n=55). Все участницы исследования были обследованы на генетические тромбофилии и антифосфолипидные антитела (АФА): волчаночный антикоагулянт (ВА) (тест с ядом гадюки Рассела), анти-бета2-гликопротеин I, антипротромбин, анти-аннексин V. В I группе уже при подготовке к зачатию и в I триместре беременности применялась комплексная профилактическая терапия: НМГ под контролем уровней D-димера, фолиевая кислота (до 4 мг/сут. при гипергомоцистеинемии), витамины группы B, антиоксиданты (омега-3), а также низкие дозы аспирина и натурального прогестерона (до

32 нед.) при АФС. Во II группе профилактическую терапию начинали в момент обращения во II-III триместре.

Среди обследованных (n=57) тромбоз глубоких вен перенесли 32 пациентки, тромбозоэмболию легочной артерии — 35 пациенток, тромбоз яичниковой вены и селезеночной вены — 1 пациентка. У 9 пациенток имели место рецидивирующие тромбозы. У 36 женщин ВТЭ были связаны с беременностью, включая 19 случаев ВТЭ в послеродовом периоде. Отягощенный наследственный анамнез по ВТЭ выявлен у 60% (p<0,05 по сравнению с контрольной группой); дополнительные факторы риска ВТЭ (СКВ, возраст > 35 лет, избыточный вес, прием гормональных контрацептивов) наблюдались у 38% (p=0,045 по сравнению с контрольной группой). Тяжелые акушерские осложнения в анамнезе среди повторнородящих были выявлены в 60% случаев (тяжелые формы гестозы, синдром потери плода, отслойка плаценты, тяжелее формы фето-плацентарной недостаточности (ФПН), антенатальная гибель плода) (p<0,05 по сравнению с контрольной группой). Результаты полного обследования системы гемостаза доступны для 49 обследованных пациенток. При этом в 100% случаев была выявлена мультигенная форма тромбофилии (по 4-6 мутаций, включая гомозиготные формы): MTHFR C677T (40,8%), FV Leiden (26%), мутация протромбина G20210A (18,5%), комбинированные дефекты фибринолиза (85%). АФА были выявлены в 63% случаев: ВА (22%), аКЛ (33%), анти-бета2-гликопротеин I (37%), анти-аннексин V (33%), антипротромбин (14,8%). В контрольной группе АФА не выявлены, мультигенная тромбофилия обнаружена у 20% (p<0,01). В I группе пациенток, у которых патогенетическая терапия была начата на этапе планирования беременности, беременность закончилась рождением живого доношенного ребенка в 100%. случаев повторных тромбозов зафиксировано не было. Были отмечены только легкие акушерские осложнения (нефропатия легкой степени, начальные формы ФПН) (27%). В группе II в одном случае произошел рецидив ВТЭ на сроке 20 недель у пациентки, не получавшей терапию НМГ. В группе II были отмечены случаи развития тяжелых и среднетяжелых акушерских осложнений (гестозы, СЗРП I-III, выраженные нарушения плодового кровотока) (43,7%), в связи с чем нередко возникала необходимость в досрочном родоразрешении и наблюдалось рождение недоношенных, гипотрофичных детей с низкой оценкой по шкале Апгар (p<0,05 для всех сравнений между группой I и II). На фоне терапии НМГ тяжелых геморрагических осложнений отмечено не было.

Генетические тромбофилии и АФС выявляются у большинства пациенток с ВТЭ, связанными с беременностью и родами. Профилактическое применение НМГ при подготовке и в течение всей беременности позволяет в 100% случаев предотвратить повторные тромботические и тяжелые акушерские осложнения. Препаратом выбора у пациенток с тромбофилиями и ВТЭ в анамнезе является НМГ.

Эффективность НМГ связана с влиянием на систему свертывания крови, противовоспалительными и эндотелиопротективными свойствами, со способностью подавлять активность системы комплемента, что обеспечивает нормальное течение процессов имплантации и плацентации, т.е. периода, который определяет дальнейшее течение беременности и риск поздних акушерских осложнений. У всех пациенток с тромбозами и с акушерскими осложнениями во время беременности или в анамнезе (как личном, так и семейном) необходимо проводить скрининг на наследственные формы тромбофилии и АФС. Открытие генетических форм тромбофилии и АФС, изучение их роли в патогенезе тромбозов, разработка эффективной терапии и профилактики у таких пациенток позволяет говорить о тромбозомножественных осложнениях как о предотвратимой причине материнской смертности.

СКРИНИНГОВЫЕ КОАГУЛЯЦИОННЫЕ ТЕСТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Аккузина О.П., Харитонов О.М., Харитонов Б.С.
Россия, г.Саратов, ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции»

Невынашивание беременности—одна из основных проблем современной репродуктологии. Частота невынашивания на сегодняшний день составляет 15-27%. До 85% выкидышей приходится на долю 1 триместра беременности. Тромбофилия как причина невынашивания в структуре всех причин этой патологии составляет 5-15%. Физиологически протекающая беременность характеризуется отсутствием изменений состояния гемостаза в 1 триместре и постепенным увеличением коагуляционного потенциала во 2 и 3 триместрах. Возникающая гиперкоагуляция в 1 триместре является неблагоприятным прогностическим признаком по развитию невынашивания.

Целью исследования явилось изучение частоты нарушений коагулограммы у беременных в 1 триместре беременности и их коррекция для предупреждения невынашивания.

У 578 женщин проведены следующие скрининговые исследования: протромбиновое время (ПВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), содержание растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК) и содержание фибриногена в плазме крови.

Установлено, что у 452 женщин (78,2%) имелись гиперкоагуляционные изменения гемостаза по данным скрининговых тестов. При изучении причин этих изменений выявлено, что у 285 (63,1%) имелись хронические воспалительные заболевания, у 23 (16,9%) — сахарный диабет, у 38 (8,4%) — ожирение. Различные гормональные нарушения найдены у 53 (11,7%). У 50 женщин причиной гиперкоагуляции была гипергомоцистеинемия (11,1%) и у 2-х (0,4%) — антифосфолипидный синдром.

Всем женщинам, независимо от установленных причин, была назначена антикоагулянтная терапия. Под контролем скрининговых тестов применяли антиагреганты (тромбо АСС, курантил), низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин), эндотелиомодуляторы (сулодексид, нитросорбид). При нормализации скрининговых тестов лечение отменяли.

При оценке эффективности применяемого лечения установлено снижение числа женщин с невынашиванием беременности с 18,9% до 14,3% ($p < 0,05$).

Таким образом, нормализация системы гемостаза в 1 триместре беременности снижает частоту невынашивания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Алиева Э.А.

Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала

По данным многочисленных авторов инфекционные заболевания мочевыделительной системы диагностируются только в 15-30% случаев из их общего числа. Выделение определенного количества бактерий из правильно собранного анализа мочи, полученного от лиц, не имеющих симптомов или признаков инфекции мочевыводящих путей в современной литературе получило название «бессимптомной бактериурии». У беременных женщин бессимптомная бактериурия встречается в 2,5-11,5% случаев. На сегодняшний день инфекционные заболевания урогенитального тракта у беременных женщин представляют серьезную медико-социальную проблему. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении урогенитальных инфекций, частота их имеет стойкую тенденцию к увеличению и занимает одно из первых мест в структуре факторов, являющихся причиной широкого спектра перинатальных осложнений. Республика Дагестан, где проводилось наше исследование, является регионом с традиционно многодетными семьями. Поэтому целью нашего исследования явилось совершенствование пренатальной подготовки и родоразрешения многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией.

Обследование и проспективное ведение 110 многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией позволило разработать программу превентивного лечения прогнозируемых осложнений гестации и перинатальных осложнений, основанную на доклинической диагностике развития осложнений беременности, родов и раннего послеродового периода. Была создана группа многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией, состоявшая из 69 человек, получивших превентивное лечение

по разработанной нами программе. Результаты лечебно-профилактических мероприятий были проанализированы в сравнении с гестационными исходами у 110 многорожавших женщин получивших лишь традиционное лечение развившихся осложнений беременности и родов.

В основу предложенной нами программы превентивного лечения прогнозируемых перинатальных осложнений у многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией входили: мероприятия, направленные на полноценное обследование с применением дополнительных методов диагностики, в том числе УЗИ почек и мочевыводящих путей в каждом триместре; микробиологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры с проведением культурального исследования и определением чувствительности к антибиотикам; проведение терапии бессимптомной бактериурии Монуралом и нефропротектором Канефроном; контроль стерильности мочи в каждом триместре; санация влагалища; курсы метаболической терапии с использованием поливитамино-минерального комплекса ЭЛЕВИТ Пронаталь; зубиотики бификол или лактобактерин; профилактику и лечение железодефицитной анемии препаратом Ферро-Фольгамма; комплексную оценку (УЗИ, доплерометрия, кардиотокография, определение биофизического профиля плода) состояния фетоплацентарного комплекса для определения тактики ведения беременности комплексную терапию фетоплацентарной недостаточности; применение антиоксиданта и цитопротектора Милдроната, а также профилактику кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Превентивное лечение по разработанной нами программе приводило к значительному улучшению течения беременности, родов и послеродового периода у многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией. Так, частота развития угрозы прерывания беременности в различных сроках уменьшилась в 1,9 раза, гестоза в 1,9 раза, фетоплацентарной недостаточности в 1,7 раза. Гемодинамические нарушения в маточно-плацентарно-плодовом комплексе были зарегистрированы в 1,5 раза реже. Гипоксия плодов, подтвержденная данными биофизического профиля плода, наблюдалась в 1,6 раза реже. Среди осложнений родового акта частота несвоевременного излития околоплодных вод наблюдалась в 1,7 раза реже, аномалий родовой деятельности—в 1,4 раза, материнского травматизма—в 2,1 раза, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах—в 1,3 раза, послеродовых воспалительных осложнений со стороны матки — в 1,4 раза реже.

Разработанная нами программа превентивного лечения прогнозируемых осложнений беременности и родов у многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией, эффективна, снижает частоту осложнений гестации у данной категории женщин и может быть применена в повседневной практике.

ПРОБИОТИКИ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КОЛЬПИТОВ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Алиханова З.М., Каллаева А.Х., Бегова С.В.

Россия, г. Махачкала, ГОУ Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

С целью определения эффективности применения препарата — пребиотика «Лактофильтрум» и иммуномодулятора «Кипферон» для восстановления биоценоза влагалища у беременных с кольпитом нами был проведен анализ историй родов 23 беременных, находившихся в стационаре родильного дома №1 г. Махачкалы по поводу невынашивания беременности на фоне кольпитов различной этиологии. В основную группу вошли 12 беременных в сроке гестации от 6 до 13 недель, которым после проведения этиотропного лечения назначался препарат «Лактофильтрум» — по 1тб 3 раза в сутки перорально течение 7 дней, «Кипферон» — по 1 свече во влагалище 2 раза в день в течение 5 дней. В качестве контрольной группы были взяты 11 беременных, лечение которых не включало введение пребиотиков. Возрастной состав обеих групп варьировал от 21 до 32 лет. Количество повторнобеременных с отягощенным акушерским анамнезом в основной группе и группе контроля составило 64% и 63% соответственно. Всем беременным проводили общеклинические методы исследования, микробиологическое выделение и типирование возбудителей.

При проведении исследования у 4-х беременных основной группы (33,3%) был выявлен урогенитальный трихомониаз, в 58,3% (7 случаев) была обнаружена смешанная бактериальная флора и у 8 беременных (67%) — кандидоз влагалища. В группе контроля у 33,4 % беременных (4 случая) был также диагностирован трихомониаз, 6 женщин (54,5%) страдали кандидозом, у одной отмечалась смешанная бактериальная флора влагалища с преобладанием кокков. В обеих группах этиотропное лечение привело к элиминации возбудителей, о чем свидетельствовали данные, полученные при микробиологических исследованиях, однако биоценоз влагалища не соответствовал его Физиологическим параметрам. Включение в комплекс лечения пребиотика «Лактофильтрум» и иммуномодулятора «Кипферон» по описанной выше методике беременным из основной группы привело к восстановлению нормальной влагалищной флоры у подавляющего большинства (83,3%) пациенток и только у 2-х женщин сохранялась смешанная бактериальная флора с преобладанием кокков.

У беременных из группы контроля флора влагалища восстановилась только в 36,3% случаев. Кроме того, пребывание в стационаре беременных основной группы было меньше на 4,3 койко-дня, по сравнению с группой контроля.

Проведенный анализ свидетельствует о благоприятном влиянии препаратов — пребиотиков, в

частности, лактофильтрума, и иммуномодулятора «Кипферон» на восстановление флоры влагалища, в связи с чем препараты этого ряда целесообразно включать в комплекс лечения кольпитов в период гестации

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Алиханова З.М., Бегова С.В., Гасанова З.Г.

Россия, г. Махачкала, ГОУ Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов.

Несмотря на возможности и успехи современной медицины гестоз до сих пор остаётся одной из главных причин материнской и перинатальной смертности. Высокая частота гестоза объясняется наличием различной фоновой патологии до наступления настоящей беременности. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения гестоза, развившегося у беременных с хронической герпетической инфекцией и влияния комплексной терапии с использованием препарата Фраксипарин на течение гестоза у них. Всего было обследовано 110 женщин в III триместре — основная группа. Основная группа также была разделена на 2 подгруппы: 1-я подгруппа — 58 женщин с хронической герпетической инфекцией и гестозом легкой и средней степени тяжести, получивших полную пренатальную подготовку соответственно современным принципам лечения гестоза; 2-я подгруппа — 50 женщин с хронической герпетической инфекцией и гестозом легкой и средней степени тяжести, получивших частичную родовую подготовку в связи с поздней госпитализацией. Всем пациенткам предстояли 2-е роды. Методика комплексной терапии беременных с хронической герпетической инфекцией и гестозом легкой и средней степени тяжести основной группы включала комплексную общепринятую терапию соответственно нозологии, а также фраксипарин — по 0,3-0,6мл в сутки подкожно под контролем свертывающей системы крови.

Результаты показали, что ранее начало гестоза (до 32 недель беременности) отмечено у 32,0 % обследованных с хронической герпетической инфекцией. Характерная для гестоза триада основных симптомов диагностирована у 59,0% обследованных пациенток. Результаты нашего исследования показывают, что прогрессирование течения гестоза у беременных с хронической герпетической инфекцией сопровождается снижением уровня белков крови с относительным компенсаторным повышением концентрацией а и, в меньшей степени, j-глобулинов. Нами было отмечено достоверное снижение числа тромбоцитов в венозной крови, повышение уровня гематокрита, укорочение времени свертывания и рекальцификации, возрастание ПТИ и уровня фибриногена. Дефицит ОЦК у пациенток

2-ой подгруппы составил 27,3%, ОЦП — 21,8% и ОЦЭ — 8,3% против 14,7%, 12,5% и 4,3% — в 1-ой подгруппе соответственно. Следовательно, объём и качественный состав проводимой инфузионной терапии у женщин 1-ой подгруппы положительно сказывался на показателях ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. На фоне предложенной нами системы лечения с использованием препарата фраксипарина у 82,5% беременных 1-ой подгруппы отмечалась клиническая ремиссия гестоза. После проведённого лечения критические формы гестоза, диагностированные у 15,0% беременных 2-ой подгруппы, отмечались лишь у 5,1% женщин из 1-й подгруппы. Под действием комплексного лечения отмечено удлинение времени свертывания на 24,8%, времени рекальцификации — на 9,2%, выявлено снижение ПТИ и концентрации фибриногена на 5,3% и 14,7% соответственно, фибринолитическая и антикоагуляционная активность крови повысилась на 36,7%.

Итак, на основании вышеизложенного можно сделать вывод об обратимости гемодинамических и гемостазиологических нарушений при правильном и своевременном начале лечения гестоза лёгкой и средней степени тяжести с использованием препарата фраксипарин у женщин с хронической герпетической инфекцией.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ С НАЛИЧИЕМ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ГЕМАТОМЫ

Андреева Е.С., Степанькова Е.А.

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

Современная демографическая ситуация в России имеет четко выраженную направленность — низкий уровень рождаемости, сопровождающийся высокими показателями перинатальной и младенческой смертности. При этом вдвое возросло количество осложнений беременности, увеличилось общая заболеваемость новорожденных. Самопроизвольный аборт относят к наиболее актуальным видам акушерской патологии. Частота спонтанных выкидышей составляет 15-20% от всех желанных беременностей, большая часть из них (около 80%) приходится на первый триместр. Нередко угрожающий выкидыш сопровождается отслойкой хориона с образованием внутриматочной гематомы, что затрудняет дальнейшее пролонгирование беременности. Кроме того, в настоящее время возрастает необходимость сохранения желанной беременности, учитывая более поздний возраст наступления как первой, так и повторной беременности.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей течения беременности у пациенток с отслойкой хориона в первом триместре с образованием внутриматочной гематомы.

Обследовано 35 беременных с угрозой выкидыша, осложнившейся отслойкой хориона, с образованием внутриматочной гематомы. Пациентки находились на госпитализации в гинекологическом отделении МЛПУ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленска в период с 2009 по 2010г. Средний возраст пациенток составил $28,0 \pm 5,13$ лет (17-36 лет), срок гестации от 5 до 13 недель. Продолжительность госпитализации в среднем $20,0 \pm 11,6$ койко-дней. Всем беременным проведено клинико-лабораторное обследование и ультразвуковое сканирование с доплерометрией. После стационарного лечения проанализировано дальнейшее течение беременности в амбулаторных условиях.

При ультразвуковом сканировании у 21 (60,0%) беременной выявлена супрацервикальная локализация ретрохориальной гематомы, у 14 (40,0%) пациенток расположение гематомы было корпоральным. В 5 (14,3%) наблюдениях клиническими проявлениями были только боли внизу живота, 11 (31,4%) пациенток предъявляли жалобы лишь на кровяные выделения из половых путей и в 19 (54,3%) случаях имело место сочетание болей и кровяных выделений различной интенсивности. Следует отметить, что в 8 (72,7%) из 11 случаев кровяными выделениями проявлялась супрацервикальная гематома. Сочетание болей и кровяных выделений было примерно равным — при корпоральном расположении в 9 (47,4%) наблюдениях, при супрацервикальной локализации — в 10 (52,6%) наблюдениях. Объем гематомы рассчитывался по формуле $V = (L1 \times L2 \times L3)/2$, где L1, L2, L3 — длина, ширина и передне-задний размеры гематомы. Объем гематомы колебался в пределах от 0,27 до 43,6 см³ и в среднем составил $7,0 \pm 6,8$ см³. При проведении исследования также оценивался тонус матки: в 14 (40%) случаях тонус матки был нормальным, в остальных наблюдениях отмечался гипертонус. При измерении длины шейки матки изменений не выявлено, в среднем она составила $35,3 \pm 3,8$ мм. Средний диаметр желточного мешка составил $4,1 \pm 0,8$ мм, структура его в 1 (2,9%) случае была гиперэхогенной, в остальных наблюдениях без изменений. В 5 (14,3%) случаях желточный мешок не визуализировался, при этом в 3 наблюдениях срок гестации был 12-13 недель, что соответствует времени регресса желточного мешка. Объемы хориальной и амниальной полостей в большинстве наблюдений соответствовали сроку беременности, лишь в 1 (2,9%) случае выявлена гипоплазия амниальной полости. При эхографии желтого тела яичника оценивалась его форма, структура, толщина периферического контура и характер васкуляризации. Во всех наблюдениях форма желтого тела была округлой, средний диаметр составил $22 \pm 4,9$ мм, ширина периферического контура $3,8 \pm 1,3$ мм. Единичные цветовые локусы регистрировались в 8 (22,9%) случаях, множественные — в 11 (31,4%) наблюдениях и в 2 (5,7%) локусов васкуляризации не наблюдалось. В 14 (40,0%) наблюдениях желтое тело не визуализировалось.

Всем пациенткам назначалась комплексная сохраняющая терапия: спазмолитики, седативные и гормональные препараты. При проведении гемостатической терапии препаратом выбора был транексам. У 22 (62,9%) пациенток беременность прогрессировала, подавляющее большинство из них — 20 (90,9%) завершили своевременными родами, в 2 (9,1%) случаях закончились преждевременными родами в сроке 34 недели. В 12 (34,3%) наблюдениях произошел самопроизвольный выкидыш в первом триместре. В этих случаях имел место большой объем гематомы, в среднем $9,9 \pm 7,4$ см³. При этом исход беременности не зависел от локализации гематомы: в половине наблюдений (6 — 50,0%) локализация гематомы была корпоральной и объем ее составил $9,5 \pm 9,3$ см³, в остальных случаях объем супрацервикальной расположенной гематомы составил $10,3 \pm 4,7$ см³.

При угрозе прерывания беременности, осложнившейся отслойкой хориона с образованием внутриматочной гематомы, необходимо учитывать локализацию, объем гематомы, оценивать состояние экстраэмбриональных структур, желтого тела яичника, его васкуляризацию для выбора рациональной тактики ведения беременности.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТОЗА

Аржанова О.Н., Сельков С.А., Лесничия М.В., Михайлова В.А., Соколов Д.И., Степанова О.И.

НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Одним из возможных патофизиологических механизмов возникновения гестоза считается нарушение сбалансированной системы взаимодействия плаценты и иммунной системы матери с развитием генерализованной эндотелиальной дисфункции.

В последнее время актуальна разработка клинических и лабораторных показателей ранней диагностики, прогнозирования и мониторинга гестоза, а также контроль эффективности проводимой терапии с целью профилактики до проявления осложнений.

Было обследовано 162 женщины: беременные с различной степенью тяжести гестоза, при сроке с 26 по 38 неделю гестации (n=88); пациентки с физиологическим течением беременности без гестоза при сроке 32-39 недель (n=44); здоровые небеременные женщины (n=30). Дополнительно была выделена группа женщин с гестозом (n=30), получавших препараты омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в комплексной терапии гестоза.

Всем пациенткам было проведено клинико-лабораторное обследование и ультразвуковое исследование фетоплацентарного комплекса. Иммунологические параметры включали в себя определение субпопуляционного состава лимфоцитов крови, поглощение липидов эндотелиальными клетками и измерение концентрации sICAM, sFas и sFasL в сыворотке крови. Критериями отбора для раннего мониторинга и прогнозирования те-

чения гестоза были патологическая прибавка массы тела, отеки, повышенное давление в анамнезе от 140/90 мм рт. ст. и выше, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, наличие гестоза при предыдущих беременностях, экстрагенитальные заболевания.

Для изучения иммунологических параметров был использован цитофлуориметрический анализ определения субпопуляций лимфоцитов периферической крови, культуральный метод с последующим окрашиванием для оценки интенсивности поглощения липидов и иммуноферментный анализ для определения концентрации sICAM, sFas и sFasL в сыворотке крови.

Из особенностей течения беременности было выявлено преобладание хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности у беременных с гестозом — 18,2±4,1 % (p<0,01) и гипотрофии плода — 17,1±4,0 % в отличие от пациенток с физиологическим течением беременности. Из осложнений родов достоверно чаще в группе с гестозом определялась начавшаяся гипоксия плода (p<0,05) у каждой пятой женщины, а у каждой третьей встречалось несвоевременное излитие околоплодных вод. Досрочное прерывание беременности в группе беременных с тяжелым гестозом было достоверно чаще — в 13,6±5,2 % (p<0,05), чем у беременных группы сравнения и происходило путем кесарского сечения в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии или прогрессирующими нарушениями кровотока в плодово-маточно-плацентарной системе.

Обнаружено, что у беременных с гестозом по сравнению с женщинами с физиологической беременностью повышается количество активированных Т-лимфоцитов CD3+ \HLA-DR+ — 8,00±1,65 %, натуральных киллеров CD16+ \CD56+ -17,59±2,91 % и NKT-лимфоцитов CD3+ \CD16+ \CD56+ — 6,29±0,87 %, что указывает на увеличение содержания цитотоксических клеток при гестозе (p<0,05).

Интенсивность поглощения липидов эндотелиальными клетками из сыворотки крови беременных с гестозом (тест на «пенистые клетки») была достоверно выше — 6,35±0,55 %, чем у здоровых беременных — 2,43±0,28 % (p<0,01) и здоровых небеременных женщин — 2,7±0,49 % (p<0,01).

Концентрация sICAM в сыворотке беременных с гестозом была выше — 40,37±4,2 нг\мл, чем в сыворотке беременных без гестоза 22,8±4,5 нг\мл, что характерно для развития системной эндотелиальной дисфункции при гестозе. Повышение уровня межклеточной молекулы адгезии-1 у беременных с гестозом находилось в корреляции с тяжестью клинических проявлений заболевания (p<0,05).

Растворимые формы рецепторов готовности к апоптозу sFas и sFasL в сыворотке крови у беременных обнаружены не были, однако, выявлялась их продукция тканью плаценты. Секреция тканью плаценты sFas и sFasL при гестозе была выше — 331,3±19,4 пг/мл и 26,0±4,68 пг/мл, чем при физиологической беременности — 277,8±15,6 пг/мл и 16,78±3,5 пг/мл соответственно. Однако экспрессия

мембранных форм этих молекул была снижена, что позволило сделать вывод о том, что в плаценте при гестозе запускаются компенсаторные механизмы защиты против избыточных апоптогенных стимулов и цитотоксических эффектов лимфоцитов матери.

Терапия омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами в комплексном лечении гестоза (n=30) под контролем метода поглощения липидов эндотелиальными клетками способствовала уменьшению поглощения липидов этими клетками, и способствовало отсутствию развития тяжелых форм гестоза у этой категории женщин.

Разработанные методы ранней диагностики — определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови, тест на пенистые клетки и определение уровня sICAM в сыворотке крови имеют патогенетическую основу и могут быть применены для прогнозирования, мониторинга и оценки профилактической терапии при гестозе.

РОЛЬ КОРТИКОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА В ИНИЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Арутюнян Т.Г., Орлов В.И., Линде В.А.,
Эльжорукаева Ж.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии»

Стремительный прогресс во многих областях медицины, ряд тонких экспериментально-клинических исследований позволили выделить большое количество теорий и предположений о причинах наступления родов. Данные современной литературы свидетельствуют о том, что эндокринный баланс организма во многом определяет особенности течения беременности и исход родов. При изучении основных механизмов инициации срочных родов, вне поля зрения исследователей остался вопрос о роли кортикотропин-релизинг гормона в инициации срочных родов. Кортикотропин - релизинг гормон представляет собой пептид, состоящий из 41 аминокислоты, и играет ключевую роль в формировании системного ответа организма на действие стресса.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось—изучение роли кортикотропин-релизинг гормона в развитии родовой деятельности.

В исследование были включены 44 роженицы при сроке гестации 37-41 неделя. Пациентки были разделены на три клинические группы. В I группу, были включены 18 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути. Во II группу, включены 10 пациенток, которым было произведено кесарево сечение по экстренным показаниям ввиду дискоординации родовой деятельности. III группу, включены 16 рожениц, которым были выполнены плановые операции кесарева сечения по показаниям, связанным со здоровьем матери и плода (рубец на матке, полное предлежание плаценты, крупный плод, экстрагенитальная патология).

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Все пациентки были сопоставимы по соматическому, акушерско-гинекологическому анамнезу и по возрасту. Информированное согласие на исследование было получено у всех беременных. Кортикотропин-релизинг гормон в сыворотке крови определялся методом иммуноферментного анализа. Забор венозной крови осуществлялся с началом регулярной родовой деятельности, или непосредственно перед операцией кесарево сечение.

Полученные результаты: В I группе рожениц уровень кортикотропин-релизинг гормона в сыворотке крови составил $236,2 \pm 30,8$ нг/мл. Во II группе концентрация кортикотропин-релизинг гормона была равна $230,9 \pm 29,3$ нг/мл. В III группе содержание кортикотропин-релизинг гормона в сыворотке крови составило $221,6 \pm 28,9$ нг/мл. Тенденция к увеличению уровня кортикотропин-релизинг гормона отмечалась в I группе, по сравнению с пациентками III группы. Аналогичная направленность изменений обнаружена и во второй группе женщин.

Такой характер изменений концентрации кортикотропин-релизинг гормона у обследованных женщин, позволяет предположить, что повышение продукции данного гормона может являться определенным звеном в механизме подготовки организма матери и плода к родам. Однако этот вопрос остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения.

РОЛЬ ГОРМОНОВ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В РЕГУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Арутюнян Т.Г., Орлов В.И., Линде В.А.,
Эльжорукаева Ж.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Федеральное агентство по высоко-технологичной медицинской помощи, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии»

Рождение здорового, жизнеспособного ребенка зависит от правильного функционирования механизмов, которые инициируют родовую деятельность при доношенной беременности, а затем обеспечивают самопроизвольное родоразрешение. Поиск маркеров ранней диагностики осложнений родового процесса остается приоритетным направлением современного акушерства, как в теоретических, так и в практических целях. Широкое внедрение метода иммуноферментного анализа в клинической практике позволяет изучить биохимический, газовый и гормональный состав околоплодных вод.

Несмотря на наличие обширной литературы, посвященной этой теме, до сих пор нет единой трактовки о роли гормонов околоплодных вод и их значения для течения беременности и родов. В современной литературе изучена роль „прогестеронового блока” в наступлении родов. Имеются сообщения в мировой науке, об отсутствии какой-либо зависимости между уровнем эстриола в околоплодных водах перед родами и методом родоразрешения.

Биологическая роль плацентарного лактогена в родах раскрыта далеко не полностью. В связи с этим привлекает внимание определение роли кортикотропин-релизинг гормона, как протектора спонтанных родов.

Цель исследования—изучить содержание кортикотропин-релизинг гормона в околоплодных водах и его связь с методом родоразрешения.

Материалы и методы: общий объем выборки составил 44 роженицы в сроке 37-41 неделя. I клиническую группу, составили 18 женщин, родоразрешенные через естественные родовые пути. II группу-10 рожениц, родоразрешенные оперативным путем по экстренным показаниям (показания со стороны матери или плода). III группа-16 беременных, родоразрешенные путем операции кесарево сечение в плановом порядке по абсолютным или по совокупности относительных показаний.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Информированное согласие на исследование было получено у всех беременных. Средний возраст пациенток во всех группах составил $25,9 \pm 0,5$ лет. По акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу группы были сопоставимы. Кортикотропин-релизинг гормон в околоплодных водах определялся методом иммуноферментного анализа на флуориметре.

Представляет интерес выявленная зависимость уровня кортикотропин-релизинг гормона и метода родоразрешения. Так, в первой клинической группе уровень кортикотропин-релизинг гормона в околоплодных водах составил $213,4 \pm 29,5$ нг/мл. Во второй группе рожениц концентрация кортикотропин-релизинг гормона была равна $201,1 \pm 27,6$ нг/мл. У пациенток третьей группы содержание кортикотропин-релизинг гормона в околоплодных водах составило $191,8 \pm 25,4$ нг/мл.

Резюмируя полученные данные, можно заключить, что уровень кортикотропин-релизинг гормона значительно выше в группе беременных родоразрешенных через естественные родовые пути, что позволяет рассматривать его как, маркера метода родоразрешения. Однако диагностические возможности исследования роли кортикотропин-релизинг гормона в околоплодных водах для прогнозирования патологических состояний в родах далеко не исчерпаны и представляются весьма перспективными.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Асадова Н.О.

Азербайджан, г. Баку, Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского медицинского университета, Род. дом №7 г. Баку

Миома матки — одно из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщин репродуктивного возраста. Заболевание диагностируется у 20-30% женщин в возрасте 15-45 лет.

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой сочетания миомы матки с аденомиозом в структуре общей гинекологической заболеваемости, выраженностью системных изменений в организме больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение системы гемостаза у беременных миомой матки в разные сроки беременности: во втором и третьем триместре беременности.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили на базе кафедры акушерства и гинекологии II Азербайджанского медицинского университета — род. доме №7 г. Баку. Под наблюдением находились 158 беременных. Исследование показателей гемостаза проводилось в сравниваемых группах: 1 группа — 46 женщин, не имеющих миомы матки (группа контроля); 2 группа — 57 женщин, которым была произведена миомэктомия до наступления настоящей беременности; 3 группа — 55 женщин с миомой матки. При изучении свертывающей системы крови определили количество тромбоцитов, АПТВ, протромбиновый индекс, концентрацию фибриногена, показатель растворения комплекса фибрин-мономеров, тромбиновое время, фибринолитическую активность, время агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ и ристомиином.

Результаты исследования и их обсуждение. Во 2-м триместре беременности отмечено достоверное повышение ПТИ у пациенток с миомэктомией в анамнезе и с миомой, составив, соответственно $110,1 \pm 3,1$ и $112,3 \pm 4,5$ %. Уровень РФМК (растворимых фибрин-мономерных комплексов) был повышен у большинства с миомой и миомэктомией, составляя $7,1 \pm 1,3 \times 10^{-2}$ г/л у пациенток с миомой и $6,5 \pm 0,9 \times 10^{-2}$ г/л в группе женщин с миомэктомией в анамнезе ($p < 0,05$). У беременных с миомой матки отмечено также снижение количества тромбоцитов $240,1 \pm 10,4 \times 10^7$ /л, относительно контрольной группы ($295,3 \pm 12,1 \times 10^7$ /л), ($p < 0,05$).

В 3-м триместре беременности женщин с миомой выявлено повышение показателя ПТИ у, $111,5 \pm 4,9$ % и показателей агрегации тромбоцитов с АДФ и ристомиином, соответственно $62,3 \pm 4,0$ и $92,1 \pm 4,6$ %, ($p < 0,05$) относительно контрольной группы, ($p < 0,05$). Отмечено также достоверное повышение РФМК $6,2 \pm 0,9 \times 10^{-2}$ г/л — при миоме и $5,7 \pm 0,5 \times 10^{-2}$ г/л — у женщин с миомэктомией, что также ($p < 0,05$). Количество тромбоцитов у пациенток с миомой было снижено до $212,6 \pm 13,0 \times 10^7$ /л, ($P < 0,05$), относительно контрольных показателей.

Обсуждение полученных результатов. Полученные данные свидетельствуют о наличии сдвигов в системе гемостаза во 2 триместре беременности у пациенток с миомой и миомэктомией в анамнезе по сравнению с показателями контрольной группы. При этом, отмечены более выраженные изменения у беременных с миомой матки. В 3-ем триместре беременности у женщин с миомой матки по сравнению с беременными без миомы изменения коагуляционных свойств крови претерпевает еще более выраженные изменения в сторону

гиперкоагуляции, характеризующиеся повышенным уровнем ПТИ, агрегации тромбоцитов с АДФ и снижением фибринолитической активности.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ахвледиани К.Н., Лубнин А.Ю., Петрухин В.А.

Россия. Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, НИИ НХ им. Н.Н. Бурденко

Беременность является особым физиологическим состоянием женского организма, при котором происходит функциональная перестройка различных систем. Четких данных о частоте встречаемости этой патологии у беременных нет, только экстраполяции. В 75% случаев внутричерепные опухоли у женщин развиваются в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности. Материнская смертность среди женщин с опухолью головного мозга чрезвычайно высока и составляет 24,3%. Трудности лечения таких пациентов вполне очевидны: консервативное, а, в особенности хирургическое, лечение нейрохирургической патологии могут представлять реальную угрозу даже для физиологически протекающей беременности. Это с одной стороны. С другой — некоторые акушерские ситуации могут вызвать острую декомпенсацию интракраниальной системы с катастрофическими последствиями.

Целью нашего исследования явилась изучение течения беременности и определение тактики родоразрешения у беременных опухолью головного мозга.

Под нашим наблюдением находились 15 беременных в возрасте 21-30 лет. Беременные разделены на две группы. I группу составили четыре беременные женщины, у трех опухоль головного мозга выявлена во время данной беременности в 28-31 нед. Все они поступили в НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко. В одном случае имела место невринома слухового нерва, у двух — астроцитомы, у одной пациентки — менингиома височной области, которая явилась случайной находкой в 35 недель гестации. До этого в течение 3 лет больная наблюдалась у невролога с диагнозом рассеянный склероз. II группу составили 11 женщин, ранее перенесших нейрохирургическое вмешательство по поводу опухоли головного мозга различной локализации. Гистологический диагноз во всех случаях — астроцитомы. У двух отмечен продолженный рост опухоли. Давность операции до наступления данной беременности 1-2 года. Всем беременным, кроме стандартных клинико-лабораторных методов исследования, проводились с целью определения локализации и распространения процесса компьютерная томография в условиях защиты плода (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) (во время беременности предпочтительна МРТ, ввиду меньшей лучевой нагрузки); электроэнцефалография (ЭЭГ) — для выявления очаговых нарушений биопотенциалов мозга и/или оценки тяжести нару-

шений деятельности мозга в целом. Все беременные консультировались нейроофтальмологом, анестезиологом, неврологом. Проводились в динамике ультразвуковое исследование плода, исследование гормонального статуса фето-плацентарного комплекса.

У пациенток I группы беременность осложнилась анемией у трех беременных, фето-плацентарной недостаточностью (ФПН) — у двух. Заболевание начиналось с появлением общемозговых симптомов: тошнота, рвота, нарушения зрения, что расценивалось как осложнения беременности. Однако в последующем присоединялась очаговая симптоматика: эпилептические припадки, гипертензионно-гидроцефалический синдром, снижение слуха. Проводилось лечение: противосудорожные препараты, кортикостероиды, а также терапия, направленная на улучшение функции ФПК. Во всех случаях удалось репрессировать общемозговую и очаговую симптоматику. Учитывая отсутствие нарастания неврологической симптоматики, удовлетворительное состояние внутриутробного плода, беременность во всех случаях пролонгирована до 37 недель. У двух пациенток проведены симуль-тантные операции: кесарево сечение с одномоментным удалением опухоли. Пациентка с невриномой слухового нерва родоразрешена путем операции кесарево сечение в 37 недель. На 7-е сутки переведена в нейрохирургическое отделение, где проведена операция по удалению опухоли. Пациентка с менингиомой височной области родоразрешена через естественные родовые пути, в настоящее время готовится для нейрохирургического вмешательства. Трое детей родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов, один ребенок — 6 и 8 баллов, через 5 суток его состояние оценивалось как удовлетворительное. Одной пациентке в послеоперационном периоде, учитывая гистологию опухоли, была проведена комбинированная лучевая и химиотерапия (8 курсов Темодала). Во II группе течение беременности осложнилось угрозой прерывания в трех наблюдениях, ФПН — у двух, анемией в трех наблюдениях. Симптоматические эпилептические припадки наблюдались у трех пациенток, все они принимали противоэпилептическую терапию. В этой группе кесарево сечение произведено у 6 женщин, через естественные родовые пути родоразрешены — 5, из них в двух случаях роды закончены вакуум экстракцией плода. Родились 11 детей в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов. В послеродовом периоде в течение 1 года проводилось наблюдение, ни в одном случае ухудшения состояния, прогрессирования неврологической симптоматики не отмечено. Материнской летальности не было. Имеющиеся к настоящему времени данные недостаточны для четкого заключения о тактике ведения беременности, методе родоразрешения, анестезиологическом обеспечении у данного контингента больных. Однако вполне обоснованы следующие выводы: оптимальным является пролонгирование беременности до доношенного

срока и симуль-тантная операция—оперативное родоразрешение и одномоментное удаление опухоли; комбинированное лечение в послеоперационном периоде, в зависимости от гистологии опухоли. В случае нарастания общемозговой и очаговой симптоматики, гипертензионно-гидроцефальной симптоматики либо, при стремительном падении зрения — нейрохирургическое вмешательство, направленное на удаление опухоли, при возможности пролонгирование беременности с последующим оперативным родоразрешением.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА У ПЛОДОВ

Ахмедова Г.Г., Агаркова Л.А.

Россия, г. Томск, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

По данным Федерального генетического регистра в РФ около 20% ВПП составляют врожденные пороки сердца (ВПС). По литературным данным частота ВПС с учетом живорожденных, антенатально погибших плодов и ранних выкидышей составляет 39,5%. Чем меньше срок, тем чаще присутствует ВПС. Гибель эмбрионов до 8-12 недель образно называют «актом милосердия» природы. Ежегодно в РФ рождается 10 тысяч детей с ВПС, это 7-8 детей на 1000 родившихся. Существует около 90 вариантов пороков.

30-50% — «критические пороки периода новорожденности». Специализированная помощь им показана в первый год, месяц, день, а подчас и в первые часы жизни. Определенная доля ВПС не коррегируемы в настоящее время. ВПС занимают 1 место по ургентности. 40% — в структуре младенческой смертности. В структуре детской инвалидности 27% приходится на ВПС. Эти обстоятельства диктуют необходимость выявления ВПС ещё до рождения ребенка.

Цель работы: создание алгоритма организации медицинской помощи беременным женщинам при подозрении и выявлении врожденного порока сердца у плода.

Проведен ретроспективный анализ 144 историй беременностей и родов за период 2001-2009г. у женщин, родивших детей с ВПС; обобщен опыт учреждений родовспоможения и отделения патологии новорожденных и данных литературы.

Пренатальная УЗД ВПС у плода осуществляется в три этапа, на трех уровнях медицинских учреждений.

При первичном обращении беременных в женскую консультацию выделяют две группы наблюдения: здоровые женщины с неосложненным течением беременности и женщины, имеющие факторы риска рождения ребенка с аномалиями развития.

В кабинете УЗД территориальной женской консультации им проводится УЗИ плода в сроках: 12-14-16 недель, в 20-24 недели, в 32-34 недели. Это три этапа первого уровня пренатальной диагностики.

При наличии факторов риска со стороны матери или плода беременные направляются на консультацию в ГУ НИИМГ ТНЦ СО РАМН г. Томска для проведения прицельного УЗИ плода, ЭхоДКГ плода, определения маркеров ВПР и проведения инвазивных методов диагностики. Это второй уровень пренатальной диагностики.

При подозрении или выявлении аномалии ССС проводится ЭхоДКГ плода в кабинете УЗД ГУ НИИМГ ТНЦ СО РАМН г. Томска. Это третий этап пренатальной диагностики. Определяется степень тяжести поражения ССС. Это могут быть аномалии, не оказывающие влияния на жизнь или состояние ребенка и операция не показана из-за незначительных нарушений гемодинамики, аномалии ССС, требующие коррекции ВПС сразу после рождения и аномалии ССС не совместимые с жизнью (хромосомные синдромы).

С 2005 года в г. Томске создан экспертный совет в составе акушер-гинеколога, генетика-синдромолога, специалиста УЗД, кардиохирурга, неонатолога, кардиолога, аритмолога и психолога. Цель его работы - оценка целесообразности сохранения беременности совместно с родителями, уточнение анатомии порока, вариантах течения и возможности хирургической коррекции.

При решении сохранения беременности женщина продолжает наблюдение в территориальной женской консультации совместно с другими специалистами: кардиологом, неонатологом и психиатром. УЗИ контроль состояния плода проводится через две недели.

Дородовая госпитализация и родоразрешение осуществляется в акушерской клинике ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМН г. Томска. В последующем новорожденные переводятся в отделение патологии новорожденных или в детское отделение ССХ ГУ НИИМГ ТНЦ СО РАМН г. Томска.

Таким образом, использование алгоритма ведения беременных с подозрением на ВПС позволяет: на пренатальном этапе заподозрить и выявить врожденный порок сердца, оценить возможность сохранения беременности, осуществить контроль рождаемости детей с несовместимыми с жизнью пороками, а значит снизить показатели перинатальной и неонатальной смертности; выбрать срок и способ разрешения женщины; выбрать вариант специализированной помощи в период новорожденности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Багрий Е.Г.

Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала

Несмотря на значительное число исследований, посвященных проблеме железодефицитной анемии (ЖДА) и ее влиянию на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного, способам ее коррекции, данная нозология сохраняет одно из

лидирующих мест по распространенности, особенно в регионах достаточно неблагоприятных в социально-медицинском плане, коим является Республика Дагестан. Ретроспективный анализ имевшихся за последние 3 года тяжелых гестационных осложнений, а также материнской и перинатальной смертности демонстрирует наличие более чем в 90% случаев железодефицитной анемии. Уменьшение частоты гестационных осложнений на фоне железодефицитных состояний различной степени тяжести у женщин в период беременности и родов путем их профилактики и лечения с учетом всех факторов, влияющих на возникновение и развитие этих осложнений явилось целью нашего исследования.

Нами изучены морфологические особенности плацент от 67 женщин с ЖДА, 42 из которых принадлежало женщинам с анемией II степени тяжести и 25 — с анемией III степени тяжести с целью выяснения особенностей влияния на морфологическую структуру плаценты. Контрольная группа представлена 15 плацентами соматически здоровых женщин.

В структуре плацент, полученных после родов женщин с железодефицитной анемией, отмечен сложный комплекс морфологических компенсаторно-приспособительных и патологических изменений. На тканевом уровне компенсаторно-приспособительные реакции проявлялись увеличением количества терминальных ворсин, имеющих синцитио-капиллярные мембраны, повышенным образованием синцитиальных узелков, обладающих высокой активностью, возникновением ангиоматоза стромы ворсин. Причем, данные изменения встречались значительно чаще в плацентах с увеличением степени тяжести анемии.

В плацентах женщин с ЖДА, особенно в тех случаях, когда беременность осложнилась гестозом тяжелой степени, выявлены признаки плацентарной недостаточности: отставание процесса коллагенообразования (сроку беременности соответствовали (в гистогенетическом плане) лишь 38,1-56,0% плацент женщин с ЖДА в сравниваемых группах), аномалии развития ворсин, наличие эмбриональных ворсин, превалирование незрелых промежуточных ворсин, дистрофические изменения в плаценте.

Наиболее часто изменения гистологического строения плаценты, обусловленные плацентарной недостаточностью, возникали на фоне тяжелой анемии. Особенно яркие изменения были характерны для плацент, в период формирования которых в ранние сроки беременности уже имелась анемия III степени тяжести или экстремальная анемия (гемоглобин ниже 50 г/л).

Обнаружение, в сопоставлении с данными контроля, достоверно большей массы плацент у женщин со среднетяжелой степенью ЖДА свидетельствует о том, что у них на органном уровне компенсаторные реакции выражены сильнее, чем при тяжелой ЖДА, средняя масса плацент к которым была даже незначительно меньше относительно контрольной группы, что свидетельствует о наступлении стадии функциональной декомпенсации.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Баев О.Р., Полянчикова О.Л., Комиссарова Л.М.,
Васильченко О.Н., Мальбахова Е.Т.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность На современном этапе развития акушерства большое внимание уделяется вопросам качества оказания медицинской помощи, ее приближения к мировым стандартам; привлечению родственников к активному участию в процессе родовспоможения. В настоящее время у российских акушеров-гинекологов существуют значительные различия в подходах к оказанию помощи в родах. В разных регионах применяют как традиционный подход, основанный на рекомендациях 40-50 летней давности, так и недостаточно проверенные, неадаптированные к организации и материально-техническому обеспечению отечественных родовспомогательных учреждений зарубежные рекомендации. В связи с этим, является актуальной разработка нового протокола ведения родов, в котором будет пересмотрено отношение к ряду процедур и лекарственных средств, применяемых рутинно и не имеющих доказательств своей эффективности.

Цель: разработать оптимальную организацию, объем и порядок действий медицинского персонала, уменьшающий частоту вмешательств и обеспечивающий максимальную безопасность и комфортность родов для матери и плода.

Материалы и методы: анализ течения и исходов родов у 300 рожениц за 2008-2009гг, ведение родов у которых осуществлялось на основе традиционной тактики (1 группа), и 100 рожениц за 2010г у которых при ведении родов применен протокол, разработанный в НЦАГиП (2 группа). Разработанный протокол ведения нормальных родов основан на следующих принципах: роды в индивидуальном родильном зале ведет врач, акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, оказывает ручное пособие при родах, осуществляет уход за новорожденным; роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции; приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) — семейные роды; назначение спазмолитических, обезболивающих, утеротонических препаратов не проводится рутинно, а осуществляется при появлении показаний. В протокол не вошли: препараты, используемые ранее для профилактики гипоксии плода — глюкоза, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, актовегин, рутинная амниотомия (до раскрытия маточного зева 6-8 см), профилактическое применение метилэргометрина при неосложненных родах. Рассечение промежности производили по строгим показаниям.

Результаты исследования: Частота амниотомий уменьшилась на 13,7%, так в 2008-2009 — 37,7% (113 рожениц), в 2010 — 24% (24 роженицы), $p < 0,01$; рассечения промежности снизилась на 9,7%, в 2008-

2009 — 47,7% (143 роженицы), в 2010 — 38% (38 роженицы), $p < 0,05$. На 11,7% чаще стали применять эпидуральную аналгезию, в 2008-2009 — 57,3% (172 роженицы), в 2010 — 69% (69 рожениц), $p < 0,025$;

Аномалии родовой деятельности встречались у 3,3% (10жен) в 2008-2009г и 2,9% (5жен) в 2010 ($p=0,58$). Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения по показаниям, развившимся в родах, также не различалась и составила 11,3% (34жен) и 9% (9жен), соответственно ($p=0,43$).

Снизилась медикаментозная нагрузка на роженицу и плод за счет исключения аскорбиновой кислоты, кокарбоксилазы, глюкозы, которые в 2008-2009 применяли в 77,3% наблюдений, актовегина — в 16%, баралгина в 3,7%. В родах применяли: дротаверина гидрохлорид (но-шпа), гиосциния бромид (бускопан), окситоцин, тримеперидин, атропина сульфат, ропивакаин, фентанил, лидокаин, частота применения которых в сравнении с 2008-2009 г не изменилась.

Снизилась частота применения метилэргометрина с целью профилактики кровотечения в 3 периоде родов. В 2008-2009г его применяли в 88% родов (264 рожениц), в 2010 — в 15% родов (15 рожениц), $p < 0,005$. По разработанному протоколу профилактику кровотечения в III и раннем послеродовом периоде родов проводили путем введения раствора окситоцина 10ЕД внутримышечно или 5ЕД внутривенно медленно или при помощи инфузомата в момент рождения переднего плечика плода. Сравнительный анализ показал, что частота кровотечений в III и раннем послеродовом периоде не отличались, так в 2008-2009г. — в 2,3% наблюдений (7 женщин), в 2010 г. — в 2% (2 женщины). Средняя кровопотеря в родах в 2008-2009г. составила 274,18 мл, в 2010г.—283,47 мл. Дефект плаценты был обнаружен в 2008-2009 — 5,7% (17 родильниц), в 2010 — 5% (5 родильниц), ручное обследование послеродовой матки было произведено в 2008-2009 — в 12% наблюдений (36 родильниц), в 2010 — в 9% (9 родильниц).

Перинатальные исходы в 2008-2009г и 2010г не различались. Гипоксия плода в родах в 2008-2009г наблюдалась у 8% (24 роженицы), в 2010 — у 5% (5 рожениц), $p > 0,05$. Средний вес новорожденных составил в 2008-2009 — $3449,5 \pm 284,1$ г, в 2010 — $3445,3 \pm 212,6$ г. Среднее значение оценки по шкале Апгар на 1 минуте в 2008-2009г — 7,78 баллов, в 2010 — 7,85 баллов; на 5 минуте в 2008-2009г — 8,8 баллов, в 2010 — 8,8 баллов.

Закключение: таким образом, внедрение нового протокола не оказывает отрицательного влияния на исход родов, но обладает рядом медико-социальных и экономических преимуществ.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ПОЗИЦИИ И ВИДА ПОЗИЦИИ ПЛОДА В ПРОЦЕССЕ РОДОВ

Баев О.Р., Румянцева В.П., Гус А.И., Еремина О.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность. Ультразвуковое исследование является рутинным методом обследования во время беременности. Однако, в настоящее время его применение в процессе родов приобретает все большую распространенность и значимость. УЗИ может играть важную роль в определении тактики ведения родов и родоразрешения, так как мануальное исследование с целью определения вставления головки имеет высокий уровень диагностических ошибок (F.S. Molina, K.H. Nicolaides, 2010).

Целью данной работы явилась оценка позиции и вида позиции плода в процессе родов с помощью эхографии, характеристика их распространенности, выявление взаимосвязи с исходом родов.

Материалы и методы: нами были обследованы 34 роженицы с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода. Недоношенную беременность имели 2 пациентки (срок гестации 34 и 36 недель), у остальных средний срок беременности на момент родоразрешения составил 40,4 нед. С помощью ультразвукового аппарата SONOACE Pico при трансабдоминальном сканировании определяли позицию, вид позиции плода, вставление головки. Статистический анализ данных проводили с помощью показателей отношения рисков (relative risk, RR), отношения шансов (odds ratio, OR), вычисления средних величин.

Результаты:

В 1 периоде родов с помощью ультразвукового исследования было выявлено расположение спинки плода в 1 позиции у 64,5% рожениц, во второй—у 35,5%. Вид позиции был передним в 44,8% наблюдений, задним в 13,8%, расположение позвоночника плода параллельно левой или правой стенкам матки отмечалось у 41,4% женщин.

Головка плода находилась в переднем виде затылочного предлежания в 29% наблюдений, в заднем виде — в 71%, из них у 18% плодов отмечалось разгибание головки.

В 1 периоде родов головка плода находилась в заднем виде затылочного предлежания у 12 из 14 повторнородящих пациенток (85,7%) и у 11 из 20 первородящих (53%).

Шансы вступления в роды головки плода в заднем виде у повторнородящих были в 5,3 раза выше, чем у первородящих женщин (OR =5,3).

У 24 из 34 обследуемых нами пациенток произошли самопроизвольные роды, одни роды закончились вакуум-экстракцией плода в связи со вторичной слабостью родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции.

У преобладающего большинства женщин (23 из 25 человек) роды произошли в переднем виде затылочного предлежания (92%), у двоих — в переднеголовном.

Девяти пациенткам было выполнено кесарево сечение в срочном порядке. Из них в 5 наблюдениях показанием к операции был клинически узкий таз, в 3—аномалии родовой деятельности, гипоксия плода у 1 роженицы. Из 5 операций, выполненных в связи с клиническим несоответствием размеров головки плода и таза матери, задний вид затылочного предлежания имел место во всех наблюдениях.

Выводы:

В 1 периоде родов в большом количестве наблюдений (41,4%) отсутствовал четкий вид позиции плода.

Совпадение вида спинки и головки имелось только в 35% случаев.

Несмотря на высокую частоту вступления головки плода в роды в заднем виде затылочного предлежания, в большинстве наблюдений самопроизвольные роды произошли в переднем виде. Однако, осложненное течение родов наиболее часто сопровождалось наличием заднего вида.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Балан В.Е., Ковалева Л.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Беременность и роды являются фактором риска развития нарушений мочеиспускания у женщин всех возрастных групп. Проявлению симптомов недержания мочи во время беременности способствуют физиологические анатомические и функциональные изменения мочевого тракта. К ним относятся физиологическая полиурия и полидипсия, повышение экскреции натрия, снижение емкости мочевого пузыря, изменение уровня половых гормонов, особенности кровоснабжения детрузора и уретры. На состоянии нижней трети мочевого тракта значительное влияние оказывает увеличение внутрибрюшного давления, обусловленное активным ростом беременной матки. Большое значение придается снижению адаптационных изменений нижних отделов мочевого тракта. У здоровых женщин во время беременности повышается общая и функциональная длина уретры (FUL), увеличивается интравезикальное давление и повышается максимальное давление закрытия уретры (МУСР). Обсуждается роль релаксина и простагландинов в генезе недержания мочи во время беременности.

Цель исследования: Изучить частоту нарушений мочеиспускания во время беременности, оценить возможные маркеры их развития.

Материалы и методы: Опрос 518 беременных женщин при помощи анкеты «Оценка мочеиспускания во время беременности» был проведен в отделении патологии беременности ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» и на базе женской консультации №1. Критерии исключения составили: болезнь

Паркинсона (тяжелая и средней тяжести формы); сахарный диабет; артериальная гипертензия; заболелания почек, бактериурия; выраженное ожирение (ИМТ>40 кг/м²); последствия тяжелых черепно-мозговых травм, нарушения мозгового кровообращения и травмы позвоночного столба в анамнезе; опухоли половых органов. Определение уровня сывороточного релаксина проводилось на 20 и 36 неделях беременности у женщин с симптомами нарушений мочеиспускания (n=70) и в контрольной группе (n=30) методом иммуноферментного анализа с использованием наборов № 473-9210 (R&D Systems, Inc., USA) на приборе «Immunolite».

Результаты исследования и обсуждение: нарушение мочеиспускания диагностировано у 401 (77,4%) беременной в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 30,6±5,7 лет). Из них 280 (69,8%) женщин имели симптомы гиперактивного мочевого пузыря, смешанное недержание мочи встречалось у 109 (27,2%) женщин, стрессовое НМ было диагностировано только у 12 (3%) женщин. Показано снижение уровня сывороточного релаксина у пациенток с различными типами нарушений мочеиспускания только на сроке беременности 20 недель (p<0,05). Наибольшее снижение релаксина наблюдалось у пациенток со стрессовым (428,9±51,3 пг/мл) и смешанным (433,8±47,3 пг/мл) недержанием мочи, при симптомах гиперактивного мочевого пузыря отмечалось снижение уровня релаксина в 1,5 раза (506,2±73,6 пг/мл), по сравнению с группой контроля (787,5±80,6 пг/мл). Установлена обратная корреляционная зависимость средних значений уровня сывороточного релаксина у беременных всех групп и наличия беременностей (r=-0,54; p=0,02) и родов (r=-0,41; p<0,02) в анамнезе.

Выводы: Нарушения мочеиспускания у беременных женщин выявляются в 77,4% случаев. В качестве дополнительного информативного маркера развития симптомов можно рекомендовать определение уровня сывороточного релаксина у беременных групп риска на сроке 20 недель. Выявление сниженных значений релаксина предполагает развитие заболевания и подтверждает целесообразность назначения специального курса комплексной поведенческой терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ И ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО ДАННЫМ СФИГМОГРАМ

Баранов А.Н., Абрамова Р.М., Истомина Н.Г.

Северный государственный медицинский университет, кафедр акушерства и гинекологии, г.Архангельск.
ФГУЗ ЦМСЧ № 58 ФМБА России, г.Северодвинск

Метод сфигмографии (СФГ) используется для оценки сосудистой дисфункции при различных заболеваниях. По особенностям пульсовой волны, представленными графически, можно судить о наличии или отсутствии периферического сосудистого спазма, уровне диастолического кровотока, мощности миокарда в систолу.

Целью настоящего исследования явилось изучение параметров сфигмограмм при беременности осложненной преэклампсией.

Материал и методы. Нами проведено изучение показателей сфигмографии у втора 80 беременных с ПЭ (легкой степени — 32, тяжелой — 48). Группу контроля составили 240 женщин с физиологическим течением беременности. Критерием исключения в обеих группах была тяжелая экстрагенитальная патология, а также вредные привычки (алкоголизм, наркомания, курение). Сравнимые группы были схожи по возрасту, паритету беременности, социальному и брачному статусу. Сфигмографическое исследование проводили компьютерным анализатором пульсовой волны и электрической активности сердца «Пульс».

Результаты исследования и обсуждение.

В группе беременных с ПЭ легкой степени не выявлено достоверных отличий в показателях СФГ в первом, втором и третьем триместрах беременности. Вместе с тем, в группе беременных с ПЭ тяжелой степени изменения некоторых показателей сфигмограмм были достоверно выше в третьем триместре по сравнению с первым и вторым.

С целью уточнения значимости выявленных отличий в группе беременных с преэклампсией нами было проведено исследование, основанное на расчете отношения шансов для данных показателей в логистической регрессионной модели. При анализе данных сфигмографии была выявлена связь риска ПЭ с относительной величиной дикротической волны (ОДВ) (ОШ=2,3; ДИ:1,3-3,9), СРПВ (ОШ=149,5; ДИ:59,5-375,7), первым показателем периферического сопротивления (ctga3) (ОШ=3,1; ДИ:1,8-5,5), остротой пульсовой волны (Aa1/Aa2) (ОШ=2,4; ДИ:1,3-4,5), другие показатели СФГ не показали наличия ассоциации с ПЭ.

Включив изученные факторы в общую логистическую модель, мы получили наиболее независимые и постоянные из изученных нами предикторов ПЭ, это: первый показатель периферического сопротивления (ОШК=4,12; 95% ДИ: 1,33- 12,8), скорость распространения пульсовой волны (ОШК=176,2; 95% ДИ: 56,2- 521,3), систоло-диастолическое отношение (ОШК=9,8; 95% ДИ: 2,0- 48,1). Наше исследование позволило определить, что наряду с такими известными факторами как систоло-диастолическое отношение, наиболее значимыми предикторами ПЭ среди показателей СФГ являются увеличение скорости распространения пульсовой волны и 1-го показателя периферического сопротивления.

Заключение. Проведенное исследование показало, что параметры СФГ при беременности осложненной тяжелой преэклампсией имеют характерные особенности. У беременных с последующим развитием преэклампсии изменения показателей сфигмографии указывают на наличие периферического сосудистого спазма и снижение диастолического кровотока.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В РОДАХ

Бекмухамедов М.М., Бутенко Н.Г., Кацман О.Б.
ММУЗ МГКБ №2 г. Оренбург

Регионарная анальгезия является наиболее эффективным методом обезболивания родовой деятельности, так как позволяет достичь хорошей степени обезболивания и обладает минимальным воздействием на состояние плода и роженицы.

В нашей клинике до 2009г. применялась лишь длительная эпидуральная анальгезия (ДЭА), признанная “золотым стандартом” обезболивания родов (В.И. Кулаков с соавторами «Обезболивание родов» Триада-Х 2002). Литературные данные о применении спинальной анестезии в родах немногочисленны.

С 2009 года в нашем родильном доме (60 коек, 3923 родов в 2009г.) начинает применяться и получает распространение спинальная анальгезия родов.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности спинальной анестезии в родах.

В 2009 году из 925 случаев регионарной анальгезии родов доля эпидурального обезболивания составила 98,9%, а спинальных 1,1% (915 эпидуральных и 10 спинальных). В 2010 году за четыре месяца проведено 117 спинальных анальгезий из 368 случаев регионарного обезболивания родов, что составило 31,8% спинальных и 68,2% эпидуральных.

Спинальная анальгезия выполнялась по стандартной методике, пункция проводилась на уровне L3-L4 иглой для спинальной анестезии 25-27г. Субарахноидально вводилось комбинация местного анестетика (маркаин спинал 0,5% 0,3-0,5 мл), наркотического анальгетика (фентанил 0,005% 0,5-0,6 мл) и клофелина 0,01%—0,3мл. Либо комбинировался местный анестетик с наркотическим анальгетиком (фентанилом). Продолжительность анальгезии зависела от комбинации препаратов и варьировала от 2 до 6 часов. В случае, когда требовалась более продолжительная анальгезия (первые роды, открытие маточного зева 3-4 см, наличие аномалий родовой деятельности) вводился наркотический анальгетик в сочетании с клофелином и маркаином. В случаях, когда была необходима менее продолжительная анальгезия, комбинировался наркотический анальгетик с маркаином.

Эпидуральная анальгезия проводилась в тех же ситуациях, а также при необходимости симпатического блока (при преэклампсии тяжелой степени), и при родах высокого риска оперативного вмешательства, с целью возможной пролонгации в эпидуральную анестезию при оперативном родоразрешении.

При проведении эпидуральной анальгезии родов иногда (12%) требовалась коррекция гипотензии, путем введения симпатомиметиков (эфедрин). При проведении спинальной анальгезии введения симпатомиметиков не потребовалось ни разу.

Таким образом, спинальная анальгезия является простым, безопасным и эффективным способом обезболивания родов.

Существенными преимуществами ее по сравнению с эпидуральной являются:

- Простая техника с четкими критериями правильного выполнения (появление ликвора);
- Быстрое развитие анальгезии и высокое качество обезболивания;
- Не оказывает значимого влияния на родовую деятельность;
- Меньшее влияние на гемодинамику и полное отсутствие моторного блока при окончании действия местных анестетиков (30-40 мин);
- Дешевизна метода по сравнению с эпидуральной анальгезией;
- Недостатки спинальной анальгезии:
- Эффект ограничен по времени;

Необходимость оперативного родоразрешения требует повторной пункции и увеличивает риск постпункционной головной боли.

Выводы. Спинальную анальгезию можно считать методом выбора обезболивания при повторных, не осложненных родах с выраженным болевым синдромом.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА НА ОСНОВЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Белова Н.Г., Агаркова Л.А., Желев В.А.
НИИ АГП СО РАМН, Томск, Россия

Недооценка степени тяжести гестоза, а следовательно, неадекватное лечение и запоздалое родоразрешение являются ведущими причинами материнской и перинатальной смертности, а также инвалидизации новорожденных при данном осложнении беременности. Это связано с частыми несовпадением имеющихся клинико-лабораторных и инструментальных данных с истинной тяжестью патологических изменений в системе мать-плацента-плод, что и диктует необходимость уточнения механизмов патогенеза этого осложнения, где ключевая и преопределяющая роль принадлежит изменениям в системе гемостаза и прежде всего сосудисто-тромбоцитарного звена. Информационными характеристиками сосудисто-тромбоцитарного взаимодействия является агрегационная активность тромбоцитов и маркеров эндотелиальной дисфункции: оксид азота, эндотелин1,2, фактор Виллебранда.

Целью исследования явилось изучение сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, установление роли дисфункции эндотелия в механизмах нарушения коагуляционного потенциала крови, ее реологических свойств и микроциркуляции при гестозе различной степени тяжести.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 198 беременных женщин с гестозом

легкой и средней степени тяжести (первая группа). Группу контроля (вторая группа) составили 40 здоровых беременных женщин с аналогичным сроком гестации (26-28 недель). Средний возраст женщин в обеих группах составил $21 \pm 3,7$ лет. Беременные с артериальной гипертонией и сахарным диабетом были исключены из обследованного контингента в связи с наличием дисфункции эндотелия при указанной соматической патологии. У всех пациенток было проведено исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Функциональную активность тромбоцитов и количественное содержание фактора Виллебранда исследовали с помощью двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола ЛА 230-2». Уровень оксида азота и эндотеллина-1,2 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистический анализ данных был произведен с помощью непараметрического критерия Вилкоксона для зависимых групп и непараметрического критерия Манн-Уитни для независимых групп.

Формирование дисфункции эндотелия у беременных с гестозом сопровождалось развитием каскада стереотипных патологических реакций в виде активации тромбоцитарного звена системы гемостаза: в первой группе беременных женщин наблюдается умеренное физиологическое увеличение количества тромбоцитов в 1,41 раза, увеличение спонтанной и стимулированной (АДФ, адреналином, коллагеном) агрегационной способности тромбоцитов до $39,6 \pm 1,6\%$, увеличение содержания фактора Виллебранда в 1,61 раза, отмечалось заметное снижение содержания в 1,41 раза оксида азота и увеличение эндотеллина-1,2 в 1,39 раза в сравнении с аналогичными показателями во второй группе.

Таким образом, для оценки тяжести патологического процесса при гестозе и прогноза течения родов необходимо исследовать параметры системы гемостаза и показатели эндотелиальной функции сосудов. Тяжелое течение гестоза характеризуется, с одной стороны, увеличением агрегационной способности тромбоцитов, а с другой стороны, прогрессирующей дисфункцией эндотелия, недостаточностью продукции оксида азота, что безусловно, является одним из важнейших факторов патогенеза гипертензивного синдрома при указанной патологии беременности.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЖЕНЩИНЫ

Белозерова Л.М.¹, Андреева И.Э.¹,
Сарапулова Н.В.², Колесова Т.Е.¹

Россия, Пермь, ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера¹, ГУЗ "Пермская краевая клиническая больница"²

Актуальность. В литературе обсуждается проблема биологического возраста (БВ), темпов старения, увеличения продолжительности жизни в женской популяции (А.А. Кишкун, 2009; Л.М. Белозерова,

2002). Демографическая ситуация в России характеризуется увеличением рождаемости (В.Е. Радзинский, 2009). Течение беременности является определенным показателем уровня адаптации (В.Н. Серов, 1988; О.А. Маталыгина, 2009). Одним из проявлений дизадаптации является гестоз, как часто встречающееся осложнение беременности (Г.М. Савельева; В.И. Кулаков, 2000). Мы не встретили работ, посвященных влиянию беременности и гестоза на биологический возраст женщины.

Цель. Определить и сопоставить показатели биологического возраста и темпы возрастных изменений у женщин в возрасте 20-39 лет вне беременности и в третьем триместре беременности, осложненной и не осложненной гестозом.

Материалы и методы. Обследованы 195 женщин в возрасте 20-39 лет. Критерием исключения из исследования явилось наличие суб- и декомпенсированной соматической патологии. Пациентки были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 115 небеременных женщин, средний возраст которых составил $30,22 \pm 6,99$ года ($M \pm \sigma$). Во 2-ю группу вошли 36 беременных в третьем триместре, не имевших гестоза, средний возраст которых составил $29,55 \pm 5,87$ года. 3-ю группу составили 44 пациентки в третьем триместре беременности, осложненной гестозом различной степени тяжести, их средний возраст составил $30,05 \pm 5,17$ года. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от хронологического (паспортного) возраста: а) 20-29 лет, б) 30-39 лет. В группу 1а вошли 33 женщины, 1б — 82, 2а — 21, 2б — 15, 3а — 22 и 3б — 22 человека. БВ определяли методом антропометрии по методике Л.М. Белозеровой (2002). Оценивали следующие показатели: рост стоя в см (Р), массу тела в кг (М), окружность грудной клетки на вдохе (ОГК вдох), выдохе (ОГК выдох), в период паузы (ОГК пауза) в см, экскурсию грудной клетки (ЭГК = ОГК вдох - ОГК выдох) в см. Учитывали данные спирометрии — жизненную емкость легких (С) в мл, динамометрию — силу сжатия кисти правой (ДП) и левой (ДЛ) рук в кг. БВ рассчитывали по формуле: $БВ = 81,6929 + 0,199 \times М - 1,6901 \times ЭГК - 0,0092 \times С + 0,133 \times ДП - 0,6078 \times ДЛ$. Должный биологический возраст (ДБВ) как показатель популяционного стандарта определяли по формуле: $ДБВ = 30,9847 + 0,4122 \times ХВ$. Темп возрастных изменений рассчитывали по разнице между БВ и ДБВ. Статистическую обработку полученных данных проводили с применением параметрических и непараметрических методов с использованием компьютерных программ "STATISTICA 6.0" и "Biostat".

Результаты. Средний БВ у небеременных женщин составил $44,94 \pm 1,64$ года, что достоверно ниже, чем во 2-й ($51,74 \pm 0,29$ года, $P < 0,05$) и 3-й ($56,48 \pm 7,72$, $P = 0$) группах. Важно, что БВ у беременных с гестозом достоверно превышал таковой у беременных, не имевших его ($P = 0$). ДБВ вне беременности равнялся $43,44 \pm 2,85$ года. ДБВ при беременности составил: во 2-й и 3-й группах $42,69 \pm 2,53$ и $43,65 \pm 2,86$ года соответственно ($P > 0,05$). Вне беременности, а также при беременности независимо

от наличия гестоза БВ достоверно превышал ДБВ в 1-й, 2-й и 3-й группах ($P < 0,05$; $P < 0,001$; $P < 0,001$ соответственно). БВ у обследованных женщин составил: в подгруппе 1а — $43,30 \pm 1,12$ года; 1б — $46,58 \pm 0,84$; 2а — $51,45 \pm 10,52$; 2б — $52,03 \pm 6,28$; 3а — $54,89 \pm 8,11$; 3б — $56,07 \pm 8,82$ года. В возрастных подгруппах 20-29 лет БВ у небеременных был достоверно ниже, чем при беременности во 2а ($P < 0,01$) и в 3а ($P < 0,001$) подгруппах. В возрастных подгруппах 30-39 лет БВ вне беременности был достоверно ниже, чем при беременности: во 2б $P = 0$ и 3б — $P = 0$. ДБВ у обследованных женщин составил: в подгруппе 1а — $41,40 \pm 0,20$ года; 1б — $45,48 \pm 0,13$; 2а — $41,45 \pm 1,24$; 2б — $45,23 \pm 1,51$; 3а — $41,7 \pm 1,23$; 3б — $45,6 \pm 2,45$ года. Не выявлено достоверной разницы между ДБВ как внутри каждой группы, так и между соответствующими подгруппами, что подтвердило репрезентативность выборки. В каждой подгруппе БВ достоверно превышал ДБВ: в 1а — $P = 0$; 1б — $P < 0,05$; 2а — $P < 0,001$; 2б — $P < 0,001$; 3а — $P < 0,05$; 3б — $P < 0,001$. Темп возрастных изменений во 2-й группе составил $8,85 \pm 9,45$, в 3-й группе — $11,88 \pm 8,87$ лет ($P > 0,05$).

Выводы. 1. Установлено, что биологический возраст вне беременности был достоверно ниже, чем у беременных в третьем триместре, не имеющих суб- и декомпенсированной соматической патологии. 2. Биологический возраст беременных с гестозом в возрасте 20-39 лет достоверно превышал таковой у беременных, его не имевших. 3. У небеременных женщин, а также у беременных в третьем триместре беременности, осложненной и не осложненной гестозом, в возрасте 20-39 лет, биологический возраст достоверно превышал должный биологический возраст. 4. Небеременные женщины в возрасте 20-39 лет имели средний темп возрастных изменений. 5. Определение биологического возраста по антропометрии у женщин в третьем триместре беременности, осложненной и не осложненной гестозом, выявило ускоренный темп возрастных изменений.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАНДЕМИЯ ГРИППА-2009: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Белокриницкая Т.Е., Кошмелева Е.А.,
Трубицына А.Ю., Воробец Е.Б., Панфилова Е.В.,
Глотова Е.Ю., Жасапова Б.Б., Розанова М.В.
Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия

Цель исследования — оценить эффективность профилактических мероприятий и выявить факторы риска заболеваемости беременных гриппом А(Н1N1)-09 и сезонным гриппом в период пандемии осенью 2009 г. в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Проанализированы 682 статистические карты беременных, состоявших на диспансерном учете в женских консультациях

г. Читы и перенесших грипп в период пандемии осенью 2009 г. Грипп А(Н1N1) был подтвержден вирусологически у 95 женщин, у остальных (587) вирусологические исследования не проводились. При этом все заболевшие имели сходные симптомы и клинические проявления и за пределы Забайкальского края в доэпидемический период и в период эпидемии не выезжали, что, согласно рекомендациям главного санитарного врача России Г.А. Онищенко во время визита в г. Читу, послужило основанием для постановки им всем диагноза «Пандемический грипп». Контрольную группу составили 400 беременных сопоставимых по паритету и возрасту, не болевших пандемическим гриппом и отобранных сплошным методом.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст заболевших гриппом беременных составил $25,5 \pm 3,4$ года. В I триместре заболели 7,3% (50/682) беременных, во II триместре — 40,8% (278/682), в III триместре — 51,9% (354/682). Ежегодно простудные заболевания имели 69,90% (472/682) заболевших женщин (в контроле — 6%, $p < 0,001$). Из экстрагенитальной патологии у заболевших гриппом в 19,9% (136/682) регистрировались заболевания органов дыхания и в 19,9% (136/682) — болезни сердечно-сосудистой системы (136/682), в контрольной группе — по 3% (12/400) ($p < 0,05$). ИППП в анамнезе были у 12,6% (86/682) заболевших гриппом и у 4% (16/400) в контроле ($p < 0,05$). Курили 32,9% (325/682) женщин основной группы и 6% (24/400) — в контрольной ($p < 0,05$). Нормальный индекс массы тела до беременности имели 42,9% (292/682) заболевших женщин (в контроле 78%, $p < 0,05$), низкий ИМТ (< 18) — 32,9% (225/682) женщин (в контроле 14%, $p < 0,05$), повышенный ИМТ (> 25) — 24,2% (165/682) (в контроле 8%, $p < 0,05$). Профилактику гриппа проводили 47,5% (324/682) заболевших беременных (в контроле 68%), не проводили — 52,5% (358/682) женщин (в контроле 32%, $p < 0,05$). Профилактическая вакцинация против гриппа А не проводилась ни в одном случае. С профилактической целью носили маски — 35,3% (241/682) женщин (в контроле 68%, $p < 0,01$), использовали гриппферон 12,2% (83/682) (в контроле 30%, $p < 0,05$), арбидол — 4,4% (30/682) (в контроле 27%, $p < 0,01$), виферон в свечах — 3,4% (23/682) (в контроле 6%, $p > 0,05$) заболевших. Информацию о мерах профилактики гриппа в условиях пандемии 68,5% (467/682) беременных получили от врачей амбулаторного звена, 28,5% (194/682) — из Интернета и средств массовой информации, 3% (21/682) — от родственников и друзей. Все опрошенные беременные были осведомлены о симптомах гриппа А и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью. До 12 часов с момента начала заболевания за медицинской помощью обратились 44,4% (303/682) женщин, от 12 до 24 часов — 31,7% (216/682), от 24 до 48 часов — 3% (21/682), от 48 до 72 часов — 16,1% (110/682) и позднее 72 часов — 4,8% (32/682) опрошенных. Вызвали бригаду СМП половина заболевших — 50% (341/682), участкового терапевта — 42,2% (288/682), остальные обратились в женские консультации по месту

жительства 7,8% (53/682). У большинства заболевших заражение произошло в общественных местах — 47,1% (321/682), на работе — 23,1% (158/682), от членов семьи — 7,8% (53/682), остальные опрошенные затруднились определить место инфицирования. Пандемический грипп-2009 средней степени тяжести перенесли 39,14% (267/682) беременных, тяжелой степени — 9,98% (68/682), легкой степени — 50,88% (347/682). Летальных исходов в период пандемии гриппа у беременных, проживающих на территории города Читы, не было. После гриппа А, перенесенного на 5-7 неделях гестации, 0,44% (3/682) женщин прервали беременность абортom на 12 неделях беременности в связи с выявленными ВАР плода (2 случая — гидроцефалия и аномалии развития конечностей, 1 случай — гастрошизис) (в контроле — 0%), у 1,32% (9/682) — в острый период заболевания произошли спонтанные аборты в сроки до 12 недель (в контроле — 0%), у 0,29% (2/682) — беременность прервана на 21-22 неделях в связи с диагностированными ВАР плода (гидроцефалия, аномалии конечностей, spina bifida) (в контроле — 0%). В настоящее время родили 94,14% (642/682) женщин, продолжают вынашивать беременность 3,81% (26/682).

Выводы. В период пандемии гриппа в Забайкальском крае осенью 2009 г. комплексная профилактика гриппа арбидолом, гриппфероном и ношением масок снизила частоту заболевания гриппом беременных в 3-4 раза. Факторами риска заболевания пандемическим гриппом-2009 у беременных явились высокий инфекционный индекс, фоновые заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, дефицит или избыток массы тела. Заражение беременных гриппом в большинстве случаев произошло в общественных местах и на работе, что требует строгого соблюдения системы мер ограничений для беременных в условиях эпидемии.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ КАРДИОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Белоцерковцева Л.Д., Сус Л.А., Каспарова А.Э.,
Коваленко Л.В.**

Сургутский Государственный Университет Медицинский институт г. Сургут.

Актуальность: Одним из наиболее важных направлений в решении проблемы неблагоприятных исходов фетоплацентарной недостаточности (ФПН) является поиск ранних признаков ее прогноза.

Цель настоящего исследования: выявление маркеров развития ФПН и кардиоплацентарной недостаточности (КПН) при использовании современных методов ультразвуковой диагностики в ранние сроки беременности у беременных групп высокого риска.

Материал и методы исследования: с целью изучения формирования ФПН на ранних сроках беременности (11-14 недель) проведено комплексное обследование 115 беременных с распределением в 2 клинические группы: 1-я основная—53 пациентки высокой группы риска, 2-я группа сравнения—62 пациентки с низким риском развития осложнений беременности. К группе высокого риска отнесены женщины с отягощенным акушерским (гестоз средней и тяжелой степени тяжести, перинатальные потери, внутриутробная инфекция) и соматическим (хронические воспалительные заболевания, ожирение II-III степени, артериальная гипертензия) в анамнезе. В исследовании использовались методики двух (2D) и трехмерного УЗИ (3D). Статистическая обработка проведена методами корреляционно-регрессионного анализа.

Результаты исследования и обсуждение: При исследовании возраст пациенток, начало менструальной функции и половой жизни был сопоставим во всех группах. При 2D эхографии гестационный и фетометрический срок соответствовали в 1-й группе: 12,062±/−1,08 и 12,262±/−0,79 соотв., во 2-й группе 12,47±/−1,69 и 12,611±/−1,21. Сроки беременности при фетометрии превышали должностные показатели в обеих группах (p>0,05). При анализе показателей—бипариетальный размер головы (БПР) составил в группах 18,679±/−2,9 и 20,25±/−4,9 соотв., лобно-затылочный—24,22±/−3,9 и 24,9±/−6,2 соотв., окружность головы—68,80±/−10,05 и 73,01±/−16,4 соотв., окружность живота—54,48±/−11,09 и 58,6±/−14,7 соотв., длина бедра—6,03±/−1,8 и 7,5±/−3,8. Данные показатели в группах не имели достоверных отличий. При измерении толщины воротничкового пространства и костей спинки носа в обеих группах не было получено статистических различий данных показателей: в 1-й группе—1,27±/−0,31 и 2,13±/−0,7, 2-й группа—1,55±/−0,4 и 2,63±/−0,7 соотв. При анализе частоты сердечных сокращений (ЧСС) во 1-й группе выявлено достоверное учащение частоты сердечных сокращений: 1-я группа—163,85±/−9,6, 2-я группа 155,5±/−13,1 (p<0,01). Допплерометрические показатели в маточных артериях (систола-диастолическое отношение—СДО и индекс резистентности—ИР) справа и слева составили: в 1-й группе—2,82±/−0,96; 0,61±/−0,09 и 3,10±/−1,31 и 0,64±/−0,1 соотв.; во 2-й группе—2,90±/−0,95; 0,60±/−0,09 и 3,30±/−1,31 и 0,62±/−0,09 соотв. (p>0,05). При проведении 2D-исследования кровотока в межворсинчатом пространстве (ИР) составил в группах—0,36±/−0,1 и 0,40±/−0,09 соотв., что не являлось достоверно значимым. При проведении 3D-эходопплерографии плацентарного кровотока были исследованы VI—индекс васкуляризации—отражает процентное содержание сосудистых элементов в плаценте; FI—индекс кровотока—отражает количество клеток крови в сосудах плаценты; VFI — васкуляризационно-поточный индекс дает информацию о сосудистом компоненте и общем кровотоке. Показатели индексов VI и VFI в группах имели достоверные отличия (p<0,05) и составили: VI — 12,178±/−16,21; VFI — 6,703±/−7,05 соотв.

и VI — 4,735+/-6,74; VFI—2,25+/-1,25 соотв. В показателях индекса FI не выявлено достоверных отличий в группах: 33,158+/-7,66 и 30,45+/-7,35 соотв. В результате проведенных исследований выявлено уменьшение значений БПР и достоверное повышение ЧСС у беременных группы высокого риска. В исследовании выявлено повышение процентного числа плацентарных сосудов (VI) и объемного изображения сосудов плацентарного ложа на этапе формирования плаценты у пациенток основной группы, что возможно указывает на компенсаторный характер изменений при формировании ФПН и КПН. Изучение параметров кровотока при формировании плаценты в ранние сроки беременности является перспективным видом изучения механизмов формирования ФПН с оценкой прогноза течения беременности.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (НБ), АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

Беспалова О.Н., Иващенко Т.Э., Баранов В.С.

Россия, г.Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта СЗО РАМН

Одной из ведущих причин НБ ранних сроков принято считать генетический фактор. На протяжении последних 50 лет, понятие «генетические причины НБ» включало в себя только наличие хромосомных aberrаций как у супругов с выкидышами в анамнезе, так и у абортусов. НБ может быть обусловлено, так и наличием наследственной предрасположенностью. НБ — это мультифакториальное заболевание: результат действия «функционально ослабленных» вариантов (аллелей) множества генов на фоне неблагоприятных внешних и внутренних факторов.

Согласно современным представлениям, проблеме НБ необходимо решать до беременности. В связи с этим, особую важность приобретают разработки новых высокотехнологических диагностических подходов, направленных на раннее, досимптоматическое выявление супружеских пар высокого риска по НБ (В.С. Баранов, Э.К. Айламазян, 2009).

Целью нашего исследования явилась разработка новых подходов диагностики и профилактики разных форм НБ на основе комплексного клинико-генетического анализа данной патологии у 500 супружеских пар. На протяжении последних 10 лет всем парам было проведено цитогенетическое обследование и тестирование полиморфизма 23 генов 7 метаболических систем: системы детоксикации; фолатного обмена; факторов свертывания крови; главного комплекса гистосовместимости HLA-системы; факторов роста; факторов эндотелиальной дисфункции, гормонов и их рецепторов.

Установлено, что различные формы НБ коррелируют с повышенной частотой диагностированных сбалансированных хромосомных aberrаций (СХА) и хромосомного полиморфизма у супругов. В

каждой четвертой паре с одним выкидышем обнаружены варианты полиморфизма хромосом и СХА. Выявлена прямая корреляция числа самопроизвольных выкидышей в анамнезе от частоты СХА у супругов. Полученные результаты подтверждают известное положение о необходимости цитогенетического анализа кариотипов обоих супругов. Начинать обследование пары с НБ необходимо с кариотипирования обоих супругов вне зависимости от количества выкидышей в анамнезе.

Получены достоверные результаты в частотах аллелей и генотипов изученных генов как по каждому из генов, так и по их сочетанию. Риск НБ и его форм зависит от функционального состояния более значимых генов системы детоксикации, фолатного цикла, главного комплекса гистосовместимости HLA-системы, факторов свертывания крови, факторов роста. Относительный вклад генетических и средовых факторов варьирует в каждом конкретном случае, и их необходимо оценивать в супружеской паре. Установлено, чем больше самопроизвольных выкидышей в анамнезе, тем шире генетическая сеть», т.е. частота выявления «функционально ослабленных генотипов по изученным генам как у женщин и так и мужчин из пар с НБ. При одном выкидыше в анамнезе определяется повышение частоты «функционально ослабленных генотипов, но по меньшему числу генов. У супружеских пар с первичным НБ выявлена ассоциация с большим числом «функционально неблагоприятных» аллелей и генотипов, чем у пар с вторичным, что свидетельствует о существенной роли генетических факторов при первичном НБ.

Объем генетического исследования зависит от числа выкидышей в анамнезе и особенностей сопутствующей патологии и данных лабораторных исследований. Установлена целесообразность генетического тестирования аллельного полиморфизма десяти генов (GSTT1, GSTM1, GSTP1, MTHFR, MTRR, DQA1, DQB1, DRB1, HLA-G, VEGF) для прогнозирования риска НБ при разном числе выкидышей в анамнезе и восьми генов (GSTT1, GSTM1, GSTP1, MTHFR, MTRR, DQA1, DQB1, DRB1) для прогнозирования первичного НБ. Для прямой оценки функциональной активности неблагоприятных аллельных вариантов генетические исследования обязательно дополнять биохимическими анализами.

На основании многолетних исследований разработан алгоритм генетического исследования пар с учетом количества выкидышей в анамнезе, первичного и вторичного НБ. Обследование пациентов желательно проводить до планируемой беременности или при наличии беременности до 16 недель; исходя из особенностей анамнеза, целесообразно назначать тестирование генетических систем— наиболее вероятных кандидатов наследственной предрасположенности к НБ. Тестирование полиморфизма данных генов дает возможность ранней досимптоматической диагностики у супругов риска возникновения НБ и позволяет начать упреждающие профилактические мероприятия, направленные

ные на снижение риска самопроизвольных выкидышей. Это особенно важно для пар, у которых в анамнезе уже были случаи самопроизвольного прерывания беременности (начиная с одного выкидыша), но так же является существенным, и для пар, которые только планируют беременность.

В зависимости от результатов генетического тестирования корректируется медикаментозная профилактика и лечение НБ. В случае неблагоприятных сочетаний генотипов по генам системы детоксикации целесообразно назначать диету, отказ от вредных привычек, детоксикационную терапию; при дефектах фолатного цикла — препараты фолиевой кислоты и витамины группы В; по HLA-системе — иммунотерапию и т.д.

Таким образом, своевременное выявление генетических причин НБ существенно расширяет возможности для сохранения беременности и при назначении адекватного лечения позволяет добиться её доношивания.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ГЕСТОЗОВ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Баймурадова С.М., Акиншина С.В.

Россия, г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Патогенез гестозов и методы их предотвращения до настоящего времени остаются неизученными. С современных позиций гестоз представляет собой осложнение беременности, обусловленное нарушением процессов инвазии трофобласта и плацентации, сопровождающееся активацией системного воспалительного ответа, аномальным функционированием иммунной системы, системной эндотелиопатией, формированием ДВС-синдрома. Большой прогресс в понимании патогенеза гестозов внесло открытие генетических форм тромбофилии и антифосфолипидного синдрома (АФС). На сегодняшний день роль тромбофилии признана не только в развитии тромбозов и тромбоэмболий, но и целого ряда осложнений беременности: привычного невынашивания, гестозов, антенатальной гибели плода, преждевременной отслойки плаценты. Становится понятным, что в основе формирования различных акушерских осложнений лежит ряд патологических синдромов: синдром системного воспалительного ответа, метаболический синдром, АФС, ДВС-синдром, генетические формы тромбофилии, которые могут одновременно присутствовать у пациенток, обуславливая течение беременности и тяжесть акушерской патологии.

В задачи исследования входило определение роли генетических форм тромбофилии, АФС и генетической предрасположенности к активации системного воспалительного ответа в патогенезе гестоза и оценка эффективности патогенетической профилактики гестозов у пациенток с тромбофилией.

В исследование было включено 60 пациенток с тяжелыми гестозами в анамнезе. Группу I составили 32 пациентки, у которых проводилось планирование настоящей беременности и специфическая профилактика (низкомолекулярный гепарин [НМГ] в течение всей беременности в послеродовом периоде под контролем уровней D-димера, витамины группы В, фолиевая кислота до 4 мг/сут, антиоксиданты, аспирин по показаниям). В группе II (n=28) терапия была начата во II - III триместре беременности в момент обращения. У всех пациенток было проведено исследование системы гемостаза, скрининг на генетические формы тромбофилии, полиморфизмы провоспалительных цитокинов и антифосфолипидные антитела (АФА).

Мы выявили, что суммарно у 80% женщин с тяжелым гестоз в анамнезе присутствуют мультигенные генетические формы тромбофилии и АФС. Показана четкая взаимосвязь между рецидивирующими тяжелыми гестозами и тромбофилией, которая была выявлена у 100% пациенток с двумя и более случаями тяжелого гестоза в анамнезе и у 60% пациенток с одним случаем гестоза в анамнезе. Обследовав пациенток с тяжелым гестозом в анамнезе и с метаболическим синдромом, мы с высокой частотой выявили у них полиморфизмы провоспалительных цитокинов (IL-1b -31T/C, CD46 5032 C/G, IL-6 -174 G/C, TNF- α -308G/A), что сочеталось с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов (IL-1b, IL-6, VCAM-1, C4 и sE-селектина) и наличием гомозиготной мутации PAI-1 4G/5G более чем в 95% случаев. В группе I, в которой профилактика была начата в фертильном цикле, случаев развития тяжелых форм гестоза не наблюдалась. Нефропатия легкой степени отмечена у 16% пациенток. Все женщины были родоразрешены после 37 недели беременности. В 100% случаев в группе I беременность закончена рождением живых детей. Во II группе начатая со II-III триместра беременности профилактика оказалась неэффективной: тяжелые и среднетяжелые формы гестоза развились у 64% пациенток, при этом 36% случаев потребовалось досрочное родоразрешение ($p < 0,05$). В 3 случаях дети не выжили ($p < 0,05$).

Полученные нами результаты подтверждают роль тромбофилии и воспалительного ответа в патогенезе гестоза и тесную взаимосвязь этих процессов. Выявление тромбофилии и АФС у подавляющего числа пациенток с двумя и более гестозами в анамнезе бесспорно доказывает патогенетическое значение нарушений в системе гемостаза в развитии повторных акушерских осложнений, в то время как меньшая частота тромбофилий у первобеременных с гестозом указывает на возможные другие механизмы, включая иммунные нарушения, которые в последующие беременности могут нивелироваться за счет приобретения иммунной толерантности. Высокая эффективность патогенетической профилактики начиная с фертильного цикла и слабый эффект терапии, начатой уже после присоединения симптомов, свидетельствует о ключевом значении дефектов инвазии трофобла-

ста в генезе гестозов. Связь между системой гемостаза и воспалением осуществляется на различных уровнях, включая протромботическую активность тромбина и одновременно его способность индуцировать синтез провоспалительных цитокинов и выполнять функцию фактора роста, противовоспалительную активность активированного протеина С. Возможно, нарушение этих механизмов при тромбофилии обуславливает не только активацию коагуляции, но и повышенную активность провоспалительных стимулов, что усугубляет тотальную эндотелиальную дисфункцию. Эффективность НМГ для профилактики повторных гестозов связана не только с его антикоагулянтной активностью, но и провоспалительными и эндотелиопротективными свойствами, обеспечивающими нормальное течение процессов инвазии трофобласта и плацентации.

ПИЕЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Бова О.С., Дмуховская А.Ю., Гумарова Е.Р.

Родильный дом №1 ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского,
ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
РФ и СР, Кемерово, Россия

Актуальность. В настоящее время известно, что существует взаимосвязь инфекционно-воспалительного процесса мочевыводящих путей в материнском организме с возникновением воспалительного процесса в фетоплацентарном комплексе и в мочевыводительной системе плода.

Цель исследования — изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденных у женщин с пиелонефритом во время беременности.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе родильного дома №1 ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского в течение 2007-2009 годов. Под наблюдением находилось 164 пациентки, из них у 64 беременность осложнилась пиелонефритом (основная группа), у 100 женщин при обследовании не было выявлено инфекции мочевыводящих путей и бессимптомной бактериурии в течение всей беременности (группа сравнения). Критериями включения в основную группу было наличие во время беременности клинических признаков пиелонефрита. Критериями исключения были: наличие патологии сердечно-сосудистой и эндокринной системы, резус-конфликтной беременности, многоплодия, бессимптомной бактериурии.

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства женщин основной группы в анамнезе отмечалась высокая частота заболеваний и осложнений, связанных с инфекционной патологией: инфекции, передаваемые половым путем — у 59(92,18%) пациенток основной группы и у 46(46%), $p < 0,05$, группы сравнения; гинекологические заболевания воспалительного генеза в анамнезе — у 12(18,75%) и 11(11%),

$p < 0,05$, женщин соответственно. У 52(81,25%) обследуемых основной группы пиелонефрит был впервые выявлен во время настоящей беременности, у 12(18,75%) отмечался эпизод острого пиелонефрита в анамнезе. Однократные изменения в мочевыводительной системе (МВС) во время настоящей беременности отмечалось у 44(68,75%), двукратные — у 16(25%) и три и более раз — у 4(6,25%) пациенток. Наиболее частыми клиническими симптомами были: боли в поясничной области — у 44(68,75%), повышение температуры тела — у 18(28,13%), дизурические расстройства — у 28(43,75%), отеки — у 16(25%), видимые изменения мочи — у 14(21,88%). Наиболее часто отмечалось сочетание трех и более симптомов. Поводом для назначения дополнительных методов обследования были изменения в общих анализах мочи — у 62(96,88%). Наиболее часто выделялись: *E.coli* — 29 (45,31%), *St.aureus* — 10 (15,63%), *Ent. faecalis* — 10 (15,63%), реже — *St. epidermalis* — 5 (7,81%), споровая палочка — 5 (7,81%). У 11(17,19%) женщин зарегистрированы пороки развития МВС, которые явились неблагоприятным фоном для развития пиелонефрита. В основной группе выявлена высокая частота инфицирования хроническими инфекциями. Наиболее часто встречалась ЦМВ — у 62(96,88%), ВПГ — у 59(92,19%), микоплазмы — у 38(59,38%), уреаплазмы — у 22 (34,38%), хламидии — у 18 (28,13%).

При анализе течения беременности были выявлены осложнения: угрожающее прерывание беременности — у 21(32,81%) пациентки основной группы и 14(14%, $p < 0,05$) группы сравнения, инфекции, передаваемые половым путем, во время беременности — у 41(64,06%) и 26(26%, $p < 0,05$), обострение хронического воспалительного процесса — у 14(21,88%) и 8(8%, $p < 0,05$), ОРВИ во время беременности — у 26(40,63%) и 13(13%, $p < 0,05$). В основной группе патология амниона встречалась у 7(10,93%), в группе сравнения — у 4(4%, $p < 0,05$); анемия — у 28(43,75%) и 14(14%, $p < 0,05$), преэклампсия — у 16(25%) и 7(7%, $p < 0,05$) соответственно, случаев тяжелой преэклампсии в группах не было. Синдром ЗВУР по УЗИ диагностирован у 9(14,06%) пациенток основной группы и 3(3%, $p < 0,05$) группы сравнения, изменения со стороны МВС — у 41(64,06%) плода основной группы. Наиболее частыми изменениями явились пиелоектазии — 18 (43,9%), гидронефроз — 9 (21,95%), мегауретер — 8 (19,51%), другие — 6 (14,63%).

Преждевременные роды зарегистрированы в основной группе у 6(9,37%), в группе сравнения — у 4(4%, $p < 0,05$), оперативное родоразрешение — у 13(20,31%) и 21(21%), родовое излитие околоплодных вод — у 11(20,75%) и 17 (17%, $p > 0,05$), ручное отделение плаценты и выделение последа — у 7(10,94%) и 3(3%, $p < 0,05$) соответственно. Случаев хориоамнионита в родах, гнойно-септических осложнений послеродового периода в группах не выявлено. При контрольном анализе мочи в послеродовом периоде изменения отмечены у 5(7,81%) пациенток основной группы. Средняя масса новорожденных при рождении в основной группе соста-

вила 3135 ± 850 г, в группе сравнения — 3443 ± 735 г, $p < 0,05$. У 15 (23,43%) новорожденных основной группы выявлены патологические изменения со стороны мочи, которые выражались в кристаллурии, лейкоцитурии, умеренной протеинурии, микрогематурии, бактериурии. Нормальное течение периода новорожденности отмечено у 49 (76,56%) детей основной группы и 96 (96%) — группы сравнения.

Выводы. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита были кишечная палочка, энтеробактер, протей, кандиды. У женщин, перенесших пиелонефрит во время беременности, ее течение чаще осложнялось анемией, гестозом, угрозой прерывания, рецидивами воспалительного процесса в почках; течение родов — родовым излитием вод, оперативным родоразрешением; состояние здоровья детей — более низкой оценкой по Апгар при рождении, увеличением доли детей со ЗВУР, патологией МВС.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОДИВШИХСЯ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ И «МУЖСКИМ» ФАКТОРАМИ

Бойко Е.Л., Кулида Л.В., Попова И.Г., Чухина С.И.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.
В.Н.Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

Проблема невынашивания беременности до настоящего времени остается одной из наиболее сложных и социально значимых в современном акушерстве. Несмотря на описание в литературе множества различных факторов, имеющих прямое отношение к провоцированию спонтанного аборта, единство во взглядах на патогенез этой патологии отсутствует. Неясно также, почему одни и те же факторы в одних случаях вызывают прерывание беременности, а в других — практически не влияют на ее течение.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния здоровья родившихся детей у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков обусловленным инфекционным и «мужским» факторами.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили: у женщин — периферическая венозная кровь, у мужчин — соскоб из уретры, сперма. В периферической крови, методом ИФА, определяли наличие IgM и IgG к Herpes Virus, CMV, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. В соскобах из уретры, методом прямой иммунофлюоресценции, с использованием набора моноклональных антител, меченных флюоресцирующим изотиоциантом, определяли антигены HSV-2 типа, CMV, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. Определение показателей спермограммы проводилось при помощи светового микроскопа при увеличении в 400 раз в камере

Горяева. Содержание гликоделина в спермальной жидкости осуществляли методом иммуоферментного анализа на автоматическом ридере EL 808, фирмы «BIO-TEK INSTRUMENTS» (США) с применением наборов фирмы «Bioserv-Diagnostics» (Германия). Исследование стремились проводить так, чтобы одновременно обследовать обоих супругов. Обследование мужчин проводилось врачом-андрологом.

Полученные результаты. Супружеские пары с физиологически протекающей беременностью (группа контроля) имели в семьях только здоровых доношенных детей. В анамнезе у них не было случаев невынашивания беременности, перинатальной смертности, рождения детей с ВПР, периодов бесплодия, тяжелой соматической патологии. Женщины на момент обследования характеризовались неосложненным течением беременности, отсутствием угрозы прерывания, экстрагенитальной патологии (по заключению терапевта) в предшествующие обследованию сроки беременности, активной внутриутробной инфекции. У мужчин этой группы содержание гликоделина в сперме было в пределах нормы.

Женщины и мужчины из супружеских пар с невынашиванием беременности ранних сроков (основная группа) имели отягощенный акушерско-гинекологический и андрологический анамнез. У всех женщин основной группы первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке от 6 до 13 недель, т.е. все они страдали первичным невынашиванием беременности. На момент обследования у них присутствовали признаки угрожающего выкидыша, отсутствовали тяжелая экстрагенитальная патология (по заключению терапевта) и признаки активной внутриутробной инфекции. По данным ИФА пациенток с НБ ранних сроков были выявлены IgG к HSV-2 типа в 86,5%, CMV — 69,2%, Chlamidia trachomatis — 25%, Mycoplasma hominis — 23,1%, Ureaplasma urealyticum — 19,2%, Toxoplasma — 17,3% случаев. У мужчин данной группы, по данным прямой иммунофлюоресценции, наиболее часто выявлялись антигены к HSV-2 типа (32,7%), Ureaplasma urealyticum (26,9%), Chlamidia trachomatis (21,1%), CMV (5,8%), что указывало на персистирующий процесс. Клинических признаков острой или обострения хронической инфекции, диагностически значимые маркеры активной инфекции не были выявлены у супругов, что дало нам основание для проведения ИЦТ.

Взятые под наблюдение пациентки рандомизированным методом в зависимости от проводимой терапии были разделены на две группы: первую — составили женщины, у которых проводилась общепринятая медикаментозная терапия ($n=49$); вторую — составили женщины, у которых дополнительно к общепринятой медикаментозной терапии использовалась ИЦТ ($n=52$). Анализ собственного клинического материала показал, что у мужчин из супружеских пар с невынашиванием беременности ранних сроков среднее содержание гликоделина было в два раза ниже по сравнению с таковыми у пациентов контрольной группы, при этом преобла-

дали низкие индивидуальные значения протеина и колебалось от 2 до 17 мкг/мл (в норме от 20,5 до 35,3 мкг/мл). Патоспермия выявлена у 82,7% мужчин основной группы и преимущественно была представлена астенозооспермией, олигозооспермией, лейкоспермией, повышением вязкости эякулята, что свидетельствовало о наличии у них хронического воспалительного процесса в предстательной железе с нарушением ее функции. Изменение антигенного состава эякулята может стать еще одной причиной нарушения репродукции в семье и рассматриваться как «мужской» фактор, определяющий патологию зачатия. Включение ИЦТ дополнительно к терапии угрожающего выкидыша ранних сроков способствовало более частому рождению здоровых детей (88,2%) по сравнению с пациентками, у которых проводилась традиционная медикаментозная терапия (4,3%). Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных от матерей с НБ ранних сроков имели место достоверно чаще в группах женщин, которым проводилось традиционное лечение с использованием ИЦТ.

Таким образом, применение ИЦТ у женщин с угрозой невынашивания беременности ранних сроков обоснованно и эффективно.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ОСЛОЖНЕННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Болотских В.М. *, Сорокина О.В. **

*Россия, г. Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии
СЗО РАМН им. Д.О.Отта;

**Россия, г. Санкт-Петербург, ГУ Род. дом №18

Общезвестна проблема в акушерстве: преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке на фоне отсутствия биологической готовности к родам. В настоящее время существует два подхода к ведению беременности и родов при данной патологии. Активная тактика подразумевает родовозбуждение через 2-3 часа после ПИОВ. Другая—включает в себя активно-выжидательный подход, с целью достижения оптимальной биологической готовности к родам, и как следствие—спонтанное развитие родовой деятельности. Сторонники активного ведения беременности и родов при ПИОВ указывают на опасность восходящей инфекции, но при этом подходе возрастает процент аномалий родовой деятельности, гипоксии плода и как следствие увеличение частоты оперативного родоразрешения. По современным представлениям, активно-выжидательная тактика при ПИОВ позволяет снизить процент акушерской патологии.

Цель: изучение перинатальных исходов при различных вариантах ведения беременности у пациенток с ПИОВ и доношенным сроком.

Материалы и методы. Основную группу составили 63 беременных при сроке беременности 37-40

недель, у которых произошло ПИОВ на фоне «не зрелой» или «созревающей» шейки матки. У данных пациенток проводилась активно-выжидательная тактика с применением препарата «Мифепристон». В контрольную группу вошли 67 пациенток этого же срока с ПИОВ при отсутствии биологической готовности к родам. В данной группе использовалась стандартная тактика — родовозбуждение через 2-3 часа после излития околоплодных вод.

Активно-выжидательная тактика проводилась до 78 часов безводного периода и включала в себя комплексное обследование состояния беременной и плода. Вагинальное исследование осуществлялось один раз в сутки. Проводилась подготовка к родам спазмолитиками, антиоксидантами, антигестагенами («Мифепристон» назначался после ПИОВ по 0,2 гр дважды. Первый раз—непосредственно после излития околоплодных вод. Второй — через 6 часов, при отсутствии регулярной родовой деятельности (решение о выдаче патента на изобретение от 19.04.2010 по заявке №2009121368/14)). При достижении оптимальной биологической готовности к родам или появлении признаков восходящей инфекции — проводилось родовозбуждение.

Результаты. Всего в основной группе установлено 8 (12,7±4,2%) случаев гипоксии плода. Случаев рождения детей в состоянии асфиксии не установлено. Диагноз гипоксии плода в контрольной группе зафиксирован в 21 (31,3±5,7%) родах. В 7 (10,45±3,7%) случаях дети рождены в состоянии асфиксии. Один (1,49±1,48%) из них в состоянии асфиксии тяжелой степени (2 балла по шкале Апгар).

В контрольной группе у двоих новорожденных (2,9±2,1%) установлено наличие кефалогематомы. В основной группе данной патологии не выявлено.

Также в контрольной группе у двоих детей (2,9±2,1%) диагностирован перелом ключицы. Оба случая зафиксированы у рожениц со слабостью родовой деятельности. В основной группе данный вид акушерского травматизма не установлен.

Заключение. Таким образом, проведение активно-выжидательной тактики при ПИОВ на фоне отсутствия биологической готовности к родам у беременных с доношенным сроком позволяют значительно улучшить перинатальные показатели.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЭС ТЕРАПИИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Читава И.Г.

Россия, г.Иваново, ФГУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий

Проблема невынашивания беременности остается актуальной, поскольку вносит основной вклад в перинатальную и младенческую заболеваемость и смертность, влияет на уровень рождаемости, качество жизни семьи.

С целью клинико-иммунологического обоснования использования транскраниальной электростимуляции (ТЭС) в комплексном лечении угрожающих преждевременных родов проведено комплекс-

ное обследование 109 женщин в сроке беременности от 34 до 37 недель. В основную группу вошли 81 пациентка с угрожающими преждевременными родами, которых разделили на две подгруппы: I подгруппе (41 женщина) проводилась общепринятая сохраняющая терапия, второй подгруппе (40 женщин) — ТЭС-терапия в сочетании с общепринятой сохраняющей терапией. Контрольную группу составили 28 женщин без признаков угрозы прерывания на момент обследования. Материалом для исследования служила периферическая кровь, экстракты децидуальной оболочки, в которых определяли концентрацию ТГФβ2 (пг/мл) методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих тест-систем. Пациентки первой и второй подгрупп обследовались дважды, до и после лечения. Для проведения ТЭС-терапии использовали аппарат «Трансиар-05», генерирующий прямоугольные импульсы тока частотой 77,5 Гц, длительностью импульса 3,5 мсек, силой тока до 2 мА. Сеансы проводились ежедневно, продолжительность 30 минут, в количестве 10 процедур. Процедура проводилась в отдельном кабинете, в утренние часы, с соблюдением температурного и звукового режима.

Полученные результаты. Группы не отличались между собой по среднему возрасту. Во всех группах преобладали беременные в активном репродуктивном возрасте 20-30 лет. Однако, в основной группе достоверно чаще были пациентки, не состоящие в браке, безработные, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (воспалительные заболевания гениталий, патология шейки матки, искусственные и самопроизвольные аборт перед первыми родами), экстрагенитальной патологией (хронические заболевания органов дыхания), осложненным течением данной беременности (инфекционные заболевания в I триместре, гестационный пиелонефрит, угрожающий поздний выкидыш, фето-плацентарная недостаточность, гестоз), наличием маркеров активной урогенитальной инфекции. После двух - трех процедур ТЭС — терапии беременные отмечали купирование тянущих болей внизу живота, уменьшение чувства тревоги за исход беременности, тонус матки нормализовался, а при проведении общепринятой терапии жалобы сохранялись более длительное время, и прекращались на 4-5 день от начала лечения. Анализ исходов беременности показал, что у женщин I подгруппы, получавших только традиционную сохраняющую терапию, преждевременные роды были достоверно чаще не только по сравнению с контролем, но и по сравнению с пациентами II группы, получавшими комплексное лечение, больные дети также достоверно чаще рождались в первой подгруппе по сравнению с группой контроля и второй подгруппой, которая достоверно не отличалась от контрольной группы по анализируемым показателям.

В периферической крови уровень ТГФβ2 у женщин основной группы составил $2742,7 \pm 15,4$ пг/мл, и был достоверно ниже, чем у беременных контрольной группы ($p < 0,01$) без достоверных разли-

чий между подгруппами. Установлено, что снижение уровня ТГФβ2 в сыворотке крови до 2000 пг/мл или менее у женщин с угрозой прерывания беременности в сроке 34-37 недель позволяет прогнозировать преждевременные роды с высокой степенью точности (95,3%). Проведение стандартной сохраняющей терапии угрожающих преждевременных родов не приводило к нормализации сывороточного содержания ТГФβ2, тогда как сочетанная терапия способствовала нормализации уровня ТГФβ2 в периферической крови. Концентрация ТГФβ2 в экстрактах децидуальной оболочки зависела от исхода беременности, осложнившейся угрозой недонашивания: при преждевременных родах их уровень был достоверно снижен, а при своевременных родах не отличался от такового у женщин с неосложненной беременностью.

Таким образом, ТЭС терапия обладает иммуномодулирующим действием: ее использование в комплексном лечении угрожающих преждевременных родов приводит к повышению сниженного уровня ТГФβ2 до нормативных значений, что способствует пролонгированию беременности до срока своевременных родов и рождению здорового ребенка.

ЗАВИСИМОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ИСХОДОВ РОДОВ ОТ НАРУШЕНИЙ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ РОЖЕНИЦ

Булганина О.В.

Краевое государственное учреждение здравоохранения «Алтайская краевая клиническая детская больница», Барнаул

Известно, что среди факторов определяющих течение и исход беременности, большое значение имеет репродуктивное здоровье женщины, в том числе становление менструальной функции.

Проведен анализ качества полового созревания у 107 женщин родивших новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС средней степени тяжести (I группа), 108 — родивших недоношенных детей (II группа), 105 — родивших здоровых и доношенных детей (III группа). Все женщины наблюдались и рожали в краевом перинатальном центре; отобраны в соответствующие группы при условии знания своего анамнеза и желании контактировать.

Установлено, что в периоде полового созревания (12-18 лет) первичная или вторичная аменореи, или гипоменструальный синдром встречались в 96,3% в I группе, в 75,9% — во II, в 16,2% — в III ($p_{I-II} < 0,05$, $p_{I-III} < 0,05$, $p_{II-III} < 0,05$).

Мы попытались связать осложнения исходов родов с некоторыми факторами, влияющими на становления менструальной функции. Удалось выяснить, что сами обследованные роженицы родились маловесными — менее 2500 г. — (недоношенность или ЗВУР) в I группе — в 20,6%, во II — в 19,4%, в III — в 5,7% ($p_{I-II} > 0,05$, $p_{I-III} < 0,05$, $p_{II-III} < 0,05$). Из анамнеза выявлено, что в препубертатном и пубертатном периодах частые ОРЗ, хронические инфекционные заболевания (тонзиллиты, бронхиты, холе-

циститы, пиелонефриты) имели место в I группе в 69,2%, во II — в 61,1%, в III — в 20,0% ($p_{I-II}>0,05$, $p_{I-III}<0,05$, $p_{II-III}<0,05$). В периоде полового созревания повышенные физические (занятия спортом, в танцевальных кружках и т.п.) и умственные нагрузки отмечены в I группе в 49,5%, во II группе — в 48,1%, в III — в 8,6% ($p_{I-II}>0,05$, $p_{I-III}<0,05$, $p_{II-III}<0,05$). Хроническая соматическая патология, наблюдавшаяся с периода полового созревания, обнаружена у 68,2% в I группе, в 69,4% — во II, в 19,05% — в III ($p_{I-II}>0,05$, $p_{I-III}<0,05$, $p_{II-III}<0,05$).

Полученные результаты подтверждают насущную необходимость профилактики и лечения нарушений репродуктивного здоровья у девочек-подростков.

ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Буранова Ф.Б.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Известно, что коагуляционные свойства крови тесно взаимосвязаны с гемореологическими, которые в свою очередь являются высокочувствительными к любым изменениям в процессе развития беременности. Особую значимость нарушение реологии крови приобретает у беременных после ЭКО, так как гормональная стимуляция суперовуляции является дополнительным мощным активирующим фактором запуска процессов тромбообразования на фоне имеющихся гиперкоагуляционных сдвигов. В связи с чем увеличивается риск прогрессирования таких осложнений, которые вносят существенный вклад в развитие плацентарной недостаточности (ПН).

Целью исследования явилось изучение особенностей гемореологических показателей крови в зависимости от проводимой терапии у беременных с плацентарной недостаточностью после ЭКО.

В основную группу были включены 40 беременных женщин, после ЭКО и ПЭ с хронической формой ПН, поступившие для лечения и родоразрешения в НЦАГ и П. Средний возраст исследуемых составил $34,6 \pm 4,2$ лет, срок гестации от 26 до 38 недель. В контрольную группу вошли 15 исследуемых с физиологическим течением беременности, аналогичными параметрами возраста и сроков гестации. При оценке реологических параметров крови учитывались показатели макрореологии: вязкость крови и плазмы, гематокрит, концентрация общего фибриногена плазмы, спонтанная агрегация и деформируемость эритроцитов. В качестве антикоагулянта использовали 3,8% раствор цитрата натрия, в соотношении с кровью 1:9. Забор крови производился утром натощак, самотеком из локтевой вены, в тефлоновые пробирки. Измерение величины вяз-

кости цельной крови производили с помощью вязкозиметра АКР-2 (Россия), до и после проводимой терапии, в диапазоне скоростей сдвига: 20 с-1, 50 с-1, 100 с-1, 150 с-1, 200 с-1 и 300 с-1. На основании данных, полученных с использованием анализатора АКР-2, производилась оценка индекса деформируемости эритроцитов (ИДЭ) по формуле:

$$\text{ИДЭ} = V_{100 \text{ с-1}} / V_{200 \text{ с-1}}$$
 В целях оценки эффективности проводимой терапии и интерпретации показателей реологии крови, пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы, по 20 беременных в каждой. Беременным 1-ой группы в программу лечения ПН и гиперкоагуляционных расстройств были включены сеансы лечебного плазмафереза (ПА) в сочетании с 10% ГЭК. Пациенткам 2-ой группы в целях лечения ПН проводилась общепринятая терапия, для коррекции гемостазиологических нарушений назначались курантил 125 мг/сут, гепарин 5-10 тыс. в сутки 5-10 дней.

Исследования показали, что до проводимого лечения уровень вязкости крови (ВК) беременных с ПН после ЭКО (основная группа) существенно отличался от параметров макрореологии исследуемых контрольной группы. Уровень ВК у беременных основной группы достоверно был высок во всех скоростях сдвига: при скорости сдвига 20-1 оборотов в секунду (об/сек) составил $8,46 \pm 0,31$, при скорости 300-1 об/сек — $4,96 \pm 0,27$. В контрольной группе, при тех же скоростях сдвига соответственно — $4,38 \pm 0,14$ и $3,34 \pm 0,08$ ($p < 0,001$). При изучении индекса деформируемости эритроцитов у беременных основной группы, отмечено его снижение. Показатель снижения деформируемости эритроцитов характеризует повышение их жесткости, что способствует нарушению нормального кровотока в зоне микроциркуляции и развитию тканевой гипоксии. Анализ уровня концентрации фибриногена до проводимого лечения у пациенток обеих групп превышал нормативные значения и составил $4,5 \pm 1,5$ г/л в 1-ой и $4,2 \pm 1,8$ г/л во 2-ой группе. Отмечено укорочение показателей r+k до $14,2 \pm 0,6$ мм и $15,8 \pm 0,4$ мм, увеличение ma до $52,4 \pm 0,6$ и $52,9 \pm 0,7$ мм, повышение ИТП до $21,6 \pm 0,8$ и $21,3 \pm 0,7$ у.е. в 1 и 2 группах соответственно.

После завершения курса лечения показатель ВК лучшим образом изменился у беременных на фоне комплексной терапии с ПА, во всех скоростях сдвига. При скорости сдвига 20-1 оборотов в секунду (об/сек) он составил $3,61 \pm 0,14$, при 300-1 об/сек — $3,27 \pm 0,12$, на фоне традиционной терапии при тех же скоростях сдвига соответственно — $4,25 \pm 0,12$ и $3,55 \pm 0,11$ ($p < 0,05$). На фоне применения ПА отмечено также улучшение деформируемости эритроцитов и других показателей гемореологии. Уровень фибриногена лучшим образом снизился у беременных 1 группы до $2,37 \pm 0,8$, во 2 группе до $2,64 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,05$). Существенные изменения отмечались и в показателях гемостаза. Отмечено достоверное снижение индекса тромбодинамического потенциала (ИТП) в обеих группах. На фоне ПА с $21,6 \pm 0,8$ до $19,8 \pm 1,3$ у.е., после традиционной терапии с $21,3 \pm 0,7$ у.е. до $20,7 \pm 1,4$ ($p < 0,05$), ч/з неделю

до $15,4 \pm 0,8$ у.е. и $17,8 \pm 1,2$ у.е. ($p < 0,05$) в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Заметно увеличились показатели r+k после ПА и через неделю после ее завершения оказались достоверно выше — $20,2 \pm 0,7$ мм, чем при традиционной терапии — $19,1 \pm 0,4$ мм ($p < 0,05$). Наблюдалось незначительное уменьшение показателей та: после ПА с $50,3 \pm 0,4$ до $46,3 \pm 0,8$ мм, после традиционной терапии с $52,9 \pm 0,7$ до $46,0 \pm 0,9$ мм. После применения ПА отмечена сравнительно лучшая тенденция к снижению активности факторов протромбинового комплекса с $98,7 \pm 4,9\%$ до $92,8 \pm 2,9\%$, по сравнению с традиционной терапией с $97,4 \pm 3,6\%$ до $94,6 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$).

Таким образом, изменение показателей коагуляционного потенциала крови у беременных с ПН после ЭКО и ПЭ в значительной мере обусловлена нарушением реологических свойств крови. Включение лечебного ПА в комплексную терапию ПН является вполне обоснованным и целесообразным, о чем свидетельствуют показатели нормализации макрореологии крови.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ФЕТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ

Бурумкулова Ф.Ф., Петрухин В.А., Котов Ю.Б.,
Лысенко С.Н.

Россия, г. Москва, Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (МОНИАГ).

Как известно, сахарный диабет (СД) серьезно осложняет течение беременности. Помимо соматических осложнений, происходит нарушение формирования и деятельности фето-плацентарного комплекса. Это выражается как в нарушении функций плаценты, так и в нарушении деятельности систем и органов плода. Внутриутробно плод растет по определенным закономерностям, при этом известные графики роста плода, гистограммы, характеризуют определенную тенденцию, заключающуюся в том, что «нормальная» скорость увеличения массы плода имеет очень небольшие колебания. В отсутствие повреждающего воздействия внешних и внутренних факторов (плацентарная недостаточность) масса тела ребенка при его рождении зависит преимущественно от того, какой она была у плода в 28 недель беременности. При осложненном течении беременности и нарушении функции плаценты процесс роста плода замедляется или ускоряется, как например, при СД. Комплекс анатомо-функциональных нарушений у плода при наличии СД у беременной определяется как диабетическая фетопатия (ДФ).

С целью контроля за развитием плода и определения его размеров мы использовали перцентильный метод, позволяющий в конкретный срок беременности точно оценить соответствие размеров плода гестационному возрасту. Размеры плода, располагающиеся ниже 25 и выше 75 перцентильных уровней (П), представляются отклонением от нормы.

Медиана бипариетального размера (БПР) головки плода у детей без ДФ (1-я группа) на протяжении беременности была достоверно ниже ($p < 0,01$) популяционного уровня, и если в сроке гестации 29 недель, это снижение было незначительным — до $49,6$ (39-56) П уровня, то в 37 и 39 недель БПР соответствовал $39,1$ (20-40) и $28,5$ (15-28) П уровням соответственно. В группе с ДФ, но без гепато- и сплено-мегалии (2-я группа) БПР в сроке 21-27 недели находился ниже популяционного уровня и соответствовал $21,9$ (36-42) и $38,1$ (29-45) П. К 29 неделям отмечалась тенденция к росту БПР до $59,9$ (50-92) П уровня, с его последующим уменьшением к 37 и 39 недель, когда он был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в популяции и соответствовал $38,7$ (27-52) и $46,3$ (26-59) П уровню. В группе с ДФ и гепато-сплено-мегалией (3-я группа) БПР был достоверно выше популяционного уровня на протяжении всего времени наблюдения ($p < 0,01$) и, если в сроке 27 недель, он соответствовал $74,6$ (20-59) П уровню, то с 31 недели начиналось снижение БПР, достигая $37,8$ и $44,5$ П к 37-39 неделям гестации. Обращает на себя внимание тот факт, что снижение БПР ниже 25П уровня приводило к рождению детей, у которых в дальнейшем преобладали неврологические нарушения, которые требовали в последующее перевода ребенка на 2 этап выхаживания.

При анализе динамики изменения диаметра груди (ДГ) у беременных 1-й группы обнаружено, что он в течение всего срока гестации приближался к популяционному уровню и не превышал 75 П, составляя максимум в 27 недель $72,9$ П., а к моменту родоразрешения составляли $49,8-50,4$ П уровень. По динамике роста ДГ пациентки 2 группы достоверно ($p < 0,001$) отличались от женщин 1 группы, что выражается в ускорении его роста, который достигает к 29 неделям $77,2$ (70-95) П уровня. В дальнейшем эта тенденция сохранялась, однако с 33 недели он начинал замедляться и к 37 неделям беременности составлял 73 (36-75) П уровня. В 3-й группе беременных размеры ДГ с ранних сроков беременности были достоверно выше популяционного уровня и отличались от детей 2-й и 3-й групп ($p < 0,001$) и в сроке 35 недель гестации соответствовали $79,3$ (54-95) П уровню.

Анализирую динамику изменения диаметра живота (ДЖ) плода в 1-й группе было установлено, что до 31 недели отмечалась тенденция к замедленному росту, с последующей нормализацией до момента родоразрешения. Во 2 группе медиана ДЖ была выше популяционного уровня на протяжении всего времени наблюдения, что достоверно ($p < 0,001$) отличало их от пациенток 1 группы и к 37 и 39 неделям гестации составляла $85,8$ (69-93) и $91,1$ (55-90) П. Дети 3 группы достоверно ($p < 0,001$) отличались от детей предыдущих 2 групп тем, что ДЖ у них с ранних сроков беременности превышал 50 П. Данный показатель достигал в 29 недель $84,9$ П уровня, и в сроке 37 и 39 недель соответствовали $92,7$ (79-100) и $96,6$ (80-95) П уровням. Различия в диаметре живота в группах появлялись уже с 21 недели, а достоверные различия с 27 недели гестации.

Таким образом, макросомия как один из признаков диабетической фетопатии проявляется уже с ранних сроков беременности (23 — 27 недель), что может служить прогностическим признаком дальнейшего роста плода, критерием эффективности и необходимости коррекции степени компенсации СД у матери.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Бурумкулова Ф.Ф., Коваленко Т.С., Петрухин В.А., Троицкая М.В., Котов Ю.Б.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Осложнения беременности и особенности родоразрешения были изучены у 453 беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД). ГСД был выявлен в 1 триместре у 3,5% женщин, во 2 триместре — у 28%, в 3 триместре — у 68,4% беременных. 56,5% беременных находились только на диетотерапии, 43,5% пациенток получали также инсулинотерапию. У 2-х пациенток была диагностирована неразвивающаяся беременность в сроки 22-24 недели беременности. Наиболее частым осложнением беременности была угроза ее прерывания на разных сроках — 60,7%. Многоводие выявлялось в 33,6% наблюдений, фетоплацентарная недостаточность — у 75%. Гестоз, как наиболее тяжелая патология беременности, осложнил течение беременности в 59,2% случаях. Водянка беременных встречалась в 42,5% случаях, гестоз легкой степени тяжести — в 38,4%, гестоз средней степени тяжести — в 16,4% наблюдений. Тяжелый гестоз не был характерен для пациенток с ГСД и развился только в 2,6% случаев. Преэклампсии и эклампсии не было. Первые признаки гестоза у 1/3 беременных выявлялись в сроки беременности 28-32 недели. В 80% всех наблюдений, клинические проявления гестоза начинались с отека синдромом. Значительная степень протеинурии (превышающая уровень 1 г/сутки), а также тяжелый гипертензионный синдром не был характерен для беременных, страдающих ГСД и максимальный подъем уровня как систолического, так и диастолического давления не превышал 40% от исходных значений. Тяжесть гестоза тесно коррелировала с исходным индексом массы тела (ИМТ) беременной и уровнем гликемии во время беременности. Так, пациентки с неосложненным течением беременности, а также с водянкой беременных имели достоверно более низкие показатели ИМТ (25,8 кг/м², 22,1-30,1) по сравнению с беременными с легким гестозом (29,7 кг/м², 25,3-35) (p=0,0005). Самый высокий ИМТ (34 кг/м², 29,4-37,5) отмечался у беременных с гестозом средней тяжести, что достоверно отличало их как от женщин без гестоза, так и беременных с водянкой и легким гестозом (p=0,0007). У беременных с неосложненным течением беременности отмечался самый низкий уро-

вень гликемии — 5,3 ммоль/л (4,5-6,3), что достоверно отличало эти беременных как от пациенток с водянкой — 5,6 ммоль/л (4,8-6,5), p=0,005, так и от пациенток с легким гестозом — 5,7 ммоль/л (4,8-6,8), p=0,005, и гестозом средней тяжести — 5,8 ммоль/л (5-6,4), p=0,005. Аналогичная тенденция прослеживалась и внутри структуры гестозов. Так, уровень гликемии был достоверно выше у пациенток с легким гестозом (p=0,0006), гестозом средней тяжести (p=0,0005), тяжелым гестозом (p=0,02) по сравнению с водянкой беременных. Также более высокий уровень гликемии отличал пациенток с легким гестозом от пациенток с гестозом средней тяжести (p=0,0001) и тяжелым гестозом (p=0,01). Большинство беременных (72,4%) с ГСД были родоразрешены в сроки 37-39 недель. Присоединение гестоза оказывало значительное влияние на сроки родоразрешения пациенток. Так, при неосложненном течении беременности, срок родов составил 38 недель (37,3-38,6). Присоединение водянки или легкого гестоза не приводило к более раннему родоразрешению. В то же время, беременные с гестозом средней тяжести были родоразрешены достоверно раньше (37 недель 36,3-38), чем женщины без гестоза или с легким гестозом (p=0,005). Наиболее рано были родоразрешены женщины с тяжелым гестозом — 35,6 недель (35,1-37,6), p=0,002. При недоношенном сроке самопроизвольные роды были у 27,5% беременных (в основном, это роды в сроке 35,5-36,5 недель), плановое и экстренное кесарево сечение было произведено в 37,5% и 35% случаев, соответственно. При доношенном сроке гестации преобладали роды через естественные родовые пути (61,8% случаев), плановое и экстренное кесарево сечение было произведено в 20,9% и 14,1% случаев, соответственно. У 0,7% женщин роды были закончены наложением акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода была произведена у 1,7% рожениц. Срок гестации, при котором был выявлен ГСД, не оказывал значительного влияния на частоту оперативного родоразрешения. В состоянии асфиксии различной степени тяжести родилось 38,5% новорожденных. Из детей, родившихся в состоянии асфиксии, 95,7% на 5-ой минуте получили оценку 8-9 баллов по шкале Апгар. В то же время, у 3,7% детей сохранялись признаки асфиксии легкой степени тяжести, у 0,6% — средней и тяжелой. Домой в удовлетворительном состоянии были выписаны 78,4% новорожденных, остальные дети были переведены на этапное выхаживание, из них 1/3 — в отделения реанимации новорожденных. Репродуктивные потери в группе новорожденных от матерей с ГСД составили 1,3% (1 случай — неразвивающаяся беременность, 1 случай — прерывание по поводу множественных пороков развития, 1 случай — антенатальная гибель плода и 3 случая ранней неонатальной гибели). Таким образом, отсутствие скрининга на ГСД, несвоевременная его диагностика и неудовлетворительная компенсация приводят к большому проценту акушерских и перинатальных осложнений у этого контингента беременных.

ИЗУЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛОДА В РОДАХ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ

Буштырева И.О., Чернавский В.В.,

Колганова А.А., Хаванская Л.С., Богданова Т.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС

Отсутствие двигательной и дыхательной активности (ДА) плода является одной из компенсаторно-приспособительных реакций на родовой стресс (П.С. Бабкин, И.П. Бабкина, 1987). Такое состояние плода в родах было охарактеризовано П.С. Бабиным как физиологический гипобиоз. В то же время было установлено, что появление ДА в течение родов у плодов с хронической внутриутробной гипоксией может приводить к развитию аспирационного синдрома, особенно при наличии мекония в околоплодных водах (Л.Г. Сичинава, Шраер О.Г., 1990).

С целью выявления риска меконияльной аспирации нами была изучена дыхательная активность плодов в родах. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета с 2007 по 2010 гг. в условиях акушерского отделения Областной больницы №2 г. Ростова-на-Дону. Были обследованы беременные женщины в сроке доношенной беременности и в родах. Срок беременности определяли на основании анамнестических данных и результатов ультразвуковой биометрии. Большинство беременных проживали в г. Ростове-на-Дону и Ростовской области. Общий объем выборки составил 127 беременных. В зависимости от характера околоплодных вод пациентки были подразделены на две группы. В I группу (контрольную) вошли женщины со светлыми околоплодными водами ($n = 83$). II группу составили пациентки, амниотическая жидкость у которых была окрашена меконием ($n = 44$). В свою очередь II группа была подразделена на две подгруппы: IIa — роженицы с полностью прокрашенными меконием околоплодными водами ($n = 30$), т. е. с антенатальным отхождением мекония, IIб — женщины, у которых были окрашены только задние воды ($n = 14$), т. е. с интранатальным отхождением мекония. Всем женщинам проводили общеклиническое обследование, ультразвуковую диагностику, доплерометрическое исследование плацентарного и плодового кровотока, кардиоинтервалографию (спектральный анализ).

По данным спектрального анализа в интранатальном периоде у плодов контрольной группы исследованные параметры соответствовали состоянию физиологического гипобиоза: минимальная активность дыхательного центра и незначительная активация звеньев долговременной адаптации. В группах с меконияльным окрашиванием околоплодных вод интранатальное состояние плода характеризовалось различной степенью активации адаптаци-

онных систем. В группе с антенатальным отхождением мекония отмечена активация дыхательного центра, о чем свидетельствовало появление в спектре сердечного ритма быстрых дыхательных волн I, II, III и IV типов. Также у плодов данной группы имело место включение долговременной адаптации, о чем свидетельствовало некоторое повышение мощности и выраженности медленных волн в спектре сердечного ритма (хотя отличия показателя мощности медленных волн от группы контроля не достигали статистической значимости). Повышение индекса активации подкорковых структур (хотя и статистически не достоверное) происходило за счет MaxSp (суммарная мощность медленных волн), что указывает на преимущественную роль в процессе интранатальной адаптации подкорковых центров, отвечающих за регуляцию внутрисосудистого давления, температуры, химического состава крови и т.п. При этом роль дыхательного центра была менее выраженной, о чем свидетельствует отсутствие отличий от контроля в величине суммарной мощности быстрых волн (MaxSpN).

В группе с интранатальным отхождением мекония (IIб) индекс активации подкорковых структур был достоверно ниже, чем в группе контроля. При этом уменьшение индекса происходило за счет снижения мощности как быстрых, так и медленных волн. Вероятно, это указывает на истощение адаптационных резервов на фоне интранатального стресса. Указанные отличия сопровождалось появление дыхательных волн V типа («gasps») и увеличением количества медленных волн при спектральном анализе сердечного ритма плода. Таким образом, у плодов данной группы имела место интранатальная дезадаптация — на фоне симпатикотонии (по данным статистического анализа сердечного ритма) происходила активация дыхательного центра, регулирующего движения межреберных мышц в сочетании с появлением активности центра, регулирующего сокращения диафрагмы; при этом отмечалась активация механизмов долговременной адаптации. Включение описанных путей интранатальной адаптации происходило на фоне истощения адаптационного резерва, что повышает риск срыва регуляторных систем с развитием интранатального дистресса, и при наличии активации дыхательного центра с появлением дыхательных движений типа «одышки» может привести к развитию меконияльной аспирации.

ДВУХЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Василенко Л.В., Садретдинова Т.Л., Рогожина И.Е.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.

В.И.Разумовского

Акушерских работ по внутриутробному инфицированию плода (ВУИП) с освещением катамнеза детей в последующие годы жизни мало.

Беременность и роды при ВУИП часто осложняются гестозами, недонашиванием беременности, внутриутробной гипоксией плода, задержкой его развития. В раннем неонатальном периоде наблюдается высокая заболеваемость и смертность новорожденных. Последствия этих нарушений нередко остаются у детей в последующие годы жизни.

Цель. Изучить особенности течения беременности, родов, раннего неонатального периода и двухлетний катамнез детей, родившихся с внутриутробными пневмониями и кистами головного мозга различной локализации.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено течение беременности, родов у 86 женщин с ВУИП. У беременных произведены бактериологические и вирусологические исследования содержимого цервикса и влагалища. У новорожденных произведены такие же исследования из зева для выявления этиологии внутриутробного инфицирования. У родильниц проведено морфологическое изучение последа общепринятыми в клинике методами.

Проспективно изучено состояние здоровья 94 родившихся детей (8 двоен) до 2-летнего возраста. 52 ребенка (одна двойня) родились с внутриутробными пневмониями. 42 ребенка (7 двоен) родились с перивентрикулярными, субэпендимальными кистами и кистами сосудистого сплетения.

Результаты. Средний возраст женщин с ВУИП составил $25,4 \pm 1,1$ лет. Первородящих было 48 (55,8%), повторнородящих — 38 (44,2%). Акушерский анамнез был отягощен выкидышами у каждой пятой женщины. Воспалительные заболевания гениталий в виде кольпитов, цервицитов наблюдались у 25 (29%) женщин. Экстрагенитальная патология имела место у 68 (79%) беременных. В ее структуре преобладали анемия (46,5%), ОРВИ (37,2%), эутиреоидный зоб (17,4%), сосудистые дистонии (16,3%), хронический пиелонефрит (9,3%).

Ранний токсикоз беременных легкой степени тяжести наблюдался у каждой десятой беременной. Угроза невынашивания беременности отмечена у 52 (60,5%) женщин. Гестоз имел место у 27 (31,4%) беременных, тяжелые формы гестоза наблюдались у 7 (8,1%) женщин.

Преждевременные роды произошли у 44 (51,2%) женщин, роды в сроке 26-27 нед — у 4 (4,7%) беременных. Абдоминальное родоразрешение произведено у 39 (45,3%) беременных.

В асфиксии родилось 54 (57,4%) ребенка, в тяжелой асфиксии — 9 (9,6%) детей. Церебральная ишемия отмечена у 84 (89,4%) новорожденных, дыхательная недостаточность — у 55 (58,5%), гипоксически-ишемически-геморрагические поражения ЦНС имели место у каждого четвертого ребенка. Церебральная лейкомаляция выявлена у 3 (3,2%) детей. Ишемическая нефропатия наблюдалась у 49 (51,6%) детей, кардиопатия — у 7 (7,4%) новорожденных, конъюгационная желтуха — у каждого четвертого ребенка. Задержка развития ребенка имела место у 41 (43,6%) младенца.

У 43 (45,7%) родильниц в последе выявлены воспалительные изменения, чаще гнойного характера.

До двухлетнего возраста на диспансерном учете у невропатолога наблюдались 52 (55,3%) ребенка. Детские церебральные параличи (ДЦП) диагностированы у 5 детей. В 1 случае ДЦП сочетался с эпилепсией, в 2 случаях — с гидроцефалией. Гидроцефалия как монопатология наблюдалась у 2 детей, эпилептиформные припадки — у 1 ребенка. Всего органическая патология ЦНС выявлена у 8 (8,5%) детей. Все дети с органической патологией ЦНС родились в сроках гестации 28-32 нед, а один — в 26-27 нед.

В окулиста на диспансерном учете наблюдалось 15 (16%) детей с атрофией дисков зрительных нервов, ангиопатией сетчатки. 63 ребенка наблюдались и проходили лечение у ортопеда с дисплазиями тазобедренных суставов. У половины детей имели место грыжи различной локализации. Эти дети наблюдались на диспансерном учете и лечились у хирурга.

Вульвовагиниты имели место у 20% девочек. На диспансерном учете у педиатра наблюдались и лечились 76 (80,9%) детей: с анемиями (33%), хроническими заболеваниями почек (20%), аллергическими реакциями — 10% детей. У 1 (1%) ребенка имел место сепсис.

Таким образом, ВУИП происходит на фоне воспалительных заболеваний гениталий, экстрагенитальной патологии. Беременность при ВУИП в 31,4% случаев осложняется гестозом, в 51,2% случаев происходят преждевременные роды. 43,6% детей рождаются с задержкой развития, 57,4% — в асфиксии. У 89,4% новорожденных в раннем неонатальном периоде наблюдается церебральная ишемия. До 2-летнего возраста жизни у 8,5% детей имеется органическая патология ЦНС. У 16% детей наблюдаются атрофия дисков зрительных нервов, ангиопатия сетчатки. У половины детей наблюдаются грыжи различной локализации, дисплазии тазобедренных суставов. У каждой пятой девочки отмечаются вульвовагиниты. 80% детей наблюдаются у педиатра с анемиями, хроническими бронхитами, болезнями почек, аллергическими реакциями.

ГЕНОТИПЫ KIR-РЕЦЕПТОРОВ И HLA-C В СЕМЬЯХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Васильев Е.В., Бурменская О.В., Хорошкеева О.В., Тетрашвили Н.К., Трофимов Д.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

НК-клетки (Natural killer cells), большие гранулярные лимфоциты, принадлежат к врожденному звену иммунитета и осуществляют элиминацию инфицированных и опухолевых клеток организма благодаря своей цитотоксической и цитокин-продуцирующей активности. Особая субпопуляция НК-лимфоцитов с фенотипом CD3-CD16-CD56+ составляет основную массу лейкоцитов (~ 70%) децидуальной оболочки матки (uNK, uterine natural

killer) на ранних сроках беременности и участвуют в обеспечении имплантации эмбриона, инвазии цитотрофобласта, васкуляризации ворсин хориона и формировании плаценты. Механизм активации NK-клеток предполагает непосредственное взаимодействие их регуляторных KIR-рецепторов (Killer Ig-like Receptors) с соответствующими лигандами, экспрессируемыми на поверхности клеток-мишеней. В качестве лигандов, как правило, выступают антигены HLA 1-го класса, однако для некоторых KIR-рецепторов лиганды до сих пор не установлены. KIR-рецепторы, по их функциям, разделяют на активирующие и ингибирующие, а эффекторная реакция NK-клетки зависит от соотношения ингибирующих и активирующих сигналов, поступающих через KIR-рецепторы. Суперсемейство KIR-рецепторов кодируется кластером последовательно расположенных генов в хромосомном районе 19q13.4, число которых варьирует от 7 до 15. Существует огромное разнообразие генотипов людей в отношении наличия или отсутствия конкретных KIR-генов, поскольку разные гаплотипы в популяции представлены множеством комбинаций отдельных KIR-генов. Гены HLA и KIR расположены на разных хромосомах и наследуются независимо друг от друга, поэтому в популяции наблюдается значительное разнообразие KIR-HLA комбинаций. Материнские uNK-лимфоциты регулируют процесс плацентации, контактируя с клетками вневорсинчатого цитотрофобласта, которые имеют плодное происхождение, а значит, экспрессируют как отцовские, так и материнские HLA-антигены. Таким образом, успех плацентации и дальнейшего вынашивания плода, как полагают, зависит от активности uNK-клеток матери, которая определяется, помимо прочего, представленностью KIR-рецепторов на их поверхности и наличием подходящих HLA-лигандов на клетках цитотрофобласта. Клетки цитотрофобласта экспрессируют уникальное сочетание антигенов гистосовместимости 1-го класса: HLA-G, HLA-E и HLA-C (но лишены HLA-A, HLA-B). Наибольшая полиморфность из них характерна для антигенов HLA-C. Все аллотипы HLA-C, по характеру взаимодействия с рецепторами KIR, подразделяют на 2 группы, в зависимости от наличия эпитопов C1 или C2, которые отличаются аминокислотными остатками в 77 и 80 положениях 1-домена. Антигены группы HLA-C1 (Ser77Asn80) — лиганды для ингибирующих рецепторов KIR2DL2/3; антигены группы HLA-C2 (Asn77Lys80) — лиганды для ингибирующего рецептора KIR2DL1 и активирующего рецептора KIR2DS1.

В настоящем исследовании методом Real-Time PCR с сиквенс-специфическими праймерами были определены KIR- и HLA-C1/C2 генотипы у 18 супружеских пар с привычным невынашиванием беременности (не менее 2 ранних выкидышей или/и неразвивающихся беременностей в анамнезе) и в случайной контрольной выборке 100 доноров-жителей Московского региона. В выборке пациентов и их супругов проведено детальное типирование HLA-C с использованием автоматического ДНК-

секвенирования. Типирование KIR-генов включало определение 6 активирующих (KIR2DS1, KIR2DS2, KIR2DS3, KIR2DS4, KIR2DS5, KIR3DS1) и 4 ингибирующих (KIR2DL1, KIR2DL2, KIR2DL3, KIR3DL1) генов. Нами показано достоверное и статистически значимое ($p=0.0057$; точный двусторонний критерий Фишера) превышение частоты генов KIR2DS2 и KIR2DL2 среди пациенток с невынашиванием (17/18; 94,44%) по сравнению с контрольной группой (60/100; 60%). Существует жесткое неравновесие по сцеплению между KIR2DS2 и KIR2DL2, поэтому их частоты совпадают. В связи с этим трудно отнести этиологическую роль в невынашивании какому-то одному из этих генов. Кроме того, показано существенное преобладание гетерозигот по генам KIR2DL2/3 в группе пациенток (15/18; 88,24%) по сравнению со случайной выборкой (47/100; 47%). Гены KIR2DL2 и KIR2DL3 являются взаимоисключающими во всех известных гаплотипах и могут рассматриваться как аллельные варианты одного гена. Действительно, по результатам нашего исследования, равновесие Харди-Вайнберга хорошо соблюдается для генов KIR2DL2/3 в случайной контрольной выборке ($p=1,0$), однако это равновесие сильно нарушено в семьях с невынашиванием ($p=0,0146$; точный критерий Фишера). В результате типирования HLA-C, определены частоты аллотипов (C1 — 54%; C2 — 46%) и генотипов (C1/C1 — 28%; C1/C2 — 52%; C2/C2 — 20%) в контрольной выборке, которые подтверждают равновесие Харди-Вайнберга ($p=0,7$). В группе невынашивания отмечено достоверное превышение частоты гомозигот C1/C1 (9/15; 60%) среди супругов тех пациенток, которые позитивны одновременно по генам KIR2DL2 и KIR2DL3 («гетерозигот» KIR2DL2/3) ($p=0,013$; точный критерий Фишера). В соответствующей группе KIR2DL2/3-позитивных индивидов из контрольной группы частота аллелей из группы C1 несколько снижена (50,5%), а C2 несколько повышена (49,5%) по сравнению с общепопуляционной, хотя и статистически не значимо. Возможно, некоторые аллели из группы C1, унаследованные плодом от отца, не могут обеспечить нормального функционирования uNK-клеток матери с таким репертуаром KIR-рецепторов, а самопроизвольное прерывание беременности реализует механизм снижения частоты этих аллелей в популяции у индивидов с этим KIR-генотипом. В дальнейшем на основании исследования более объемных выборок пациентов и контрольных групп детальное типирование генов KIR и HLA-C позволит, вероятно, исходя из генотипов супругов, прогнозировать риск иммунологически обусловленного самопроизвольного прерывания беременности.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ РОДРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Васильева Л.Н.

Республика Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

В современном акушерстве стало очевидным перераспределение оперативных вмешательств в пользу кесарева сечения над влагалищными родоразрешающими операциями как более бережной операции для плода. Однако, мнение полного отказа от применения акушерских щипцов и вакуум — экстрактора и замена их кесаревым сечением не обосновано.

Целью нашего следования явилось сравнение ближайшего исхода родов для матери и новорожденного при использовании разных методов влагалищного оперативного родоразрешения по сходным показаниям:

- слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
- гипоксия плода (дистресс плода);
- слабость родовых сил и присоединившаяся гипоксия плода (дистресс плода).

Нами был проведен ретроспективный анализ 164 историй родов, проведенных с применением влагалищных родоразрешающих операций по сходным показаниям в родовых отделениях акушерских стационаров г.Минска (УЗ «ГКБ №1», «ГКРД №2, «ГКБ №5», «ГКБ №6) в 2006г. В группу 1 мы включили 85 женщин, роды у которых завершились операцией вакуум-экстракции плода. В группу 2 вошли пациентки, роды у которых завершились наложением полостных и выходных акушерских щипцов (79женщин).

В обеих исследуемых группах преобладали первородящие женщины (1 группа — 56 человек (70,9%), 2 группа — 65 человек (76,5%)). Все анализируемые роды были срочными. Все дети родились живыми, доношенными.

По структуре гестационных осложнений и перенесенных во время беременности заболеваний пациентки обеих групп не отличались.

Показания для оперативного влагалищного родоразрешения распределились в группах следующим образом:

- слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции (1 группа — 6 случаев (7,6%), 2 группа — 22 случая (26,0%));
- гипоксия плода (дистресс плода) (1 группа — 37 случаев (46,8%); 2 группа — 19 случаев (22%));
- сочетание слабости родовых сил и присоединившаяся гипоксия плода (дистресс плода) (1 группа — 36 случаев (45,6%), 2 группа — 44 случая (52 %)).

В анализируемых историях 21 пациентке были наложены полостные акушерские щипцы (26,58%), а 57 — выходные 57 (73,42%).

Ближайший исход для матери оценивался по общей кровопотере в родах, травмам мягких родовых путей, по частоте внутриматочных вмешательств сразу после родов.

Кровопотеря в родах у рожениц двух групп не отличалась и составила в среднем 315 мл. У женщин обеих групп одинаково часто отмечены травмы мягких родовых путей (1 группа — 21 женщина (26,6%), 2 групп — 24 женщины (28,0%)), эпизиотомия в 100% случаев.

Частота ручного обследования полости матки после наложения акушерских щипцов проводится достоверно чаще (1 группа — 16 случаев (20,3%), 2 группа (p<0,005)).

В проведенном исследовании из 164 новорожденных 89 родились в асфиксии (в 1 группе — 59 детей (74,7% от общего числа детей в группе), во 2 группе 30 детей (35,3 % от общего числа детей в группе).

Для выяснения оптимального выбора той или иной влагалищной родоразрешающей операции при гипоксии (дистрессе) плода в родах, мы объединили новорожденных в следующие группы. В группу «предполагаемый результат» включены дети из 1 и 2 групп, у которых во втором периоде родов диагностирована острая гипоксия. Акушерские щипцы в данной ситуации были применены в 73 случаях (92,4%), а вакуум — экстракция — в 64 случаях (75,3%). В группу «полученный результат» мы отнесли всех новорожденных, родившихся в асфиксии, независимо от показаний для влагалищной операции: при наложении акушерских щипцов — 59 детей (74,7%), при применении вакуум — экстракции — 30 детей (35,3 %).

Разница между детьми, которые могут родиться в асфиксии и рожденными в ней при применении вакуум — экстракции — 40%, при наложении акушерских щипцов — 17,7 %. Таким образом, при использовании вакуум — экстракции дети в состоянии асфиксии рождаются в два раза реже (p <0,005).

У новорожденных 1 группы чаще были отмечены кефалогематомы (1 группа — 6,3%, 2 группа — 20,0% (p <0,005)). Из непрямых осложнений наблюдались переломы ключиц (1 группа — 2,5%, 2 группа — 10,6%).

Таким образом, при сходных показаниях к влагалищному оперативному родоразрешению для здоровья матери безопасней вакуум — экстракция плода.

На наш взгляд, вакуум — экстракция также предпочтительней и для состояния здоровья плода. Хотя кефалогематомы реже встречаются при наложении акушерских щипцов, при использовании вакуум — экстракции больше детей рождается без асфиксии с оценкой по шкале Апгар 8 баллов и выше.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

Васильева Л.Н.

Республика Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Проблема ювенильного акушерства актуальна во всём мире. По данным ВОЗ, ежегодно рожают более 15 миллионов женщин-подростков. В последние годы имеется отчётливая тенденция к увели-

чению числа беременностей и родов среди юных женщин. Так, по данным УЗ «ГКБ №1» г. Минска в 2007г. доля родивших женщин моложе 18 лет составила 0,53% от числа родов, 2007г. — 0,77%, в 2010г. — 0,98%. Беременность у юных женщин — проблема не только медицинская, но и психологическая, социальная, юридическая.

Целью нашего исследования явилось выявление социальных особенностей, а так же особенностей течения беременности и родов у юных матерей в г. Минске.

Материалом исследования служили архивные данные городского родильного дома №1 г. Минска. Основную (1) группу сформировали 39 родильниц моложе 18 лет (2006-2007гг). Контрольную (2) группу образовали 30 родильниц в возрасте от 21 до 24 лет, не имеющие отягощённого общесоматического и акушерского анамнеза, половая жизнь которых началась после 18 лет.

Возраст обследованных женщин 1-ой группы находится в пределах от 14 до 18 лет, составляя в среднем ~16,6 года. Преобладали девочки 17 лет (66,7%). Средний возраст женщин 2-ой группы составил ~21,8 лет. Подавляющее большинство обследованных женщин были первобеременными (1 группа — 37 женщин (94,4%), 2 группа — 30 женщин (100%)). Средний возраст менархе у девочек 1-ой группы составил ~12,8 лет, у женщин 2-ой группы — 14,4 года. Достоверно чаще ($p < 0,05$) менархе в 16 лет встречались у женщин 2-ой группы (5 человек (16,7 %)).

По данным нашего исследования большинство юных беременных являются студентами средних технических заведений, учащимися средних и вечерних школ (32 человека (82%), домохозяйками (7 женщин (18%)). В контрольной группе преобладают женщины, занимающиеся умственным трудом, учащиеся в ВУЗах (24 женщины (80%)).

Все женщины 2-ой группы состоят в браке (официальном или гражданском), в отличие от 1-ой, где 12 (30,8%) юных беременных одиноки.

Для группы юных беременных средний возраст начала половой жизни составил ~15,2 года, в контрольной группе ~16,8 лет. Следует отметить, что в первой группе беременность у большинства девочек наступила в течении года после начала половой жизни, что косвенно свидетельствует о недостаточной информированности подростков о контрацепции.

Необходимо отметить, что у 9 из 39 юных первородящих беременность протекала на фоне хронической никотиновой интоксикации и сопровождалась хронической фетоплацентарной недостаточностью. Женщины 2-ой группы не курили.

У юных первородящих отмечена чаще отмечены преждевременные роды (1 группа — 11 человек (28%)), 2 группа — 3 человека (10%), $p < 0,05$), аномалии родовых сил (у 8 (20,5%) девочек, во 2-ой группе — у 2 женщин (6,7%), ($p < 0,05$), патологическая кровопотеря свыше 0,5% от массы тела (1 группа — 9 человек (23%), 2 группа — 3 человека (10%), ($p < 0,05$), разрывы влагалища (1 группа — 6

человек (15,4%), 2 группа 1 человек (3,3%), ($p < 0,05$)). Родоразрешение путем операции кесарево сечение также чаще проводилось у подростков (8(25%) и 3(10%) человек соответственно, ($p < 0,05$)).

Выявлены достоверные отличия ($p < 0,05$) в состоянии новорожденных двух анализируемых групп: у юных первородящих чаще рождаются дети в умеренной и тяжёлой асфиксии (1 группа 8 детей (20,5%), 2 группа — все новорожденные без асфиксии), с весом менее 2,5 кг (1 группа — 11 детей (28%), 2 группа 2 ребенка (6,7%)), с ростом менее 47 см (1 группа 11 детей (28%), 2 группа — 3 ребенка (10%)).

Таким образом, проведённые исследования показали, что осложнения беременности, родов и патологические состояния новорожденных у несовершеннолетних превышают аналогичные у родильниц 21-24 летнего возраста. Это диктует необходимость поиска и проведения социальных и медицинских мероприятий в целях снижения частоты подростковой беременности. Необходимо так же проведение санитарно-просветительских работ, пропагандирующих ценность семьи и брака.

Решение вопроса о возможности вынашивания беременности и родов у подростков должно базироваться на тщательной, индивидуальной оценке состояния здоровья юной женщины, её социально-психологических особенностей и данных специального акушерского исследования.

ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Верясов В.Н., В.П. Румянцева, Матвеева Н.К.,
Баев О.Р.**

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Минздрава России

Актуальность. Роль иммунокомпетентных клеток децидуальной ткани в процессе беременности изучена в различных аспектах децидуального гомеостаза, плацентарного развития и формирования толерантности к полуаллогенному трофобласту. В настоящее время имеются данные о значении лейкоцитов децидуальной ткани в развитии родовой деятельности, что представляет интерес как с позиций генеза своевременных родов, так и выявления причин перенашивания беременности.

Целью данного исследования явилась сравнительная характеристика клеточного состава децидуальной ткани, полученной после самопроизвольных родов в доношенном сроке и при перенашивании беременности.

Материалы и методы: В работе были исследованы 15 образцов децидуальной ткани, полученных из плацент после самопроизвольных родов. В 5 наблюдениях роды произошли при сроке беременности 38-40 недель, в остальных — 41-42 недели. Децидуальную ткань собирали путем отсепаровывания от материнской поверхности плаценты. Клетки децидуальной ткани получали ферментативным

методом (коллагеназа II типа) с дальнейшим выделением популяции мононуклеарных клеток на градиенте плотности фиколл-урографина (ρ -1.077 г/см³). Фенотипическую характеристику выделенных клеток проводили методом проточной цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител к основным маркерам лейкоцитов (CD45), моноцитов/макрофагов (CD14), Т-клеток (CD3,CD4), естественных киллерных клеток (CD56,CD16), дендритных клеток (CD205,CD123), рецептора к IL2 (CD25) и сигнальной молекулы (CD200).

Результаты: Лейкоцитарные клетки децидуальной ткани преимущественно были представлены различными субпопуляциями Т-лимфоцитов, а также, естественными киллерными клетками, моноцитами и дендритными клетками. Среднее суммарное значение CD56 и CD16 естественных киллерных клеток в образцах децидуальной ткани женщин с перенесенной беременностью составило 22,4±9%, тогда как аналогичный показатель у женщин со своевременными родами составил 48.4±5%. Сходные результаты были получены при анализе содержания CD14 — позитивных моноцитарно-макрофагальных клеток (5.6±2.1% v. 11.4±4.3%). Особый интерес вызывает увеличенное содержание децидуальных клеток (30,5±8%), несущих CD200-маркер у пациенток с перенесенной беременностью. После своевременных родов, он встречался на 12.5±5% клеток. Кроме того, децидуальная ткань после запоздалых родов содержала значительно больше дендритных клеток (CD123), чем после срочных родов. (18.6±7.6% v. 4.2±2,3%). Учитывая роль молекул CD200 в поддержании локальной толерантности, можно предположить их вклад в перенашивание беременности. На это также указывает повышенное содержание дендритных клеток, так как осуществление CD200-зависимой иммунотолерантности происходит за счет связывания с CD200R, экспрессируемыми на них.

Выводы: 1. В децидуальной ткани, полученной после своевременных самопроизвольных родов, содержание естественных киллерных клеток было в 2 раза выше, чем при запоздалых родах, что свидетельствует о снижении количества иммунологически-значимых эффекторных клеток при перенашивании беременности. 2. Экспрессия CD200 и количество дендритных клеток были максимальными в образцах decidua basalis, полученных от пациенток с перенашиванием беременности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОРМАЗЕ В КОРРЕКЦИИ ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ДЮФАСТОН

Визе-Хрипунова М.А., Вознесенская Н.В.,
Пигина Г.Р., Бикчурова Н.Н., Серова Л.П.

ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет, ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, г. Ульяновск, Россия

Привычное невынашивание беременности является одной из наиболее сложных проблем современ-

ной гинекологии. Для лечения привычного невынашивания эндокринного генеза часто применяется Дюфастон (дидрогестерон) — препарат по своей структуре наиболее близкий к натуральному прогестерону. Оптимальная доза препарата Дюфастон в случае угрозы прерывания беременности 20 мг в сутки может при отсутствии эффекта безопасно повышаться вплоть до 60-100 мг в сутки. Побочным действием Дюфастона на организм беременной является его способность снижать моторную функцию кишечника, что приводит к возникновению запоров, снижению качества жизни, повышению тонуса мускулатуры матки. К сожалению, избавиться от возникшей проблемы изменением режима питания не всегда удается, а применение слабительных средств при беременности — ограничено. Фармакологическим средством, которое разрешено при беременности является Нормазе. Препарат содержит активное вещество лактулозу. Оказывает гиперосмотическое, гипоаммониемическое, слабительное действие. Под влиянием препарата происходит изменение флоры толстого кишечника (увеличение количества лактобацилл), что приводит к повышению кислотности в просвете толстого кишечника и стимулирует его перистальтику. В результате препарат оказывает слабительный эффект, не влияя при этом непосредственно на слизистую оболочку и гладкую мускулатуру толстого кишечника.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности препарата лактулозы Нормазе в коррекции запоров у беременных в ранние сроки гестации на фоне приема Дюфастона.

Под наблюдением находились 24 беременные женщины в возрасте от 22 до 35 лет, Средний возраст беременных составил 27,8 + 3,5. Срок беременности на момент госпитализации составлял от 4 до 18 недель. 18 (75%) пациенток в комплексном лечении угрозы прерывания беременности получали Дюфастон по 20 мг в сутки. Все женщины жаловались на запоры продолжительностью от 2 до 8 дней, в среднем 3,6 дня (0,27 дефекаций в сутки). Дебют запоров приходился в среднем на 6,2 недели беременности, т.е. в тот период, когда механический характер запоров исключен. Лишь 4 (16,7%) женщины отмечали появление запоров до беременности. Все обследованные были разделены на две группы: в первую группу вошли 12 женщин, получавших для коррекции запоров Нормазе в дозе 20,0 мл/сут., во вторую группу были включены также 12 женщин, получавших Нормазе по 30,0 мл/сут. Курс лечения составил 14 дней. Для оценки эффективности препарата беременные вели хронокарту частоты дефекаций, а также оценивали общее состояние и качество жизни с помощью опросников САН и SF-36 до начала лечения и спустя месяц. На фоне приема препарата Нормазе все пациентки отметили улучшение работы кишечника (0,88 дефекаций в день). Однако результаты имели зависимость от дозы препарата. Средняя частота дефекаций в первой группе составила 0,72 против 1.1 во второй. Препарат хорошо переносился и лишь у

одной пациентки, из-за выраженного метеоризма, доза была снижена с 30,0 мл до 20,0 мл. На фоне проводимого лечения существенно изменились качественные показатели жизни женщин. До лечения отмечалось снижение показателей САН: самочувствия — 3,2 балла, активности — 3,2 балла, при хорошем настроении — 4,0 балла. На фоне лечения все показатели нормализовались и составили: самочувствие — 5,3 балла, активность — 4,7 балла, настроение — 5,7 балла. Аналогичные данные получены и по опроснику качества жизни SF-36. Исходно наиболее проблемными показателями явились ролевое физическое функционирование (7,1 балла), эмоциональное состояние (33,4 балла) и психическое здоровье (38,6 балла). Наилучший показатель — физическое функционирование составил 62,2 балла. На фоне лечения по всем шкалам, кроме шкалы социального функционирования, отмечено улучшение показателей. Так показатель ролевого физического функционирования повысился до 21,4 балла, психическое здоровье до 61,1 балла, жизненная сила — 50,7 балла против 38,6 исходно. Показатель общего здоровья достиг 66 баллов (исходно 56,3). Ухудшение социального функционирования (снижение с 44,7 до 37,7 баллов) возможно было связано с пребыванием в стационаре и изоляцией от привычных социальных условий.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы: препарат лактулозы Нормазе благоприятно влияет на частоту дефекаций у беременных с запорами, возникшими на фоне приема Дюфастона. Нормализация стула на фоне Нормазе существенно улучшает качество жизни пациенток, нормализуя такие показатели как самочувствие, активность, а также физическое и психическое здоровье беременных. Наиболее эффективной является доза препарата 30,0 мл/сутки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У РОЖЕНИЦ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Виноградова О.А., Первак В.А., Мозговая Е.В.
Россия, Санкт-Петербург, НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН

Роды вызывают ряд различных физиологических и биохимических нарушений только в качестве реакции на боль. Происходит стрессорная секреция адренортикотропного гормона, антидиуретического гормона, адренортикальных гормонов и β -эндорфинов. В результате усиления автономной регуляции возрастает уровень плазменных катехоламинов, в основном норадреналина. Эти реакции могут оказывать вредное влияние, как на течение родов, так и на плод. Возбуждение роженицы и повышение уровня катехоламинов в плазме крови могут явиться причиной слабости родовой деятельности, тогда как чрезмерное выделение катехоламинов при сильной боли — дискоординированную

родовую деятельность. Возбуждение и мышечная активность пациентки приводят к повышению потребления кислорода. Бесконтрольная вентиляция роженицы способна вызвать снижение оксигенации и развитие ацидоза у плода. Увеличение содержания катехоламинов при развитии родовой деятельности и в родах стимулирует образование простагландинов. Адреналин обладает стимулирующим влиянием на биосинтез простагландинов, индуцируя их образование из арахидоновой кислоты.

Одним из вариантов патогенеза дискоординированной деятельностью матки является индивидуальная гиперреактивность сосудов к экскретируемым катехоламинам. У таких беременных даже незначительная эмоциональная нагрузка, а тем более возникающая в родах боль, вызывает чрезмерные сосудистые реакции в матке. В некоторых работах показано, что гемодинамика матки активно участвует в формировании силовых процессов, обуславливающих раскрытие шейки матки за счет активного механизма депонирования крови в сосудистых резервуарах миометрия. Одним из патогенетических факторов в развитии нарушений сократительной деятельности миометрия может быть снижение концентрации катехоламинов, в основном за счет норадреналина, что приводит к развитию слабости родовой деятельности.

С целью определения уровня катехоламинов в плазме крови были обследованы 55 рожениц, которым в родах проводилась комбинированная спинально-эпидуральная анестезия. Определение катехоламинов в плазме крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием «сэндвич» — метода.

У 55 женщин в родах определяли уровень катехоламинов (адреналина и норадреналина) в плазме крови до выполнения анестезии и через 10-15 мин после развития полного аналгетического эффекта. Среднее содержание адреналина в плазме крови у рожениц до проведения анестезии составило $122,02 \pm 13,25$ пг/мл, после анестезии несколько уменьшилось до $97,5 \pm 16,3$ пг/мл. Уровень адреналина достоверно ($p < 0,001$ согласно критерию χ^2) снизился после проведения КСЭА у 45 женщин (81,8%), повысился у 10 (18,2%). Уровень норадреналина в плазме крови снижался у 37 рожениц (67,3%) женщин ($p < 0,001$ по критерию χ^2) и незначительно повышался у 18 женщин (32,7%). Средний уровень норадреналина в плазме крови у рожениц до выполнения КСЭА составил $421,4 \pm 49,12$ пг/мл, а после обезболивания — $355,8 \pm 41,08$ пг/мл. Причем у 3 рожениц произошло повышение, как адреналина, так и норадреналина после применения КСЭА. Нами не было выявлено корреляционной зависимости между изменением уровня адреналина и норадреналина в плазме крови до и после комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

Таким образом, регионарная анестезия в родах снижает стрессовый гормональный ответ и как следствие улучшает координацию и эффективность родов, улучшает маточно-плацентарную перфузию. Однако в нашем исследовании, снижение уровня

катехоламинов не является очень выраженным и при сопоставлении с клиническими данными, не приводит к увеличению частоты слабости родовой деятельности, при использовании КСЭА в родах по сравнению с применением длительной перидуральной анестезии.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ, ЕЕ ПРОВОДНОЙ ТОЧКИ И СТЕПЕНИ АСИНКЛИТИЗМА

Власюк В.В., Лобзин Ю.В., Несмеянов А.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА

Нет необходимости указывать на важность определения вставления головки, ее проводной точки и степени асинклитизма для прогнозирования течения и ведения родов. Нами сделано открытие (№387, 11.02.2010 г.), которое отражает значение асинклитического вставления головки в возникновении разрывов мозжечкового намета (МН) — основного проявления родовой травмы черепа. В то же время не так часто используются ультразвуковые исследования в родах для диагностики указанных показателей. Пока ведущим остается весьма приблизительный более чем столетний метод влагалищного исследования. Что мы имеем в результате? Тиражируемый тезис, что при переднем виде затылочного предлежания проводная точка головки располагается в области малого родничка, что не соответствует действительности (в большинстве случаев она смещена в ту или иную сторону от малого родничка). Размытые границы между физиологическим и патологическим асинклитизмом и недостаточное понимание его влияния на плод. Непонятные случаи родовой травмы при «нормальных» родах.

Новизна нашего подхода основана на изучении «области перистальной застоя» (ОПЗ) крыши черепа у интранатально умерших плодов и новорожденных до 10 дней жизни (всего более 260 случаев). Полагаем, что данный подход может быть экстраполирован на живых детей с помощью новых разработок соответствующих методов и внедрен в акушерскую и педиатрическую практику. Основой подхода является изучение ОПЗ — округлой зоны темно-красного цвета с различимыми границами на крыше черепа. ОПЗ — это область выраженного полнокровия надкостницы костей крыши черепа, сочетающегося с точечными и пятнистыми кровоизлияниями, часто имеющая четкие границы (у доношенных детей), обычно смещающаяся на правую или левую теменные кости и указывающая на вставление головки и ее проводную точку в родовом канале матери. Этот застой с кровоизлияниями возникает ниже пояса соприкосновения головки в родовом канале. Проводная точка головки располагается в центре ОПЗ и обычно смещена вправо или влево от стреловидного шва, что свидетельствует об асинклитическом вставлении головки. При 1-й позиции ОПЗ чаще смещается вправо от стреловид-

ного шва, а при 2-й — влево. Это объясняется более частым передним асинклитизмом, при котором предлежит и первой идет правая теменная кость, а задняя временно задерживается на мысе. ОПЗ является морфологическим критерием оценки вставления головки, течения родов и прогнозирования повреждений МН. При асинклитическом вставлении головки ОПЗ смещается вправо или влево от стреловидного шва, занимая большую площадь на правой или левой теменных костях. Степень асинклитизма можно измерить в миллиметрах по отклонению проводной точки от стреловидного шва.

Результаты нашего исследования показали, что любая степень асинклитизма неблагоприятна для плода, так как сопровождается неравномерным натяжением двух половин МН и возрастанием риска его разрывов. По локализации ОПЗ можно прогнозировать расположение разрывов МН и соответствующего субдурального кровоизлияния, то есть использовать данные о локализации ОПЗ для диагностики внутричерепных поражений. Смещение ОПЗ на правую теменную кость сопровождается большим натяжением левой половины МН с последующими левосторонними интрадуральными кровоизлияниями, надрывами, разрывами и субдуральными кровоизлияниями.

Как оценить вставление головки в зависимости от локализации проводной точки? 1) Смещение ПТ вправо или влево от стреловидного шва свидетельствует об асинклитическом вставлении головки. 2) Расположение ПТ кзади от малого родничка — о затылочном предлежании и гиперфлексии головки. 3) Расположение ПТ на уровне малого родничка и кпереди от него до 1 см. — о затылочном предлежании и о нормальном сгибании головки. 4) Расположение ПТ на расстоянии 2-3 см. кпереди от малого родничка — о затылочном предлежании с умеренным сгибанием головки. 5) Расположение ПТ на уровне средней трети стреловидного шва — о затылочном предлежании с умеренным разгибанием головки. 6) Расположение ПТ на уровне большого родничка с отклонениями кпереди и кзади на 1,5 см. — о разгибательном переднеголовном вставлении головки. 7) Расположение ПТ кпереди от большого родничка свидетельствует о разгибательном лобном вставлении головки.

Таким образом, патолог по результатам исследования черепа может оценить характер вставления головки, локализацию проводной точки и имевшую место в родах степень асинклитизма. Ввиду того, что ОПЗ может сохранять четкие границы до 7-10 дневного возраста, то существует возможность ее прижизненного диагностирования при ультразвуковом исследовании. Это позволит объективно и точно определять вставление головки, прогнозировать локализацию субдуральных кровоизлияний и разрывов МН, ретроспективно оценивать правильность ведения родов и применение родовспомогательных операций, получать данные для обоснования диагноза родовой травмы, предупреждать родовую травму и т.д. Подобных работ в мировой литературе мы не обнаружили.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Волков В.Г., Макарова Е.С., Цевенкова И.Н.

Россия, г. Тула, Тульский государственный университет, Медицинский институт

В широком арсенале средств применяемых для индукции родов в современном акушерстве, ведётся поиск идеального препарата, который, наряду с высокой эффективностью, не должен вызывать аномалий родовой деятельности и другие побочные эффекты.

Цель исследования — клиническая оценка эффективности применения различных методов подготовки шейки матки к родам. Материалы и методы: вошедшим в исследование 200 беременным женщинам, было показано прерывание беременности как при сроке 28-35 недель, в связи с антенатальной гибелью плода так и с доношенной беременностью, срок 39-41 неделя, и «незрелыми» родовыми путями.

Женщины были разделены на 2 группы (I с N=103, II с N=97). По возрасту, структуре экстрагенитальной патологии и акушерско-гинекологическому анамнезу группы были сопоставимы. Ни у одной из женщин не было показаний к родоразрешению путём плановой операции кесарева сечения.

Для оценки зрелости шейки матки применялась шкала Бишоп. В группе I у 86 женщин (83 %) шейка матки была оценена как «незрелая», у 17 (16%) — как «недостаточно зрелая» (6-7 баллов). В группе II число женщин с «незрелыми» родовыми путями составило 52 (54%), с «недостаточно зрелыми» — 40 (41 %) и «зрелыми» — 5 (5%) (8 баллов).

В I группу вошли 103 женщины, которым мифепристон («Мир-Фарм», Россия) назначался в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки (утром) перорально, с интервалом в 24 часа, в течение 2-х дней. Состояние шейки матки оценивалось через 48 и 72 часа после введения. В группе II у 97 женщин применялся Препидил-гель (PHARMACIA & UPJOHN) эндоцервикально. Состояние шейки матки оценивали через 24 ч после введения.

Реактивность сердечно-сосудистой системы плода определялась по данным кардиотокографии до и после применения препаратов. Бальная оценка кардиотокограмм по шкале Фишера в модификации Кребса составляла в среднем 7-8 баллов.

Результаты: анализ зависимости эффективности применения препаратов от гестационного возраста позволяет сделать выводы о наиболее значительной эффективности препаратов в сроках 39-41 неделя, при этом явное преимущество при родовозбуждении на более ранних сроках (28-38 нед) принадлежит мифепристону. Тогда как при доношенной беременности заметно преобладание эффекта препидил-геля.

При рассмотрении зависимости эффективности препаратов от исходного состояния родовых путей преобладает высокий эффект мифепристона при «незрелых» родовых путях, тогда как при «недостаточно зрелых» (6-7 баллов) и «зрелых» более эффек-

тивен препидил-гель. В акушерстве при доношенной беременности и «недостаточно зрелой» шейке матки препидил является препаратом выбора.

Продолжительность интервала стимуляции во II группе в большинстве случаев составляла 24-48 часов, в то время как развитие родовой деятельности в I группе происходило в течение более длительного периода времени.

Также нами была проанализирована структура осложнений родового процесса в группах I и II: неблагоприятное состояние плода (включая угрозу острой интранатальной гипоксии плода, прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии, неблагоприятную кардиотокограмму во время родов), отсутствие прогресса родовой деятельности (патологический прелиминарный период, первичная слабость родовой деятельности, вторичная слабость родовой деятельности), кровотечения (ПОНРП). Выявлена приблизительно равная частота встречаемости вышеперечисленных осложнений в группах I и II.

Следует подчеркнуть высокую частоту применения эпидуральной анальгезии в I группе: 20 случаев (19 %) по сравнению со II — 10 (11%).

Заметно разнятся данные о способах родоразрешения в группах: преобладающим является спонтанное вагинальное родоразрешение (69% и 82% соответственно), однако в группе II преобладание более выражено. Наибольший процент оперативных родоразрешений (31%) выявлен в I группе, тогда как во II — 19%.

В процессе проведения исследования выявлено заметное истончение нижнего сегмента матки во всех случаях неэффективности препаратов и проведения планового кесарева сечения. Данная закономерность подлежит дальнейшему изучению.

Усредненные значения продолжительности родов и безводного промежутка,

I группа: 391 и 337 минут, II: 450 и 398 минут соответственно, позволяют выявить эффективное снижение продолжительности при применении мифепристона.

Выводы. Эффективность применения препарата мифепристон составила 87%, а препидил-геля — 89%. Таким образом, можно сделать вывод о высокой и приблизительно равной эффективности препаратов.

На основании проведённого исследования можно рекомендовать как мифепристон, так и препидил-гель для подготовки шейки матки к родам с учётом индивидуальных показаний и возможных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Ангалева Е.Н.

Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский университет

Одним из сложных совместных вопросов для акушеров и неонатологов является точное прогнозирование

вание перехода внутриутробного инфицирования (ВУИ) в клинически манифестные формы инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденного, что связано с отсутствием четких корреляций между выраженностью проявлений ВУИ во время беременности и степенью поражения плода и новорожденного, неоднозначным подходом к лечебным мероприятиям.

Цель работы — выделить среди беременных с ВУИ группы риска по реализации инфицирования в инфекцию новорожденных и разработать тактику лечения беременных в каждой группе.

Обследовано 96 пациенток на сроке беременности от 22 до 36 недель в динамике и их новорожденные, которые были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 66 беременных с признаками ВУИ во время беременности и их новорожденные. В контрольную группу включены 30 беременных без каких-либо признаков ВУИ во время беременности и их новорожденные, родившиеся без отклонений в физическом развитии и функциональном состоянии.

Использовался клинико-anamnestический анализ, ультразвуковое исследование, метод ИФА и ПЦР, бактериологическое исследование микрофлоры влагалища, определение уровня неоптерина и цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ФНО- α , ИНФ- γ) в сыворотке крови беременных, гистологическое исследование последов.

Выделены факторы риска, которые статистически обработаны, в зависимости от их значимости в реализации ВУИ у новорожденного оценены в баллах от 0 до 10 и внесены в разработанную нами шкалу балльной оценки риска реализации ВУИ. Суммируя полученные баллы, беременные основной группы разделены на группы риска по реализации ВУИ у новорожденного: группа низкого риска (0-12 баллов), среднего (13-24 балла) и высокого риска (свыше 25 баллов). В каждой группе пациенток разработаны лечебные мероприятия.

В группе низкого риска рождения детей с клиническими проявлениями ВУИ не отмечено. Клинико-anamnestическая характеристика пациенток группы включала хронические воспалительные заболевания гениталий, мочевыделительной системы, дыхательных путей, ЖКТ в анамнезе; ФПН и угрозу прерывания во время беременности. УЗИ выявляло, признаки синдрома инфицирования плаценты. Повышения уровня СРБ в сыворотке крови, изменений в цитокиновом статусе по сравнению с пациентками контрольной группы не отмечалось. У 30,7% выявлены признаки плацентита, интервиллузита, децидуита. Учитывая вышеизложенное, в указанной группе с целью лечения ВУИ использовался комплекс препаратов для лечения ФПН, включающий вазоактивные средства в сочетании с β -миметиками, антиагрегантами, адаптогенами; антиоксидантами, проводится санация очагов хронической инфекции.

У 44,4% пациенток группы среднего риска по реализации ВУИ дети родились с клинической картиной инфекционного процесса. Отличительной

чертой клинико-anamnestической характеристики в этой группе по сравнению с группой низкого риска явилось наличие в анамнезе у 74,4% инвазивных внутриматочных вмешательств, в 100% случаев беременность осложнилась стойкой угрозой прерывания и ФПН, у 19,4% отмечены эпизоды ОРВИ во время беременности. Наряду с признаками синдрома инфицирования плаценты выявлялись и признаки синдрома инфицирования амниона. Отмечено повышение уровня СРБ в сыворотке крови >6 мг/дл у 38,8% беременных, Ig M и/или низкоавидных Ig G к ЗППП и TORCH инфекции выявлены у 44,4%. У 77,7% пациенток имели место дисбиоз влагалища или вагинит. Имелись изменения цитокинового статуса по сравнению с группой контроля, а именно: уровень неоптерина в сыворотке крови повышался до 2,5-5 нмоль/мл, ФНО- α до 41-50 пкг/мл, ИЛ-1 β до 51-55 пкг/мл, уровень ИНФ- γ оказался сниженным до 40-47 пкг/мл. В 55,5% выявлены признаки плацентита, интервиллузита, децидуита, хориоамнионита. В этой группе для лечения ВУИ используются вазоактивные средства, токолитики, антибиотики, индукторы интерферона, иммуноглобулин человеческий, эфферентные методы лечения (УФОК, ВЛОК), проводится коррекция биоценоза влагалища.

У 100% новорожденных от матерей группы высокого риска по реализации ВУИ выявлены инфекционно-воспалительные заболевания, в том числе в 44,4% — тяжелые формы с системной воспалительной реакцией. Клинико-anamnestическую характеристику обследованных данной группы отличает наличие стойкой угрозы прерывания и ФПН в 100% случаев, в том числе СЗРП, обострения хронических экстрагенитальных заболеваний, повторные эпизоды ОРВИ (в 55,5% случаев). При УЗИ помимо синдромов инфицирования плаценты и амниона выявлены признаки синдрома инфицирования плода. Уровень СРБ в сыворотке крови >6 мг/дл отмечен у 66,6% беременных, Ig M и/или низкоавидный Ig G к ЗППП и TORCH инфекции выявлены у 77,7%. У всех пациенток имели место дисбиоз влагалища или вагинит. Уровень неоптерина в сыворотке крови превышал 5 нмоль/мл, ФНО- α — 51 пкг/мл, ИЛ-1 β — 55 пкг/мл, уровень ИНФ- γ оказался менее 38 пкг/мл. В 88,8% выявлен фуникулит. Лечение ВУИ у пациенток группы высокого риска включает все группы препаратов, которые используются и в группе среднего риска. Однако, учитывая особенности иммунного статуса, в лечение включали дискретный плазмаферез.

При дифференцированном подходе к лечению ВУИ во время беременности случаев перинатальной смертности, обусловленной внутриутробной инфекцией не было, однако, заболеваемость остается высокой, что требует дальнейшего исследования. Таким образом, при дифференцированной оценке степени риска реализации ВУИ у новорожденного, влекущей за собой дифференцированное лечение беременных каждой группы, позволяет избежать полипрагмазии и добиться снижения перинатальной смертности.

ПРЕДИКТОРНАЯ РОЛЬ ВТОРИЧНЫХ МЕДИАТОРОВ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гагиева И.А., Чистякова Г.Н.

Россия, г.Екатеринбург, ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Нарастание тромбогенного потенциала во время беременности имеет важное адаптационное значение и выражается в повышении уровня ряда прокоагулянтных факторов. Нарушение иммунологической регуляции и преобладание провоспалительной направленности иммунных реакций с ранних сроков гестации может играть важную роль в трансформации физиологической адаптации системы свертывания крови в патогенетическое звено осложнений беременности, начиная с этапа имплантации и формирования плаценты. Различные осложнения гестационного процесса сопровождаются гиперактивацией клеток врожденного и приобретенного иммунитета, которая приводит к гиперпродукции ими первичных медиаторов межклеточного взаимодействия, усиливающих белковосинтетическую функцию печени в направлении цитокин-индуцированного синтеза гепатоцитами белков острой фазы — вторичных медиаторов межклеточного взаимодействия. Усиленный синтез белков острой фазы является неотъемлемой частью воспалительного ответа. Представляя собой связующее звено между иммунной системой и различными механизмами антигеннеспецифической резистентности, белки острой фазы обладают многочисленными регуляторными эффектами в отношении иммунокомпетентных клеток, влияют на синтез ранних цитокинов и обуславливают дальнейшую активацию клеток иммунной системы. Выброс большого количества такого рода агрессивных субстанций может обуславливать формирование провоспалительной трансформации микроциркуляции и повышение адгезивности эндотелия, что повышает риск тромботических осложнений вследствие патологических гемодинамических сдвигов.

Целью настоящего исследования явилась оценка предикторной роли белков острой фазы в прогнозировании развития плацентарной недостаточности. Проведено клинико-лабораторное обследование 75 женщин в ранние сроки беременности (4-12 недель). Основную группу составили 47 женщин, беременность которых осложнилась во второй половине гестации плацентарной недостаточностью. Группу сравнения составили 28 женщин с неосложненным течением беременности. Содержание IL-6 и белков острой фазы (С-реактивного протеина, лактоферрина, церулоплазмينا) в сыворотке крови определяли методом ИФА в соответствии с рекомендациями производителей тест-систем. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0», проверку статистических гипотез осуществляли с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Проведенные исследования показали, что при патологически протекающей беременности содержание IL-6 повышалось в 2 раза по сравнению с уровнем этого медиатора в группе сравнения. IL-6 является основным участником процесса воспаления, медиатором, определяющим динамическое равновесие в системе цитокиновой регуляции и нормализацию иммунологической адаптации, поскольку может подавлять синтез ранних цитокинов, запускающих воспалительный каскад, на уровне транскрипции белка. IL-6 регулирует силу и продолжительность иммунного ответа, гемопоэз, продукцию иммуноглобулинов и синтез белков острой фазы. При оценке уровня вторичных медиаторов межклеточного взаимодействия установлено, что при беременности, осложненной впоследствии плацентарной недостаточностью, происходит повышение уровня как характерных представителей группы провоспалительных острофазных белков, так и некоторых медиаторов, обладающих антиоксидантным действием. Так, концентрация СРБ в сыворотке крови увеличивалась в 3,1 раза в сравнении с аналогичным показателем в группе сравнения. Уровень церулоплазмينا повышался в 1,3 раза, что может свидетельствовать о включении механизмов подавления аутоагрессии, поскольку увеличение концентрации церулоплазмينا является ответной реакцией организма на избыточную продукцию активных форм кислорода. Наряду с другими металлсвязывающими протеинами, церулоплазмин относится к неферментной системе антиоксидантной защиты, которая лимитирует цитотоксические эффекты активных форм кислорода, обеспечивая мембранопротекцию. В то же время содержание лактоферрина, одного из наиболее динамичных реактантов воспаления, снижалось при осложненной беременности в 1,5 раза в сравнении с уровнем этого белка в группе здоровых женщин. Лактоферрин, наряду с лизоцимом, является основным компонентом специфических гранул нейтрофилов и секретируется при активации этих клеток, в то же время защищая нейтрофилы от окислительного повреждения с помощью механизма ингибирования перекисного окисления липидов. Сниженный уровень этого белка при осложненной беременности позволяет констатировать неполноценность механизмов защиты клеток и тканей организма в период значительной активации иммуноцитов и усиления выработки ими свободных радикалов и других агрессивных факторов. Таким образом, изменение сывороточной концентрации белков острой фазы является, с одной стороны, важным признаком накопления в циркуляции факторов воспалительного каскада, который оказывает повреждающее действие на эндотелий и обуславливает воспалительную трансформацию микроциркуляции, с другой — свидетельствует об увеличении нагрузки на системы детоксикации и активации антиоксидантной системы. Гиперпродукция белков острой фазы воспаления, которые синтезируются в печени в ответ на воздействие провоспалительных медиаторов, прежде всего IL-6, а также IL-1b и

TNF-а, обуславливает снижение тромборезистентных свойств эндотелия и является возможной причиной развития тромботических осложнений при беременности. Оценка соотношения вторичных медиаторов межклеточного взаимодействия может служить одним из предикторных тестов раннего прогнозирования плацентарной недостаточности.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Шмаков Р.Г.,
Меньшикова А.А., Шибеева К.С.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

За последние годы распространенность онкологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста значительно возросла. В связи с этим высокую актуальность приобретает проблема влияния онкологического заболевания на репродуктивную функцию женщин. Новые методы лечения в онкологии и акушерстве-гинекологии позволяют не только увеличить продолжительность жизни таким больным, но и сохранить беременность во время лечения основного заболевания. Между тем, особенности психоэмоционального реагирования женщин с онкологическими заболеваниями во время беременности остаются малоизученными. Известно, что психологическое состояние беременных женщин оказывает существенное влияние на оптимальное функционирование диады «мать-дитя». Наличие витальной угрозы и неблагоприятный прогноз онкологического заболевания являются условиями хронического стресса, что негативно влияет на психологическое состояние матери, на физиологическое течение беременности и снижает качество жизни беременной женщины. Цель работы: оценить качество жизни и выявить ведущие способы копинга у женщин с онкологическими заболеваниями во время беременности. Материалы: в основную группу вошли 22 беременные женщины с онкологическими заболеваниями (у 10 пациенток был диагностирован рак молочной железы, у 12 пациенток — гемобласты) в возрасте 19-35 ($26 \pm 4,5$) лет с длительностью заболевания: 16 недель — 5 лет. Сроки беременности составляли 30-35 ($31 \pm 2,5$) недель. В контрольную группу вошли 22 соматически здоровые беременные женщины. Группы сопоставимы по возрасту, срокам беременности. Методы: психодиагностические (опросник «SF-36», тест Р.Лазаруса и др.), математико-статистические (угловой коэффициент Фишера). Результаты. По сравнению с соматически здоровыми беременными женщинами, у беременных женщин с онкологическими заболеваниями преобладают низкие значения по показателю общего состояния здоровья (59%; $p < 0,05$), жизненной активности (54%; $p < 0,05$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (45,45%; $p < 0,05$) и

психического здоровья (68%; $p < 0,05$). Также у пациенток с онкологическими заболеваниями во время беременности ведущими копинг-стратегиями являются дистанцирование (68%; $p < 0,05$) и бегство-избегание (59%; $p < 0,05$). Полученные данные показывают необходимость оказания психотерапевтической помощи беременным женщинам с онкологическими заболеваниями с целью расширения спектра использования адаптивных поведенческих стратегий совладания со стрессом, а также повышения качества жизни.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ Т-ХЕЛПЕРОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Гасанова Д.Д., Кудряшова А.В., Панова И.А.

Россия, Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи»

Многочисленными исследованиями было показано, что развитие гестоза сопровождается усилением проницаемости плацентарного барьера для антигенов плодового происхождения. Известно, что длительная антигенная стимуляция запускает многоступенчатый процесс дифференцировки клеток адаптивного иммунного ответа [Geginat J., et al., 2003], важнейшими из которых являются Т-хелперы. Большая часть образующихся эффекторных клеток реализует свою функцию и апоптирует после элиминации антигена из организма, но небольшой пул лимфоцитов приобретает свойства клеток-памяти [Gupta S., et al., 2005; Appay V., et al., 2002]. Наивные Т-лимфоциты (ТN) с фенотипом CD45RA+CD62L+CCR7+ и центральные клетки памяти (ТСМ) с фенотипом CD45RA-CD62L+CCR7+ рециркулируют во вторичных лимфоидных органах, проникая через высокий эндотелий венул благодаря экспрессии на своей поверхности L-селектина (CD62L) и рецептора для хемокинов CCL21 и CCL19 (CCR7). На следующих этапах дифференцировки претерминально-дифференцированные (ТЕМ — CD45RA-CD62L-CCR7-) и терминально-дифференцированные (ТЕМРА — CD45RA+CD62L-CCR7-) Т-лимфоциты утрачивают способность к экспрессии CD62L и CCR7, но начинают экспрессировать другие интегринавые молекулы (CD11a/CD18, CD49d и др.), что приводит к изменению их пути циркуляции. Эти пулы клеток-памяти мигрируют через активированный эндотелий в периферические ткани [Unsoeld H., Pircher H., 2005]. В динамике дифференцировки Т-лимфоциты приобретают новые свойства. ТСМ и ТЕМРА являются наиболее мощными продуцентами цитокинов и других функциональных молекул, в то время как ТN и ТЕМ являются предшественниками данных популяций для созревания которых требуется стимулирующий сигнал. Целью исследования было оценить содержание

Т-хелперов, находящихся на различных этапах дифференцировки, а также уровень CD4+IL-2+, CD4+IL-4+, CD4+IL-6+, CD4+IFN γ + клеток в периферической крови беременных женщин с физиологическим течением беременности и при гестозе. Всего было проведено обследование 18 беременных женщин в 28-36 недель гестации. Из них у 13 женщин на момент обследования имелись клинические проявления гестоза, у 5 женщин беременность протекала без осложнений. Группа женщин с гестозом была подразделена по клиническим характеристикам на две подгруппы: беременные с гестозом легкой степени (7 женщин) и с гестозом тяжелой степени (6 женщин). Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Иммунологическое обследование включало определение методом трехцветной проточной цитометрии относительного содержания TN (CD45RA+CD62L+), TCM (CD45RA-CD62L+), TEM (CD45RA-CD62L-) и TEMRA (CD45RA+CD62L-) клеток в популяции CD4+ Т-хелперов, и уровень CD4+IL-2+, CD4+IL-4+, CD4+IL-6+, CD4+IFN γ + клеток в общем лимфоцитарном гейте. Было установлено, что в периферической крови женщин в 3 триместре гестации независимо от характера течения беременности в популяции CD4+ лимфоцитов основная доля приходилась на пул наивных клеток, наименьший процент — на пул TEMRA. Однако в общей группе женщин с гестозом относительное содержание претерминально-дифференцированных TEM клеток в популяции CD4+ лимфоцитов было снижено, тогда как уровень TN и TEMRA в популяции Т-хелперов был значительно выше, чем в группе с неосложненным течением беременности. Для всей группы женщин с гестозом было характерным достоверное повышение уровня CD4+IL-6+ клеток при небольшой тенденции к повышению уровня CD4+IL-2+, CD4+IL-4+, CD4+IFN γ + Т-хелперов по сравнению с показателями в контрольной группе. Анализ данных изменения уровня цитокин-продуцирующих CD4+ Т-лимфоцитов в подгруппах женщин с гестозом показал, что при тяжелой степени гестоза рост уровня CD4+IL-2+, CD4+IL-4+, CD4+IFN γ + Т-хелперов относительно нормативных показателей становился достоверным. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при гестозе изменялась направленность дифференцировки Т-хелперов. Рост пула TN клеток мог определяться усилением пролиферации клонов различной специфичности, обусловленной стимуляцией разнообразными антигенами плодового происхождения и повышенным уровнем продукции факторов роста Т-лимфоцитов. Высокое содержание наиболее функционально активных Т-хелперов TEMRA при гестозе сопровождалось усилением продукции Th1 и Th2 цитокинов, что, вероятно, отражало длительный характер воздействия дифференцировочного сигнала и могло способствовать формированию «иммунологической памяти», определяющей развитие акушерской патологии в последующей беременности.

О РОЛИ НАРУШЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Глухова Т.Н., Салов И.А., Паршин А.В.,

Турлупова Т.И., Михайлова Ю.В.

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава

Широкое распространение герпесвирусной инфекции, длительное рецидивирующее течение, возможный тератогенный эффект обуславливают актуальность изучения влияния данной инфекции на течение беременности.

Несмотря на большой интерес к вопросу о роли провоспалительных цитокинов в патогенезе воспаления, до настоящего времени не уточнена роль нарушений их продукции в механизмах развития воспалительного процесса и индукции синдрома системного воспалительного ответа у пациенток с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии. В связи с этим очевидна целесообразность изучения сдвигов уровня провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-8) в крови беременных с указанной патологией.

Как известно, IL-1 и IL-8 являются одними из основных провоспалительных цитокинов. Интерлейкин-1 (IL-1) способствует запуску иммунного ответа, и большинство местных воспалительных процессов сопровождаются индукцией синтеза эндогенного IL-1. Интерлейкин-8 (IL-8) — хемотаксический фактор, способствует трансэндотелиальной миграции нейтрофилов в очаг воспаления; для нейтрофилов IL-8 является одним из основных регуляторных цитокинов. Оба цитокина обладают рядом сходных провоспалительных эффектов: стимулируют выброс гистамина тучными клетками и базофилами, вызывают активацию фибробластов, индуцируют синтез белков острой фазы, обладают свойствами эндопирогенов.

Под наблюдением находились 48 пациенток с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии во 2-м триместре беременности. Наличие герпетической инфекции было установлено с помощью иммуноферментного анализа, при котором в сыворотке крови определяли антитела IgM и IgG против ВПГ-1, ВПГ-2 и ЦМВ. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности в аналогичные сроки гестации.

Изучение содержания интерлейкинов IL-1 и IL-8 в крови осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест», (Новосибирск-117, а/я 121).

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью программ Statistica 99 (Версия 5,5 А, «Statsoft, Inc», г. Москва, 1999); «Microsoft Excel, 97 SR-1 (Microsoft, 1997). Определялись критерий достоверности Стьюдента, достоверность различий, расчет средней арифме-

тической. Достоверность различий (p) определяли параметрическим критерием достоверности.

Как оказалось, у обследованных беременных с обострением герпетической инфекции уровень в крови IL-8 возрастал по сравнению с показателями группы контроля ($p < 0,01$). В то же время уровень в крови у IL-1 больных данной группы снижался по сравнению с аналогичными показателями у женщин с физиологическим течением беременности ($p < 0,05$).

Очевидна патогенетическая значимость снижения уровня IL-1 в крови пациенток с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии по сравнению с таковым показателем в группе контроля, в соответствии с которой важная роль в обострении герпетической инфекции при беременности должна быть отведена недостаточности моноцитарно-макрофагальной реакции, играющей доминирующую роль в продукции указанного цитокина и в индукции иммунного ответа.

В то же время увеличение содержания IL-8 в крови пациенток с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии с достаточно высокой долей вероятности свидетельствует о положительной роли этого цитокина в развитии локальной воспалительной реакции и синдрома системного воспалительного ответа при обострении герпетической инфекции, поскольку IL-8 усиливает экспрессию эндотелиально-лейкоцитарных адгезивных молекул, а также процессы эмиграции лейкоцитов в зону воспаления.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ УТЕРОТОНИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

**Грачева Т.И., Полянчикова О.Л., Баев О.Р.,
Рубцова С.В.**

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Минздравсоцразвития РФ.

Актуальность. Применение утеротоников, как составляющей части активного ведения последового периода, позволяет снизить частоту кровотечений. Однако, выбор препарата и метода его введения остается дискуссионным (Савельева Г.М., 2000). В современном акушерстве, существует три основные группы утеротоников, применяемые в активном ведении последового периода: препараты алкалоидов спорыньи (метилэргометрин, эргометрин), синтетические аналоги окситоцина и простагландинов E1, E2, F2a. В Российской Федерации в последние годы широко применялся метод профилактики ранних послеродовых кровотечений путем одномоментного внутривенного введения метилэргометрина. Однако в литературе имеются сообщения о более высокой частоте осложнений и побочных действиях этого препарата по сравнению с окситоцином. При внутривенном введении метилэргометрина эффект наступает через 1-2 минуты, период полу-

распада составляет 1-3 минуты, что объясняет быстрое и сильное, но кратковременное утеротоническое действие препарата (Kawarabayashi T., 1990). Метилэргометрин вызывает быстрое сокращение матки, однако это сокращение кратковременно и носит тонический характер. Действуя системно на гладкую мускулатуру, метилэргометрин сокращает не только мускулатуру матки, но и вызывает вазоконстрикторный эффект, что приводит к повышению артериального давления (Ribbing M., 2001).

В рекомендациях ВОЗ среди препаратов профилактики предпочтение отдано окситоцину. Осложнения при применении окситоцина в основном связаны с передозировкой и выражаются в возникновении транзиторной артериальной гипотонии, рефлекторной тахикардии, также встречаются аллергические реакции. Препараты простагландинов с целью профилактики послеродовых кровотечений в нашей стране в настоящее время применяют реже.

Целью нашего исследования явилось сравнение разных методов профилактики послеродовых кровотечений.

Материалы и методы. Нами обследовано 111 женщин без заболеваний сердечно-сосудистой системы, у которых во время беременности и родов не отмечено явлений преэклампсии (гестоза). Всего выделено 4 группы. В I группу вошли 6 пациенток, у которых с целью профилактики применяли метилэргометрин по традиционной схеме: 0,2 мг метилэргометрина малеата внутривенно одномоментно при прорезывании теменных бугров плода. Для II группы (34 пациенток) была использована схема применения окситоцина: 5 ЕД в 50 мл физиологического раствора вводили внутривенно дозировано со скоростью 15,2 мл в час (40 кап/мин), введение начинали в момент рождения переднего плечика плода. Для III группы (33 пациентки) была использована схема применения окситоцина 10 ЕД внутримышечно, также в момент прорезывания переднего плечика. В IV группе (38 пациенток) профилактику кровотечения осуществляли внутривенным введением окситоцина 5 ЕД в 50 мл физиологического раствора вводили внутривенно дозировано со скоростью от 1,9 до 7,6 мл/час (5-20 кап/мин).

Результаты исследования. Общий объем кровопотери в течение раннего послеродового периода в I группе составил $383 \pm 61,1$ мл. Обращает на себя внимание снижение объема кровопотери в течение первых 5 минут и увеличение к 30 и 60 минутному периоду наблюдения. Во II группе величина кровопотери к окончанию 2 часов после родов составила $295 \pm 76,5$ мл; в III группе — 211 ± 66 мл, IV группе — 244 ± 59 мл ($p > 0,05$).

Самые низкие значения систолического и диастолического артериального давления были зарегистрированы у женщин получавших окситоцин со скоростью 15,2 мл/час внутривенно. Но при этом средние показатели остались в пределах нормы и достоверно не отличались от значений в других группах. Также нами не обнаружено заметного повышения давления при введении метилэргоме-

трина. Однако следует учитывать небольшое количество наблюдений в этой группе. У большинства женщин отмечена тенденция к тахикардии в раннем послеродовом периоде на фоне введения утеротоников. Колебания пульса по группам в среднем от $86,2 \pm 4,2$ до $93,1 \pm 3,2$. Исключение составили родильницы получавшие окситоцин внутривенно с высокой скоростью $68,0 \pm 4,1$ ($p < 0,05$).

Выводы: нами не обнаружено различий в величине кровопотери, но выявлены особенности в реакции сердечно-сосудистой системы родильницы на различные варианты профилактического применения утеротоников. Таким образом, при разработке оптимального метода профилактики кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде следует учитывать реакцию сердечно-сосудистой системы родильницы.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Гребнева И.С., Фанасков С.В.

Управление здравоохранения администрации г. Прокопьевска, МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевска, Россия

Актуальность. В некоторых исследованиях показана взаимосвязь различных акушерских осложнений не только с воспалительными заболеваниями влагалища, но и нарушением его биоценоза. Влияние бактериального вагиноза (БВ) может осуществляться через плаценту посредством изменения ее участия в процессах регуляции кардиоритма матери и плода.

Цель исследования — изучение регуляции кардиоритма матери и плода при БВ.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе родильного дома МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевска в период за 2007-2009 годы. Обследовано 132 беременные в сроке от 32 до 41 недели. Основную группу (1 группа) составили 29 женщин с БВ, группу сравнения (2 группа) составили 103 женщины без клинических и лабораторных признаков бактериального вагиноза и восходящего инфицирования. Анализ ВСП основан на расчете показателей в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и Северо-Американского общества кардиостимуляции и электрофизиологии. Статистические показатели обработаны с помощью пакета программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты и их обсуждение. В исходном состоянии при БВ в 42,2 % случаев имело место относительное повышение активности VLF и HF-компонентов спектра. В абсолютных цифрах VLF в основной группе — $111,51 \pm 24,12$ у.е., в группе сравнения — $79,67 \pm 15,62$ у.е., $p = 0,023$; LF — $12,14 \pm 7,60$ у.е. и $12,84 \pm 3,84$ у.е., $p = 0,626$; HF — $11,42 \pm 2,02$ и $5,75 \pm 2,55$, $p = 0,052$. В записи исходного профиля ВСП у 79,4% беременных с БВ спектральная

плотность мощности (СПМ) волн кардиоритма находилась в пределах условной нормы, что не имело значимых отличий от показателей группы сравнения (77,6%, $p = 0,831$); гиперадаптивное состояние регистрировалось в 13,7% случаев (14,5%, $p = 0,780$); в 6,9% случаев была выявлена общая депрессия спектра (гипоадаптивное состояние), что статистически незначимо отличалось от показателей группы сравнения (7,7%, $p = 0,869$). При умственной нагрузке отмечалось снижение СПМ VLF-компонента спектра в среднем на 15-20%, в то время как СПМ волн HF-компонента спектра возрастала. В период восстановления в 90,1% случаев выявлен высокий уровень адаптационных возможностей. При пробе с гипервентиляцией отмечался относительный рост величин СПМ волн кардиоритма при участии всех компонентов спектра, в 65,5% имела место нормальная реакция всех компонентов спектра, что свидетельствовало о достаточных возможностях адаптационной системы организма и взаимодействии между компонентами спектра в нагрузочный и постронагрузочный периоды (85,4%, $p = 0,041$). Изменённая реактивность на нагрузку проявлялась в виде гиперадаптивных (20,6%, $p = 0,092$) или гипоадаптивных (13,9%, $p = 0,047$) реакций. В период восстановления у беременных с БВ в 75,8% выявлен высокий уровень адаптационных возможностей. Снижение адаптационно-приспособительных возможностей организма имело место в 24,1 % случаев, что статистически не отличалось от показателей в группе сравнения ($p = 0,058$).

В исходном состоянии при БВ на спектрограмме плода в 79,3% случаев отмечалось доминирование VLF-компонента, что не имело значимых отличий от показателей группы сравнения (88,67%, $p = 0,727$). VLF-компонент составил $27,1 \pm 4,30$ усл. ед. ($31,18 \pm 5,63$ усл. ед., $p = 0,167$), LF — $1,42 \pm 0,58$ усл. ед. ($1,48 \pm 0,91$, $p = 0,475$), HF — $0,72 \pm 0,44$ усл. ед. ($0,82 \pm 0,38$, $p = 0,494$). Это свидетельствовало о нормоадаптивном состоянии. В 13,79% имело место гиперадаптивное состояние, в 6,8% — гипоадаптивное. При проведении гипервентиляционной нагрузки у матери с БВ в 75,86% у плодов имела место функциональная стабильность СПМ волн кардиоритма, в группе сравнения — 66,03%, $p = 0,886$. В 24,13 % на спектрограмме имело место повышение активности симпатoadренальной системы плода, напряжение его адаптационно-приспособительных возможностей, что не являлось статистически значимым (33,96%, $p = 0,583$) и свидетельствовало о наличии выработанной устойчивости адаптационных механизмов. В период восстановления в 79,31% имел место нормальный уровень компенсаторных возможностей плода, что не имело значимых отличий от показателей группы сравнения (79,24%, $p = 0,768$). У 20,68% отмечалось снижение адаптационно-приспособительных резервов организма (20,75%, $p = 0,783$).

Выводы. Исходное состояние, реакция на нагрузочные пробы, постронагрузочный период у беременных с БВ характеризовались правильным профилем спектра, незначительным напряжением

адаптационных резервов организма матери. Это свидетельствует о том, что при БВ можно ожидать благоприятное течение беременности. У плодов в исходном состоянии регистрируется преимущественно нормоадаптивное состояние, при проведении нагрузочных проб — активация симпатoadренальной системы плода, эффективность регуляторных механизмов и адаптационных реакций, что предполагает благоприятный исход родов для плода.

ОЦЕНКА ТРАНСФОРМАЦИИ СПИРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОМОЩИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ГЕСТАЦИОННОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ

Гриневиц В.Н.¹, Забозлаев Ф.Г.²

¹Россия, г. Москва, ГУЗ Консультативно-диагностический центр №6 УЗ САО Москвы

²Россия, г. Москва, Российская медицинская академия последи-
дипломного образования

Становление маточно-плацентарного кровообращения в первом триместре беременности сопровождается активной физиологической трансформацией эндометриальных сегментов спиральных артерий и приростом маточно-плацентарного кровотока. От своевременности и полноты гестационной перестройки спиральных артерий зависит дальнейшее течение и исход беременности. При этом морфологическая оценка изменений в спиральных артериях делается преимущественно визуально и не имеет четких критериев. Повысить объективность оценки трансформации спиральных артерий можно при помощи предлагаемого нами морфологического индекса гестационной перестройки (МИГП).

С целью определения эффективности применения МИГП для оценки трансформации спиральных артерий в первом триместре беременности обследовали 144 женщины в возрасте от 16 до 45 лет, которым был выполнен медицинский аборт на сроке 5-10 недель гестации. Все наблюдения разделяли на 3 группы (по 48 в каждой) в зависимости от морфологии плаценты при гистологическом исследовании: 1-я группа (контрольная) — нормальная беременность с плацентой, соответствовавшей сроку гестации; 2-я группа — латентная плацентарная недостаточность по типу диссоциированного нарушения созревания ворсинчатого дерева; 3-я группа — латентная плацентарная недостаточность по типу патологической незрелости плаценты. В каждой из групп в зависимости от срока гестации выделяли 3 подгруппы (по 16 наблюдений в каждой): 5-6 недель, 7-8 недель и 9-10 недель.

Для определения значения МИГП в каждом случае суммировали 5 морфологических признаков гестационной перестройки спиральных артерий, оцененных полуколичественным способом в баллах:

1) просвет артерии: 0 баллов — не расширен или

расширен незначительно, 1 балл — умеренно расширен, 2 балла — широкий, 3 балла — значительно расширен (мешковидный);

2) эндотелиальная выстилка: 0 баллов — сохранена на всем протяжении, 1 балл — сохранена на большей части интимы, 2 балла — сохранена на меньшей части интимы, 3 балла — отсутствует;

3) внутрисудистый цитотрофобласт: 0 баллов — отсутствует, 1 балл — единичные клетки, 2 балла — группы и пласты клеток перекрывают менее половины просвета артерии, 3 балла — группы и пласты клеток перекрывают более половины просвета артерии;

4) интерстициальный цитотрофобласт: 1 балл — единичные или немногочисленные клетки при преобладании клеточных элементов стромы, 2 балла — умеренное количество клеток в примерно равном соотношении с клеточными элементами стромы, 3 балла — большое количество клеток с преобладанием над клеточными элементами стромы;

5) фибриноид: 0 баллов — отсутствует, 1 балл — замещает меньшую часть стенки артерии, 2 балла — замещает большую часть стенки артерии, 3 балла — полное замещение стенки артерии.

Рассчитывали значения среднего арифметического и ошибки среднего арифметического для каждой из исследуемых подгрупп, достоверность полученных данных оценивали при помощи t-критерия Стьюдента.

Средние значения МИГП для спиральных артерий в 1-й, 2-й и 3-й группе на сроке гестации 5-6 недель составили $8,50 \pm 0,31$ балла, $5,25 \pm 0,45$ балла и $2,94 \pm 0,32$ балла, на сроке гестации 7-8 недель — $11,13 \pm 0,52$ балла, $7,75 \pm 0,35$ балла и $4,88 \pm 0,48$ балла, на сроке гестации 9-10 недель — $13,13 \pm 0,36$ балла, $9,75 \pm 0,45$ балла и $5,56 \pm 0,76$ балла соответственно. Статистическая обработка полученных данных показала, что различия средних значений МИГП между исследуемыми группами достоверны на всех сроках гестации ($p < 0,001$).

Как видно из полученных данных, при нормальной беременности среднее значение МИГП, отражающее вклад всех морфологических признаков в структурную перестройку спиральных артерий, имеет стабильную повышательную динамику. Средние значения МИГП во 2 и 3 группе также постепенно увеличиваются, но при этом существенно ниже нормы на всем протяжении первого триместра беременности.

Таким образом, несостоятельность процессов гестационной перестройки спиральных артерий играет важную роль в патогенезе ранней плацентарной недостаточности и представляет серьезную угрозу прерывания беременности. Предлагаемый к применению морфологический индекс гестационной перестройки (МИГП) объективно отражает состояние трансформации спиральных артерий маточно-плацентарной области в первом триместре беременности и может быть использован при диагностике ранней плацентарной недостаточности и прогнозировании возможного исхода беременности.

О РОЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТОКСИКОЗЕ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Грицак Е.Е., Рогожина И.Е.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО «Саратовского государственного
медицинского университета им. В.И.Разумовского» Росздрава

В последние годы все чаще внимание клиницистов привлекают патофизиологические аспекты участия свободных радикалов в молекулярно-клеточных механизмах развития альтерации при токсикозе I половины беременности.

До настоящего момента не систематизированы сведения о состоянии свободнорадикального перекисного окисления липидов и активации антиоксидантной системы крови у больных с токсикозом I половины беременности.

Проведено комплексное клинико — лабораторное обследование и лечение. 46 пациенток с токсикозом I половины беременности, которые находились на стационарном лечении МУЗ «Перинатальный центр» г.Энгельса в период 2009-2010 гг.

Все наблюдавшиеся нами пациенты с токсикозом I половины беременности были разделены на 3 группы в соответствии с отечественной классификацией (Миров И.М., 1990). 1-ю группу составили 16 беременных с легким течением патологии, 2-ю группу — 15 беременных со среднетяжелым течением рвоты беременных. В 3-ю группу вошли 15 беременных с тяжелым течением токсикоза I половины беременности. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности.

В целях оценки системных метаболических расстройств у больных с токсикозом I половины беременности было изучено состояние процессов липопероксидации по содержанию малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и в эритроцитах, а также активность антиоксидантной системы крови по ряду показателей: активности каталазы эритроцитов, а также содержанию витамина Е и уровню сульфгидрильных групп в сыворотке крови. Изучение содержания молекул средней массы (МСМ) в крови проводилось спектрофотометрическим методом.

Как оказалось, у пациенток с легким течением токсикоза I половины беременности отмечалось достоверное возрастание уровня малонового диальдегида в эритроцитах. ($p < 0,05$). Параллельно проведенное изучение состояния антиоксидантной системы у того же контингента больных позволило выявить снижение уровня сульфгидрильных групп сыворотки крови ($p < 0,05$), а также снижение перекисной резистентности эритроцитов ($p < 0,05$). Однако у этой группы больных не возникало возрастания активности сывороточных трансаминаз. Выявленная нами закономерность активации липопероксидации и недостаточности антиоксидантной системы крови уже при легком течении токсикоза I половины беременности является одним из инициирующих патогенетических факторов дестабилизации биологических мембран, в частности эритроцитарных,

с последующим нарушением активности энергозависимого трансмембранного переноса субстратов. Подтверждением этого факта служит обнаруженное нами снижение перекисной резистентности эритроцитов. Как известно, мембраны эритроцитов имеют типичную структуру, свойственную цитоплазматическим мембранам клеток различных органов и тканей, и могут быть использованы в качестве универсальной модели для оценки состояния стабильности биологических мембран при различных формах патологии, в частности, при хроническом синусите. Обнаруженное нами снижение уровня суммарных сульфгидрильных групп сыворотки крови, также коррелирующее с тяжестью течения рвоты беременных, свидетельствует об окислительной модификации белков крови под влиянием активных форм кислорода. В свою очередь этот феномен является и показателем дезорганизации структурных и ферментных белков клеток, нарушения их функции.

У больных со среднетяжелым течением токсикоза I половины беременности имело место значительное возрастание уровня МДА в эритроцитах ($p < 0,02$), снижение содержания сульфгидрильных групп и витамина Е в сыворотке крови ($p < 0,05$), активности каталазы эритроцитов ($p < 0,02$), уменьшение перекисной резистентности эритроцитов ($p < 0,05$). Описанные метаболические сдвиги, более выраженные, чем аналогичные расстройства в группе больных с легким течением токсикоза I половины беременности, свидетельствуют о недостаточности антиоксидантных механизмов защиты и дестабилизации биологических мембран у пациенток описываемой группы. Обнаруженное нами повышение активности аланинаминотрансферазы ($p < 0,05$) и аспаратаминотрансферазы ($p < 0,05$) в крови беременных со среднетяжелым течением токсикоза I половины беременности свидетельствовало о нарастающем нарушении стабильности биологических мембран и развитии синдрома цитолиза.

Таким образом, для токсикоза I половины беременности характерно развитие каскада метаболических реакций, именуемый в последнее время как синдром системного воспалительного ответа. К ним могут быть отнесены выявленные нами у больных с токсикозом I половины беременности такие метаболические сдвиги, как диспротеинемия, нарастание уровня молекул средней массы, развитие синдрома цитолиза

ВЛИЯНИЕ РЕЗКИХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

**Гришаева Е.Е., Бартош Л.Ф., Дорогова И.В.,
Тузов С.Л.**

Россия, г. Пенза, ГОУДПО ПИУВ Росздрава

Показатели материнской и перинатальной смертности, обусловленные гипертензивными со-

стояниями, неуклонно возрастают. Одним из осложнений беременности при артериальной гипертензии различного генеза является фетоплацентарная недостаточность, которая выступает маркером тяжелого и длительно текущего гестоза. Особенно неблагоприятны в плане развития сердечно-сосудистых осложнений кратковременные, но очень резкие колебания артериального давления (АД). Существуют ли адаптационные механизмы, поддерживающие постоянство кровотока плода вследствие влияния патологических колебаний материнского АД на состояние новорожденного?

Многие индексы variability АД (ВАД) по своей прогностической значимости не уступают средним величинам АД. Для изучения факторов, влияющих на ВАД в условиях артериальной гипертензии (АГ), проводят исследования особенностей нейрогуморальной регуляции симпатической и парасимпатической нервной системы.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния резких колебаний АД у беременных с АГ на развитие гипотрофии новорожденного.

Были обследованы 53 беременные в возрасте от 18 до 41 года (27,9±6,7 лет) с нормальным и повышенным уровнем АД в третьем триместре гестации. 53% (n=28) женщин составили матери детей с нормальным весо-ростовым показателем, 47% (n=25) — детей с гипотрофией, из них 26% (n=14) с гипотрофией первой степени, 8% (n=4) — с гипотрофией второй степени, 13% (n=7) — с третьей. Достоверных отличий по возрасту, антропометрическим показателям между группами не выявлено. Офисное АД измеряли стандартным методом с помощью ртутного манометра, учитывая рекомендации экспертов ВНОК. СМАД проводили монитором МнСДП-2 («Петр Телегин», Россия) с анализом общепринятых показателей. Для объективной оценки состояния новорожденного рассчитывали его весо-ростовой показатель (ВРП), который определялся как отношение веса (г) к росту (см). Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ «Statistika 6». Средний ВРП новорожденных с гипотрофией различной степени тяжести составил 49,9±9,8 г/см. 56% детей имели гипотрофию первой степени, 16% — гипотрофию второй степени и 28% — гипотрофию третьей степени тяжести. Критические значения ВАД для пациентов с I и II степенью АГ составляют: для САД — 15/15 мм рт.ст. (день/ночь), для ДАД — 14/12 мм рт.ст. (день/ночь).

У беременных с АГ отмечалось статистически значимое превышение амплитуды колебаний АД днем. Преобладание САД над среднедневными его значениями с учетом допустимых колебаний наблюдалось особенно выражено у беременных, родивших новорожденных с гипотрофией на 25,6 (0;40) мм рт.ст. У женщин, родивших здоровых младенцев, уровень САД за день (САД(Д)) превысил свои предельные значения на 7,5 (0;27,5) мм рт.ст. (p=0,04). У беременных с АГ отмечено превышение пограничных значений ДАД в дневные часы (ДАД(Д)) на 27,4 (0;35) мм рт.ст., этом максималь-

ное колебание ДАД(Д) у женщин с физиологически протекающей беременностью составило 8,7 (0;27,5) мм рт.ст. (p=0,037). При анализе конкретных клинических случаев женщин, родивших новорожденных с гипотрофией, выявлен единичный выраженный перепад АД от максимального до минимального САД(Д) на 95 мм рт.ст. и ДАД(Д) на 75 мм рт.ст.

В ночное время суток по скачкам САД(Н) отмечалась достоверная динамика: у беременных с АГ уровень пиков САД(Н), превышающих допустимые значения, составил 26 (0;40) мм рт.ст., у беременных с нормальным уровнем АД таких подъемов не наблюдалось. Снижение САД(Н) в группе беременных с АГ было дважды: на 36 и 28 мм рт.ст., в группе контроля единичный случай — на 20 мм рт.ст. В ночные часы определялись более выраженные отличия по амплитуде снижений ДАД, чем по амплитуде подъемов. По резким выраженным подъемам ДАД(Н) достоверных отличий не выявлено. В свою очередь, спад ДАД(Н) у беременных с АГ отмечался в трех клинических случаях: на 22, 19 и 9 мм рт.ст. Ни одного снижения ДАД у здоровых беременных не зафиксировано.

Резкие высокоамплитудные колебания АД в ночное время суток от максимального до минимального значения определялись у беременных с АГ: один эпизод колебания САД(Н) на 30 мм рт.ст. и два эпизода резкого снижения ДАД(Н) на 15 и 10 мм рт.ст. Выраженный спад АД ночью приведет к резкому ограничению кровотока в сосудистом русле матери и может негативно повлиять на состояние новорожденного.

Таким образом, уровень пиков САД в дневное и ночное время у беременных с АГ достоверно превосходил амплитуду колебаний САД матерей здоровых младенцев. Выраженные резкие эпизоды снижения ДАД в ночные часы наблюдались только у женщин с АГ. Высокоамплитудные кратковременные колебания АД в дневные и ночные часы отмечались только у беременных, родивших детей с гипотрофией. Степень выраженности чрезмерных колебаний АД может оказывать существенное негативное влияние на плод, приводя к развитию гипотрофии новорожденного.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ НА ОСНОВЕ ВЕЙВЛЕТОВ И НЕЛИНЕЙНОЙ ДИНАМИКИ

Гудков Г.В.

Россия, Краснодар, ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», кафедра ультразвуковой диагностики ФПК и ППС

Широкое внедрение компьютерных методов анализа антенатальных кардиотокограмм (КТГ) не позволяет минимизировать долю ложноположительных заключений (20-25%), которая при формировании долгосрочных прогнозов становится еще выше. Целью исследования стало совершенствование методологических подходов к анализу КТГ, в

том числе с использованием новых научных представлений о динамическом хаосе в структуре вариабельности сердечного ритма плода (ВСР).

На основании ретроспективного анализа перинатальных исходов среди беременных с фетоплацентарной недостаточностью, госпитализируемых в сроки гестации 30-32 недели в краевой перинатальный центр г.Краснодара, были сформированы клинические группы: 1-я группа (контрольная группа, $n = 120$) — с физиологическим течением беременности, родов и периода ранней адаптации новорожденного; 2-я группа (компенсированная ФПН, $n = 200$) — с нормоксическим состоянием плода, позволяющим пролонгировать беременность до доношенного срока; 3-я группа (субкомпенсированная ФПН, $n = 150$) — с признаками гипоксии плода на момент госпитализации, которая по мере прогрессирования беременности осложнялась срывом его адаптационных резервов, что требовало досрочного родоразрешения; 4-я группа (декомпенсированная ФПН, $n = 50$) — исходно поступившие с тяжелой гипоксией плода и требующие экстренного досрочного родоразрешения, родившие детей в тяжелом состоянии, либо погибших антенатально, либо в первые 7 суток жизни. Основой для совершенствования антенатальной КТГ стало исследование ВСР плода при помощи современных методов частотного (спектральный анализ), частотно-временного (вейвлеты), нелинейного (корреляционная размерность, $D2$), фрактального (детрендовый анализ флуктуаций, ДАФ-метод) и мультифрактального (вейвлетное преобразование модулей максимумов, WTMM-метод) анализов, реализованных на основе программы MATLAB® Release 7.0 компании Soft Line® Inc., США.

Сопоставление результатов ультразвукового обследования (доплерометрия кровотока в средней мозговой артерии плода и артерии пуповины) и спектрального анализа ВСР плода позволило предложить скрининговый маркер патологической централизации кровообращения плода — появление выраженного пика спектральной мощности между среднечастотными диапазонами LF1 и LF2. Данный пик высоко значимо коррелировал с величиной церебро-умбиликального индекса ($r=0,73$, $p<0,05$), а его связь с фетоплацентарным кровообращением подтверждалась максимально высокой когерентностью с ритмом сердца матери, которая исчезала после родов.

Совершенствование традиционного метода гистографического анализа ВСР плода (вариационной пульсометрии) с использованием вейвлетов обеспечивает получение более достоверной информации о состоянии адаптационно-регуляторных систем плода (степень точности 90% при прогнозировании перинатальных исходов) в клинических группах. На основе вейвлетов также был предложен метод прогнозирования аспирационного синдрома у новорожденного. Значения индекса дыхательной активности плода (ИДАП) при физиологическом завершении беременности были достоверно ниже ($p<0,05$) соответствующих показателей

в предродовом периоде у женщин с 3-й и 4-й групп (58,7±12,4% и 73,2±15,2%, соответственно, против 15,8±5,7% в контроле). По величине ИДАП > 70% с высокой степенью точности (91,3%) прогнозировали развитие аспирационного синдрома у новорожденного.

Интерпретация результатов КТГ с позиции «окрашенных» шумов и мультифрактального анализа позволила реализовать принципиально новый способ оценки вариабельности междурядных интервалов, который, в сравнении с традиционным аналогом (показателем STV), обеспечивает более высокую степень точности не только диагностики критического состояния плода (93% против 84%), но и прогнозирования отдаленных перинатальных исходов (86% против 72%). Достоверным критерием угрожающего состояния плода является регистрация низкоразмерной динамики его ВСР ($D2<4$).

Физиологическое обоснование комплекса современных методов нелинейного анализа ВСР плода и их клиническая реализация в акушерской практике продемонстрировала преимущества по сравнению с существующими аналогами с точки зрения диагностической и прогностической точности, возможности однозначной интерпретации тревожных ритмов с оценкой состояния плода без учета поправки на сон и прогнозирования отдельных состояний новорожденного (аспираторный синдром и др.). Внедрение кардиомониторной системы на базе аппаратно-программного комплекса, позволило совершенствовать акушерско-неонатологическую помощь в Краевом перинатальном центре г.Краснодара и обеспечить в течение четырех последних лет снижение перинатальной смертности — с 6,3‰ до 4,3‰ (в 1,5 раза), благоприятное изменение её структуры (отношение мертворождаемости к ранней неонатальной смертности — 1,25:1 против 2,5:1) за счет снижения мертворождаемости — с 4,5‰ до 2,5‰ (в 1,8 раза), заболеваемости доношенных новорожденных — с 498,5‰ до 417,4‰ (в 1,2 раза), летальности недоношенных детей — с 3,1% до 1,3% (в 2,4 раза).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТЕОМНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Гулько В.О., Орлов В.И., Погорелова Т.Н., Линде В.А.
ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Развитие гестации во многом зависит от метаболической полноценности плаценты, обеспечивающей нормальное функционирование биологической системы мать-плод. Плацентарная недостаточность (ПН), являющаяся одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности, характеризуется различными нарушениями метаболизма в этом органе. Однако, несмотря на возросшее количество работ, посвя-

ценных проблеме данной акушерской патологии, вопросы молекулярных механизмов ее развития еще далеки от разрешения. В этом аспекте весьма информативными могут явиться исследования с использованием последних достижений медицинской протеомики, позволяющих оценить динамическую совокупность белков исследуемого объекта в физиологических условиях и выявить пептидные и белковые паттерны патологических процессов, что будет способствовать созданию принципиально новых методов их прогнозирования и диагностики. Возможность последних протеомные технологии обеспечивают благодаря высокоточному анализу продуктов экспрессии генов и скринингу молекулярных маркеров. Поскольку белки плаценты выполняют многочисленные регуляторные, пластические, ферментативные, рецепторные функции, необходимые для ее оптимального развития, а также роста и развития плода, нарушение их продукции и посттрансляционная модификация могут приводить к различным деструктивным процессам в фетоплацентарной системе.

Вышеизложенное определило цель настоящей работы — изучение протемного спектра плаценты женщин при физиологической беременности и осложненной плацентарной недостаточностью.

В проспективное исследование были включены 13 женщин в возрасте 23-33 лет, у 6 из которых беременность протекала без осложнений, а у 7 — осложнилась ПН на фоне гипоксии. Диагноз ПН поставлен на основании комплексного динамического клинико-лабораторного обследования. По возрасту, индексу массы тела, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу пациентки обследуемых групп были сопоставимы. Материалом исследования служили плаценты, взятые сразу после родов.

Фракционирование плацентарных белков проводили методом двумерного электрофореза в полиакриламидном геле (приборы Protein IEF Cell и Protean II xi Multi-Cell, «Био-Рад», США). Окрашивание белковых пятен осуществляли ионами серебра, после чего фореграммы сканировали и анализировали с использованием пакета программ PDQuest («Био-Рад», США). Идентификацию белков после их трипсинолиза проводили методом времяпролётной масс-спектрометрии (MALDI-TOF-MS) на масс-спектрометре Autoflex II («Брукер», Германия) с использованием программы Mascot MS Search (Matrix Science, США) и международных баз данных NCBI и Swiss-Prot.

Результаты исследований позволили установить, что протеомный спектр плаценты при физиологической гестации характеризуется выраженной гетерогенностью по диапазону молекулярных масс белков и изоэлектрических точек. Сопоставление электрофореграмм плаценты при физиологической и осложненной беременности показало как качественные, так и количественные изменения в белковом составе. Масс-спектрометрический анализ позволил идентифицировать белки различной клеточной и субклеточной локализации, большая часть которых приходится на внутриклеточные

органеллы и цитоплазму (до 45 %), меньшая часть представлена белками мембран и цитоскелета. Среди идентифицированных экспрессирующихся протеинов плаценты особое место занимают белки, ответственные за дифференцировку, пролиферацию клеток, апоптоз, а также обладающие антиоксидантными, антикоагуляционными свойствами, функциями шаперонов и трансдукторов клеточной сигнализации: S-100 кальций связывающие белки, пероксиредоксины, цитокератин 1, транстиретин, протеиновая дисульфид изомераза, аполипопротеин А-1, гаптоглобин, эпидермальный белок, связывающий жирные кислоты и другие.

При ПН и развивающейся на ее фоне гипоксии, подтвержденной показателями газового состава крови и уровнем ксантина+гуанина, имеют место дискретные изменения экспрессии белков, вышеперечисленных функциональных категорий. Прежде всего это относится к белкам, регулирующим реакции окислительного стресса и антиоксидантной защиты, в частности, дисульфид изомеразе, пероксиредоксинам, тиоредоксинам, а также белкам, участвующим в процессе апоптоза (циклины) и клеточной дифференцировки (эпидермальный белок, связывающий жирные кислоты). Нарушение экспрессии последнего белка и пероксиредоксина 2 при ПН обнаружено нами ранее в околоплодных водах, что, очевидно, подтверждает значение нормальной продукции этих белков для физиологического развития беременности и роль их модификации в генезе ПН.

Дальнейшие исследования по идентификации белков плаценты с помощью масс-спектрометрии и методов биоинформатики позволят расширить наши представления о белках дифференциально экспрессирующихся при плацентарной недостаточности и, следовательно, о механизмах развития этой акушерской патологии, что будет способствовать оптимизации терапевтических мероприятий.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАТОЧНО-ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гурьев Д.Л., Табакова Е.С., Хитров М.В.

Россия, г. Ярославль, ГОУ ВПО ЯГМА, кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПДО

Проблема причины преждевременных родов в настоящее время далека до своего решения. Существует большое количество гипотез, объясняющих преждевременное начало родовой деятельности, однако все они, к сожалению, не позволяют точно прогнозировать недонашивание беременности, а большинство из них можно использовать для объяснения начала родов только ретроспективно.

Целью настоящего исследования явилось оценить параметры центральной гемодинамики и маточного кровотока при недонашивании беременности в III триместре.

Проведено исследование центральной гемодинамики и маточно-плацентарного кровотока у 16 беременных со спонтанно начавшимися преждевременными родами в сроке 28 недель — 36 недель 6 дней. Исследование проводилось у женщин, поступивших в акушерский стационар с клиникой угрожающих или начинающихся преждевременных родов до проведения токолитической терапии. Оценивались ударный и минутный объемы кровообращения, сердечный индекс, общее периферическое сосудистое сопротивление, среднее артериальное давление, а также пульсационный индекс в правой и левой маточных артериях и артерии пуповины. Исследование ударного объема проводилось методом импульсно-волновой доплер-эхокардиографии. Контрольную группу составили 42 беременные завершившие беременность в доношенном сроке. Эти женщины также были обследованы в сроки 28 недель — 36 недель 6 дней. В исследование включены только женщины с одноплодной беременностью, с отсутствием синдрома артериальной гипертензии и без внутриутробной задержки роста плода.

Для беременности, завершившейся преждевременными родами, в сравнении с неосложненным гестационным процессом характерны достоверно более низкие показатели ударного объема ($60,7 \pm 3,5$ мл против $76,2 \pm 8,3$ мл соответственно, $p=0,001$), минутного объема ($4,9 \pm 0,5$ л/мин против $6,1 \pm 1,0$ л/мин соответственно, $p=0,001$), сердечного индекса ($2,7 \pm 0,3$ л/мин/м² против $3,8 \pm 0,8$ л/мин/м² соответственно, $p=0,001$) и достоверно более высокие значения общего периферического сосудистого сопротивления (1386 ± 108 дин \times с \times см⁻⁵ против 1179 ± 185 дин \times с \times см⁻⁵, соответственно, $p=0,001$). При этом, величины среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений были сопоставимы в обеих группах ($86,8 \pm 8,2$ мм Нг при неосложненной беременности и $82,5 \pm 5,8$ мм Нг при преждевременных родах, $p=0,14$; $83,0 \pm 8,4$ при неосложненной беременности и $80,3 \pm 4,6$ при преждевременных родах, $p=0,13$).

Показатели пульсационного индекса в правой маточной артерии и артерии пуповины были сопоставимы в основной и контрольной группах (правая маточная артерия при неосложненной беременности $0,82 \pm 0,23$, при преждевременных родах $1,15 \pm 0,61$, $p=0,09$; артерия пуповины при неосложненной беременности $0,97 \pm 0,23$, при преждевременных родах $1,16 \pm 0,25$, $p=0,06$), тогда как его величина в левой маточной артерии при недонашивании беременности была достоверно выше, в сравнении с неосложненным гестационным процессом ($1,08 \pm 0,23$ против $0,83 \pm 0,20$ соответственно, $p=0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о возможном наличии гиповолемии при недонашивании беременности, которая в свою очередь является следствием неадекватной адаптации сердечно-сосудистой системы к беременности. Это объединяет преждевременные роды с другими специфическими осложнениями гестационного процесса — преэ-

клампсией и внутриутробной задержкой роста плода в так называемый «материнский плацентарный синдром», для которого характерно сниженные объемные показатели кровообращения. По мнению ряда исследователей, развитие данного синдрома при беременности увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений в последующие годы жизни. Высокие значения пульсационного индекса в левой маточной артерии при преждевременных родах, возможно, указывают на ведущую роль этой артерии в кровоснабжении миометрия, и наряду с объемными показателями кровообращения могут быть использованы для прогноза преждевременных родов в сроки 28 недель - 36 недель 6 дней.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ЖЕНЩИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гурьева В.М., Петрухин В.А., Башакин Н.Ф., Котов Ю.Б.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва

Актуальность. Эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных экстрагенитальных заболеваний у беременных. Однако в настоящее время не установлено, какие показатели артериального давления (АД) у этого контингента пациенток сопровождаются осложненным течением беременности (в частности, развитием такого осложнения, как гестоз и фетоплацентарная недостаточность) и плохим перинатальным исходом.

Целью настоящего исследования явилась оценка взаимосвязи между суточными показателями АД и течением беременности и ее исходом для плода у женщин с эссенциальной АГ.

Материалы и методы. Обследовано 134 беременных с эссенциальной АГ. Возраст пациенток колебался от 23 до 39 лет, медиана составила 35 лет. У 63 женщин (47%) было ожирение различных степеней: 1-й степени — у 21 (15,7%), 2-й степени — у 18 (13,4), 3-й степени — у 16 (11,9%), 4-й степени — у 8 (6%). Всем пациенткам проведено суточное мониторирование АД (по общепринятой методике) в сроке 28-36 недель гестации, без применения гипотензивной терапии. В соответствии с суточными показателями АД выделены четыре варианта кривых — нормальный (без повышения как систолического, так и диастолического АД), тахисистолический — с повышением систолического АД и тахикардией, брадидиастолический — повышением диастолического АД и брадикардией, и систолодиастолический — с повышением как систолического, так и диастолического АД. Проанализированы частота присоединения гестоза, развития фетоплацентарной недостаточности, и перинатальный исход (удовлетворительный — здоровый ребенок или ребенок с перинатальными проблемами, которые

не потребовали длительного лечения (выписан домой) и неудовлетворительный — ребенок в тяжелом состоянии, потребовавший интенсивной терапии, длительного выхаживания, с сомнительным или неблагоприятным отдаленным прогнозом).

Результаты. У 34-х беременных (25,4%) — показатели АД оказались нормальными. Наиболее часто в обследованной группе беременных имел место систоло-диастолический (31,3%) и брадидиастолический варианты суточных кривых (у 27,6%). Тахисистолический вариант встретился у 15,7% (21 пациентка).

Присоединение гестоза имело место у 98 беременных этой группы (73,1%). Тяжелая форма гестоза отмечена у 19 (14,2%), из них у 15 наблюдался брадидиастолический вариант суточной кривой, среднетяжелая — у 53 (39,6%), легкая — у 26 (19,4%).

Фетоплацентарная недостаточность развилась у 29 беременных (21,6%), причем у 7 она носила компенсированный характер. У 22-х (16,4%) имела место гипотрофия и синдром задержки роста плода, из них у 14 (63,6%) наблюдался брадидиастолический вариант суточной кривой АД ($P = 0,03$). При остальных вариантах суточных кривых гипотрофия и синдром задержки роста плода встречались всего лишь в 6-7% наблюдений.

При анализе особенностей течения раннего неонатального периода у обследованных беременных удовлетворительный перинатальный исход имел место в 63,4% наблюдений, неудовлетворительный — у 49 (36,6%) беременных. В 2 случаях произошла антенатальная гибель плода, в 4 наблюдениях дети погибли постнатально, все эти дети были недоношенными.

Неудовлетворительные перинатальные исходы наиболее часто имели место при брадидиастолическом (36,7%) и систолодиастолическом (38,8%) вариантах суточных кривых АД. Необходимо отметить, что перинатальная смертность имела место только у пациенток с брадидиастолическим вариантом суточной кривой АД. Разница статистически недостоверна ($P = 0,06$).

Заключение. У значительной части (25,4%) беременных с диагнозом эссенциальной АГ показатели АД являются нормальными. При наличии эссенциальной АГ фетоплацентарная недостаточность с формированием гипотрофии и синдрома задержки роста плода в основном встречается при брадидиастолическом варианте суточной кривой, при остальных вариантах не превышает 6-7%. Неудовлетворительный исход для плода встречается примерно у 1/3 беременных и наиболее часто имеет место при брадидиастолическом и систолодиастолическом варианте суточных кривых АД.

ГИПЕРДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Гурьева В.М., Петрухин В.А., Котов Ю.Б.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва

Актуальность. Внедрение в клиническую практику метода суточного мониторирования артериального давления (АД) позволило установить, что у ряда пациентов имеет место гипердиагностика гипертензивных состояний, обусловленная эмоциональной реакцией пациента на процедуру измерения АД.

Целью настоящего исследования явилась определение частоты случаев гипердиагностики гипертензивных состояний у беременных женщин.

Материалы и методы. Всего обследовано 224 беременные женщины. В связи с тем, что в настоящее время в России отсутствуют единые квалификационные критерии и принципы формулировки диагноза при артериальной гипертензии у беременных, для выделения групп использованы наиболее распространенные диагностические формулировки (гипертоническая болезнь 1 и 2 стадий — 34 пациентки, артериальная гипертензия — 134 пациентки, вегето-сосудистая дистония — 56 пациенток).

Возраст пациенток колебался от 22 до 42 лет, медиана составила 30 лет. У 100 пациенток (44,6%) имело место ожирение различной степени. Всем пациенткам проведено суточное мониторирование АД (по общепринятой методике) в сроке 22-36 недель гестации, без применения гипотензивной терапии. Нормальными показателями АД по данным суточного мониторирования считали в тех случаях, когда среднесуточное систолическое АД не превышало 119 мм рт.ст., диастолическое — 76 мм рт.ст., пульсовое АД находилось в пределах от 38 до 50 мм рт.ст., кривая частоты сердечных сокращений по абсолютным значениям располагалась выше кривой диастолического АД. Кроме того, проводилось сравнение среднесуточных показателей систолического и диастолического АД в обследованных группах. В связи с тем, что распределения значений не были симметричными, использованы методы непараметрической статистики (медиана и квартильный интервал).

Результаты. У 8-ми беременных (23,5%) с диагнозом «гипертоническая болезнь» показатели АД оказались нормальными. Частота нормальных показателей при различных стадиях гипертонической болезни не отличалась и составила при 1 стадии 23,8%, при 2 стадии — 23%. При наличии диагноза «Артериальная гипертензия» — показатели АД были нормальными у 34-х беременных (25,4%). Среди пациенток с вегето-сосудистой дистонией нормальные показатели АД наблюдались у 30-ти пациенток (53,6%).

Абсолютные данные среднесуточных величин систолического, диастолического АД у обследованных беременных составили (представлены медиана и квартильный интервал): при гипертонической болезни 1 стадии 130 (116-146) систолическое, 81

(68-94) диастолическое, 2 стадии — 127 (116-140), 80 (70-92), при артериальной гипертензии — 124 (114-136) систолическое, 74 (63-84) диастолическое, вегето-сосудистой дистонии 120 (111,5-131) систолическое и 74 (64-84) диастолическое.

Заключение. Уровень АД при суточном наблюдении не всегда коррелирует с клиническим диагнозом. У значительного числа беременных имеет место гипердиагностика гипертензивных состояний, достигая 50% при таком диагнозе, как «Вегето-сосудистая дистония». В настоящее время термин «Вегето-сосудистая дистония» исключен из классификации гипертензивных состояний и наши наблюдения подтверждают нецелесообразность использования этого термина.

Следует рекомендовать широкое применение такого функционального метода обследования, как суточное мониторирование АД при различных гипертензивных состояниях у беременных, поскольку это позволяет уточнить диагноз и избежать необоснованного назначения гипотензивных средств.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОБЛАСТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА У ПЛОДА

Демидов В.Н., Машинец Н.В., Кучеров Ю.И.
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Нейробластома надпочечника является одной из наиболее часто встречающихся абдоминальных злокачественных опухолей у детей. Ее популяционная частота составляет 1 случай на 7100-10000 живорожденных. Опухоль развивается из стволовых клеток симпатических ганглиев и мозгового слоя надпочечников. Средний возраст детей на момент ее выявления составляет 17 месяцев. В редких случаях нейробластому можно установить до рождения ребенка. В 7 из 10 случаев нейробластома на момент исследования уже имеет метастазы. У детей с I и II стадиями заболевания прогноз относительно благоприятный; 75-100% из них в течение 4 лет не имеют рецидивов. В стадиях III и IV шансы на выживание значительно снижаются и только у 5% детей с IV стадией заболевания продолжительность жизни составляет более года. Большинство нейробластом, диагностированных пренатально, относятся к I стадии заболевания. При ультразвуковом исследовании плода нейробластомы выявляются только с конца II триместра беременности, наиболее ранняя диагностика этих опухолей, по данным литературы, имела место в 26 недель.

Нами проведен анализ пяти случаев внутриутробной диагностики нейробластом у плода, во всех наблюдениях они были выявлены при первом ультразвуковом исследовании. Срок беременности в наших наблюдениях варьировал в пределах 35-37 недель. В четырех случаях опухоль локализовалась в левом надпочечнике и в одном — в правом. В трех

случаях опухоль имела солидное строение и в двух — кистозное. Размеры опухоли при солидном строении варьировали от 3,4 до 4,9см и при кистозном от 3,1 до 3,4см. При солидном строении опухоли в двух наблюдениях диагностированы метастазы, в одном случае после рождения ребенка в печени, в другом — внутриутробно в печени и парааортальных и паракавадных лимфатических узлах, их диаметр составил соответственно 0,3-0,6см и 0,3-1,2см. При солидной структуре опухоли на сканограммах в проекции надпочечника плода определялось объемное образование средней или повышенной эхогенности округлой формы с несколько неровным контуром, в одном случае имелись жидкостные включения диаметром до 0,5см, в другом — небольшие очаги кальцификатов. При кистозном строении опухоли форма ее была круглой. В одном из образований структура опухоли была почти полностью анэхогенной и в другом — имелись множественные тонкие перегородки. При оценке в режиме цветового доплеровского картирования в плотном опухолевидном образовании в одном наблюдении выявлен интенсивный, мозаичный внутриопухолевый кровоток, в другом — отмечались единичные зоны васкуляризации и в третьем — кровоток не определялся. При кистозном строении опухолей кровоток в них не был зарегистрирован. После рождения всем новорожденным проведено хирургическое удаление опухоли. Диагноз подтвержден гистологически.

Представленные нами наблюдения свидетельствуют, что ультразвуковое исследование с достаточно высокой точностью может способствовать правильной диагностике нейробластомы во время беременности. При этом следует отметить, что своевременное выявление опухоли значительно улучшает прогноз, так как нейробластомы диагностированные внутриутробно относятся к первой стадии заболевания.

ПАТОЛОГИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Демура Т.А., Коган Е.А., Кесова М.И.,
Кан Н.Е., Донников А.Е., Трофимов Д.Ю.,
Орджоникидзе Н.В.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В патологии человека хорошо изучена несостоятельность соединительной ткани при приобретенных заболеваниях, таких как ревматические болезни (А.И.Струков), а также при наследственных синдромах дисплазии соединительной ткани — синдроме Марфана и синдроме Элерса-Данло. Ревматические болезни в своей основе имеют процесс дезорганизации соединительной ткани на основе иммунных механизмов, в то время как наследственные синдромы связаны с генетическими дефектами в ее структурных белках (фибриллина, эластина и др.). В последние годы интерес иссле-

дователей привлекает синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ), морфологические и молекулярные основы которого изучены недостаточно. В то же время по клиническим данным нДСТ может быть одной из причин несостоятельности рубца на матке (НРМ) после кесарева сечения или миомэктомии. Цель исследования: изучить морфологические и иммуногистохимические особенности рубца на матке у больных с нДСТ. Материал и методы. В исследование было включено 90 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет с рубцом на матке после операции кесарева сечения, которые были разделены на 2 группы (I — основная, 45 женщин с наличием признаков нДСТ и II — группа сравнения, 45 женщин - без или с минимальными проявлениями нДСТ). Выделение пациенток с признаками нДСТ проводилось на основе классификации Кадуриной Т.И. Проводилась окраска серийных парафиновых срезов рубца и прилежащего миометрия гематоксилин-эозином, толудиновым синим и пикрофуксином по Ван Гизон Иммуногистохимические реакции проводились на депарафинированных срезах толщиной 4-5 мкм с первичными антителами к коллагену I, III, IV, ламинину и VEGF (Lab Vision), β и α эстрогеновым рецепторам. Результаты иммуногистохимической реакции оценивались полуколичественным методом в баллах. Полученные результаты морфологического и иммуногистохимического исследования свидетельствуют, что пациентки с нДСТ отличаются особенностями формирования рубцов, включающими относительный дефицит ламинина в базальных мембранах сосудов и в экстрацеллюлярном матриксе (ЭЦМ), накопление коллагена IV типа в базальных мембранах сосудов, а также сниженное образование VEGF клетками эндотелия сосудов и стромы и как следствие этого нарушение васкуляризации ткани, ведущей к образованию очагов дезорганизации соединительной ткани в виде муконидного набухания, гиалиноза, а также патологии микроциркуляторного русла, ведущих к хронической ишемии ткани.

Таким образом, можно сделать вывод, что морфологическим субстратом несостоятельности рубца пациентов с нДСТ является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани вплоть до фибриноидного некроза, характеризующаяся нарушением содержания ламинина и коллагена IV типа, β и α эстрогеновым рецепторам, причина которой лежит, вероятно, в относительной несостоятельности микроциркуляторного русла.

ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН НАКАНУНЕ, ВО ВРЕМЯ СРОЧНЫХ РОДОВ И В ПОСЛЕРОВОДОМ ПЕРИОДЕ

**Дмитриева С.Л., Ходырев Г.Н., Хлыбова С.В.,
Циркин В.И.**

Россия, г. Киров, ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ИПО, кафедра нормальной физиологии

Кардиоинтервалография как метод оценки вариабельности сердечного ритма (ВСР) информативен, безопасен, неинвазивен и поэтому широко применяется у беременных с целью оценки адаптационных изменений сердечно-сосудистой системы в процессе гестации. Вопрос об изменении параметров ВСР, отражающих состояние вегетативной нервной системы (ВНС) у женщин во время гестационного процесса, в том числе накануне срочных родов, в родах и в послеродовом периоде до настоящего времени изучен недостаточно (Медведев Б.И. и соавт., 1989, 2005; Хлыбова С.В. и соавт., 2008). Многие авторы, оценивая ВСР, отмечают, что во II и III триместрах беременности активность симпатического отдела (СО) ВНС выше, чем у небеременных женщин. Нами (Хлыбова С.В. и соавт., 2008) было установлено, что повышение активности СО ВНС происходит уже в I триместре, достигая максимума во II и III триместрах и представляет собой результат истинного повышения активности высших симпатических центров под влиянием изменения продукции различных гормонов во время беременности, а также следствием увеличения эффективности β -адренергических воздействий на сердце, которое обусловлено ростом содержания в крови эндогенных агонистов β -адренорецепторов и эндогенного сенсibilизатора β -адренорецепторов (ЭСБАР). Ранее было показано (Хлыбова С.В., 2007), что при беременности, действительно, возрастает содержание в крови ЭСБАР. Цель данной работы — изучение показателей ВСР беременных женщин в III триместре (32-35 недель), накануне срочных родов (за 1-5 суток до родов), в родах и в 1-5 суток послеродового периода. С помощью медицинской диагностической системы «Валента» изучали состояние СО ВНС по 10 показателям кардиоритмографии у 211 женщин в возрасте от 23 до 27 лет, в том числе у 15 женщин (группа 1) в III триместре беременности (34,4±0,5 недель; 23,2±0,9 лет; здесь и далее $M\pm m$), 67 женщин (группа 2) за 5 суток до развития спонтанной родовой деятельности (39,3±0,1 недель; 27,1±0,86 лет), 38 женщин (группа 3) — за 3 суток до родов (39,4±0,1 недель; 27,8±0,7 лет), 44 женщины (группа 4) — за 1 сутки до родов (38,9±0,3 недель; 26,9±0,7 лет), 6 женщин (группа 5) во время родов (25,3±1,5 лет) и 41 женщина (26,2±0,7 лет) в послеродовом периоде (группа 6). Результаты и их обсуждение. Уже как минимум за 5 суток до развития спонтанной родовой деятельности у женщин с доношенной беременностью имеет место существенное снижение

активности СО ВНС, по сравнению с женщинами на сроке гестации 34-38 недель. Об этом свидетельствует рост значений таких показателей ВСП, как вариационный размах (с $164,0 \pm 3,4$ мс в III триместре до $248,6 \pm 14,3$ мс за 5 суток до родов, $295,5 \pm 31,2$ мс за 3 суток до родов и $262,5 \pm 16,5$ мс за 1 сутки до начала родов), среднеквадратичное отклонение (СКО) (с $38,1 \pm 3,2$ мс до $49,3 \pm 3,0$ мс, $47,4 \pm 3,1$ мс, $44,7 \pm 2,8$ мс, соответственно), коэффициент вариации (с $5,2 \pm 0,4\%$ до $7,4 \pm 0,5\%$, $7,6 \pm 0,6\%$, $7,0 \pm 0,4\%$, соответственно), мода (с $633,0 \pm 13,4$ мс до $698,1 \pm 15,0$ мс, $702,8 \pm 20,2$ мс, $675,2 \pm 19,2$ мс, соответственно), pRR50 (с $1,4 \pm 0,4\%$ до $10,3 \pm 2,6\%$, $9,1 \pm 2,4\%$, $8,3 \pm 2,0\%$, соответственно), максимальное значение RR (с $730,0 \pm 22,4$ мс до $815,6 \pm 16,0$ мс; $813,9 \pm 26,5$ мс; $816,2 \pm 24,0$ мс, соответственно) и снижение индекса напряжения (с $288,0 \pm 32,9$ до $189,1 \pm 20,2$; $225,6 \pm 51,8$; $230,5 \pm 45,6$, соответственно). За 3 суток в сравнении с 5 сутками до родов происходит снижение значений таких показателей ВСП, как математическое ожидание (с $688,8 \pm 14,5$ мс за 5 суток до родов до $666,6 \pm 25,0$ мс за 3 суток), СКО (с $49,3 \pm 3,0$ мс до $47,4 \pm 3,1$ мс, соответственно), амплитуда моды (с $54,1 \pm 7,8\%$ до $49,3 \pm 2,9\%$, соответственно), pRR50 (с $10,3 \pm 2,6\%$ до $9,1 \pm 2,4\%$, соответственно), минимальное значение RR (с $569,9 \pm 12,5$ мс до $542,1 \pm 17,4$ мс, соответственно), а за 1 сутки до родов в сравнении с 3 сутками снижение таких показателей ВСП, как математическое ожидание (с $666,6 \pm 25,0$ мс за 3 суток до $660,3 \pm 20,8$ мс за 1 сутки до родов), СКО (с $47,4 \pm 3,1$ мс до $44,7 \pm 2,8$ мс, соответственно), pRR50 (с $9,1 \pm 2,4\%$ до $8,3 \pm 2,0\%$, соответственно), коэффициент вариации (с $7,57 \pm 0,6\%$ за 3 суток до начала родов до $7,0 \pm 0,4\%$ за 1 сутки), моды (с $702,8 \pm 20,2$ мс до $675,2 \pm 19,2$ мс, соответственно). В родах происходит снижение математического ожидания (с $660,3 \pm 20,8$ мс за 1 сутки до родов до $632,8 \pm 45,3$ мс в родах), СКО (с $44,7 \pm 2,8$ мс до $37,3 \pm 7,3$ мс, соответственно), коэффициента вариации (с $7,0 \pm 0,4\%$ до $5,9 \pm 1,1\%$, соответственно), моды (с $675,2 \pm 19,2$ мс до $618,0 \pm 46,2$ мс, соответственно), pRR50 (с $8,3\%$ до $1,9 \pm 1,2\%$, соответственно), что свидетельствует об истинном повышении активности СО ВНС. В первые 5 суток послеродового периода происходит возврат к той же активности СО ВНС, которая характерна для небеременных женщин. Заключение. Характерная для беременных высокая активность СО ВНС, как минимум за 5 суток, снижается. Это обусловлено уменьшением содержания ЭСБАР и свидетельствует о подготовке организма беременной женщины к родам, в том числе за счёт снижения силы β -адренергического механизма. За 1 сутки до родов и особенно в родах активность СО ВНС вновь возрастает. Это объясняется повышением активности надсегментарных центров СО ВНС и направлено на обеспечение родового процесса. В 1-5 сутки послеродового периода происходит снижение активности СО ВНС до уровня, характерного для небеременных.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОДНОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО.

Долгиева Л.У., Капустина М.В.,
Бурмукулова Ф.Ф., Колендо С.А.

Россия, г.Москва, ГУЗ Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии

Цель: оценить распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) у беременных после экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы: проанализировано 100 случаев течения одноплодной беременности после ЭКО.

100 беременным после ЭКО в 21-35 недель гестации проведен глюкозотолерантный тест.

Результаты: Частота гестационного сахарного диабета среди одноплодных беременностей составила 7%, при среднепопуляционной по Московской области 4%. У всех беременных с ГСД отмечались следующие факторы риска: возраст (от 27 до 49 лет) и ожирение (индекс массы тела составил $32 \pm 1,4$ кг/м²). У 3-х беременных наследственность была отягощена по сахарному диабету 2 типа и у 4-х беременных отмечалась артериальная гипертензия. Пациенткам была подобрана индивидуальная диета, которая была эффективна у 5, тогда как 2 беременным к лечению была добавлена инсулинотерапия, показаниями к которой послужила постпрандиальная гипергликемия. Все пациентки проводили самоконтроль гликемии и вели пищевой дневник. Все беременные были родоразрешены в сроке 37-39 недель беременности, родились живые доношенные дети, без видимых пороков развития, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, без признаков диабетической фетопатии.

Выводы: Беременные после ЭКО представляют группу высокого риска по развитию ГСД, глюкозотолерантного теста в 24-26 недель беременности.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В АНАМНЕЗЕ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Долгушина В.Ф., Верейна Н.К.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», каф. акушерства и гинекологии № 2; каф. внутренних болезней и эндокринологии, Челябинск

С учетом современных представлений о состоянии гемостаза, как одной из доминирующих составляющих в функционировании системы «мать — плацента — плод», важной задачей является накопление клинических данных о реализации тромботического риска и возможностях антитромботической коррекции. Цель исследования: изучить клиническое течение и исходы беременности, а также структуру факторов тромботического риска у женщин с акушерскими осложнениями в анамнезе, ассоциированными с тромбофилией. Тип исследова-

дования: описательное проспективное. Материал и методы. Исследование проведено на базе городского отдела патологии гемостаза города Челябинска (МУЗ ГКБ № 11). Метод выборки — сплошной. Критерии включения: повторная беременность; наличие в акушерском анамнезе: репродуктивных потерь, тяжелых форм гестоза, хронической плацентарной недостаточности с синдромом задержки развития плода (СЗРП), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Критерии исключения: наличие сведений о хромосомной аномалии у плода при единственной репродуктивной потере до 10 недель, отказ от участия в исследовании. Проведены сбор анамнеза, клиническое наблюдение за течением беременности и родов у 311 женщин. Всем пациенткам выполнялось: гемостазиологическое исследование (в среднем, 1 раз в 4-6 недель с момента первого визита); обследование на АФС (волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипинам Ig M, G; антитела к β 2-гликопротеину 1). У 101 пациентки (32,5%) выполнено молекулярно-генетическое тестирование методом ПЦР на 7 полиморфизмов, ассоциированных с тромбофилиями: FV Leiden (1691 G>A), FII (20210G>A); PAI-1 (675 5G>4G); Fgb (455 G>A); генах ферментов фолатного цикла — MTHFR (677T>C), MTRR (66A/G); рецептора тромбоцитарного гликопротеина GP IIIa (1565T>C).

Результаты. Средний возраст беременных составил $30,1 \pm 4,6$ (M \pm σ) лет. Роды живым плодом в анамнезе были лишь у 101 пациентки (32,4%). Репродуктивные потери имели 267 (85,6%) женщин, из них на сроке 10 недель и более — 129 (48,3%). Привычное невынашивание беременности установлено у 143 женщин (45,8%). Тяжелые формы гестоза в анамнезе наблюдались в 34 случаях (10,9%), хроническая плацентарная недостаточность с СЗРП — у 44 чел (14%), ПОНРП — у 14 чел (4,5%). В структуре хронической гинекологической патологии преобладал хронический эндометрит — у 217 чел. (69,5%). Сочетание двух и более хронических соматических заболеваний обнаружено у 96 пациенток (30,8%), тромбозы глубоких вен в анамнезе имели 7 женщин (2,2%). О наследственности, отягощенной по артериальным и венозным тромбозам, сообщили 68 пациенток (21,8%), из них тромбозы до 50 лет у кровных родственников наблюдались в 32 случаях (10,2%). Среди других факторов тромбоцитарного риска наиболее часто встречались: ожирение и избыточная масса тела — у 97 чел. (31,1%), варикоз вен нижних конечностей (29,2%), курение — у 39 чел. (12,5%). Антифосфолипидные антитела в различных титрах и разными сроками циркуляции обнаружены у 81 чел. (26%). Однако «определенный АФС», в соответствии с диагностическими критериями [Myakis et al., 2006], был выставлен всего у 11 человек (3,5%). Из числа, прошедших генетическое обследование, наследственные тромбофилии обнаружены у 99 из 101 человек (98%). Сочетание 2-х и более полиморфизмов было у 86 пациенток (85%). Частота выявления гомо- и гетерозиготных форм суммарно составила: FV Leiden — 7 чел.; FII (20210G>A) — 21 чел.; Fgb (455

G>A) — 31 чел.; MTHFR (677T>C) — 61 чел., MTRR (66A/G) — 40 чел.; PAI-1 (675 5G>4G) — 68 чел.; GP IIIa (1565T>C) — 36 чел. При наличии маркеров активации тромбоцитарного и коагуляционного звена назначалась дезагрегантная (аспирин, дипиридамол) и антикоагулянтная (низкомолекулярные гепарины) терапия. В группах высокого риска (антифосфолипидный синдром, наличие экстрагенитальных тромбоцитарных событий в анамнезе, в том числе, в сочетании с генетическими тромбофилиями) анти-тромбоцитарная коррекция проводилась в непрерывном режиме под контролем показателей гемостаза. Данная беременность на фоне анти-тромбоцитарной коррекции завершилась родами живым плодом у 286 женщин (92%). Потери плода произошли у 25 чел. (8%). Тяжелые формы гестоза наблюдались у 17 чел. (5,5%), хроническая плацентарная недостаточность с СЗРП — у 25 чел. (8%). Меньшая частота осложнений и неблагоприятных исходов наблюдалась у женщин с началом коррекции на предгравидарном этапе и в 1-м триместре беременности. Таким образом, у женщин с акушерскими осложнениями в анамнезе, одним из основных патогенетических звеньев которых может являться тромбофилия, при повторной беременности имеются многочисленные комбинации врожденных и приобретенных факторов риска тромбоза, что требует оптимизации индивидуального прогнозирования. Анти-тромбоцитарная коррекция, особенно при ее раннем начале, позволяет существенно снизить частоту осложнений и неблагоприятных исходов беременности.

ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ КИСТОЗНО- АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКОГО У ПЛОДА

Дорофеева Е.И., Кучеров Ю.И., Демидов В.Н.,
Подуровская Ю.Л., Хаматханова Е.М.,
Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Ушакова И.А.,
Николаева А.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Врожденная кистозно-аденоматозная мальформация легкого у плода — сложный и многоликий порок развития легкого, который может быть обнаружен внутриутробно с 20-й недели гестации. Вплоть до настоящего времени повсеместно принятой тактикой при пренатальном выявлении этого состояния было прерывание беременности на сроке обнаружения патологии легкого у плода. Такая стратегия была обусловлена предположением о нежизнеспособности ребенка с грубой врожденной патологией легкого.

С целью изучения особенностей течения беременности и внутриутробного развития плода, а также состояния легких новорожденного ребенка

проведено настоящее исследование, в рамках которого осуществляли наблюдение за изменениями ультразвуковой картины легочной ткани плода на разных сроках гестации, обследование и лечение новорожденного ребенка. За период с 2005 по 2010 год в ФГУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ находились на амбулаторном наблюдении 26 женщин 22-35 лет, у которых признаки кистозно-аденоматозной мальформации легкого у плода впервые обнаруживали в среднем на сроке 20-26 недель. Всем женщинам по месту жительства и наблюдения было рекомендовано прерывание беременности.

Ультразвуковой контроль изменений легочной ткани проводили с интервалом 1 месяц. После рождения ребенку с диагностической целью выполняли обзорную рентгенографию и магнитно-резонансную томографию грудной клетки.

При первичной пренатальной диагностике врожденная кистозно-аденоматозная мальформация является односторонним процессом и представлена кистами различного диаметра неправильной формы с неровными контурами (24; 92,3%) или имеет гиперэхогенную структуру (2; 7,7%). Размер одной из кист может превалировать, в ряде наблюдений возникает синдром внутригрудного напряжения в виде смещения сердца в здоровую сторону за счет увеличения объема пораженного легкого (4; 15,4%). Динамическое наблюдение выявило благоприятные изменения в виде уменьшения количества и размера кистозных полостей у 18 плодов (69,2%), картина легких оставалась неизменной в 8 случаях (30,8%). Среди особенностей течения беременности отмечали угрозу прерывания беременности и явления раннего токсикоза у половины пациенток.

Все дети родились живыми, доношенных было 25 (96,2%), недоношенных 1 (3,8%). Путем операции кесарево сечение родилось 8 детей, операцию выполняли по показаниям со стороны матери. Признаки легкой и среднетяжелой асфиксии в родах установили у 4 детей (15,4%), тяжелая асфиксия наблюдалась у 1 ребенка (3,8%), в остальных наблюдениях патологии в родах выявлено не было.

Дети поступили в отделение хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, где были осмотрены и обследованы. Отсутствие клинических признаков патологии выявлено у 23 детей (88,5%), ослабление дыхания на пораженной стороне у 8 пациентов (30,8%). Клинические и рентгенологические признаки синдрома внутригрудного напряжения обнаружены у 4 детей (15,4%), а дыхательная недостаточность выявлена только в 3 наблюдениях (11,5%).

По данным обследования признаков легочной патологии не выявлено у 5 пациентов (19,2%), секвестрация легочной ткани диагностирована у 13 детей (50%), кистозно-аденоматозная мальформация легочной ткани подтверждена у 8 новорожденных (30,8%).

Хирургическое удаление патологического очага выполнено в 18 случаях (69,2%), диагноз был подтвержден морфологическим исследованием.

Течение послеоперационного периода гладкое, ка-тамнестическое наблюдение не выявило отклонений от нормального роста и развития детей.

На основании полученных результатов считаем, что прерывание беременности при выявлении признаков кистозно-аденоматозной мальформации легкого у плода не показано, необходимо наблюдение за течением беременности, родоразрешение женщины с последующим обследованием и лечением новорожденного.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Доцанова А.М., Миреева А.Э.
г. Астана, Казахстан

Несмотря на многочисленные публикации по родоразрешению женщин после предыдущего кесарева сечения, многие врачи и женщины опасаются разрыва матки по рубцу и это является одним из сдерживающих факторов в увеличении вагинальных родов у этих женщин.

Целью нашего исследования явилось изучение функциональной состоятельности нижнего сегмента матки на кануне родов у женщин после предыдущего кесарева сечения.

Материал и методы исследования. Для оценки функциональной состоятельности нижнего сегмента, нами изучены с помощью УЗИ длина шейки, ПЗР, толщина стенки нижнего сегмента матки и ее эхоструктура за 10-12 дней до календарного срока родов у 392 беременных с рубцом на матке. Выбор этих параметров лежит в основе современной биомеханики подготовки организма к родам одним из основных, в котором является гемодинамический фактор (Савицкий Г.А., 2003; Kavanagh J., 2001; Winkler M., 1999). Анализ проведен с установленным состоянием рубца (после родоразрешения). Кроме этого определено напряженное состояние мышечной «оболочки» матки с использованием математической модели.

Результаты исследования. Анализ результатов ультрасонографии показал, что для 185 беременных с несостоятельным рубцом на матке были характерны высокие параметры длины шейки ($41,87 \pm 0,49$ мм), низкие числовые показатели толщины стенки ($2,69 \pm 0,05$ мм) и ПЗР нижнего сегмента ($76,86 \pm 0,40$ мм). В то же время, в группе 207 женщин с состоятельным рубцом — достоверно отличающиеся низкие параметры длины шейки ($36,83 \pm 0,54$ мм), высокие числовые показатели толщины стенки ($3,46 \pm 0,05$ мм) и ПЗР нижнего сегмента ($82,44 \pm 0,28$ мм). При наличии состоятельного рубца на матке наблюдались более высокие показатели ПЗР и толщины стенки нижнего сегмента, говорящие о более полноценном кровоснабжении и кровенаполнении, соответствующем адаптации органа и подготовке к родовой деятельности. Полученные результаты

указывали на наличие взаимосвязи между длиной шейки, ПЗР и толщиной стенки нижнего сегмента, которые составляют единую функциональную систему. Следовательно, чем выше параметры ПЗР нижнего сегмента и ниже показатели длины шейки, при относительно постоянных числовых значениях толщины стенки нижнего сегмента, тем более увеличен внутренний объем выходного сегмента (нижний сегмент и шейка матки) и выражен процесс адаптивной деформации шейки матки, тем эластичнее ткань у женщин с оперированной маткой. Выше перечисленные данные свидетельствуют о более физиологичной, качественной подготовке матки как органа к биомеханике родовой деятельности при состоятельном рубце: создаются более комфортные условия на уровне выходного отдела (нижнего сегмента и шейки) для изгнания плода, с меньшим риском разрыва рубца.

В обеих группах не выявлена прямая корреляционная зависимость между соотношениями числовых значений ПЗР и толщиной стенки нижнего сегмента, длиной шейки и толщиной стенки нижнего сегмента матки. В то же время при состоятельном рубце на матке выявлена обратная, средняя, достоверная корреляционная взаимосвязь ($r < -0,28$) между переднезадним размером нижнего сегмента и длиной шейки матки с учетом толщины нижнего сегмента, что является иллюстрацией адекватного кровоснабжения и кровенаполнения сосудистой системы органа. При несостоятельном рубце обратная, слабая достоверная корреляционная взаимосвязь ($r > -0,15$) между показателями ПЗР нижнего сегмента и длины шейки, что указывало на низкие эластические свойства стенки матки.

Основываясь на полученные данные, мы считаем, что у женщин с состоятельным рубцом с увеличением ПЗР нижнего сегмента укорачивается длина шейки. Наши результаты свидетельствуют, чем выше параметры ПЗР и ниже показатели длины шейки, при относительно неизменной толщине стенки нижнего сегмента, тем более увеличен внутренний объем нижнего сегмента и выражен процесс адаптивной деформации шейки матки, тем эластичнее ткань у женщин с оперированной маткой. Следовательно, целесообразно говорить о функциональной состоятельности нижнего сегмента, где располагается рубец. Вагинальные роды возможны при функциональной состоятельности нижнего сегмента, при которой накануне родов сохраняются закономерные механизмы подготовки организма к родам и развязывания родовой деятельности. При функционально состоятельном нижнем сегменте спонтанная родовая деятельность в наших исследованиях началась у 79,6%. Клиническим подтверждением функциональной полноценности миометрия при рубце на матке в нижнем сегменте явилась эффективность родовозбуждения и родостимуляции в 59,1%.

При функционально состоятельном нижнем сегменте сохранена и прочность биологической ткани, которая доказана при расчете механической модели напряженного состояния мышечной оболочки матки

и клиническом наблюдении, где в 13,2% (22) случаях использовались утеротонические средства без разрыва матки. В обеих группах была выявлена высокая обратная достоверная корреляционная зависимость между толщиной стенки нижнего сегмента и напряженным состоянием мышечной оболочки матки ($r = -0,97$ при состоятельном нижнем сегменте и несостоятельном — $r = -0,92$). Эти результаты согласуются с теорией сопротивления материалов тонкостенной оболочки — чем толще стенка, тем прочнее на разрыв при сохранении эластических свойств биологической ткани (Безухов Н.И., 1961). Так, стенка нижнего сегмента при функционально состоятельном нижнем сегменте была достоверно толще ($0,35 \pm 0,01$ мм против $0,26 \pm 0,01$ мм соответственно, $p < 0,001$), в то же время напряженное состояние мышечной оболочки матки достоверно меньше ($253,62 \pm 3,33$ кПа против $334,49 \pm 5,27$ кПа соответственно, $p < 0,001$). Следовательно, при функционально состоятельном нижнем сегменте меньше риск разрыва матки.

БИОАКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ИХ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**Друккер Н.А., Авруцкая В.В., Некрасова М.Г.,
Рожков А.В.**

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии
Росмедтехнологий»

Исследования последних лет позволили прийти к убеждению о наличии различных патологических путей преждевременных родов и их связи с сократительной активностью гладкомышечных клеток миометрия, непосредственным индуктором сокращения которых являются ионы кальция (В.В. Ковалев и соавт., 2010). В научной литературе рассматриваются вопросы активации сократительной деятельности матки рядом биоактивных веществ, содержащихся в амниотической жидкости (I.A. Buhimschi et al., 2008). В то же время сведения о роли системного нарушения метаболизма в формировании данной патологии практически отсутствуют. Всё вышеизложенное определяет актуальность комплексного изучения в околоплодных водах содержания биоактивных соединений, осуществляющих регуляцию сократительной активности миометрия.

Цель исследования заключалась в изучении биоактивных компонентов околоплодных вод при преждевременных родах.

В исследование были включены 67 беременных с состоянием нормоценоза родовых путей, составивших две группы. В первую группу (основную) вошли 46 беременных, у которых в 34-37 недель произошли преждевременные роды, во вторую (группу контроля) — 21 с физиологическим течением беременности и родов. При этом у женщин 1-й группы диагностированы нарушения эндокринной системы, представленные чаще всего аутоиммунным тиреоидитом, диффузным нетоксическим зобом, гипокортицизмом или их сочетанием.

Материалом для исследования служили околоплодные воды, взятые в период родов (34-37 и 38-40 недель). В полученных водах иммуноферментным методом наборами фирмы «R&D System» (USA) определяли содержание фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а), трансформирующего фактора роста бета 1 (ТФР-β1). Эндogenous содержание метаболитов оксида азота определяли с помощью классической реакции Грисса. Активность NO-синтазы измеряли по увеличению продукции NO из L-аргинина в присутствии NADPH. Активность аргиназы определяли колориметрическим методом по приросту мочевины, используя в качестве субстрата аргинин.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1. фирмы Stat Soft.Juc.) и Excel-2002.

В проведенном исследовании в околоплодных водах женщин 1-й группы выявлено снижение содержания ФНО-а в 2,5 раза, повышение содержания ТФР-β1 почти в 6 раз по сравнению с родами в срок, на фоне падения генерации NO в 1,5 раза. При этом активность NO-синтазы оказалась сниженной в 6,5 раза, а аргиназы — повышенной почти в 4 раза. Обнаруженные метаболические нарушения, очевидно, обуславливают преждевременное развитие сократительной деятельности матки. Прежде всего, высокий уровень ТФР-β1, под контролем которого находится активность аргиназы и NO-синтазы, способствует снижению активности последней. Влияние высокого уровня ТФР-β1 на активность аргиназы сопровождается её повышением, в результате чего усиливается продукция пролина, приводящая к структурным изменениям плодных оболочек (увеличивается их плотность). Системное падение ФНО-а, по-видимому, связано с повышенным содержанием холестерина, вследствие сниженной его утилизации на фоне нарушений функции щитовидной железы. Наличие гипокортицизма сопровождается снижением уровня кортизола, результатом чего является нарушение активации фосфолипазы А2 с его участием. Вследствие этого общеизвестный механизм синтеза простагландинов, инициирующих сократительную деятельность матки, уменьшается.

Взаимосвязь высокого уровня ТФР-β1 и низкого содержания метаболитов NO в околоплодных водах при преждевременных родах, а также падение в этих условиях концентрации ФНО-а является основным фактором, определяющим повышение концентрации Ca²⁺ в гладкомышечных клетках миометрия. Известно, что низкий уровень ФНО-а повышает количество внутриклеточного кальция за счет торможения его выхода через рецептор-управляемые каналы. При этом сниженная продукция NO, одной из функций которого является уменьшение концентрации Ca²⁺, не обеспечивает должного открытия Ca²⁺-каналов.

Такие метаболические нарушения обуславливают накопление в гладкомышечных клетках миометрия чрезмерного количества Ca²⁺ — одного из

сигнальных путей, обеспечивающих активацию фосфолипазы А2 (Н.С. Parkington et al., 1999), осуществляющей синтез арахидоновой кислоты из мембранных фосфолипидов. Ускоренная мобилизация арахидоновой кислоты усиливает синтез простагландинов, повышающих контрактильную активность матки, на фоне чего развиваются преждевременные роды.

Таким образом, снижение в околоплодных водах продукции NO и ФНО-а, обусловленное системным нарушением метаболизма, является фактором формирования данной акушерской патологии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ

Дубровская М.В.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им В.И. Разумовского Росздрава», Саратов

Цель исследования — изучение клинико-иммунологических особенностей пародонта и цитокинового профиля в ротовой полости у беременных.

Выполнено клиническое обследование 500 беременных во II и III триместрах, из них — 200 с физиологически протекающей беременностью, 300 с беременностью, осложненной гестозом, из них у 50 женщин с беременностью, осложненной гестозом и воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП), и 50 женщин с физиологически протекающей беременностью изучены показатели клеточного иммунитета и цитокиновый профиль ротовой полости. Группу сравнения составили 30 первородящих здоровых беременных, контрольную группу — 25 небеременных практически здоровых женщин фертильного возраста. Лимфоциты изучали методом непрямой иммуофлуоресценции с помощью моноклональных антител (ООО «Сорбент», г. Москва) к рецепторам CD3+, CD22+, CD4+, CD8+, CD16+. Для исследований содержания цитокинов использовали ротовую жидкость, собранную натощак, утром, без стимуляции. Количественное определение фактора некроза опухолей-α (ФНО-α), интерлейкина-4 (ИЛ-4), интерлейкина-8 (ИЛ-8) и трансформирующего фактора роста β-1 (ТГФβ-1) в ротовой жидкости осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

У 38% пациенток с физиологически протекающей беременностью выявлен хронический генерализованный катаральный гингивит. Среди беременных с гестозом в 62% случаев обнаружен хронический генерализованный катаральный гингивит (p<0,05), у 12% женщин — хронический генерализованный пародонтит легкой степени. Формированию ВЗП у беременных способствуют: возраст пациенток старше 30 лет, курение до и на протяжении беременности, железодефицитная анемия беременных, фоновая экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, хронический холецистит, хронический гастродуоденит и гастроэзофагеальная

рефлюксная болезнь).

При физиологической беременности выявлены изменения в клеточном звене иммунитета, характеризующиеся снижением абсолютного и относительного числа CD3+, CD4+-лимфоцитов, CD16+—клеток, повышением относительных показателей CD8+-лимфоцитов, что согласуется с литературными данными. ВЗП у беременных ассоциированы с нарушениями в клеточном звене иммунитета: лимфопенией, дисбалансом субпопуляций Т-клеток с уменьшением абсолютных и относительных значений CD4-, CD16-, CD22- лимфоцитов, возрастанием относительных показателей CD8-лимфоцитов. Нарушения иммунного гомеостаза при беременности, осложненной гестозом, достоверно более выражены, что предрасполагает к развитию гингивита и пародонтита. Установлено достоверное снижение индекса CD4+/CD8+ до 1,59 при ВЗП на фоне физиологической беременности и до 1,43 на фоне беременности, осложненной гестозом. При ВЗП у беременных в ротовой жидкости повышается содержание как провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-8), так и противовоспалительных медиаторов (ИЛ-4, TGF- β 1) соответственно степени тяжести поражения пародонта. Особенность ВЗП у беременных — преимущественное повышение уровня ФНО- α , TGF- β 1 и ИЛ-4 при умеренном изменении концентрации ИЛ-8, что предопределяет ослабление провоспалительного ответа. Следовательно, при ВЗП у беременных противовоспалительный ответ разбалансирован, что способствует развитию и предрасполагает к затяжному течению воспалительного процесса в тканях пародонта.

Формирование воспалительно-деструктивных процессов в пародонте у беременных определяется действием ряда экзогенных и эндогенных факторов, действующих как местно, так и на системном уровне, среди которых нарушение гигиены ротовой полости, курение, экстрагенитальная патология, иммуносупрессия и местный цитокиновый дисбаланс, тесно связанные с гестозом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Дубровская М.В.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им В.И. Разумовского Росздрава», Саратов

Цель исследования — изучить особенности течения беременности у женщин с воспалительными заболеваниями пародонта.

Проведено обследование и наблюдение 330 беременных с воспалительными заболеваниями пародонта, из них 130 женщинам в сроки до 28 недель гестации выполнена профессиональная гигиена полости рта. Группу сравнения составили 200 беременных без воспалительных изменений пародонтальных тканей, контрольную группу — 25 беременных практически здоровых женщин фер-

тильного возраста. Критерии включения в исследование: беременные в возрасте 18-35 лет. Критерии исключения из исследования: пациентки, имеющие нарушения строения матки, многоплодная беременность, предлежание плаценты, хронические соматические заболевания в фазе суб- или декомпенсации. Для исследований содержания цитокинов использовали ротовую жидкость, собранную натошак, утром, без стимуляции и сыворотку крови. Количественное определение интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкина-4 (ИЛ-4) осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Заболевания пародонта у беременных были представлены: хроническим генерализованным катаральным гингивитом (77%) и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени (23%). Беременные с воспалительными заболеваниями пародонта в отличие от женщин группы сравнения имели более низкий социально-экономический уровень или низкий уровень образования, страдали фоновой экстрагенитальной патологией (артериальной гипертензией, хроническим холециститом, хроническим гастродуоденитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью). Среди беременных, не имеющих патологии пародонта, преждевременные роды отмечены в 2% случаев, а среди беременных с воспалительными заболеваниями пародонта — в 7% случаев. У беременных с воспалительными заболеваниями пародонта, которым до 28 недель гестации была проведена профессиональная гигиена ротовой полости, частота преждевременных родов заметно снижалась и соответствовала таковой у беременных без патологии пародонта — 2,3% случаев. У пациенток с воспалительными заболеваниями пародонта в ротовой жидкости повышено содержание ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-4, что коррелирует с изменением концентрации цитокинов в сыворотке крови.

Следовательно, воспалительные заболевания пародонта у беременных ассоциированы с фоновой соматической патологией, низким социально-экономическим уровнем и могут способствовать, наряду с другими экстрагенитальными факторами, преждевременным родам. Анализ патогенетических механизмов преждевременных родов у пациенток с воспалительными заболеваниями пародонта требует дальнейшего изучения, среди возможных причин — цитокиновый дисбаланс в сыворотке крови. Проведение своевременного лечения гингивита и пародонтита, включающего профессиональную гигиену ротовой полости, является одной из мер профилактики преждевременных родов.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ

Енгибарян Н.М., Шарашкина Н.В., Новикова И.М.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Цель: оценка распространённости курения среди беременных.

Материалы и методы: нами проведено анкетирование 200 беременных.

Результаты: результаты анкетирования показали, что среди 200 беременных только 30(15%) отказались в группе женщин, которые никогда не курили, а 170 (85%) — курили в разные периоды своей жизни: из них 20(12%) женщин курили до и во время беременности, 80(47%) женщин курили до беременности и бросили курить в связи с наступлением беременности — в 1 триместре, 30(18%) беременных бросили курить до беременности по состоянию здоровья и 40(23%) женщин отказались от курения в связи с планированием беременности.

Среди женщин, которые курили в разные периоды своей жизни, в возрастной группе от 20 до 30 лет были 130 женщин, что составила 76 %, а в возрастной группе от 31 до 41 года были 40 женщин, что составила 24 %.

По результатам анализа социального положения женщин выяснилось, что среди женщин, которые курили в разные периоды жизни, среднее образование имели 10 женщин (6%), среднее специальное образование имели 40(24%), высшее образование имели 120(70%).

Среди 170 беременных, которые курили в разные периоды своей жизни у 130 (76%) стаж курения составил от 1 до 5 лет, среди 40(24%) курильщиц — от 6 до 10 лет.

Нами также была проведена оценка степени тяжести никотиновой зависимости среди женщин, которые курили в разные периоды своей жизни, по опроснику Фагерстрёма. Выяснилось, что у 110(65%) беременных была никотиновая зависимость очень слабой степени тяжести, у 40(23%) беременных — никотиновая зависимость слабой степени тяжести, у 18(11%) беременных — никотиновая зависимость средней степени тяжести, а у 2(1%) беременных — тяжёлой степени тяжести. Среди женщин, которые курили до беременности и бросили курить в связи с планированием беременности и с наступлением беременности и по состоянию здоровья, 3(2%) женщин обратились за помощью и прекратили курить в связи с применением никотинзамещающей терапии.

Вывод: таким образом, результаты анкетирования показали, что большинство беременных, которые курили в разные периоды своей жизни, несмотря на вредную привычку, от которой очень трудно отказаться, 70% отказались от курения в связи с планированием и наступлением беременности и только 12% продолжают курить во время беременности.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Еникеев А.Н., Мавзютов А.Р., Хамадянов У.Р.,
Бондаренко К.Р., Гайсина Ю.Р.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

В настоящее время установлено, что для нормального течения процессов имплантации, роста и развития эмбриона необходимо состояние локальной иммуносупрессии в эндометрии матки смещению цитокинового баланса в сторону Th2 цитокинов, которые ингибируют активность цитотоксических клеток, способных участвовать в отторжении плода (Сидельникова В.М., 2002). При нормально развивающейся беременности в крови преобладают «противовоспалительные» цитокины (IL-4, IL-10), определяемые одновременно и в децидуальной ткани и в клетках плаценты (Краснопольский В.И., 2000). При этом указывается, что невысокие концентрации «провоспалительных» цитокинов (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF α) также необходимо для нормального развития беременности. Установлено, что нарушение баланса цитокинов может способствовать ограничению инвазии трофобласта, ведущей к развитию нарушений со стороны фетоплацентарного комплекса (Herz U., 2001).

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение продукции провоспалительных (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF α) и противовоспалительных (IL-4, IL-10) цитокинов у беременных с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) в разные сроки гестации. Для изучения цитокинового профиля было сформировано 2 группы сравнения: в 1-ую группу вошли 32 беременные с выявленными фетоплацентарными нарушениями (ФПН) во втором (n-10) и третьем триместрах (n-22) беременности, 2-ую группу составила 21 женщина с физиологичным течением беременности. Возраст женщин находился в пределах 19-32 года. Диагноз «ФПН» был поставлен на основании результатов клинического, ультразвукового, доплерографического обследования. Концентрация цитокинов определялась в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск) методом ИФА. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1.

Результаты исследования показали, что при развитии ФПН во втором триместре уровень провоспалительных цитокинов повышался: IL-2 на 54%, IL-6 в 2,6 раза, тогда когда уровень IL-1 β достоверно снижался в 1,6 раз относительно показателей при нормально протекающей беременности ($p < 0,001$ во всех случаях). Содержание IL-4 возрастало в 0,52 раз ($p < 0,001$), а IL-10 уменьшалось в 0,65 раз ($p < 0,01$).

В третьем триместре беременности, осложненной ФПН, отмечалось значительное увеличение концентраций провоспалительных цитокинов: IL-2 — в 1,5 раз, IL-6 — в 4,0 раза, IL-8 — в 3,2 раз,

TNF α — в 3,3 раза относительно показателей физиологической беременности. Данные по IL-1 β к концу беременности выровнялись с показателями при беременности без осложнений ($p < 0,01$). При этом изменение концентраций противовоспалительных цитокинов имело тенденцию, аналогичную второму триместру, только более выраженную: уровень IL-4 возрос в 0,71 раза, а IL-10 — уменьшился в 0,8 раз ($p < 0,01$ для обоих показателей).

Таким образом, преобладание активности провоспалительных цитокинов при ФПН, а особенно IL-6 и TNF α на фоне снижения Th-2 цитокина (IL-10), участвующего в защите плода, говорит о клинической манифестации патологии и может служить диагностическим признаком на ранних стадиях развития фетоплацентарной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ МЕТОДОМ ПОСТОЯННОЙ ПОДКОЖНОЙ ИНФУЗИИ ИНСУЛИНА ПРИ ПОМОЩИ ИНСУЛИНОВОГО ДОЗАТОРА

Есаян Р.М.^{1,2}, Дегтярева Е.И.², Шестакова М.В.¹, Ткачёва О.Н.²

¹ ФГУ Эндокринологический Научный Центр, Россия, Москва

² Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Цель. Определить эффективность постоянной подкожной инфузии инсулина (ППИИ) в период беременности и родов у пациенток с сахарным диабетом 1 типа (СД1)

Материалы. В исследование было включено 31 беременная женщина на

ранних сроках беременности (5-8 недель — на момент перевода на ППИИ) с СД1. На момент обращения женщины находились на интенсифицированной схеме инсулинотерапии методом многократных подкожных инъекций инсулина (МПИИ). Средний возраст женщин на момент включения в исследование составил 27,6 \pm 5,6 лет, со средней длительностью диабета 11,2 \pm 6,4 лет.

Гликированный гемоглобин (HbA1c) до включения в исследование составлял в среднем 7,38 \pm 1,4%, доля женщин с HbA1c \leq 6,0 составила 19%. У 33,3% была выявлена непролиферативная диабетическая ретинопатия (ДР), у 1 беременной — препролиферативная ДР и у 1 — пролиферативная ДР. У 18,5% беременных была выявлена нефропатия на стадии МАУ (медикаментозная компенсация). Все женщины были переведены на ППИИ ультракороткого действия (Аспарт) при помощи инсулинового дозатора (помпы) в базисно-болюсном режиме. В 1, 2 и 3 триместрах проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее оценку концентрации HbA1c, определение наличия и степени выраженности альбуминурии,

офтальмологическое исследование, определение антропометрических данных новорождённых (масса тела) Результаты исследования представлены в виде M \pm SD, корреляционный анализ проводился с использованием рангового критерия Спирмена.

Результаты. Исследование завершили 27 женщин (у 3 женщин исходом беременности явилось самопроизвольное прерывание, у 1 женщины — развивающаяся беременность на фоне антифосфолипидного синдрома). Во 2-ом триместре на фоне использования помповой инсулинотерапии зафиксировано значительное улучшение гликемического контроля (HbA1c — 5,96 \pm 0,72%), тяжелых гипогликемических состояний не было, увеличилась доля беременных до 52 % с уровнем HbA1c \leq 6%, состояние почечных функций не ухудшилось, отмечалось прогрессирование диабетической ретинопатии у 2-х пациенток (им проведена лазерная коагуляция сетчатки на сроках 20-32 недели в связи с парамакулярным отеком). В 3-м триместре сохранялось компенсированное течение сахарного диабета у 52% беременных, (средний HbA1c в группе составил 6,11 \pm 0,94%). Прогрессирования микрососудистых осложнений сахарного диабета со стороны глаз и почек не выявлялись. Родоразрешение — у 59,2% было путем кесарева сечения. Макросомия плода диагностирована у 3 беременных.

Выводы. Применение ППИИ не исключает вероятности прогрессирования микрососудистых осложнений со стороны глазного дна и макросомии плода даже при относительно удовлетворительной компенсации углеводного обмена беременной. Применением ППИИ при помощи инсулиновой помпы — эффективный метод компенсации углеводного обмена у пациенток с сахарным диабетом 1 типа в период беременности и родов.

ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ВОД

Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Волгоградский Государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Актуальность проблемы. Дородовое излитие околоплодных вод нередко нарушает нормальное течение родов, являясь причиной изменений гемодинамических процессов в системе мать — плацента — плод, что, как правило, приводит к нарушению состояния плода.

Цель исследования: изучение доплерометрических показателей кровотока в артериальных сосудах системы мать — плацента — плод у беременных с дородовым излитием вод с определением возможности оценки состояния плода и прогнозирования для него исхода родов.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 35 беременных с дородовым излитием вод и доношенной беременностью в латентный пери-

од (от момента излития вод до начала регулярной родовой деятельности). Роды через естественные родовые пути прошли у 27 (77,1%) пациенток. У 8 (22,9%) выполнено кесарево сечение: в 5 случаях в связи с дистрессом плода в родах и в 3 — по сочетанным показаниям (крупный плод, тазовое предлежание, рубец на матке). В состоянии асфиксии средней степени родилось 5 новорожденных, тяжелой степени трое, что потребовало оказания реанимационной помощи.

Доплерометрическое исследование проводили на аппарате Siemens Sonoline G 40. Для оценки кровотока в исследуемых сосудах были выбраны: индекс резистентности (ИР), систоло - диастолическое соотношение (СДО). Маточно плацентарный кровоток оценивался по результатам его исследования в обеих маточных артериях и сосудах, являющихся конечными ветвями маточных артерий — спиральных артериях, а плодово — плацентарный — в артериях пуповины с помощью цветного доплеровского картирования. Исследование плодового кровотока проводили по общепринятым методикам в грудном отделе аорты и средней мозговой артерии плода.

Полученные данные сопоставлены с особенностями течения родов и состоянием новорожденных.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования маточно — плацентарного кровотока было выявлено повышение сосудистого сопротивления в спиральных артериях (ИР = 0,37 + 0, 01), обеих маточных артериях (ИР = 0,57 + 0, 01). Анализ плодово — плацентарного кровотока показал достоверное повышение сосудистого сопротивления в артериях пуповины (ИР=0, 69 + 0,01). На основании полученных результатов изучения показателей кровотока в системе мать — плацента — плод и исходов родов нами обнаружена взаимосвязь между оценкой новорожденных по шкале Апгар и кровотоком в артериях пуповины и маточных артериях.

При анализе доплерограмм, полученных при исследовании беременных с дородовым излитием вод, было установлено, что индекс резистентности (ИР) в артериях пуповины (АП) > 0, 68 (СДО > 2,8), а ИР в маточных артериях (МА) > 0,57 (СДО > 3,0), свидетельствует о гипоксии плода в 64,7 % случаев, что подтвердилось оценкой новорожденных по шкале Апгар.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что доплерометрическая оценка кровотока в артериальных сосудах фетоплацентарного комплекса позволяет судить о состоянии плода и прогнозировать исход родов при дородовом излитии вод.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Забозлаев Ф.Г., Ордянец И.М., Буренкова И.А.

Россия, г. Москва, Российская медицинская академия постдипломного образования, кафедра патологической анатомии, Российский Университет Дружбы Народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

В последнее десятилетие отмечается увеличение заболеваемости сахарным диабетом женщин репродуктивного возраста, в том числе инсулинзависимым. Беременность на фоне сахарного диабета в 80% случаев сопровождается акушерскими и диабетическими осложнениями, что повышает уровень ранних репродуктивных потерь, материнской и перинатальной патологии. Формирование маточно-плацентарного происходит в условиях хронической гипергликемии, окислительного стресса, предрасполагающей ангиопатии.

Ранние сроки беременности — основополагающий этап формирования гестационных осложнений, выявляющихся во втором и третьем триместрах, в связи с чем целью исследования явилось оценить морфофункциональное состояние маточно-плацентарного комплекса в первом триместре беременности у женщин с инсулинзависимым сахарным диабетом различной степени тяжести и стадии компенсации. Проведено морфологическое исследование соскобов области плацентарного ложа матки при проведении искусственных абортов в сроки 6-8 и 9-12 недель у 30 женщин с инсулинзависимым сахарным диабетом различного стажа, степени тяжести, стадии компенсации (в 15 случаях аборт проведен по медицинским показаниям — декомпенсация течения основного заболевания без экстрарепродуктивной патологии).

При инсулинзависимом сахарном диабете с первых недель гестации определяются признаки нарушения формирования основных звеньев маточно-плацентарного комплекса — плацентарного ложа, ворсинчатого дерева и межворсинчатого пространства, сопряженные со стадией компенсации диабета в ранние сроки беременности. Во всех случаях выявлено слабая неравномерная децидуализация эндометриальной стромы; диабетическая микроангиопатия спиральных артерий по типу острого атероза, с отложением в стенке артерий фибрина и «пенистых» клеток, что способствует сужению их просвета, неполноценной гестационной трансформации и препятствует инвазии цитотрофобласта в эндометриальные сегменты спиральных артерий. В формирующейся плаценте определялись нарушения созревания ворсинчатого хориона в виде несоответствующих сроку гестации гиповаскуляризованных ворсин эмбрионального типа. В строме отдельных ворсин — выраженный фиброз с неравномерной гипертрофией стенок немногочис-

ленных сосудов. В образующемся межворсинчатом пространстве выявлялись участки формирующегося тромбоза.

Чем больше стаж и степень тяжести диабета, тем структурные изменения носили более выраженный характер. При декомпенсации сахарного диабета (аборт по медицинским показаниям) в спиральных артериях просвет был максимально сужен вплоть до его полной облитерации, синцитиотрофобласт ворсин хориона, местами десквамирован, местами замурован в фибриноид, в децидуальной оболочке — очаговые или распространенные участки некроза и кровоизлияний, тромбоза сосудов эндометрия и межворсинчатого пространства. Обнаруживались признаки диссоциированного нарушения созревания ворсин хориона в виде наличия, наряду с ворсинами эмбрионального типа, аваскуляризированных ворсин мезенхимального типа.

В группе прерванной физиологической беременности наблюдалась полноценная гестационная перестройка эндометриальных сегментов спиральных артерий с замещением эласто-мышечных элементов фибриноидом и формированием широкого просвета артерий, интерстициальный трофобласт присутствовал в большем количестве, чем в основной группе. Строение ворсинчатого дерева соответствовало сроку гестации.

Окислительный стресс при физиологической беременности индуцирует инвазию трофобласта. При беременности, осложненной сахарным диабетом, независимо от степени компенсации, образуется избыточное количество реактивных оксидантов на фоне отсутствия антирадикальной активности, что способствует повреждению трофобласта, нарушению формирования и прогрессирующей дегенерации ворсин. У беременных с инсулинзависимым сахарным диабетом с первых недель гестации наблюдаются нарушения качества инвазии трофобласта, коррелирующие со степенью тяжести сахарного диабета и компенсации углеводного обмена.

Ранняя недостаточность формирующегося маточно-плацентарного комплекса, крайним проявлением которого является сочетание неполноценной гестационной перестройки спиральных артерий, дисхонии ворсинчатого хориона, а также тромбоза и формирования неполноценного межворсинчатого пространства, является предиктором развития хронической плацентарной недостаточности и других гестационных осложнений.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ: АКУШЕРСКИЕ РИСКИ

Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А.,
Бикмуллина Д.Р., Шабанова Н.А.

Россия, г.Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, кафедра акушерства и гинекологии Россия, г.Санкт-Петербург, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта Российской академии медицинских наук

Целью данной работы явилась оценка степени риска акушерских осложнений при наличии наследственной тромбофилии. В настоящее время в мире накоплены данные о влиянии тромбофилии на риск развития акушерской патологии. Однако результаты крупных исследований, изучавших связь наследственной тромбофилии и таких осложнений беременности, как гестоз, невынашивание, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, невынашивание беременности, протромбозы. Полиморфизмы, предрасполагающие к тромбофилии, обнаруживаются и у здоровых женщин, акушерский анамнез которых не отягощен. С другой стороны, при наличии отягощенного акушерского анамнеза, не всегда выявляется генетическая предрасположенность к тромбофилии. В связи с этим вопрос о точной оценке риска акушерских осложнений при наличии тромбофилии остается открытым. Материалы и методы исследования. В исследование включены 324 женщины: 106 с невынашиванием, 97 с тромбозомболическими осложнениями при беременности и в послеродовом периоде, 121 с тяжелым гестозом. Контрольную группу составили 105 здоровых женщин с физиологически протекавшей беременностью. Проведено коагулологическое исследование крови по 12 параметрам, определение Д-димера иммуноферментным методом, исследование агрегационной активности тромбоцитов. Методом полимеразной цепной реакции с использованием технологии биочипов выявляли мутацию в гене фактора V (FV Leiden), мутацию 20210 G→A в гене протромбина, полиморфизма 675 4G→5G в гене PAI-1, полиморфизма 455 G→A в гене фибриногена, полиморфизма 1565T→C в гене гликопротеина GPIIb/IIIa, полиморфизма 677C→T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы, полиморфизма I/D в гене тканевого активатора плазминогена (PLAT). Результаты. Частота мультигенной тромбофилии у беременных с невынашиванием составила 71,69% и также статистически значимо превышала таковую в контрольной группе 50% (p<0,05). Нами не было выявлено значимых различий по частоте встречаемости отдельных полиморфизмов, однако сочетание полиморфизмов, отвечающих за нарушения в системе фибринолиза — PAI-1 и PLAT, достоверно чаще определялось при невынашивании беременности по сравнению с контрольной группой (33,96% и 13,89% соответственно, p<0,05). В группе с тромбозомболическими осложнениями, связанными с беременностью, мутация фактора V Leiden встречалась достоверно чаще, чем в группе контроля (15,56% и 1,9% соответственно, p<0,001). При тяже-

лом гестозе мультигенная тромбофилия выявлена в 98,7%, сочетание полиморфизмов 677C→T в гене MTHFR и 675 4G→5G в гене PAI-1 встречалось достоверно более часто по сравнению с группой контроля (53,25% и 24,14%, $p < 0,001$). Выявлено, что активация внутрисосудистого свертывания наблюдается у беременных с тромбофилией с ранних сроков беременности, что показано в группе с невынашиванием: концентрация д-димера была достоверно выше, чем в группе контроля ($330,46 \pm 38,93$ и $244,17 \pm 29,16$ нг/мл соответственно, $p < 0,05$). Нами разработана балльная система оценки определения степени риска акушерских осложнений (гестоза, ПОНРП, плацентарной недостаточности) зависимости от результатов обследования генотипа: 4 балла — Гомозиготная мутация фактора V Leiden или гомозиготный полиморфизм 20210G→A в гене протромбина, 3 — Гомозиготный полиморфизм C677→T в гене MTHFR или Гетерозиготная мутация фактора V Leiden или гетерозиготный полиморфизм 20210G→A в гене протромбина, 2 — Гетерозиготный полиморфизм C677→T в гене MTHFR или Гомозиготные полиморфизмы в генах рецепторов тромбоцитов GP3A, GP1A или PAI-1 (4G/4G), 1 балл — Гетерозиготные полиморфизмы по неблагоприятным аллелям генов рецепторов тромбоцитов GP3A, GP1A или PAI-1(4G/5G) или Гомозиготный полиморфизм I/I в гене PLAT или Гомозиготный полиморфизм A/A в гене фибриногена, 0 — Гетерозиготный полиморфизм I/D в гене PLAT или Гетерозиготный полиморфизм G/A-455 в гене фибриногена). Больные с высоким риском акушерских осложнений (4 и более баллов) требуют предгравидарной подготовки, мониторинга нарушений свертывания при беременности (раз в 2 недели), назначение антиагрегантов и антикоагулянтов при беременности и в течение 1-2 месяцев после родоразрешения. Наличие умеренного риска (2-3) балла требует предгравидарной оценки системы свертывания, ее мониторинга раз в 3 недели и 1 раз в месяц при низком риске (0-1 балла) с целью назначения соответствующей коррекции НМГ и антиагрегантами. Применение данного алгоритма в группе с невынашиванием позволило добиться снижения частоты самопроизвольных выкидышей, тяжелых форм гестоза, задержки внутриутробного развития плода. Заключение. Разработанный алгоритм оценки риска акушерских осложнений позволяет своевременно корректировать нарушения свертывания у женщин с тромбофилией на этапе предгравидарной подготовки и при беременности с целью пролонгирования беременности и профилактики таких акушерских осложнений, как тяжелые формы гестоза, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ

Зайцева Р.К., Горин В.С., Серебренникова Е.С., Аракелян С.Г., Кугушев А.В.

Россия, г.Новокузнецк, ГОУ ДПО Институт усовершенствования врачей

Россия, г.Новосибирск. ГОУ ВПО Медицинский университет

Известно, что вегетативная нервная система (ВНС) осуществляет координирующую функцию в деятельности организма и обеспечивает реализацию компенсаторно-приспособительных реакций, адекватный уровень адаптационных процессов в фето-плацентарной системе (ФПС) при беременности и в родах. Изучение регулирующего состояния ВНС на ФПС возможно с помощью кардиоинтервалографии (КИГ).

В параметрах медленных колебательных процессов гемодинамики (МКГ) транс-формированы интегративные сведения об информационно-энергетических состояниях как на уровне отдельных систем (ЦНС, ВНС, сердечно-сосудистая, дыхательная система, система метаболизма, эрго- и трофотропные системы), так и межсистемных связей. Изменения в сердечно-сосудистой системе материнского организма фиксируются при изучении МКГ с ранних сроков и дают возможность воздействовать на различные звенья патологического процесса, улучшая маточно-плацентарный кровоток и энергоснабжение плода.

В зависимости от типа реактивности МКГ определяется тактика лечебного процесса, проводится индивидуальная комплексная терапия. Лечение осложнений беременности проводится с учетом выявленных типов регуляции МКГ, реактивности и резервных возможностей организма. Проводимая терапия позволяет оптимизировать ведение женщин из группы риска по развитию ФПН.

Обследовано 210 беременных женщин, относящихся к группе риска по развитию ФПН (с низкой плацентацией) и 54 — с нормальным расположением плаценты. Все беременные разделены на три группы: 1-я — 105 беременных с низкой плацентацией (НП), в которой проводилась коррекция выявленных регуляторных, метаболических, а с 32 недель и гемодинамических нарушений, по предложенной нами схеме; 2-я — 105 беременных с НП, они велись согласно МЭСов; 3-я — 54 беременных с нормальным расположением плаценты (контроль).

УЗИ проводилось на аппарате «Aloka-1200», запись КТГ на аппарате Fetalgard-2000, с оценкой по шкале W.Fischer (1976). Маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровоток изучали на УЗ аппарате «Schumadzu», оснащенном доплеровским блоком. Допплерометрия проводилась всем беременным женщинам — в 24, 32 и 38 недель.

Оценка нейровегетативной регуляции проводилась на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери, включавшего регистрацию ЭКГ, его обработку по программе цифрового спектрального анализа (Марпл-мл. С.М., 1990).

Использовали перико-дограммный метод Уэлча. При записи МКГ регистрировали системное АД, частоты сердечных сокращений, функциональные нагрузочные пробы (умственную и гипервентиляции, являющиеся физиологичными и бимодальными, затрагивающими оба отдела ВНС). Определены оптимальные спектральные показатели variability ритма сердца (ВРС) у здоровых беременных. Выявлено, что в условиях нормы гестационная динамика нейро-вегетативного баланса по спектральным оценкам ВРС матери характеризуется увеличением парасимпатического тонуса к 15-18 неделям с прогрессивным его снижением к концу беременности.

Запись МКГ проводили в 18-20 недель, при выявленных нарушениях применялись различные комбинации лечения. При оптимальных типах МКГ корригирующая терапия не проводилась. При высокоэнергетическом типе проводилась седативная терапия, антиоксиданты, спазмолитики, а при низкоэнергетическом типе - энергетические смеси, оксигенотерапия, введение актовегина внутривенно №10 с переходом на приём внутрь, прием янтаря — антитокса. Лечение проводилось в течение 2-х недель, с оценкой состояния беременной. Исследование повторно проводилось в 32 и 38 недель.

В 1-ой половине беременности в 1-ой группе частота отслойки хориона была в 10,4% случаев, во 2-ой — 11,8%; невынашивание беременности в 1-ой — 16,2%, во 2-й — 17,6%. Во 2-й половине беременности ФПН в 1 — й группе- 47,1%, во 2-й — 62,7%, СЗРП (в 1-й — 10,5%, во 2-й — 18,6%), угроза преждевременных родов в 1-й — 9,5%, во 2-й — 31,4%, отслойка плаценты в 1-й — 2,9%, во 2-й — 16,7%. Антенатальные потери во 2-й группе составили 2,9%, в 1-й группе их не было. В 3-й группе угроза прерывания в 1-й половине была в 5,3%, во 2-й половине в 3,5%, ФПН составила 3,5%.

Беременность закончилась срочными родами в 1-й группе — у 92,5% женщин, во 2-й — у 79,4% и в 3-й группе — у 100%. Преждевременные роды были в 3,8%, 18,6% и 0% соответственно. Кесарево сечение произведено в 1-й группе — у 11,4%, 2-й- 38,3% и 3-й- 1,8%. Из них плановых- 6,6%, 24,5% и 0%, экстренных — 4,8%, 13,7% и 1,8%. Максимальное количество осложнений было во 2-й группе, среди которых преобладают кровотечения — 19%, гипоксия- 63%, преждевременный разрыв оболочек-18%, тогда как эта патология составила 3,8%, 35,5% и 15,4% в I группе. Интранатальная гибель произошла у 1 женщины 2 группы из-за отслойки краевого предлежания плаценты при глубоко недоношенном плоде. Кровопотеря при самопроизвольных родах в 1 группе — 267±82 мл, во 2-й — 420,2±47 мл, в 3-й — 122±12 мл. Средняя кровопотеря во время КС у женщин 1 группы-639±87 мл, 2-й — 835±243 мл, 3-ей — 563±71 мл.

Послеродовый период протекал без осложнений в 83,4% случаев в 1 группе, 72% — во второй. Послеродовые ГВЗ имели место в 1 группе — 4,7%, 2-ой — 9,0%, анемия — 13,5% и 25% соответственно.

В 1-й группе недоношенные составили 3,8%, во 2-й — 18,6% и в 3-й таковых не было; маловесные

— 0,9%, 18,6%, 0%; СДР — 0,9%, 9,2%, 0%, СЗРП — 9,5%, 16,3%, 1,8%, асфиксия новорожденного- 12,4%, 23,4% (тяжелой степени — 4,1%), 0%. Состояние новорожденных 2 группы было наиболее тяжелым по сравнению с 1-й группой, а тем более с 3-й.

Таким образом, своевременно выявленные нарушения вегетативного равновесия у беременных с низкой плацентацией и последующей коррекцией выявленных нарушений в ФПС ведет к снижению осложнений во время беременности и родов, улучшению состояния новорожденных, снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Замалева Р.С., Букатина С.В., Черпанова Н.А..

Россия, г. Казань, ГОУ ДПО КГМА, Кафедра акушерства и гинекологии № 1.

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости некоторых регуляторных аутоантител у беременных группы риска развития акушерских кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде.

В ходе работы проведено обследование 104 женщин группы риска по развитию кровотечений в родах и послеродовом периоде: с нарушениями системы гемостаза при данной беременности, АФЛ синдромом, гестозом, антенатальной гибелью плода, а также отягощенным акушерским анамнезом (тяжелым гестозом, кровотечением в последовом и раннем послеродовом периоде, отслойкой нормально расположенной плаценты в анамнезе). Контрольная группа состояла из 25 женщин с физиологическим течением беременности и родов. Основную группу составили 52 женщины, у которых развилось кровотечение в родах и послеродовом периоде. В группу сравнения включены 52 женщины группы риска развития кровотечений с физиологической кровопотерей в родах.

В III триместре беременности на сроках 32-34 недели беременности всем пациенткам с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-Тест (Полетаев А.Б. 2004) определяли сывороточное содержание аутоантител класса IgG связывающихся с ANCA (анионным белком эндотелия), TrM (суммарными тромбоцитарными антигенами с молекулярной массой 10-15 Да), двуспиральной ДНК, в-2ГП (в-2 гликопротеином1), СФЛ (суммарными фосфолипидами), Fc-фрагментам Ig (ревматоидный фактор). Установленные границы физиологической нормы находились в диапазоне от — 20 до+10 у.е..

Объем кровопотери в родах оценивался гравиметрически. Средняя кровопотеря в основной группе составила 1740 мл, в группе сравнения — 340 мл, в контрольной 210 мл. Наиболее часто в основной

группе настоящая беременность осложнилась анемией у 38 (73%) беременных, отеками у 16 (31%), угрозой выкидыша у 11 (21%), пиелонефритом у 9 (17%), рецидивирующим кольпитом у 22 (42%) женщин. В группе сравнения также наиболее часто были отмечены такие осложнения как угроза прерывания беременности 12 (23%), анемия у 43 (83%), рецидивирующий кольпит у 14 (27%) женщин. Гестоз различной степени тяжести отмечен у 25 (57%) и 20 (38%) женщин соответственно. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) наблюдалась в 15 (29%) случаях только в основной группе. Антенатальная гибель плода констатирована у 7 (13%) женщин основной группы, 6 из которых были обусловлены ПОНРП. В группе сравнения антенатальная гибель плода произошла у 4 (8%) беременных.

Анализ изменений в сывороточном содержании аутоантител проведенный у 52 женщин с развившимися кровотечениями в родах (основная группа) позволил установить понижение уровней всех аутоантител у 1 (1,9%) пациентки, дисбаланс уровней аутоантител — у 51 (98,1%) женщин (при этом содержание преобладающей части аутоантител находилась ниже значений нормы, а часть превышала нормальные показатели). Повышенные значения всех аутоантител не были отмечены ни у одной пациентки. В группе сравнения установлено понижение уровней всех аутоантител у 10 (19%) пациенток, дисбаланс уровней аутоантител — у 25 (48%) женщин, повышение всех аутоантител — у 4 (8%), нормальные значения — у 13 (25%). Для беременных с акушерскими кровотечениями на фоне нарушений системы гемостаза было характерно снижение уровней аутоантител к белкам тромбоцитов — маркерам тромбоцитопатий (ТгМ-001-15, ТгМ-008-10, ТгМ-015-12) в пределах от — 47 до — 84 у.е., чего не отмечалось у пациенток без патологической кровопотери ($p < 0,05$). Частота встречаемости патологических уровней и средние значения аутоантител к СФЛ, ДНК, β -ГП, ANCA, Fc-фрагментами IgG не имели достоверного отличия в основной и группе сравнения ($p > 0,1$). Характерно, что у женщин контрольной группы в 94% случаев содержание всех исследованных аутоантител было в пределах значений физиологической нормы.

Изменение содержания регуляторных аутоантител у беременных с патологической кровопотерей в родах, очевидно, свидетельствует об участии иммунологических механизмов в патогенезе развития акушерских кровотечений и может использоваться для их прогнозирования.

К ВОПРОСУ О БЫСТРЫХ РОДАХ

Зефирова Т.П., Железова М.Е., Яговкина Н.Е.
Казанская государственная медицинская академия

Быстрые роды являются нередким событием в современной акушерской практике, их частота достигает 7-12% и во многих случаях они являются результатом гиперактивности матки. Среди раз-

личных причин, приводящих к гиперактивности матки, особое внимание привлекает роль инфекционной патологии беременных. В экспериментальных и клинических исследованиях убедительно продемонстрировано значение инфекционных факторов в индукции сокращений миометрия. Однако наиболее традиционным суждением являются указания на то, что в условиях урогенитальной инфекции чаще всего формируется недостаточная контрактильная активность матки.

Мы поставили целью изучить факторы риска и условия развития быстрых родов у беременных с хронической урогенитальной инфекцией. Осуществлен ретроспективный анализ частоты и структуры аномалий родовой деятельности у 228 женщин с хроническими специфическими (микоплазменными, уреоплазменными, хламидийными) и неспецифическими воспалительными заболеваниями мочевых и половых путей. Результаты показали, что быстрые (или стремительные) роды имели место у 42 женщин (18,4%), что было в 5,2 раза выше, чем в группе сравнения (где соответственно 3,5 %, $z=9,66$, $p=0,001$). Показатель частоты быстрых родов оказался наивысшим при хламидийной и хламидийно-микоплазменной инфекции (соответственно 30,9% и 15,2%). У женщин с микоплазменной (уреоплазменной) инфекцией он равнялся всего 1,3%, при урогенитальной неспецифической бактериальной инфекции — 6,6%. Логистический анализ показал, что фактор хламидий увеличивал шансы быстрых родов в 11,7 раза по сравнению с неинфицированными беременными ($b=2,5$, Wald's Chi-square = 5,6, $p=0,01$).

Поэтому для дальнейшего анализа из общей когорты женщин, принимавших участие в пилотном исследовании, были отобраны пациентки с хламидийной (67 наблюдений), а также комбинированной хламидийно-микоплазменной инфекцией (59 наблюдений), суммарно 126 человек. У 39 из них реализовались быстрые (или стремительные) роды, они составили I группу. Другие 87 женщин вошли во II группу. Группу сравнения (III) сформировали 28 пациенток, не имевших инфекционных отягощений до и во время беременности.

Особенностью соматического статуса, характерной для пациенток I группы оказались высокая частота патологии щитовидной железы (20,5%). Отличительной чертой акушерского анамнеза оказалось частое наличие самопроизвольных выкидышей. В I группе данное осложнение, которое могло демонстрировать активность инфекционного процесса, наблюдалось в 6,5 раз чаще, чем во II группе (43,5% и 6,7% соответственно, $c_2 = 24,1$, $p=0,0001$).

Во время настоящей беременности у женщин, реализовавших впоследствии быстрые роды, в 1,4 раза чаще наблюдалась активация инфекционных процессов мочевых путей. Рецидивирующая форма кольпита и цервицита наблюдалась в 44,7% (против 14,8% во II группе, $c_2 = 11,84$, $p=0,006$). Показатель частоты угрозы прерывания беременности в I группе был в 1,3 раза выше, чем во II (84,6% и 66,2% соответственно, $c_2 = 4,77$, $p=0,028$).

Кроме того, у пациенток, имевших в последующем быстрые роды, угроза прерывания беременности в 55.1% случаев носила рецидивирующий характер, и это было значительно чаще по сравнению со II группой (там — в 33.3%, $s_2 = 2.88$, $p=0.048$). По данным четырехканальной гистерографии удалось установить, что у беременных I группы накануне родов частота спонтанных высокоамплитудных сокращений Брекстона Гикса существенно выше, чем во II группе и у здоровых беременных (6.2 ± 0.4 за 60 минут против 3.9 ± 0.2 , $p=0.01$). Таким образом, у женщин с быстрыми родами еще до их начала проявлялись признаки высокой функциональной активности миометрия.

Результатом быстрых родов были травматические повреждения мягких тканей у матери, которые имели место в 21 случае (53.8%). Интранатальная гипоксия отмечена у 20 новорожденных (51,3%), аспирационный синдром — у 3 (7.6%). При дальнейшем наблюдении у 30.7% детей имели место осложнения неонатального периода, которые могли находиться во взаимосвязи с быстрыми родами — желтуха новорожденных, геморрагический синдром, перинатальные повреждения ЦНС.

Проведенное нами исследование продемонстрировало, что хроническая хламидийная инфекция у беременных является важным фактором риска развития быстрых родов. Основными предикторными факторами быстрых родов можно считать следующие: в анамнезе — потерю первой беременности, при данной гестации — рецидивирующую угрозу прерывания и наличие неоднократных эпизодов активации инфекционно-воспалительных процессов мочевых и половых путей.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ИХ ИНГИБИТОРЫ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Зиганшина М.М., Кречетова Л.В., Мусиенко Е.В.,
Ванько Л.В.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Ранние сроки беременности характеризуются интенсивными процессами ремоделирования сосудов, в результате которых формируется сосудистая сеть, отвечающая потребностям развивающегося плода. Одними из основных биологически активных молекул, задействованных в этих процессах, являются матриксные металлопротеиназы (ММП) и их тканевые ингибиторы (ТИМР). Коллагеназы IV типа — ММП-2 и ММП-9 специфически гидролизуют коллаген базальных мембран, обеспечивая инвазию клеток через мембраны.

Формирование фетального кровообращения, примитивных сосудистых структур плаценты с последующей трансформацией в зрелую сеть происходит в I триместре беременности. Кроме того, ранние сроки гестации характеризуются первой

волной инвазии цитотрофобласта, а степень инвазии в стенки спиральных артерий является определяющей для нормального развития плаценты. Поскольку все эти процессы осуществляются благодаря интенсивному ремоделированию внеклеточного матрикса с инвазией клеток через матрикс и мембраны по направлению к ангиогенным факторам, а также лизису мышечно-эластических элементов и эндотелия материнских артерий, то определение в крови ММП и ТИМР имеет важное значение для понимания механизмов возникновения патологических реакций.

Цель исследования: определить содержание ММП и ТИМР в I триместре беременности, характеризующемся интенсивным ангиогенезом и первой волной инвазии трофобласта.

Всего обследовано 147 пациенток с беременностью ранних сроков. Контрольную группу составили 62 пациентки с физиологическим течением беременности. Основную группу составили 40 пациенток с диагнозом «привычное невынашивание беременности», у которых забор крови осуществляли на момент постановки диагноза «замершая беременность». В группу сравнения включены 45 пациенток с невынашиванием в анамнезе и угрозой прерывания текущей беременности, у которых в дальнейшем данная беременность благополучно завершилась. Забор крови из вены осуществляли на сроках до 6 недель, 7-8 недель и 11-13 недель беременности. В сыворотке определяли растворимые формы ММП-2, ММП-9, ТИМР-1, ТИМР-2 иммуноферментным анализом (ELISA).

Обнаружено, что на ранних сроках гестации до 6 недель отмечается повышенное содержание ММП-2 в основной группе по сравнению с контрольной и группой сравнения ($p \leq 0,05$). Содержание ТИМР-2 при этом достоверно снижено в основной группе при сравнении с контрольной. Уровень ММП-9 на этом сроке не имеет достоверных отличий между группами, тогда как его эндогенный ингибитор ТИМР-1 достоверно снижен в основной группе.

На сроке 7-8 недель, характеризующемся наиболее выраженными процессами инвазии цитотрофобласта, отмечается повышенный уровень ММП-2 в группе сравнения, содержание ТИМР-2 достоверно выше только в основной группе. Аналогично со сроком до 6 недель содержание ММП-9 также не имело достоверных отличий, ТИМР-1 был повышен только в группе сравнения.

Интервал 11-13 недель беременности отмечен достоверным снижением значения ММП-2 и ММП-9 в основной группе при сравнении с контрольной и группой сравнения. Причем значения этих факторов в группе сравнения практически не отличались от значений в контрольной группе. Значения содержания ТИМР-1 на этом сроке не обнаруживало достоверных отличий между группами. Содержание ТИМР-2 в группе сравнения достоверно ниже, чем в контрольной и основной группе.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что на ранних сроках беременности (на сроках до 6 недель), характеризующихся разветвлением вор-

синчатого дерева до третичных ворсин и их интенсивной васкуляризации, а также формированием единой гемодинамической системы зародыша, наиболее выражены изменения MMP-2, причем ее критическое повышение наблюдается в группе с потерей беременности. Также в данной группе повышен уровень ее естественного ингибитора. В интервале 7-8 недель критичным для беременности является повышение уровня TIMP-2, в то время как MMP-2 меняется незначительно. Вероятно, инвазирующая активность цитотрофобласта в спиральные артерии на данном сроке беременности лимитируется уровнем эндогенного ингибитора TIMP-2, изменяя баланс между ферментом и его ингибитором в сторону последнего. Рубеж I и II триместров является периодом интенсивного развития межворсинчатого пространства и окончательного перехода к плацентарному кровообращению. Потеря беременности происходит в группе, характеризующейся достоверным снижением уровней обеих желатиназ — MMP-2 и MMP - 9, при этом их уровни в группе сравнения не отличаются от контрольной группы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о значительном дисбалансе в содержании желатиназ и их ингибиторов в крови женщин с замершей беременностью. Поскольку интенсивный органо- и плацентогенез является характерным для I триместра беременности, то появление свободных форм MMP в крови отражает инвазивные потенции клеток. Низкие уровни ферментов, отмеченные на сроке 11-13 недель, так же как и высокие уровни ингибитора TIMP-2 (до 6 недель и 7-8 недель) являются индикатором неблагоприятного протекания инвазивных процессов и ангиогенеза.

СВОБОДНАЯ ФОРМА HLA-G В КРОВИ КАК СИГНАЛ ОПАСНОСТИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Зиганшина М.М., Кречетова Л.В.,
Культербаева М.А., Ванько Л.В.**

Россия, г.Москва, «ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Имплантация зародыша и дальнейшее развитие беременности происходят в условиях потенциально неблагоприятного иммунологического фона, поскольку фетальные клетки несут чужеродный для организма матери антигенный репертуар. Однако функциональная активность иммунной системы матери в этот период направлена на формирование феномена иммуносупрессии, обеспечивающего толерантность к антигенам плода. В результате материнский организм при нормальной беременности не развивает клеточный ответ на чужеродные для него антигены.

Существуют механизмы, ограничивающие цитотоксическую активность клеток в зоне мать-плацента-плод. Причем на ранних сроках беремен-

ности более важную роль играет активация системы аллогенетического распознавания, основанная на NK-клетках, посредством взаимодействия NK-клеточных рецепторов с неклассическими молекулами MHC 1 класса (HLA-G, HLA-E), экспрессируемых клетками трофобласта. Во второй половине беременности, напротив, активация T-клеточного звена иммунной системы матери играет решающую роль в развитии патологии беременности.

Известно, что максимальный уровень экспрессии HLA-G клетками вневорсинчатого трофобласта наблюдается в I триместре, в те же сроки отмечено максимальное содержание свободной формы HLA-G (sHLA-G) в крови при физиологической беременности. При развитии преэклампсии отмечено одновременное снижение уровня sHLA-G в крови и экспрессии белка клетками трофобласта. Однако в литературе отсутствуют данные относительно уровня sHLA-G в динамике беременности, в том числе осложненной преэклампсией.

Цель настоящего исследования состояла в анализе содержания sHLA-G в сыворотке крови женщин в течение физиологической беременности и беременности, осложненной преэклампсией различной степени тяжести.

Обследовано 53 женщины с 8 по 41 неделю беременности с клиническими проявлениями преэклампсии. Контрольную группу составили 73 женщины с физиологическим течением беременности и родов. Забор крови из вены осуществляли на сроках 8-13, 14-20, 21-26, 27-31, 32-36 и 37-41 недель беременности в обеих группах. По возрасту, числу беременностей и родов в анамнезе контрольная группа и группа беременных с преэклампсией были сопоставимы.

Анализ полученных данных показал, что физиологическая беременность характеризуется максимальным содержанием sHLA-G в крови на сроке 8-13 недель, после 14 недель беременности уровень sHLA-G снижается и остается далее до родов на постоянном уровне. Динамика при преэклампсии имеет обратную тенденцию. Так, I триместр характеризуется минимальными значениями содержания sHLA-G, далее обнаруживается постепенное повышение уровня, с максимумом на сроках 31-36 и 37-41 неделя.

При сравнении групп между собой отмечается достоверное снижение уровня sHLA-G в крови беременных, у которых в дальнейшем развилась преэклампсия, по сравнению с беременными контрольной группы на сроке 8-13 недель. Причем на данном сроке беременности различия между группами максимальны. Во II триместре достоверных различий в содержании sHLA-G не обнаружено. На сроках 31-36 и 37-41 неделя содержание sHLA-G в крови беременных с преэклампсией достоверно превышает содержание в контрольной группе.

Таким образом, полученные результаты, вероятно, отражают степень благополучия в системе мать-плацента-плод, поскольку присутствие биологически активной молекулы в крови в I триместре беременности косвенным образом свидетельствует

о ее присутствии в тканях фето-плацентарной области. Для успешной беременности необходимыми условиями являются высокий уровень экспрессии HLA-G клетками трофобласта и повышенное содержание свободной формы в крови. Взаимодействие рецепторов децидуальных NK-клеток с HLA-G молекулами трофобласта посредством специфических пептидных молекул приводит к активации ингибиторных рецепторов, что ведет к блокаде цитотоксической реакции. Присутствие sHLA-G в этот период в крови имеет значение для регуляции ангиогенеза, поскольку 8-13 недель беременности характеризуется первой волной инвазии трофобласта и приростом маточно-плацентарного кровотока. Недостаточное его содержание в крови и на клетках отражает формирование патологических реакций, приводящих к преэклампсии.

В то же время, повышенное содержание sHLA-G при преэклампсии в III триместре, возможно, является следствием массивного апоптоза, развивающегося вследствие генерализованного вазоспазма, ишемических и гипоксических изменений в органах с нарушением их функции и гибели клеток. Так, sHLA-G возможно рассматривать как молекулу опасности, сигнализирующую о неблагополучии в системе в случаях ее низкого содержания на ранних сроках беременности и высокого содержания на поздних сроках.

TGF β 1, КАК ФАКТОР ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зильбер М.Ю., Цыганенко С.В., Буев Ю.Е.,

Гребнева О.С., Коновалова Н.В., Меньшенина Т.А.

Россия, г. Екатеринбург, кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия" Росздрава, МУ ЦГКБ №24

TGF- β 1 (трансформирующий фактор роста) является диагностическим критерием акушерских проблем при вспомогательных репродуктивных технологиях, потерь беременностей первого триместра, привычного невынашивания и первичной плацентарной недостаточности (ПН). Однако, в настоящее время нет четкой ранжировки, позволяющей дифференцировать репродуктивную патологию по уровню TGF- β 1 в сыворотке крови.

Цель исследования — определить диагностическую значимость TGF β 1, как маркера плацентарной недостаточности.

Материалы и методы

В проспективное рандомизированное исследование включены 50 беременных, пролеченных в гинекологической клинике МУ ЦГКБ №24 г. Екатеринбурга и распределенных на 3 группы по уровню TGF- β 1. I группа (n=15): уровень TGF- β 1 0-3,6 нг/мл. II группа (n=20): TGF- β 1 3,6-20 нг/мл. III группа (n=15): значения TGF- β 1 превышающие 20 нг/мл. Использовались общеклинические и лабораторные методы исследования. Статистическая

обработка данных осуществлялась с использованием пакетов прикладных программ Microsoft® Excel 2007 и Stat Soft 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась критерием Манна-Уитни.

Результаты

Средний возраст по группам составил в I группе 23±1,1, во II группе 24±1,5, в III группе 28±2,1 лет.

В первую группу вошли женщины с невынашиванием беременности в 1 триместре: ретрохориальная гематома 7 (46,7%), регрессирующая беременность 3 (20%), самопроизвольный выкидыш 5 (33,3%). Во 2 группу — женщины с потерями беременности преимущественно 2 триместра, в структуре которых преобладала преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 14 (70%), истмико-цервикальная недостаточность 4 (20%), регрессирующая беременность 2 (10%). В 3 группу — беременные после ЭКО с невынашиванием беременности в сроках 14-26 недель.

Среди экстрагенитальной патологии имели значение заболевания желудочно-кишечного тракта: в I группе 7(46,6%), во II 5(25%), в III 3(20%); сердечно-сосудистой системы: 3(20%), 8(40%), 4(26,7%); мочевой системы: 5(33,3%), 5(20%), 2(13,3%); хроническая венозная недостаточность: 1(6,7%), 6(30%), 1(6,7%) (p1<0,05; p2<0,05; p3<0,05).

Средний возраст менархе по группам составил: 11,8±1,5; 12±0,5; 13±1,1 (p1<0,05; p2<0,05; p3<0,05). Из гинекологических заболеваний заслуживало внимание преобладание хронического воспалительного процесса в яичниках и матке — во II и III группах — 5(20%) и 4(26,7%); дисменорея в III группе — 5 женщин (33,3%), (p1<0,05; p2<0,05; p3<0,05); опухоли и опухолевидные образования яичников 2 (10%) во II группе и 1 (6,7%) в III; миома матки у 3 женщин (15%) во II группе и 5 (33,3%) в III группе). Из репродуктивного анамнеза: средняя частота abortов (0,5±0,8; 3,1±1,8; 0,8±0,9); выкидышей (0; 1,2±0,6; 2,3±0,9); внематочных беременностей (0; 0,9±0,8; 1,3±0,9) регрессов (0; 1,6±0,9; 2,4±1,8) (p1<0,05; p2<0,05; p3<0,05). Паритет: первобеременные 13(86,7%), 11(55%), 5(33,3%); повторнобеременные 2 (13,3%), 9(45%), 10(66,7%)

Причины прерывания беременности 1 триместра общеизвестны и чаще всего ими являются мутации и инфекции. Значения TGF- β 1 при этом остаются в пределах референтных значений. Потери плодов 2 триместра сопровождаются повышенными показателями TGF- β 1 3,6-20 нг/мл. Объяснением этому может служить формирование первичной ПН в сроке 16 - 18 недель. К тому же, высокие значения TGF- β 1 в группе беременных после ЭКО, позволяют судить о развитии ПН на фоне стимуляции яичников.

Заключение

Таким образом, в исследовании подтверждена роль TGF- β 1 как фактора диагностики ПН. При нормальных показателях 0-3,6 нг/мл нарушения функции плаценты не наблюдается. При значениях 3,6-20 нг/мл и более 20 нг/мл у беременных после ЭКО высок риск формирования ранней ПН, требующей своевременной коррекции и превентивной профилактики перинатального благополучия.

ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УХУДШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ

Злобина А.В., Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А.,
Мезужок С.С., Селина Н.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии КГМУ,
МУЗ ГБ №2 КМЛДО, ПЦ, г. Краснодар

Одной из актуальных задач акушерской науки и практики является снижение перинатальной смертности. Чаще перинатальные потери возникают у беременных с гинекологической и экстрагенитальной патологией в анамнезе, составляющих группу высокого риска.

По данным литературы количество нормальных родов составляет всего 33,7% от их общего числа, перинатальная смертность — 10,17‰.

Причиной большого количества перинатальных потерь является внутриутробная гипоксия и асфиксия плода, развивающаяся вследствие осложненного течения беременности и родов, которые чаще встречаются среди женщин с гинекологической и экстрагенитальной патологией.

Целью исследования явилось выявление причин, которые могли привести к ухудшению состояния плода в течение беременности у женщин репродуктивного возраста с отягощенным акушерско-гинекологическим диагнозом (ОАГА).

Нами было обследовано 54 беременные женщины с ОАГА у которых родились дети, потребовавшие их перевода на ИВЛ не ранее чем через 12 часов после родов. Оказалось, что у 9,3% была угроза прерывания беременности в первом триместре, потребовавшая госпитализации, а у 46,3% — во втором триместре. Во время настоящей беременности у 12 беременных возникала ОРВИ (22,2%); у 42,6% анемия, гестационный пиелонефрит у 11,1%; хроническая плацентарная недостаточность у 20,4%, а внутриутробная задержка развития плода у 9,3%. Заболевания передающиеся половым путем были выявлены у 5,5% беременных. В половине случаев беременные стали на учет по поводу беременности в женские консультации до 12 недель, вторая половина обследованных — до 16 недель беременности. В 75% предстояли первые роды, в 25% — третьи. У всех роды произошли после 33 недель беременности: в сроке 33-34 недели — у 11,1%; 35-36 недель — у 5,5%. Основная группа обследованных — 45 беременных (83,4%) родили в срок. В 75% роды проходили в головном предлежании, у 25% — предлежал тазовый конец плода. Частота оперативного родоразрешения составила 31,5% (17 беременных), причем практически в половине случаев (8 беременных, что составило 47,1%), оно было экстренным. Причиной экстренного оперативного родоразрешения были: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, рубец на матке, острая гипоксия плода, истекающий допустимый безводный период при тазовом предлежании плода, крупный плод при тазовом и головном предлежании.

Продолжительность ИВЛ новорожденного составила от 36 до 72 часов, в среднем 39,6±1,5 часа. Среди заболеваний неонатального периода ли-

дировала гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы, проявляющиеся внутриутробной пневмонией у 52 детей, а в двух случаях ранним неонатальным сепсисом.

При рождении оценка по шкале АПГАР составила от 5 до 7 баллов, ухудшение состояния отмечено в основной группе через 12-18 часов после рождения. При этом мы выявили зависимость оценки состояния новорожденного при рождении от длительности первого периода родов: чем выше была оценка по АПГАР, тем длиннее первый период родов. Если в среднем длительность родов составила 8,6±1,3 часа, то при оценке по шкале АПГАР 5 баллов при рождении длительность первого периода родов составила 4,3±0,7 часа у первородящих и 3,2±0,9 часа у рожавших повторно. У 11,1% обследованных проводился интранатальный токолиз, а у 44,4% эпидуральная анестезия.

Анализируя полученные данные, мы считаем, что группу детей, родившихся после 33 недели беременности и требующих проведения отсроченного ИВЛ после родов через 12 часов и более, составляют дети от беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Это, как правило, первородящие или беременные с третьими родами; длительность родов у первородящих и рожавших третий раз сопоставима и составила в среднем 8,6 часа. Оценка по шкале АПГАР зависит от длительности первого периода родов: чем ниже оценка, тем короче первый период. У данных беременных более чем у 50% возникала угроза прерывания беременности, высокий инфекционный фон — практически 39% перенесли ту или иную инфекцию. Наличие анемии практически у 43% беременных ухудшало внутриутробное состояние плода и привело к хронической плацентарной недостаточности у каждой пятой обследованной и к внутриутробной задержке развития плода у каждой десятой из числа обследованных беременных.

Таким образом, оценка факторов риска, рациональная предгравидарная подготовка, раннее взятие на учет беременных с ОАГА, профилактика воспалительных заболеваний, анемий, снизят процент заболеваний во время беременности. Рациональное ведение родов с применением современных методов регулирования родового акта будет способствовать снижению числа детей с внутриутробными и постнатальными заболеваниями.

ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ДИСКОМФОРТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Мамедбеков Э.К.
ГОУ ВПО кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Дагестанской медицинской Академии. Родильный дом №2. Россия, г. Махачкала.

Среди методов обезболивания во время операции кесарево сечение, все более популярной становится спинальная анестезия (СА). Применение

современных анестетиков, а также внедрение в практику спинальных игл малого диаметра, отвело на задний план проблемы постпункционной головной боли и высокого моторного блока. Однако, до настоящего времени сохраняется проблема предупреждения интраоперационной тошноты, рвоты, абдоминального дискомфорта, связанная не со снижением артериального давления, а связанная с внутривенным введением метилэргометрина, механической тракцией брюшины, брыжейки тонкого кишечника, а также выведением матки в операционную рану. Целью нашего исследования явилась оптимизация методов профилактики этих осложнений при проведении операции кесарево сечение. Изучены протоколы обезболивания 450 пациенток, которым с целью профилактики вышеуказанных осложнений, в премедикацию включали внутривенное введение 0,05 — 0,08 мг/кг дроперидола (0,1 — 0,3 мл 0,25% раствора) и 0,006 — 0,009 мг/кг атропина сульфата (0,3 — 0,8 мл 0,1% раствора). Контрольную группу составили 250 беременных, которым СА проведена с соблюдением общепринятых стандартов с предварительным введением церукала и дексаметазона. Результаты исследования показали, что при обычной методике проведения СА у 66 (26,4%) пациенток отмечалась тошнота, у 25 (10%) рвота и у 35 (14%) был абдоминальный дискомфорт. При включении же в премедикацию дроперидола и атропина, в 16 (3,5%) наблюдениях была выявлена тошнота, в 6 (1,3%) — рвота и у 8 (1,7%) обследуемых отмечен абдоминальный дискомфорт. Таким образом, включение в премедикацию дроперидола и атропина перед проведением СА, значительно снизило частоту тошноты, рвоты и абдоминального дискомфорта во время операции кесарево сечение.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНО — ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У РОЖЕНИЦ С ГЕСТОЗОМ

Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Рамазанова И.В.
Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО кадра акушерства и гинекологии лечебного факультета Дагестанской медицинской академии. МО родильный дом № 2

Как известно, родовой акт сопровождается интенсивными болевыми ощущениями, которые негативно влияют не только на течение родов, но и на состояние роженицы и ее плода. Особое значение этот факт приобретает у рожениц с гестозом, когда болевой синдром может привести к значительному повышению артериального давления и вызвать такие осложнения, как преэклампсия, эклампсия.

В связи с этим, целью нашего исследования явилась оценка спинально — эпидуральной анестезии (СЭА) на степень обезболивания родов, а также на сократительную способность матки, динамику раскрытия и на состояние роженицы и плода.

Нами обследованы 96 рожениц, среди которых у 52 (54,1%) беременность осложнилась ге-

стозом 1 степени, у 31 (32,2%) гестозом 2 степени и у 13 (13,5%) гестозом 3 степени. Первородящих было 59 (61,4%), повторнородящих — 37 (38,5%). Гестационный пиелонефрит сопровождал беременность у 23 (23,9%) пациенток, анемия различной степени тяжести у 58 (60,4%), экстрагенитальные заболевания (диффузный зоб 1 степени, вегето — сосудистая дистония, метаболический синдром) — у 19 (19,7%) обследуемых. Сроки беременности составляли 34 — 40 недель.

С целью проведения СЭА, при раскрытии маточного зева на 2 — 3 см у пациенток при гестозе 1 степени и в самом начале родовой деятельности при гестозе 2 и 3 степени, в положении на боку или в сидячем положении, на уровне L2 — L3 выполняли пункцию эпидурального пространства, затем, через просвет иглы проводили спинальную иглу. После появления спинномозговой жидкости вводили 3 — 4 мл 0,5% раствора маркаина, а затем 10 — 12 мкг (0,005% — 0,1 — 0,2 мл) фентанила. Спинальную иглу извлекали, катетер фиксировали в эпидуральном пространстве. Полное обезболивание наступало через 4,5 — 5 минут. После возобновления болевых ощущений (через 2,5 — 3 часа) через катетер в эпидуральное пространство вводили 10 — 12 мл 1% раствора лидокаина, причем, повторнородящим достаточным было однократное введение лидокаина в течение всего родового акта, первородящим же, к моменту раскрытия маточного зева на 7 — 8 см требовалось дополнительное введение 8 — 10 мл лидокаина.

После излития околоплодных вод (или после амниотомии), с целью профилактики слабости родовой деятельности, внутривенно капельно вводили окситоцин со скоростью 8 — 10 кап/мин, затем увеличивая скорость введения до 25 — 30 кап/мин.

Результаты исследования показали, что у всех обследуемых полный спинальный блок наступал через 4,5 — 5 минут. При этом отмечено, что сразу после первоначального введения анестетика имело место некоторое кратковременное угнетение сократительной способности матки, носившее преходящий характер. Кроме того, изменение гемодинамики представляли собой снижение исходного АД на 15 — 20%, что не требовало коррекции у 88 (91,6%) обследуемых. У 8 (8,3%) рожениц АД снижалось на 30% от исходного, что требовало введения 2% раствора допмина по 0,2 — 0,3 мл через каждые 3 — 5 минут в течение первых 20 минут, после чего показатели гемодинамики оставались стабильными.

Продолжительность 1 периода родов у первородящих составила 7,2 ± 0,34 часа, 2 периода — 40 ± 0,2 мин; у повторнородящих — 4,6 ± 0,43 часа и 20 ± 0,12 мин. соответственно.

Что касается состояния плода, то оно практически не изменялось в ответ на проведение СЭА. Базальная частота сердечных сокращений колебалась от 128 до 152 уд/мин, число акцелераций за каждые 5 мин наблюдения составляли 3 — 4, у 4 рожениц отмечены 2 — 3 кратковременные децелерации в конце 1 периода родов.

Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии и оценены по шкале Апгар 7 — 9 баллов. У 6 (6,2%) обследуемых родились недоношенные дети с весом 2250 г — 2530 г при сроках 34 — 36 недель, у которых в первые сутки отмечалось некоторое нарушение адаптации, не связанное с проведением СЭА.

Таким образом, СЭА может найти широкое применение при проведении родов у рожениц с различной степенью тяжести гестоза и явиться профилактикой не только неприятных ощущений у рожениц, но и осложнений гестоза.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У БЕРЕМЕННЫХ

Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.

Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Под нашим наблюдением находились 132 беременные женщины в возрасте от 18 до 44 лет. Критериями для исключения из исследования являлись наличие в анамнезе перенесенного гепатита и установленной органической патологии желчных путей. Контрольную группу составили 28 практически здоровых беременных без признаков заболеваний билиарной системы. Группы наблюдения и контроля были сопоставимы по возрастному составу. Всем беременным в динамике лечения энтеросаном проводились общеклинические методы исследования по общепринятой методике. Обследованные беременные с билиарным сладжем (БС) получали энтеросан по 1 капсуле 3 раза в день (0,9 г) в течение 2-х месяцев. Критериями эффективности проводимой терапии были: изменение характера содержимого желчного пузыря, показателей билиарной моторики, параметров липидного спектра сыворотки крови и профилей КЖК сыворотки и кала.

Всем беременным проведено УЗИ, увеличение объема желчного пузыря более 10,8см наблюдалось в 29% случаев во II триместре и 36% случаев — в III триместре гестации. Изменения стенки желчного пузыря были диагностированы в 24 (18,2%) случаях, воспалительные изменения стенки были выявлены в 3% случаев. Сетчатая, полипозная, смешанная формы холестероза желчного пузыря были обнаружены в 6(25%), 7(29,1%), 7 (29,1%) случаях соответственно. Изменения эхогенности желчи в виде наличия билиарного сладжа (БС) отмечались у 44 (33,3%) пациенток, в I триместре беременности БС был выявлен у 7 (15,9%), во II триместре — у 16 (36,3%), в III триместре — у 21 (47,7%) женщины. Эхографическое исследование содержимого желчного пузыря выявляло неомогенность содержимого в виде гиперэхогенной неоднородной взвеси (70,5% — 31 чел.), эхооднородной желчи со сгустками (15,9% — 7 чел.), замазкообразной желчи (13,6% — 6 чел.) и мелких, до 5-7 мм в диаметре, множественных конкрементов (3 чел.-2,3%), впервые обнаруженных во втором и третьем три-

местре беременности. В III триместре беременности изменение морфологической структуры стенки желчного пузыря в 72,2% случаев сочеталось со снижением сократительной способности желчного пузыря (средний показатель фракции выброса 39% при норме более 50%). У беременных с БС при биохимическом исследовании крови выявлялась дислипидемия, преимущественно начиная со II триместра беременности: среднее значение уровня ХС крови у пациенток составило $6,20 \pm 0,36$ ммоль/л (в контроле — $4,8 \pm 0,41$ ммоль/л, $p < 0,05$), триглицеридов — $1,5 \pm 0,08$ ммоль/л (в контроле — $1,30 \pm 0,05$ ммоль/л); гипертриглицеридемия обнаружена в 88 (56%) случаях. У беременных отмечалось повышение уровня ХС ЛПНП до $4,41 \pm 0,44$ ммоль/л (в контроле — $2,81 \pm 0,29$ ммоль/л, $p < 0,05$) и снижение ХС ЛПВП до $1,10 \pm 0,07$ ммоль/л (в контрольной группе — $1,40 \pm 0,12$ ммоль/л, $p < 0,05$). Всем беременным с I ст. ЖКБ проводилось бактериологическое исследование кала с выявлением I (22 чел.-16,6%), II (31 чел.-23,4%), III (59 чел.-44,6%), IV степеней дисбактериоза (20 чел.-15,4%), выражающихся в значительных изменениях состава облигатной, факультативной и остаточной микрофлоры кишечника.

Для оценки лечебного эффекта энтеросана в отношении коррекции состава кишечной флоры были проведены исследования уровня короткоцепочечных жирных кислот (КЖК). Результаты изучения абсолютного содержания низших и средних КЖК в кале у беременных показали, что при ЖКБ происходит значительное увеличение концентрации пропионовой и масляной кислот и суммарного количества КЖК, а также снижение содержания уксусной кислоты по сравнению с контролем. В сыворотке крови беременных с БС также были выявлены изменения КЖК-профиля со снижением доли пропионовой и резким увеличением доли масляной кислот по сравнению с контролем. Изменение содержания КЖК в биосредах, а также повышение численности и активности анаэробной микрофлоры в кале с резким сдвигом анаэробных индексов в отрицательную сторону являлись объективным доказательством клинических признаков дисбактериоза у беременных уже на I стадии ЖКБ. Лечение энтеросаном беременных с билиарным сладжем сопровождалось элиминацией признаков билиарной и кишечной диспепсии; способствовало восстановлению сократительной функции желчного пузыря; значительно уменьшало атерогенные сдвиги липидного спектра крови; усиливало метаболическую активность кишечной микрофлоры и изменяло количественный и качественный состав КЖК («интестинальный» уровень действия препарата), это ведет к нормализации энтерогепатической циркуляции желчных кислот и обмена холестерина. Таким образом, энтеросан приводит к регрессу БС у беременных и может быть рекомендован для профилактики и лечения начальной стадии ЖКБ в период гестации.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ КОРТОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭНТЕРОСАНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.

Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Одной из причин повышения литогенности желчи в период беременности является нарушение метаболизма желчных кислот и холестерина на этапе энтерогепатической циркуляции. Цель нашего исследования состояла в изучении содержания качественного и количественного состава короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) методом газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ-анализа) в кале и сыворотке крови беременных женщин с билиарным сладжем (БС) после лечения энтеросаном в разные сроки гестации. Было обследовано 132 беременных в возрасте от 25 до 44 лет. Верификация диагноза осуществлялась клинически, с помощью биохимических исследований крови (липидный профиль), УЗИ желчного пузыря и печени. Исследование короткоцепочечных жирных кислот (КЖК): уксусной — С2, пропионовой — С3, масляной — С4, АИ — анаэробного индекса в кале и сыворотке крови проводилось методом ГЖХ-анализа. Органопрепарат энтеросан назначался в дозе 1 капсула 3 раза в день в течение 2-х месяцев. Энтеросан — это природная смесь высушенной покровной пластины мускульного желудка птиц, состоящей из секрета простых желез и покровного эпителия, гликопротеидов, гликозоаминогликанов, желчных и нуклеиновых кислот, сиаломуцина.

Изучение абсолютного содержания низших и средних КЖК (С2 — С4) в кале у беременных показало, что при БС происходит значительное увеличение концентрации пропионовой и масляной кислот и суммарного количества КЖК, а также снижение содержания уксусной кислоты по сравнению с контролем. Подобное соотношение, отражающее сдвиг окислительно-восстановительного потенциала среды (анаэробного индекса) в область отрицательных значений, было связано с ускорением роста условно-патогенной и патогенной микрофлоры, особенно грамотрицательных бактерий (патогенные штаммы бактероидов). В сыворотке крови беременных со сладжем также были выявлены изменения КЖК-профиля со снижением доли пропионовой и резким увеличением доли масляной кислот по сравнению с контролем. Таким образом, изменение содержания КЖК в биосредах, а также повышение численности и активности анаэробной микрофлоры в кале с резким сдвигом анаэробных индексов в отрицательную сторону являлись объективным доказательством клинических признаков желчнокаменной болезни.

Ультразвуковое обследование желчного пузыря и пузырной желчи у беременных с I стадией холелити-

аза на фоне лечения энтеросаном позволило констатировать положительную динамику в виде регресса сладжа (мелкозернистые эхопозитивные включения) и морфологических изменений стенки у 82% и 78% женщин соответственно. В анализах кала и сыворотки крови наблюдалась заметная коррекция состава КЖК и анаэробного индекса. Отмечалось снижение уровня масляной и пропионовой кислот и увеличение содержания уксусной кислоты в кале, а также снижение концентрации уксусной и увеличение пропионовой кислот в сыворотке крови. Прием препарата приводил к сдвигу окислительно-восстановительного потенциала среды в сторону нормальных значений и снижению анаэробного индекса, что обеспечивало условия для активизации облигатной микрофлоры и восстановления ферментативных процессов. На фоне лечения ни у одной беременной с сохранившимся БС не были сформированы конкременты к концу периода гестации и не наблюдалось рецидива регрессировавшего БС на протяжении всего периода беременности независимо от срока его выявления. Данные изменения можно объяснить, во-первых, бактериостатическим действием препарата на анаэробную микрофлору, в частности на рода бактероидов, клостридий и фузобактерий, эубактерий и др. принимающих участие во вторичном обмене желчных кислот, снижая их активность, и способствует повышению активности и численности облигатной молочной флоры (в частности бифидобактерий, оказывающих влияние на уровень холестерина). Во-вторых, энтеросан, нормализует моторно-эвакуаторную функцию кишечника, способствует не только восстановлению среды обитания микроорганизмов (о чем свидетельствует динамика значений АИ), но и нормализации пассивной и активной абсорбции желчных кислот. В-третьих, имея в своем составе желчные кислоты, препарат оказывает опосредованный эффект на микрофлору, через изменение биохимического состава желчи и ее дебита.

Таким образом, коррекция интестинальной фазы обмена желчных кислот и холестерина приводит к нормализации их метаболизма в печени, о чем свидетельствуют выявленные изменения содержания и спектра КЖК в сыворотке крови. Указанные параметры КЖК могут быть использованы в качестве критериев эффективности проводимого лечения БС и профилактических мероприятий.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.

Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа,
Башкирский государственный медицинский университет

По данным литературы до 45% женщин имеют заболевания внутренних органов, которые в 14-32% случаев приводят к осложнениям в период беременности и родов. Особенный интерес в свя-

зи с этим представляет желчнокаменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется у 10% населения, причем у женщин в 2—7 раз чаще, чем у мужчин. В период гестации в организме женщины происходят сложные метаболические и морфофункциональные изменения, которые можно рассматривать как метаболическую основу для повышения литогенности желчи, развития билиарного сладжа и холестероза желчного пузыря.

Ультразвуковая сонография является одним из наиболее информативных и доступных методов диагностики заболеваний желчевыводящей системы. Ультразвуковая диагностика (УЗИ) позволяет определить анатомо-морфологическое строение и функциональные изменения, происходящие в желчном пузыре. Простота выполнения, неинвазивность, безопасность позволяют широко использовать данный метод для обследования пациентов в разных возрастных группах, а также беременных женщин в любом сроке гестации. Во время беременности заболевания печени и желчного пузыря диагностируются в 3-5% случаев. В 0,1-3% случаев при осложнениях ЖКБ выполняется операция холецистэктомия. К сожалению, холецистэктомия не всегда решает проблемы, связанные с камнеобразованием при нарушении обмена холестерина: как известно, рецидивы камнеобразования возникают в 15-25% случаев. Для оценки состояния желчного пузыря была проведена ультрасонография 132 беременным женщинам в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 25,3±2,9), находившихся на обследовании и лечении в Республиканском Перинатальном Центре и ООО «Медицинская Диагностика Плюс». Отбор пациентов проводился с учетом жалоб, возникших во время беременности и предъявляемых при обращении (боль или ощущение дискомфорта в области правого подреберья, отрыжка, изжога, тошнота, неустойчивый стул с преобладанием запоров или поносов, постоянное или периодически возникающее ощущение вздутия и урчания в животе), данных семейного анамнеза (наличие у ближайших родственников ЖКБ). Контрольную группу составили 28 практически здоровых беременных без признаков заболеваний билиарной системы. Группы наблюдения и контроля были сопоставимы по возрастному составу. Всем беременным проводились общеклинические методы исследования, УЗИ желчного пузыря, желчных путей в утренние часы натощак по стандартной методике с использованием ультразвукового аппарата <Voluson-700>, конвексного датчика с рабочей частотой 3,5 МГц и режима цветного доплеровского картирования (ЦДК). Оценивались анатомо-морфологические особенности печени, желчного пузыря (размеры, состояние стенки, эхооднородности пузырной желчи, диаметра желчного протока на всем протяжении); в ряде случаев проводилась оценка сократительной способности желчного пузыря через 40 минут после приема стандартного желчегонного завтрака по общепринятой методике. При необходимости и в соответствии со скрининговыми сроками (12-14 нед., 22-24 нед., 32-34 нед. беременности) проводилось УЗИ органов малого таза и плода.

Из 132 беременных в первом триместре беременности УЗИ проведено 52 (39,4%), во втором — 56 (42,4%), в третьем — 24 (18,2%) пациенткам. Изменения стенки желчного пузыря диагностированы в 24 (18,2%) случаях. Воспалительные изменения стенки выявлены у 4 (16,8%) пациенток. Сонографические признаки холестероза желчного пузыря обнаружены у 25 беременных, что составило 19%. В 1 и 2 триместрах гестации данная патология выявлена у 10 (40%) женщин, а в 3 триместре эта цифра возросла до 15 пациентов (60%). Из них в равном количестве встречались смешанная и полипозная формы — в 9 и 9 (по 36%) случаях. А сетчатая форма холестероза ЖП составила 28% случаев (7 чел.). Изменения эхогенности желчи в виде наличия билиарного сладжа (БС) отмечались у 44 (33,3%) пациенток, причем частота встречаемости БС оказалась различной в разные сроки гестации: в 1-м триместре беременности БС выявлен у 7 (15,9%) беременных, во 2-ом триместре — у 16 (36,4%), в 3-ем триместре — у 21 (44,7%) беременных женщин. В группе беременных с I стадией ЖКБ, к которой отнесен билиарный сладж, согласно утвержденной классификации на 3-м внеочередном съезде НОГР (2002 г.), преобладал его первый вариант-70,5%-31 чел., второй составил 15,9%-7 чел., третий встречался у 6 женщин (13,6%). Холецистолитиаз выявлен у 3 (2,3%) беременных, причем, впервые во 2-3 триместре беременности. Конкременты желчного пузыря мелкие, 5-8 мм в диаметре, множественные. Структурно-функциональные изменения желчного пузыря при беременности сочетались с ожирением 1-2 степени в 9 (6,8%), патологией кишечника (синдром раздраженного кишечника, дисбиоз кишечника) в 64 (84,2%), хроническим панкреатитом в 96 (73%) случаях, у 28 (21%) пациенток отмечался дисбиоз влагалища. Акушерские осложнения диагностированы при сонографии у 28 (21,2%) пациенток данной группы, гинекологические — у 8 (6,1%).

Полученные результаты подтверждают тот факт, что беременность является одним из факторов риска по развитию холелитиаза. К сожалению, несмотря на риск возникновения ЖКБ и акушерских осложнений, обнаружение патологии печени и желчного пузыря нередко является случайной находкой у беременных. Введение УЗИ органов билиарной системы в обязательный алгоритм обследования беременных женщин могут способствовать своевременному лечению и профилактике камнеобразования у этой категории пациентов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова О.Ю., Газазян М.Г., Пономарева Н.А.

Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Более половины неблагоприятных исходов беременности развиваются в результате фето-плацен-

тарной (ФПН) недостаточности и гестоза. Генез данных осложнений связан с системными и локальными изменениями в гемодинамической системе мать-плацента-плод. Поэтому разработка достоверных прогностических маркеров, позволяющих предсказывать развитие ФПН и гестоза, проводить их своевременную профилактику и коррекцию, позволит глубже понимать гестационный процесс и добиться снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью работы явилось разработка прогностических гемодинамических критериев развития гестоза и ФПН с учетом специфических изменений гемодинамической системы мать-плацента-плод в первой половине беременности.

После ретроспективной оценки результатов обследования были сформированы три группы: в первую (контрольную) группу (КГ) вошло 126 женщин с физиологическим течением беременности и родов, родившие здоровых доношенных детей. Во вторую группу вошло 153 пациентки с признаками ФПН стадии суб- (115 женщин) и декомпенсации (38 женщин); в третью - 75 пациенток с гестозом средней (69 женщин) и тяжелой (6 женщин) степени. Все дети, родившиеся у пациенток второй и третьей групп, имели признаки ишемически-гипоксических повреждений.

Комплексное динамическое обследование проводили на сроках 10-12 и 16-20 недель беременности с изучением процентного прироста показателей объемной работы сердца, интенсивности маточно-плацентарной и плацентарно-плодовой гемодинамики, ЭЗВД плечевой артерии (ПА).

В КГ преобладали женщины с гипер- (60,1%) и зукинетическим (21,8%) типами ЦГ. К 16-20 неделе прирост МО в сравнении с исходным составил $21,8 \pm 3,2\%$; УО — $24,7 \pm 2,4\%$; ОПСС снизилось на $14,6 \pm 1,8\%$. Значения ЭЗВД на раннем сроке составили $27,6 \pm 3,2\%$, на 16-20 неделе — $18,4 \pm 1,3\%$. Интенсивность маточного кровотока увеличилась на $14,1 \pm 1,1\%$, пуповинного кровотока — на $24,4 \pm 3,1\%$.

В группе с ФПН преобладали пациентки с зукинетическим (68%) типом, а в группе с гестозом с гипокинетическим типом (46%) ЦГ. При беременности, осложненной ФПН, прирост МО и УО составили $16,1 \pm 2,2\%$ и $18,3 \pm 12,4\%$, ОПСС снизилось на $14,2 \pm 1,6\%$, что достоверно не отличалось от данных, полученных в КГ. При беременности, осложненной гестозом, прирост МО и УО составили соответственно $4,3 \pm 0,8\%$ и $5,7 \pm 0,7\%$, что было практически в 5 раз меньше в сравнении с данными, полученными в КГ ($p < 0,05$) и в 4 и 3 раза меньше в сравнении с данными, полученными при ФПН ($p < 0,05$). Значения ОПСС снизилось на $9,7 \pm 0,3\%$, что было достоверно меньше в сравнении с первой и второй группами. Исходные значения ЭЗВД во второй группе составили $15,8 \pm 1,3\%$, в третьей группе — $12,2 \pm 0,4\%$, что было в 1,7 и в 2,3 раза менее выражено, чем в КГ ($p < 0,05$). К 16-20 неделе беременности выраженность ЭЗВД во второй группе была в 1,4 раза ($p < 0,05$), а в третьей группе в 1,7 раза меньше

в сравнении с КГ ($p < 0,05$). Прирост интенсивности маточного кровотока во второй и третьей группах составил $11,1 \pm 0,9\%$ и $8,1 \pm 1,1\%$ соответственно; пуповинного кровотока — $16,3 \pm 2,1\%$ и $6,9 \pm 0,6\%$ что было достоверно меньше в сравнении с КГ.

Анализ полученных результатов показал, что гемодинамическими предикторами неосложненного течения беременности являются исходный гиперили зукинетический тип ЦГ; прирост УО и МО к периоду второй волны инвазии трофобласта не менее чем на 20-25% с параллельным снижением ОПСС; отсутствием нарушений сосудодвигательной функции эндотелия и приростом показателей маточно-плацентарной и плацентарно-плодовой гемодинамики не менее чем на 18-20% и 15-18% соответственно.

Гемодинамическими маркерами возможного развития ФПН являются сочетание нарушений сосудодвигательной функции эндотелия с нарушением течения второй волны инвазии трофобласта.

Прогностическими критериями возможного развития гестоза являются прирост УО и МО и снижение ОПСС к периоду второй волны инвазии трофобласта менее чем на 10% в сочетании с дисфункцией эндотелия и патологическим течением второй волны инвазии трофобласта.

Т.о., изучение состояния гемодинамической системы мать-плацента-плод с ранних сроков беременности позволяет выделять достоверные предикторы развития гестоза, фето-плацентарной недостаточности. Выделение прогностических гемодинамических маркеров данных осложнений способствует проведению их своевременной профилактики и коррекции, снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Шумакова М.А.
Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Целью исследования явилось выявление объективных прогностических критериев преждевременных родов в первом триместре беременности.

Материалы и методы исследования:

проведен анализ комплексного обследования 100 беременных. В зависимости от исхода родов были сформированы три группы:

- первая группа — 30 пациенток с неосложненным течением беременности, родившие 30 живых доношенных детей;
- вторая группа — 35 пациенток с преждевременными родами на сроке от 34 до 37 недель;
- третья группа — 35 пациенток с ранними преждевременными родами (от 28 до 33 недель).

Беременность пациенток второй и третьей группы протекала на фоне плацентарной недостаточности, которая была подтверждена результатами морфологического исследования последов.

Критериями исключения были случаи внутриутробного инфицирования и истмики — цервикальной недостаточности.

На сроке 7-10 недель проведено эхографическое исследование элементов плодного яйца и доплерометрическая оценка интенсивности кровотока в маточных артериях прибором «Aloka-SSD-1700». Функциональную активность фето-плацентарного комплекса определяли по уровню гормона β -ХГЧ и белка ПАМГ-1 («ВСМ биохиммак» и «ПАМГ-фертитест-М»).

Анализ результатов исследования показал, что у беременных первой группы форма плодного яйца и строение экстраэмбриональных структур соответствовали гестационной норме. Хорошо визуализировалась двигательная активность плода и его сердечные сокращения. Индекс резистентности (ИР) маточных артерий соответствовал $0,74 \pm 0,06$ отн.ед., а разница значений ИР в двух маточных артериях не превышала 10-15%. Уровень ПАМГ-1 составил $11,6 \pm 0,7$ нг/мл, а уровень β -ХГЧ — 76930 ± 3500 Мед/мл.

Во второй группе были выявлены эхографические признаки изменения размера и структуры хориона, наличие субхориальной гематомы, резкое повышение локального тонуса матки в области расположения хориона, асимметрию и снижение интенсивности кровотока в маточных сосудах. На стороне гипертонуса ИР ($0,86 \pm 0,05$ отн.ед.) статистически достоверно превышал значения ИР ($0,67 \pm 0,04$ отн.ед.) на противоположной стороне. При этом разница значений ИР составляла более 20-25%. Функциональная активность трофобласта соответствовала гестационной норме ($13,2 \pm 0,9$ нг/мл для ПАМГ-1 и 76500 ± 2150 Мед/мл для β -ХГЧ).

У беременных третьей группы эхографические признаки патологического течения беременности проявлялись в виде утолщения хориона и нарушения структуры децидуальной ткани, наличия субхориальной гематомы и повышения тонуса миометрия. За счет выраженного локального гипертонуса матки отмечалась деформация плодного яйца и асимметричное снижение интенсивности маточного кровотока. Разница значений ИР в маточных артериях была выше 22- 25%, а ИР ($0,89 \pm 0,04$ отн.ед.) достоверно превышал результаты контрольной группы. Исследование функциональной активности трофобласта выявило достоверные отличия от параметров физиологической беременности, что проявлялось снижением уровня β -ХГЧ до 31819 ± 2780 Мед/мл ($p < 0,001$) и повышение уровня ПАМГ-1 до $26,9 \pm 7,3$ нг/мл ($p < 0,05$).

Полученные результаты подтвердили мнение, что одной из ведущих причин преждевременных родов является плацентарная недостаточность, которая формируется на ранних сроках беременности. Эхографическая оценка структуры плодного яйца на ранних сроках беременности в сочетании с функциональной оценкой ФПК позволяет своевременно оценить степень тяжести развития первичной плацентарной недостаточности и выделить группу риска развития преждевременных родов.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ

Иванян А.Н., Густоварова Т.А..

Россия, г. Смоленск, Смоленская государственная медицинская академия. Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

С целью остановки маточного кровотечения в послеродовом периоде с 2006 по 2009 г. нами проводилась перевязка сосудов матки в 19 случаях. Средний возраст пациенток составил $28,1 \pm 0,9$ лет. Данные роды были первыми у 8 (42,1%) женщин, среди повторнородящих у 10 (52,6%) были вторыми и 1 (5,3%) третьими. При анализе течения беременности было выявлено, что у 9 (47,4%) была угроза прерывания беременности, у 3 (15,8%) многоводие и признаки внутриутробного инфицирования плода, у 2 (10,5%) гестоз средней степени тяжести, у каждой третьей анемия, у 5 (26,3%) ХФПН, причем у половины пациенток имело место сочетание двух и более осложнений беременности.

В 6 (31,5%) случаях перевязка маточных сосудов производилась при развившемся гипотоническом кровотечении после родов через естественные родовые пути, в раннем послеродовом периоде при отсутствии эффекта от консервативных методов остановки кровотечения. Общая кровопотеря на момент проведения операции составила в среднем 1100 мл. При анализе течения родов у 5 рожениц проводилась родостимуляция по поводу слабости родовой деятельности, у 4 имело место рождение крупного плода, у 2 — преждевременное излитие околоплодных вод.

У 11 (58,0%) пациенток перевязка маточных сосудов осуществлялась при проведении операции кесарево сечение. У 4 в связи с гипотоническим кровотечением, развившемся при экстренном кесаревом сечении по поводу клинически узкого таза второй степени несоответствия у 3 пациенток и в 1 случае по поводу упорной слабости родовой деятельности. В 2 случаях при проведении планового кесарева сечения имело место полное предлежание плаценты, и гипотоническое кровотечение развилось у 1 пациентки интраоперационно, у другой спустя 2 часа после операции. В 1 наблюдении кесарево сечение проводилось в плановом порядке по поводу неполноценности рубца на матке, операция осложнилась продлением разреза на нижний сегмент вдоль сосудистого пучка в сочетании с гипотонией матки. В 4 случаях проводили перевязку маточных сосудов с целью профилактики кровотечения при кесаревом сечении и консервативной миомэктомии у женщин с множественной миомой матки больших размеров. У 2 (10,5%) пациенток показанием для перевязки сосудов послужила патология плаценты (приращение), сопровождавшаяся маточным кровотечением, в 1 случае в раннем послеродовом периоде, во втором на 5 сутки после родов через естественные родовые пути. Кровотечение развилось при попытке удаления фрагмента плацентарной ткани в первом случае при ручном отделении и выделении последа, во втором при инструментальном выскабливании матки.

Перевязка маточных сосудов заключалась в наложении кетгутовых лигатур в поперечном направлении в проекции разветвления маточных артерии в области перешейка, восходящих ветвей маточных артерий на уровне тела матки и в области дна матки на уровне отхождения маточной трубы и собственной связки яичника. Лигатуры накладывались с двух сторон, с захватом миометрия, не проникая в полость матки. В 5 случаях дополнительно накладывались компрессионные кетгутовые швы: в 2 наблюдениях на область нижнего сегмента, в 3 случаях на область плацентарной площадки. Общий объем кровопотери не превысил 1700 мл. Параллельно проводилось подведение утеротоников и инфузионно-трансфузионная терапия. Наблюдение за состоянием матки осуществлялось в течение 30 минут, при отсутствии кровотечения проводилось ушивание брюшной полости.

При анализе течения послеоперационного периода осложнений у данных пациенток выявлено не было. При проведении УЗИ с определением кровотока в маточных артериях статистически достоверных различий у наблюдаемых рожениц и в группе сравнения (рожденицы после физиологических родов) выявлено не было.

Изучение отдаленных результатов показало, что у всех пациенток восстановился регулярный менструальный цикл, у 2 наступила повторная беременность.

Таким образом, на сегодняшний день, перевязка маточных сосудов при определенных акушерских ситуациях может являться альтернативой гистерэктомии, позволяющей уменьшить частоту интра- и послеоперационных осложнений и сохранить репродуктивную функцию женщины, а также методом профилактики развития массивной кровопотери при выполнении кесарева сечения у пациенток с высоким риском развития кровотечения.

РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ: ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Игнатко И.В.

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

Стремление снизить перинатальную заболеваемость и смертность при синдроме потери плода послужило поводом для поиска основных принципов ранней профилактики, своевременной диагностики и адекватной терапии осложнений беременности, особенно ранних сроков на этапе формирования фетоплацентарной системы и анатомо-функциональных взаимоотношений между организмом матери и плода.

Обнаружение ретрохориальной гематомы до 6 недели гестации в 33,3-50% является маркером ранних репродуктивных потерь. При этом наиболее неблагоприятно сочетание ретрохориальной гематомы большого объема (более 20 мл) с корпо-

ральным ее расположением и отставанием КТР от нормативных параметров на 10 и более дней. Прогностически неблагоприятными ультразвуковыми критериями при угрозе прерывания беременности являются: отсутствие желточного мешка при СВДпя>10мм, отсутствие визуализации эмбриона при СВДпя>14 мм., отсутствие сердечной деятельности при КТР>16мм, отставание роста эмбриона более чем на 2 недели при КТР<18 мм., брадикардия (ЧСС≤90 уд/мин), прогрессирующее уменьшение объемов амниотической и хориальной полостей, ретрохориальная гематома в области проекции корня пуповины. В первом триместре (6-10 недель) при наличии ретрохориальной гематомы на фоне угрожающего прерывания беременности значения ФРП и СЭФР значительно изменяются. Так, средний уровень СЭФР выше значений при неосложненной беременности в 2,04 раза, а средний уровень ФРП — в 2,7 раза ниже. У 4,55% беременных с диагностированной в последующем неразвивающейся беременностью отмечалось отсутствие ФРП. Повышенная выработка СЭФР отмечалась во всех наблюдениях при ретрохориальной гематоме в первом триместре, независимо от исхода беременности. У женщин с ретрохориальной гематомой выявлена высокая частота генетически обусловленной тромбофилии 44,2%. У 8,14% беременных с ретрохориальной гематомой имела место мультигенная форма тромбофилии. У пациенток с комплексом метаболических, гормональных и клинических нарушений генетические формы тромбофилии были выявлены в 100% наблюдений. У 64,3% беременных с ретрохориальной гематомой обнаружена гиперкоагуляция, повышения маркеров тромбофилии (Д-димер, РКМФ) — у 62,7% беременных, повышенная агрегация тромбоцитов — у 26,19% беременных, тромбоцитопения (менее 140 тыс/109) — у 14,29% беременных. АФА обнаружены у 22%, циркуляция ВА — у 5,8%, антитела к β2-гликопротеину — у 16,25%, антитела к протромбину — у 3,6%, антитела к аннексину V — у 2,35% беременных, что является неблагоприятным патогенетическим фоном ранних репродуктивных потерь, плацентарной недостаточности и гестоза.

Использование разработанного дифференцированного подхода позволило снизить в 1,2 раза частоту развития угрозы прерывания во втором и третьем триместрах, причем частота репродуктивных потерь в группе сравнения (без дифференцированного подхода к терапии) была в 2,9 раза выше, чем в основной группе (с дифференцированным подходом к лечению).

Рвота беременных — проявление токсикоза беременных, представляющее собой осложнение нормально протекающей беременности и характеризующееся диспептическими явлениями и нарушениями всех видов обмена. Рвота в ранние сроки (до 12 недель гестации) отмечается у 40-60% женщин. В последующем у беременных с ранним токсикозом значительно возрастает риск развития гестоза и плацентарной недостаточности. При чрезмерной рвоте и в основной группе и в группе сравнения ис-

ходные значения лептина в сыворотке крови были достоверно выше, чем при неосложненной беременности. При рвоте средней степени тяжести достоверных отличий в уровне лептина выявлено не было. Средние значения лептина у беременных основной группы (получавших дидрогестерон) к 16-18 неделе при среднетяжелой и при чрезмерной рвоте в первом триместре достоверно не отличались от нормативных параметров. Высокие значения его сохранялись лишь у 2 (2,63%) беременных с метаболическим синдромом, у которых впоследствии манифестировал гестационный сахарный диабет в сроки 24-26 недель. У беременных с чрезмерной рвотой в первом триместре при развитии плацентарной недостаточности уровень СЭФР возрастает в 6,4 раза. Однако, несмотря на эффективность профилактических мероприятий, риск развития плацентарной недостаточности у женщин с чрезмерной рвотой в первом триместре сохраняется в 3 триместре. Так, концентрация ФРП у беременных основной группы с чрезмерной рвотой все равно ниже чем при неосложненной беременности в 1,36 раза, у беременных группы сравнения со среднетяжелой рвотой в 1 триместре — почти в 2 раза, с чрезмерной — в 2,46 раза. У женщин с ранним токсикозом, не получавших патогенетическую терапию в первой половине беременности в 2,65 раз чаще сохраняются признаки угрожающего прерывания беременности и недонашивания беременности, в 3,1 раза чаще развивается плацентарная недостаточность (СЗРП — в 3,31 раза, гипоксии — в 2,37 раза), в 1,6 раза — гестоз.

Применение высокотехнологичных методов исследования (эхография, доплерометрия, кардио-токография) и современных лабораторных тестов (диагностика тромбофилий, определение уровня факторов роста) с учетом новых представлений о патогенезе осложнений ранних сроков гестации позволяет оптимизировать акушерскую тактику при данном осложнении, снизить частоту репродуктивных потерь, перинатальную заболеваемость и смертность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАМИНАРИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ

Ильтинская Г.Ю., Гюсан О.А

МУЗ ГКБ №4 г. Ставрополя, СтГМА, кафедра акушерства и гинекологии

Рациональный подход к преиндукционной подготовке шейки матки у женщин с осложненным течением беременности (тяжелый гестоз, субкомпенсированная плацентарная недостаточность, тяжелая экстрагенитальная патология, гематоиммунологическая несовместимость, наличие незрелой шейки матки при доношенном сроке гестации, перенашивание и т.д.) является одной из наиболее сложных и актуальных проблем в современном акушерстве. Готовность организма женщины к ро-

дам определяется рядом признаков (в т.ч. зрелость шейки матки), появление которых свидетельствует о возможности спонтанного начала родов в ближайшее время либо позволяет рассчитывать на положительный эффект от применения родовозбуждающих средств.

В настоящее время для подготовки шейки матки к родам широко используются препараты простагландинов (ПГ). Из ПГ наиболее часто используются ПГЕ 2 (динопростон), реже — ПГЕ 1 (мизопростол) исключительно для интравагинального введения. Редко используется ПГФ 2-а из-за высоких терапевтических доз, которые приводят к повышению частоты побочных эффектов и снижают эффективность.

К смешанному способу подготовки шейки матки относится применение натуральных ламинарий, механизм действия которых заключается не только в механическом расширении цервикального канала вследствие увеличения их поперечного объема за счет гигроскопичности, но и также за счет усиления выработки местно эндогенных простагландинов, способствующих созреванию шейки матки.

Нами проведен анализ эффективности подготовки к родам с использованием препидил-геля и палочек ламинарий с последующим введением простагландинов (препидил-геля или мизопростол) в зависимости от степени зрелости шейки матки. Под наблюдением находились 70 женщин в сроках гестации 36-42 недели, с возможностью ведения родов через естественные родовые пути и необходимостью родоразрешения.

I группу составили 32 женщины, с целью подготовки к родам которым первоначально интрацервикально вводился препидил гель 0,5 (динопростона) при необходимости с повторным введением через 24 часа; II группу составили 38 беременных подготовке к родам которым начинали с интрацервикального введения палочек ламинарий средних размеров в количестве от 2 до 5-6; эффект оценивали через 16 часов с последующим введением простагландинов с целью преиндукции — миролют(мизопростол) 50 мг в задний свод влагалища при «зрелой» шейке матки, интрацервикально препидил гель при «недостаточно зрелой» шейке матки.

Средний возраст беременных в группах составил $24,7 \pm 4,2$ года. Показаниями для индукции родов в группах явились: наличие гестоза — 15 женщин (21,4%), плацентарная недостаточность — 23 (32,8%), перенашивание беременности — 16 (22,9%), гематоиммунологическая несовместимость — 10 (14,3%), экстрагенитальная патология — 6 (8,6%). Степень «зрелости» шейки матки оценивалась по шкале Bishop как «незрелая» — 0-4 балла или недостаточно «зрелая» — 5 баллов.

Средний период подготовки к родам в I группе составил $2,5 \pm 0,4$ суток. У 19 (59,4%) беременных на фоне введения препарата отмечалась выраженная болевая реакция, гипертонус матки при отсутствии β — адреномиметиков и спазмолитиков. На фоне введения простагландинов родовая деятельность

развилась у 10 женщин (31,3%), остальным потребовалось повторное введение препарата. Средняя продолжительность родов составила 8,4±2,8 часа. У 12 (17,1%) женщин — преждевременное излитие околоплодных вод на «незрелой» шейке матки, развитие дискоординированной родовой деятельности первой степени, признаков развития дисстресс-синдрома плода, что у 8 (25%) потребовало экстренного оперативного родоразрешения.

Средний период подготовки к родам во II группе составил 1,7±0,5 суток, что достоверно ниже, чем в первой группе. Умеренные болезненные ощущения отмечали 30% женщин, что потребовало назначения спазмолитиков. У 6 (15,7%) развилась родовая деятельность; у 18 (47,4%) степень зрелости шейки матки через 16 часов оценена как «зрелая», у 14 (36,8%) как «недостаточно зрелая». Продолжительность родов составила 9,3±1,8 часа. Путем операции кесарева сечения в экстренном порядке было родоразрешено 5 (13,2%) пациенток, в связи с развитием аномалий родовой деятельности, гипоксии плода. Частота послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в группах достоверно не отличалась.

Таким образом, имеются следующие положительные стороны использования ламинарий для подготовки шейки матки к родам: 1) низкая частота осложнений и побочных эффектов при введении, относительно низкая стоимость палочек из ламинарий. 2) отмечена высокая эффективность подготовки шейки матки к родам при использовании палочек ламинарий и сокращения срока индукции родов в связи с тем, что последующее введение простагландинов производится на более зрелой шейке матки. Это сокращает время подготовки к родам и количество осложнений в родах, о чем свидетельствует более низкая частота оперативного родоразрешения у пациенток этой группы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АМНИОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

**Ильяшевская Р.Я., Лазарева Н.В., Соловова Л.Д.,
Слободина В.А., Родионова Н.Я., Макеева М.Р.,
Артемова Т.Е.**

ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова,
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

В настоящее время актуальной проблемой современного акушерства является проблема пролонгирования физиологической беременности или перенашивания беременности. Беременность называют переносенной, если длительность гестации составляет 42 недели и более. Ребенок, родившийся от такой беременности называется «перезрелым». «Переносенность» и «перезрелость» — не синонимы. Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды перезрелым плодом.

Впервые амниоскопию применил Saling в 1962 году, который предложил для диагностики внутриутробной гипоксии плода осматривать нижний полюс плодного яйца, с помощью вводимой в шейный канал оптической системы.

«Амниоскопия» — визуальный метод исследования околоплодных вод путем осмотра нижнего полюса плодного пузыря с помощью амниоскопа.

Обнаружение при этом окрашенных околоплодных вод меконием являлось достаточно точным доказательством страдания внутриутробного плода. Амниоскопия позволяет обнаружить ряд дополнительных признаков, которые могут иметь важное диагностическое значение, как для оценки состояния плода, так и в отношении характера подлежащей части, количества околоплодных вод, наличия предлежания плаценты и т.д.

В настоящее время показания для амниоскопии вновь сузились в связи с другими, более информативными современными методами диагностики (УЗИ, УЗДГ, кардиофетомониторинг).

С 2008 года в 21 родильном отделении ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, внедрен метод амниоскопии. Данная неинвазивная методика проста в исполнении, необходима для диагностики состояния внутриутробного плода. Амниоскопия проводится с помощью аппарата Karl Stolz Endoskope тубусами № 12, 16, 20.

Основными показаниями для амниоскопии являются: хроническая внутриутробная гипоксия плода, переносенная беременность.

Противопоказания: кольпит, цервицит, предлежание плаценты, неправильное положение плода.

Условия проведения: «зрелая» или «созревающая» шейка матки, целый плодный пузырь.

Приобретение новых знаний позволяет использовать их в работе, внедрять новые методики в диагностике и лечении. С 2007 года в отделении внедрена малоинвазивная эндоскопическая диагностическая манипуляция «Амниоскопия» — визуальный метод исследования ОВ путем осмотра нижнего полюса плодного пузыря с помощью амниоскопа.

В течении 2008-2009 года амниоскопия выполнена у 39 женщин с диагнозом: беременность 40-42 нед., тенденция к перенашиванию. У 9 женщин срок составил 40 недель, у 26 женщин — 41 неделю, и у 4 женщин — 4 недели. Среди обследованных преобладали первородящие женщины. Признаки гипоксии плода выявлены у трех беременных (зеленые околоплодные воды). Все женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Хроническая внутриутробная гипоксия плода подтверждена клинически после рождения (оценка по шкале Апгар 7-8 баллов) и по результатам гистологического исследования последов.

У 12 беременных после проведения амниоскопии развилась регулярная родовая деятельность.

По данным литературы родовозбуждающий эффект у женщин с перенашиванием беременности наблюдается в первые сутки после амниоскопии в 15-25% случаев. Наступление родов после амнио-

скопии при доношенной и переношенной беременности не может считаться осложнением.

По результатам диагностики у 15 беременных после проведения амниоскопии, исключившей гипоксию плода, с целью родовозбуждения вводился гель содержащий простогландины, после чего развилась самостоятельная регулярная родовая деятельность.

Ни у одной беременной не наблюдалось осложнений родового акта.

Состояние новорожденных детей отмечено как удовлетворительно, все дети выписаны домой с мамой.

Таким образом, амниоскопия, как достаточно старый метод оценки состояния плода во время беременности, не утратил своей актуальности и в настоящее время и может с успехом применяться в родильном отделении наряду с УЗИ, КТГ плода.

Данная методика в сочетании с другими диагностическими исследованиями (фетометрия, КТГ, доплеровское сканирование) позволяет оценить состояние плода и выработать оптимальную тактику ведения беременной и метода родоразрешения.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ, СОЧЕТАНИЕМ ГЕСТОЗА И АНЕМИЕЙ

Исаева З.И.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский Научный Центр РАМН

Задержка внутриутробного роста плода является одним из наиболее частых осложнений беременности, которое приводит к неблагоприятным перинатальным исходам. По данным различных авторов, частота задержки внутриутробного роста плода (ЗВРП) колеблется в широких пределах — от 1,2% до 34,6%. В структуре перинатальной заболеваемости задержка внутриутробного роста плода принадлежит ведущее место. Гестоз оказывает наиболее неблагоприятное влияние на исход беременности, как у матери, так и у плода. Частота гестоза составляет 7-16%.

Целью исследования явилась разработка прогностических критериев задержки внутриутробного роста плода при беременности, осложненной гестозом и анемией. С целью выяснения, причин обусловивших развитие задержки внутриутробного роста плода (ЗВРП) было обследовано 110 беременных с сочетанием гестоза и анемии — основная группа; 50 — с гестозом — I контрольная группа; 50 беременных с анемией — II контрольная группа.

Результаты исследования. Анализ акушерского анамнеза и исходов предыдущих беременностей показал, что у обследованных женщин с гестозом и анемией высокая частота осложнений гестации. Гестоз, встречался у 33,6% женщин в основной группе, в группе сравнения — у 26% и 8% ($P < 0.05$). Угроза прерывания беременности в анамнезе отмечена в основной группе у 29,1% (32) женщин, в

группе сравнения — 28% (14) и 22% (11), самопроизвольных аборт — 26,3%, 24% и 18% соответственно. Рождение детей с внутриутробной задержкой роста в анамнезе у обследованных женщин отмечено в основной группе у 31,8% (35), в группе сравнения — 28,0% (14) и 14% (7). Перинатальные потери в анамнезе у обследованных женщин отмечены у 12,7% (14) в основной группе, в группе сравнения — у 12% (6) и 4% (2). Анемия при предыдущей беременности наблюдалась у 86% (99) обследованных беременных из основной группы, из них средней и тяжелой степени — 16,3% (18). В группе сравнения с «чистым» гестозом данная патология встречалась значительно реже и составила 22% (11) ($p < 0.05$), доля анемии средней степени составила 4,0% (2), анемии тяжелой степени не наблюдалось; в II контрольной группе — 44,6% (21), из них 27,6% (13) анемия средней и тяжелой степени. Первое место среди осложнений гестации у беременных с сочетанием гестоза и анемии занимает ФПН — у 86,9% в основной группе, группе сравнения I — у 64% и в группе сравнения II — у 42% ($p < 0.05$). Отмечена высокая частота угрозы прерывания беременности — у 48 (43,6%) в основной группе, и в группе сравнения — 21 (42%) и 18 (36%). Задержка внутриутробного роста плода отмечена в основной группе у 67,2% (74), в контрольной 1 группе у 42% (21) и контрольной 2 — у 18% (9) ($p < 0.05$) обследованных беременных.

Результаты нашего исследования указывают на наличие существенной связи между развитием ЗВРП и тяжестью и длительностью гестоза (коэффициента ассоциации по Кендал-Тау в интервале от 0,3 — 0,65), преждевременными родами в анамнезе, угрозой прерывания при настоящей беременности, наличием послеоперационного рубца на матке и раннего гестоза. Для выделения значимых диагностических критериев, и оценки степени индивидуального риска по развитию задержки внутриутробного роста плода производился дискриминантный анализ факторов риска в обследованных группах.

Согласно полученным данным сочетание гестоза и анемии повышает риск возникновения акушерских осложнений и ухудшает перинатальные исходы. Это обусловлено развитием в более ранние сроки фетоплацентарной недостаточности чем при изолированных формах патологии, а также развитием других осложнений гестации — угрозы прерывания беременности (43,6%), преждевременных родов (32,7%).

На увеличение частоты ЗВРП по результатам, нашего исследования, при беременности с сочетанием гестоза и анемии, оказывают влияние паритет родов и длительность интергенетического интервала. У первородящих с сочетанием гестоза с анемией шанс развития ЗВРП выше, чем у повторнородящих. Интергенетический интервал более двух лет не оказывал влияние на увеличение частоты ЗВРП. Полученные результаты исследования позволили нам разработать прогностическую шкалу по развитию задержки внутриутробного роста плода у беременных сочетанием гестоза и

анемии. При сумме баллов 6 и более в 72% случаев развивается задержка внутриутробного роста плода. Что позволяет нам отнести их в группу высокого риска по развитию ЗВРП и своевременно проводит курсы профилактики и терапии ФПН и ЗВРП.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ ПОСЛЕ ЭКО

Капустина М.В., Долгиева Л.У., Тюрина С.С.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии.

Частота многоплодных беременностей после ВРТ остается достаточно высокой, несмотря на появление положительных тенденций в снижении количества переносимых эмбрионов. Почти треть всех беременностей после ЭКО — это двойни, вынашивание которых сопряжено с высоким риском акушерских осложнений и, прежде всего, невынашивания беременности.

С целью выяснения особенностей течения ИЦН и эффективности лечения невынашивания в данной группе беременных было проанализировано течение гестации у 287 пациенток после ЭКО, которые наблюдались и были родоразрешены в МОНИИАГ в 2008-2009 годы. Из них у 112 (39,0%) была беременность двойней, возраст женщин составил от 24 до 48 лет.

На основании клинических и УЗИ данных истмико-цервикальная недостаточность была выявлена у 38 (33,9%) беременных: в 16-19 недель — у 34,6%, и у 65,4% в 20-24 недели. Несмотря на интенсивное лечение, направленное на пролонгирование беременности в 7,8% случаев проводилось повторное наложение швов на шейку матки.

В группе с ИЦН преждевременные роды были у 22 (57,9%), из них кесарево сечение произведено у 19 (86%) (как правило, в экстренном порядке в связи с родовым излитием околоплодных вод в сроки 31-35 недель); в 3-х случаях произошли преждевременные самопроизвольные роды в сроке 36 недель при спонтанном развитии родовой деятельности и головном предлежании обоих плодов. Срочные роды были у 16 (42,1%), из них кесарево сечение произведено 9 (56,25%) (в плановом порядке при тазовом предлежании первого плода, экстренное — в родах при аномалиях родовой деятельности). В 7 (43,75%) случаях произошли срочные самопроизвольные роды в сроке 37-38 недель беременности.

У беременных двойней без признаков ИЦН (74 — 66,1%) преждевременные роды были у 22 (29,8%) (в основном досрочное оперативное родоразрешение в связи с кровотечением, прогрессирующей ФПН, тяжелым гестозом, родовым излитием вод). Родоразрешены в срок 52 беременные, самопроизвольные роды были у 24 (46,2%), кесарево сечение у 28 (53,8%).

Таким образом, беременности двойней представляет группу высокого риска преждевременных родов вследствие ИЦН. Своевременное выявление и

коррекция ИЦН в сочетании с медикаментозным лечением невынашивания и охранительным режимом позволяет выносить значительное количество беременностей до сроков рождения жизнеспособного новорожденного.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Карапетян Т.Э, Муравьева В.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Одним из главных направлений в решении проблемы безопасного материнства является снижение репродуктивных потерь, которые рассматриваются как результат неблагоприятного влияния медицинских, социальных и биологических факторов на здоровье беременной, плода и новорожденного. В последние годы значительно возросла частота воспалительных заболеваний нижних отделов генитального тракта. Большинство обнаруженных возбудителей встречаются в ассоциациях, с которыми связывают невынашивание на любом сроке беременности, плацентарную недостаточность, внутриутробное инфицирование плода, инфекционно — воспалительные осложнения в родах и послеродовом периоде. В настоящее время инфекция занимает одно из ведущих мест в структуре причин акушерской и перинатальной смертности.

Цель исследования — оценить влияние инфекций нижнего отдела генитального тракта на акушерские и перинатальные исходы. Было обследовано 50 пациенток с доношенной беременностью, поступивших для родоразрешения и имевших клинические проявления генитальной инфекции (I, основная группа) и 40 беременных с вагинальной инфекцией, поступивших для родоразрешения (II, контрольная группа). Возраст обследованных колебался от 18 до 40 лет. Всем беременным были проведены общеклиническое, ультразвуковое обследование, а также комплексное микробиологическое исследование вагинального отделяемого, включавшее микроскопию мазка, окрашенного по Граму, и культуральное исследование с использованием общепринятых методов выделения и идентификации микроорганизмов. Выявление активности вирусных инфекций (генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция) проводили методом полимеразной цепной реакции. Генитальные микоплазмы (*M. hominis*, *U. urealyticum*) выделяли с помощью тест — системы «Mycoplasma Duo» фирмы BIO RAD. У всех беременных были исключены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП): ВИЧ, сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз.

Изучение перенесенных детских инфекционных заболеваний показало, что значительно больше пациенток основной группы в детском возрас-

те перенесли корь, ветряную оспу, скарлатину (30% в отличие от 17,5 % в контрольной группе); острый тонзиллит (соответственно 46% и 15%) и острые респираторные заболевания (62 % и 45%). Гинекологический анамнез был отягощен хроническим аднекситом у 20% женщин I группы и у 10% II группы; неспецифическим вагинитом соответственно у 70% и 45%; эрозией шейки матки — у 24% и 15% беременных. Частота искусственного прерывания беременности и самопроизвольных выкидышей в I группе женщин была в 2,7 раз выше в сравнении с контрольной группой. Анемия в основной группе была выявлена у 38% беременных, а в контрольной группе — у 22% пациенток.

По результатам микробиологического обследования у 32 % беременных основной группы был поставлен диагноз бактериальный вагиноз, у 22 % — вагинальный кандидоз, в 12 % случаев имело место сочетание бактериального вагиноза и вагинального кандидоза, у 18% был неспецифический вагинит. У всех беременных II группы состояние микроценоза влагалища расценивали как «нормоценоз». В I группе у 6% пациенток в соскобах цервикального канала обнаружена ДНК-цитомегаловируса, у 10% — генитального герпеса. У 28% пациенток I группы и у 10% II группы была выделена *Ureaplasma urealyticum* в подавляющем большинстве в титре > 104 ЕИЦ/мл.

Течение настоящей беременности у каждой второй женщины основной группы осложнилось угрозой прерывания, у 20% пациенток — преждевременными родами, у 14% — плацентарной недостаточностью, у 12% — многоводием, у 10% беременных — хронической гипоксией плода, у 6% — синдромом задержки развития плода. Данные показатели значительно превышали аналогичные у беременных контрольной группы. Так, угроза прерывания беременности в контрольной группе была отмечена у 30% женщин, преждевременные роды — у 12%, плацентарная недостаточность — у 6%, многоводие — у 8%, хроническая гипоксия плода — у 5%, синдром задержки развития плода — у 2 % беременных.

Что касается осложнений в родах, то в I группе обследованных преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 24% беременных, во II группе — у 12,5%. Слабость родовой деятельности в основной группе была выявлена у 14% рожениц и не встречалась в контрольной группе. Экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в родах (показания к операции — клинически узкий таз I — II степени, высокое прямое стояние головки, острая гипоксия плода) проведено у 16% рожениц в основной группе и у 7,5 % — в контрольной группе. Кровотечение в раннем послеродовом периоде было отмечено в I группе — у 8% рожениц, во II — у 2,5%. Травмы мягких родовых путей были выявлены соответственно в 48 % и 12, 5 % случаев. В послеродовом периоде у рожениц I группы были диагностированы эндометрит (8%), субинволюция матки (10 %), раневая инфекция с развитием инфильтратов в области швов на про-

межности или частичным их расхождением (4 %). В контрольной группе случаев эндометрита и раневой инфекции не было. Субинволюция матки диагностирована у 2,5 % рожениц. Проявления внутриутробной инфекции в виде ринита, конъюнктивита, внутриутробной пневмонии, омфалита были выявлены у 36 % новорожденных I группы и у 15 % новорожденных II группы.

Таким образом, становится очевидным, что проблема генитальной инфекции у беременных намного сложнее, чем дискомфорт, связанный с первичным эпизодом заболевания, так как значительно возрастает риск серьезных осложнений для матери, плода и новорожденного. Своевременная диагностика во время беременности, следующая за ней адекватная комплексная терапия, рациональное ведение родов, послеродового периода позволят существенно снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Карелина О.Б.

Городская клиническая больница №3 им. М.А.
Подгорбунского, Кемерово, Россия

Плод у больных гипоталамическим синдромом (ГС) подвергается эндогенному метаболическому стрессу, обусловленному нейроэндокринными нарушениями. Целью работы явилось изучение функционального состояния новорожденных в зависимости от наличия и степени тяжести ГС у их матерей.

В исследование включено 246 беременных и их новорожденных. I группу составили 153 беременные с ГС (50 беременных с легкой степенью тяжести ГС, 63 женщины с ГС средней степени тяжести и 40 пациенток с тяжелым ГС). У обследуемых обеих групп проводился анализ кардиотокограмм, по уравнению Демидова В. Н. (1983 г.) определяли показатель состояния плода (ПСП). Ультрасонографическое исследование проводилось в 38 — 40 недель беременности. Показатели биофизического профиля плода (БФПП) оценивались по методике Vintzileos A. M. (1983).

По данным КТГ, более половины женщин I группы имели начальные признаки проявления гипоксии плода, умеренные — 11,4%, у 2 женщин имелись выраженные проявления. Нормальное же состояние плода отмечалось только у трети беременных I группы. Во II группе у 80% беременных ПСП находился в пределах нормы, у 20% имелись начальные проявления гипоксии плода (ПСП от 1,0 до 1,99). Более чем у половины беременных с легкой формой ГС ПСП находился в пределах нормы, у 42,1% женщин имелись начальные проявления гипоксии плода. При среднетяжелой форме ГС у 72,2% беременных значения ПСП указывали на начальные проявления гипоксии плода, только у

21,9% — отсутствовали патологические изменения. При тяжелой форме ГС по данным ПСП нормальное состояние плода отмечалось лишь у одной пациентки, у половины женщин имелись начальные проявления гипоксии плода, у 45,7% — выраженные проявления, у 2 пациенток отмечалось критическое состояние плода. Фетометрические параметры, свидетельствовавшие о нормальном росте и развитии плода, были зарегистрированы у 86 (56,2%) беременных I группы и 85 (91,4%) беременных II группы ($p < 0,001$). Задержка внутриутробного развития плода обнаружена у 28 (18,3%) женщин основной группы и у 1 женщины группы сравнения ($p < 0,001$). Результаты ультразвуковой фетометрии превышали среднестатистические показатели у 39 (25,5%) пациенток с ГС и у 7 (7,5%) здоровых женщин ($p < 0,001$). Нормальная оценка БФПП имела место у 8 (13%) беременных I группы, во II группе — у 26 (65%), т. е. в 5 раз больше, чем в I группе ($p < 0,001$). Удовлетворительная оценка встречалась с одинаковой частотой в обеих группах: в I группе — у 18 (30,4%), во II группе — у 12 (30%) ($p = 0,95$), препатологические изменения БФПП обнаружены у 29 (47,8%) беременных I группы и только у 1 беременной II группы ($p < 0,001$), патологическое состояние плода имелось у 5 (8,7%) женщин I группы и отсутствовало во II группе ($p < 0,001$). Выявлена достоверная зависимость оценки БФПП от степени тяжести ГС: с нарастанием степени тяжести ГС отмечалось снижение оценки БФПП. У беременных с легкой формой ГС нормальная оценка БФПП была зарегистрирована у 32 (20,9%) женщин, удовлетворительное состояние плода имелось у 74 (48,4%) беременных, препатологическое — у 47 (30,7%) женщин. Более чем у половины пациенток со среднетяжелой формой ГС оценка БФП была 6 — 7 баллов, 36 (23,5%) женщин имели оценку 8 — 9 баллов, 35 (22,9%) — 10 — 12 баллов. Патологическое состояние плодов было зарегистрировано у трети беременных с тяжелой формой заболевания, препатологическое — у 81 (53%), удовлетворительное — у 22 (14,3%). Нормальная оценка БФПП не регистрировалась в этой подгруппе ни в одном случае. Анализ отдельных показателей БФПП показал, что снижение БФПП обусловлено различными причинами в зависимости от степени тяжести ГС. У беременных с легкой формой ГС БФПП снижался за счет уменьшения количества околоплодных вод, степени зрелости плаценты и угнетения ДДП. При средней степени тяжести ГС на снижение оценки БФПП дополнительно оказывало влияние угнетение реактивности сердечного ритма. У беременных с тяжелой формой ГС снижение БФПП было обусловлено угнетением ДДП, 3-й степенью зрелости плаценты и угнетением реактивности сердечного ритма. При анализе полученных результатов, выявлено, что на снижение оценки БФПП у женщин с ГС влияет в основном угнетение ДДП (92,2%), в меньшей степени — снижение мышечного тонуса плода (70,6%), в равных долях — 3-я степень зрелости плаценты и уменьшение количества амниотической жидкости (61,3 и 60,7%) и в отдельных случаях — угнетение

реактивности сердечного ритма плода (17,4%). Во II группе оценка БФПП снижалась в основном за счет «преждевременного старения» плаценты и угнетения ДДП (73,2 и 64,5%), в 35 % случаев — за счет уменьшения объема околоплодных вод, а в отдельных случаях (8,3%) — за счет снижения мышечного тонуса плода.

Таким образом, по данным кардиомониторного исследования, у 65,9% женщин с ГС зарегистрированы нарушения состояния плода. Наиболее выраженные расстройства были обнаружены у пациенток с тяжелой формой ГС. Результаты ультразвукографии у беременных с ГС показали как высокую частоту задержки развития плода (18,3%), так и опережения развития (25,5%). Нарушения состояния плода, по данным БФПП, выявлены у 87% беременных с ГС. Степень тяжести нарушений состояния плода нарастала с увеличением тяжести ГС.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ИНФЕКЦИОННЫМ РИСКОМ

Касабулатов Н.М., Емельянова А.И.,

Дубровина Н.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность. Кесарево сечение (КС) является самой распространенной операцией в акушерстве (18-20%). С увеличением частоты ее отмечается рост послеоперационных гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ), особенно у женщин с инфекционным риском.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности амоксициллина/клавуланата, цефалоспоринов II — III поколения и комбинации антибактериальных препаратов в профилактике инфекционных осложнений у родильниц с различной степенью инфекционного риска после КС.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов антибиотикопрофилактики воспалительных осложнений после КС, применяемых в Центре, на примере 244 пациенток. В плановом порядке было произведено 70,5% операций, в экстренном — 29,5%. Все пациентки в зависимости от применяемого метода антибиотикопрофилактики были разделены на 2 группы: I — 97 пациенток, которым применялся амоксициллин/клавуланат: у 21 — однократное интраоперационное введение 1,2г препарата; у 20 — 3 инъекции внутривенно — во время операции и через 8-16 часов после операции; у 45 — в течении 3-5 суток и у 9 — в течении 3-5 суток в сочетании с метрогилом. II группу составили 147 женщин, которым проводили антибиотикопрофилактику цефалоспорины II-III поколения. В 21 случае цефалоспорины вводили внутривенно периоперационно (3 инъекции), в 25 случаях — в течении 3-5 дней; и

101 пациентке проводили комбинированную антибиотикопрофилактику цефалоспорины II-III поколения в комбинации с метронидазолом. Оценка степени инфекционного риска: данные анамнеза о перенесенных экстрагенитальных и гинекологических заболеваниях; особенности генеративной функции; осложнения данной беременности; особенности течения родов, завершившихся экстренным КС. Частота хронической инфекционной экстрагенитальной патологии составила на 1 женщину 1,25 — в I группе и 1,5 — во II группе. Во II группе достоверно чаще отмечалась высокая частота заболеваний мочевыводящей системы, гинекологических заболеваний, вагинальных инфекций и ЗППП ($p < 0,05$). Отмечалась высокая частота инфекции половых путей (кандидозный кольпит и бактериальный вагиноз) — у 101 (41,4%) женщины, обострение генитального герпеса и ЦМВ у 56 (22,9%), хламидийной и микоплазменной инфекции у 59 (22,4%) из 244 пациенток. Таким образом, обследованные беременные относились к группам среднего и высокого риска по развитию послеоперационных осложнений. Показания к КС были в основном сочетанные, с учетом особенностей соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, осложнений данной беременности, возраста женщин, состояния плода. Экстренная операция была произведена по поводу: частичной отслойки нормально расположенной плаценты, острой гипоксии плода, упорной слабости родовой деятельности, клинически узкого таза, подозрения на несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения. У 29 (11,9%) женщин из 244 во время КС были сопутствующие операции: миомэктомия, стерилизация, удаление придатков, резекция яичников, разделение спаек: у 2 в I группе и у 27 — во II. Всем пациенткам проводилась антибиотикопрофилактика в различных вариантах. При проведении антибиотикопрофилактики амоксициллином/клавуланатом (I группа — 97 женщин) на 1 этапе для профилактики 21 из них применяли однократно внутривенное интраоперационное введение препарата. У 4 из этих женщин послеоперационный период осложнился эндометритом. В дальнейшем было решено отказаться от этой методики, и остальным 76 женщинам применяли 3-кратное внутривенное периоперационное введение амоксициллина/клавуланата или более длительные курсы, в том числе 9 в комбинации с метронидазолом. Общее количество осложнений в этой группе составило 4,1%. Во II группе 45 женщинам с профилактической целью вводили цефалоспорины II-III поколения, как периоперационно ($n=22$), так и периоперационно с последующим введением в течение 3-5 дней ($n=23$). Осложнения были у 6 женщин: у 4 эндометрит и у 2 лохиометра. В 102 случаях проводилась профилактика осложнений цефалоспорины в сочетании с метронидазолом. Общее количество осложнений в этой группе составило 10(9,8%), в том числе эндометритов -5, лохиометры-4, обострение хронического сальпингоофорита-1.

Обсуждение. Применяемые препараты оказались эффективными и позволили значительно

снизить число послеоперационных осложнений. Частота эндометрита среди 244 женщин составила 3,3%. Однократное введение амоксициллина/клавуланата интраоперационно оказалось недостаточным для предупреждения развития послеродового эндометрита — у 4 (19%) из 21 родильниц. При высоком риске развития инфекции при применении цефалоспоринов II-III поколения — осложнения возникли у каждой 5-й женщины. Комбинированная антибиотикопрофилактика цефалоспорины в сочетании с метронидазолом позволили частоту осложнений снизить в 2 раза. Таким образом, при ведении беременных с инфекционным риском целесообразно проведение профилактики ГВЗ путем периоперационного внутривенного введения амоксициллина/клавуланата (при умеренном риске). При высоком риске целесообразно применять цефалоспорины II-III поколения в сочетании с препаратами метронидазола.

СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ ПОЗВОНОЧНИКА: ДОБАВОЧНОГО ПОЛУПОЗВОНКА

Касымова Д.Р., Азизова Р.Р., Жданова В.Ю., Маланина Е.Н., Цыбизов А.В.

Актуальность. Занимая в структуре заболеваний позвоночника у детей весьма незначительное место (2% - 11%), его врожденные пороки часто приводят к тяжелым деформациям осевого скелета, нарушению функций не только опорно-двигательного аппарата, но и сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Поэтому проблема пороков развития позвоночника представляется чрезвычайно актуальной как для детской ортопедии, так и педиатрии в целом. Ранняя пренатальная диагностика полупозвонков позволила бы проводить своевременное лечение этой патологии и предотвращать развитие деформаций осевого скелета.

Полупозвонок (hemivertebra) — редкая аномалия развития позвоночника, при которой тело позвонка состоит из полутела, поперечного отростка и полудуги с суставным отростком. Частота выявления данной патологии, являющейся основной причиной врожденного сколиоза, составляет около 5-10 случаев на 10000 родов. Риск хромосомных аномалий низкий при изолированной форме порока. При изолированном нелеченном заболевании в 50% отмечается медленное прогрессирование сколиоза, в 25% наблюдений регистрируется нарастающее изменение позвоночника по мере роста ребенка.

Целью нашей работы явилось определение возможности наиболее ранней пренатальной диагностики аномалии позвоночника: добавочного полупозвонка, в том числе с использованием трехмерной реконструкции, для проведения своевременной хирургической коррекции после рождения.

Материалы и методы исследования. Представлено описание случая пренатальной диагностики аномалии позвоночника: добавочного по-

лупозвонка. Ультразвуковые исследования проводились на аппарате AccuvixXQ (Medison).

Полученные результаты. Беременная П., 21 года, соматически здорова, наследственность неотягощена. Возраст мужа 26 лет, соматически здоров. Супруги генетически не обследованы, производственных вредностей не имеют. Из анамнеза настоящая беременность П. Во время I беременности пренатально диагностирован ВПП ЦНС: аномалия Арнольда-Киари, миеломенингоцеле. Беременность закончилась срочными родами. После родов диагностированы врожденные аномалии развития: врожденная гидроцефалия, аномалия Арнольда-Киари, Spina bifida, менингомиелорадикулоцеле, нижняя параплегия, гидронефротическая трансформация почек, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс III-IV степени слева, правосторонняя паховая грыжа, правосторонний врожденный крипторхизм, врожденная правосторонняя косолапость, вальгусная деформация левой стопы, субатрофия зрительного нерва справа, ретинопатия. Ребенок умер через 1 год. Патологоанатомическое вскрытие не проводилось.

Настоящая беременность протекала на фоне анемии легкой степени, по поводу которой женщина получала антианемическую терапию. Беременная была направлена в ОПД УОКБ на сроке беременности 12-13 недель. По данным УЗИ фетометрия соответствует 13-14 нед, без особенностей. Биохимический скрининг проводился на сроке 18-19 недель беременности: АФП- 0,43 МОМ, ХГЧ — 1,66 МОМ. Повторное ультразвуковое исследование проведено на сроке 22-23 нед беременности, выявлена аномалия развития позвоночника: дополнительный полупозвонок.

Рекомендовано проведение динамической прицельной эхографии с целью дифференциации с диастематомиелией и Spina bifida. По данным динамической прицельной эхографии — УЗ-признаки дополнительного полупозвонка в грудном отделе позвоночника. Согласно рекомендациям женщины неоднократно проходила обследование в условиях ОПД УОКБ. От проведения кариотипирования плода женщина категорически отказалась. Проводилось динамическое эхографическое наблюдение на сроке 31-32 нед, 34-35 нед беременности. Пренатальный диагноз (Аномалия развития костно-мышечной системы: добавочный полупозвонок) подтверждался при использовании режима трехмерной реконструкции.

После срочных родов проведено дополнительное инструментальное обследование. При рентгенографии шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника в 2-х проекциях диагностировали сложную аномалию в грудном отделе в виде незаращения парных ядер окостенения тел ThVI, ThVII со смещением левой половины тела вниз, с признаками частичного синостазирования с левой половиной тела ThVII и формированием единого клиновидного полупозвонка из левых половинок тел ThVI, ThVII. Заключение. Сложная аномалия грудного отдела позвоночника: добавочный полу-

позвонок. Таким образом, диагноз, поставленный при ультразвуковом исследовании плода, был подтвержден в ходе рентгенологического исследования после родов.

Заключение. Описанное клиническое наблюдение подтверждает возможность ранней пренатальной диагностики аномалии развития костно-мышечной системы: добавочного полупозвонка. Для определения тактики ведения беременности считаем целесообразным проводить тщательное ультразвуковое исследование с целью выявления сочетанных пороков развития, а при их обнаружении считаем необходимым определение кариотипа. При изолированной форме заболевания показано динамическое эхографическое наблюдение и стандартное ведение родов. После рождения необходимо расширенное обследование ребенка и консультация детского ортопеда. Ведущие специалисты в области детской ортопедии, как в России, так и за рубежом, рекомендуют оперативное лечение детей с аномалиями по типу полупозвонков уже в возрасте 1-6 лет до появления выраженной деформации позвоночника.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИЙ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА (АБГ) И ЕГО ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ (АБГ-IgG) В КРОВИ ЖЕНЩИН, ПРИНИМАЮЩИХ НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (КОК)

**Керемецкая Е.В., Баженова Л.Г., Зорина Р.М.,
Зорина В.Н.**

Кафедра акушерства и гинекологии, НИЛ иммунологии ГОУ ДПО «Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Роздрава», Новокузнецк

Ассоциированный с беременностью альфа2-гликопротеин (АБГ) — эстрогензависимый белок, относящийся к числу «белков беременности» и, по мнению ряда авторов, к раково-эмбриональным антигенам. Установлено, что концентрация АБГ возрастает в крови женщин в сотни раз при беременности и от 2 до 5 раз — при онкопролиферативных злокачественных процессах в эстрогензависимых органах (рак молочной железы, рак яичников, рак эндометрия).

Нами впервые установлено наличие в крови женщин специфических комплексов, состоящих из АБГ и IgG, уровень которых возрастает в 2-3 раза во время беременности и не меняется при злокачественных новообразованиях. Высказано предположение об их участии в иммунорегуляторных механизмах беременности и канцерогенеза.

Ранее нами было установлено, что прием высокодозированных КОК, содержащих 50 мкг этинилэстрадиола, сопровождался резким повышением сывороточного уровня АБГ. Влияние микродозированных препаратов КОК, в состав которых входит

20 мкг этинилэстрадиола, на показатели данного белка и его специфических иммунных комплексов не изучались.

Все вышеизложенное послужило предпосылкой для изучения сывороточных уровней АБГ и его иммунных комплексов в группе женщин, принимающих Новинет (микродозированный оральный контрацептив). Исследование проведено в динамике: до назначения препарата, через 3 месяца, 6 месяцев, и 9-12 месяцев от начала приема препарата. В исследовании приняли участие 12 соматически здоровых женщин репродуктивного возраста (от 17 до 28 лет), прошедших стандартное клинико-лабораторное обследование до назначения контрацептивных препаратов.

Результаты исследования показали, что у 9 из 12 обследованных женщин (75%) концентрация АБГ в крови резко повышалась в первые 3 месяца приема препарата от $0,004 \pm 0,002$ г/л до $0,104 \pm 0,016$ г/л ($p < 0,0001$), достигая максимума через 6 месяцев ($0,128 \pm 0,02$ г/л) наблюдения, а затем имела незначительную тенденцию к снижению к 12 месяцам приема препарата ($0,103 \pm 0,019$ г/л).

У 2 (17%) из 12 женщин, принимавших Новинет, содержание белка в крови оставалось неизменным в течение всего периода наблюдения и не отличалось от контрольных значений. У 1 (8,5%) из 12 женщин, принявших в участие в исследовании, содержание АБГ, достигнув максимального уровня АБГ ($0,175$ г/л) через 6 месяцев приема контрацептивного препарата, к 12 месяцам снизилось до средних значений небеременных женщин ($0,01$ г/л).

Концентрация иммунных комплексов АБГ-IgG в крови всех женщин, принимающих микродозированный препарат КОК, спустя 3 месяца ($2,6 \pm 0,43$ мкг/мл) была сопоставима с их исходными значениями ($2,58 \pm 0,28$ мкг/мл) и значимо снижалась через 6 месяцев приема препарата ($0,74 \pm 0,23$ мкг/мл; $p < 0,0001$). Через 12 месяцев содержание иммунных комплексов в сыворотке крови достигало минимальных значений ($0,19 \pm 0,04$ мкг/мл).

Таким образом, содержание АБГ в крови 75% женщин, принимающих низкодозированный КОК Новинет, было повышенным, начиная с 3-го месяца приема препарата до года наблюдения, в 26 — 32 раза превышая контрольные показатели; тогда как уровень специфических иммунных комплексов АБГ-IgG, напротив, снижался через полгода от начала приема контрацептива (в 3 раза и более), достигая минимума через год наблюдения (в 13 раз ниже исходных концентраций).

Полученные (предварительные) данные свидетельствуют о существенном влиянии микродозированных КОК, представителем которых является Новинет, на показатели уровней основного белка беременности и его иммунных комплексов в течение первого года применения гормонального метода контрацепции у женщин репродуктивного возраста. Однако необходимо отметить, что концентрации АБГ в крови женщин, принимающих данный препарат, были на порядок ниже, в сравнении с повышением уровня данного белка в крови

женщин, принимающих макродозированные КОК, и не превышали концентраций белка, соответствующих беременности I триместра (собственные исследования 90-х годов).

Вместе с тем, мы полагаем, что результаты настоящего исследования позволят внести определенный вклад в разработку индивидуального подхода к назначению гормонального метода контрацепции женщинам раннего и позднего репродуктивного возраста из группы высокого онкогенного риска.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кесова Е.Н., Овсиенко А.Б., Гаспарян С.А.

ФГУ «ПНИИК ФМБА России», г. Пятигорск

Актуальность. Возможности современной медицины позволяют улучшить акушерские и перинатальные исходы беременности. В настоящее время наибольший интерес вызывают наименее изученные генетические, тромбофилические и иммунологические факторы. Важное место расстройств гемостаза в общей патологии человека предопределяется не только высокой частотой встречаемости в популяции, многообразием форм и потенциально крайне высокой опасностью геморрагических и тромботических заболеваний и синдромов, но еще и тем, что эти процессы являются неотъемлемым, значимым и часто ведущим звеном патогенеза значительной части акушерской патологии (Филеева Ю.А., Попов А.А., 2009).

К сожалению, исследование системы гемостаза подчас не включается в план обследования пациентки с отягощенным акушерским анамнезом, т.к. не рассматривается ими как возможная причина бесплодия, невынашивания и многих тяжелых осложнений беременности и родов, таких, как гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, синдром потери плода, акушерские кровотечения. В то же время необходимость диагностики и коррекции патологии системы гемостаза очевидна, т.к. позволяет перевести некоторые акушерские осложнения из категории непредотвратимых в разряд предотвратимых и уменьшить риск материнской и младенческой смертности.

Предупреждение формирования патологического прокоагуляционного потенциала свертывающей системы крови зависит от реальной возможности влиять на дефекты различных компонентов системы гемостаза и требует дифференцированного подхода к антитромботической терапии и мониторингу ее эффективности и безопасности.

Целью исследования явилось изучение возможности применения озонотерапии во время беременности для профилактики тромбофилических и коагулопатических осложнений.

Материалы и методы. Во время наблюдения проводилось исследование коагулограммы и функциональной активности тромбоцитов каждые 4-6 не-

дель, определялся уровень гомоцистеина, обнаружение Ig G антител к кардиолипину, Волчаночного антикоагулянта. Коагуляционный потенциал оценивался по уровню содержания тромбоцитов, агрегации тромбоцитов с АДФ, с ристомицином, с коллагеном, Д-димера, РФМК, активности анти-тромбина III, активности протеина С, фактора фон Виллебрандта, АЧТВ, тромбинового времени, протромбинового времени, протромбинового индекса, фибриногена. Исследование проводилось до назначения антикоагулянтной терапии, после коррекции гемостаза прямыми и непрямыми антикоагулянтами, также и после введения озонотерапии. В 1-ой группе в случае диагностики гиперкоагуляционного синдрома, активации тромбоцитарного звена гемостаза проводилась коррекция системы гемостаза прямыми антикоагулянтами (клексан в дозах 0,4-0,8 мгл или фраксипарин 0,3-0,6 мгл в сутки) продолжительностью 10- 20 дней, в качестве антиагрегантов применялись курантил, трентал, дипиридамол в виде прерывистых курсов, в разном сочетании, а 2-я группа получала наряду с этими же препаратами и озонотерапию (в/в введение озонированного физиологического раствора, концентрация озона в нем 4 мг/л- 5-7 процедур в конце I, во II и III триместрах). Длительность терапии корректировалась показателями системы гемостаза.

Результаты. В нашем исследовании подтвердились гипокоагуляционные эффекты озонотерапии: В частности удлинялось укороченное АЧТВ, повышенный уровень ПТИ стабилизировался в пределах 98-103%, уровень РФМК имел тенденцию к снижению, отмечалось отсутствие Д-димеров, при сниженном фибринолизе — низкий уровень активности Антитромбина III и активности протеин С достиг нормальных показателей, в пределах 70-130%, также снижался уровень повышенного фибриногена, снижалась гиперкоагуляция по хронометрическим тестам (ПВ, ТВ, АЧТВ), при этом не получили геморрагических осложнений.

Заключение. Таким образом использование озонотерапии благоприятно влияет на клиническое течение беременности, способствуя мягкой коррекции системы гемостаза, снижает риск развития гестозов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности и синдрома потери плода, сокращает использование лекарственных средств, улучшает перинатальную адаптацию новорожденных.

В основе успешной реализации основных акушерских задач, связанных с патологией гемостаза, должен лежать «гемостазиологический» подход акушера к женщинам с ОАА (внутриутробная гибель плода, отслойка плаценты, раннее начало токсикоза второй половины беременности, задержка внутриутробного развития плода, привычная потеря беременности).

АКУШЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ МАТКИ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кесова М.И., Кан Н.Е., Коган Е.А., Демура Т.А., Санникова М.В., Климанцев И.В., Болотова О.В., Амирасланов Э.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Особенностью современного акушерства является значительный рост абдоминального родоразрешения. С увеличением доли оперативного родоразрешения возникает проблема репарации ткани в области разреза матки, которая определяет характер течения послеоперационного периода. Учитывая генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ), интерес представляет изучение особенностей формирования рубца, течения беременности и родов у пациенток с нДСТ.

Цель исследования: изучить морфологические особенности рубца матки у пациенток с нДСТ.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 90 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с рубцом матки после операции кесарева сечения, которые были разделены на 2 группы (I — основная и II — группа сравнения). Выделение пациенток с признаками нДСТ проводилось на основе классификации Кадуриной Т.И. (2009). Критериями включения в основную группу (60 пациенток) было наличие хотя бы одного из признаков нДСТ. Группа сравнения была сформирована из 30 пациенток без или с минимальными проявлениями нДСТ.

Результаты исследования: Течение беременности у пациенток с нДСТ осложнялось угрозой прерывания в I (33,0% против 24,2%) и III (24% против 15%) триместрах, преэклампсией (8,8% против 3,0%) и плацентарной недостаточностью (8,7% против 3,0%). Кроме того, отслойка хориона и поздние самопроизвольные выкидыши имели место только у пациенток с нДСТ.

При проведении УЗИ признаки неполноценности были установлены у 31,3% и 22,6% (OR, 1.6; CI, 0.8 - 2.9), в то время как при кесаревом сечении у 46,9% и 35,5% (OR 1.6; CI, 0.9 — 2.8) женщин соответственно. Проведение корреляционного анализа установило высокую степень корреляции формирования неполноценного рубца (НР) с такими проявлениями нДСТ, как миопия высокой степени и пролапс митрального клапана.

Полноценные рубцы, видимые макроскопически, построены из грубых коллагеновых волокон с замурованными сосудами капиллярного типа со склерозированными стенками и небольшим количеством фибробластических элементов. В НР обнаруживались крупные очаги кровоизлияний с формированием интрамуральных гематом, полнокровные

сосуды, а также артерии мелкого калибра с резко утолщенными склерозированными стенками и суженным просветом, очагами фибриноидного некроза и воспалительной клеточной реакцией. Наличие гематом являлось одним из ведущих микроскопических признаков неполноценности рубца. При нДСТ в рубцах микроскопически выявлялись очаги дезорганизации соединительной ткани, прежде всего в периваскулярном пространстве в виде мукоидного и фибриноидного набухания и фибриноидного некроза с клеточными реакциями. Кроме того, отмечалось меньшее количество сосудов капиллярного типа, а также более выраженный склероз и гиалиноз стенок артерий. В неполноценных рубцах при нДСТ отмечались крупные очаги ишемического некроза с демаркационным воспалением, вблизи которых обнаруживались резко стенозированные и облитерированные артерии мелкого калибра.

Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения. При этом частота экстренного родоразрешения в I группе составила 60,9%, а во II — 45,2% (OR 1.9; CI, 1.1 — 3.3). Основными показаниями к экстренному оперативному родоразрешению в основной группе были развитие регулярной родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод. Кровопотеря во время операции составила соответственно по группам $739,8 \pm 134,5$ мл и $669,5 \pm 178,6$ мл. Течение послеоперационного периода у пациенток с нДСТ достоверно чаще осложнялось гематометрой, по поводу которой, проводилась вакуум-аспирация содержимого матки, и формированием послеоперационных гематом.

Гестационный возраст к моменту рождения колебался в пределах 37-40 недель. Масса доношенных новорожденных I и II групп составила $3213,1 \pm 312,9$ г и $3374,7 \pm 350,2$ г, длина — $50,2 \pm 1,5$ см и $51,0 \pm 1,4$ см соответственно. Массо-ростовые показатели новорожденных с нДСТ были несколько ниже, в отличие от группы сравнения, однако соответствовали норме. У 1/3 новорожденных этой группы имела место желтуха. В 2 раза чаще отмечался кожно-геморрагический синдром ($P < 0,05$).

Заключение: Резюмируя полученные данные, следует отметить, что морфофункциональная несостоятельность соединительной ткани неблагоприятно влияет на течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с нДСТ. Данное положение подтверждается достоверно более частым развитием у женщин с нДСТ осложнений беременности в виде угрозы прерывания на различных сроках, отслойки хориона и формирования плацентарной недостаточности. Кроме того, у пациенток с нДСТ имеется тенденция к более частому развитию НР, морфологическим субстратом которого является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани вплоть до фибриноидного некроза. Вероятная причина дезорганизации соединительной ткани при нДСТ может быть связана с относительной несостоятельностью репаративных процессов с неполноценным ангиогенезом, ведущим к ишемическому повреждению соединительной ткани. Это может приводить к уменьшению

механической прочности ткани и способствовать развитию неполноценности рубца.

МЕСТО РАННЕГО ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Киселева Э.Я, Журавлева В.И.

Россия, г. Казань, МУЗ «Клиника медицинского университета»

Актуальной проблемой современного акушерства являются послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания, которые не имеют тенденции к снижению и нередко являются причиной материнской смертности. Лидирующее положение в структуре данных заболеваний занимает послеродовый эндометрит, запоздалая диагностика которого может привести к дальнейшему распространению инфекции, вплоть до развития генерализованных форм. Поэтому рациональное ведение родильниц с субинвалуцией матки имеет большое значение.

Целью данного исследования является оценка эффективности раннего опорожнения матки с целью профилактики послеродового эндометрита. Для этого мы выявили частоту проведения послеродовых опорожнений матки и определили показания к послеродовому опорождению матки.

Под нашим наблюдением находилась 121 родильница, у которых в послеродовом периоде было выполнено опорожнение матки. По отношению к общему количеству родов этот показатель составил 8,3%. Средний возраст женщины 26 ± 7 лет. Первородящие среди них 68,6%, повторнородящие — 31,4%. Путем кесарева сечения были родоразрешены 2,5% женщин. Срочные роды отмечены у 92,6%. Средняя продолжительность родов составила 7 часов 30 мин. У каждой третьей роженицы наблюдалось преждевременное отхождение околоплодных вод. Безводный период до 6 часов отмечен у 42,3% родильниц, более 6 часов — у 31,3%.

У 39% женщин до родов была выявлена инфекция: в т.ч. вирусная у 23,0%, микробная — у 16,0% женщин. Не проходило обследование на ИППП каждая третья родильница.

На 5-6 день послеродового периода 79,3% родильницам выполнено опорожнение матки в связи с субинвалуцией (расширение полости матки в среднем составила $12,3 \pm 4$ мм.) Зависимость между субинвалуцией матки и продолжительностью безводного периода нами не выявлена.

Все родильницы выписаны на 6 — 7 день. Более позднее опорожнение матки предпринималось на фоне стертой картины послеродового эндометрита (субинвалуция, субфебрилитет, воспалительная реакция крови), что потребовало проведение длительного лечения.

Таким образом, предпринимаемое послеродовое опорожнение матки на 5-6 день при расширении полости до $12,3 \pm 4$ мм позволяет предупредить развитие послеродового эндометрита у родильниц групп риска.

РОЛЬ МИОМЭКТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Климанов А.Ю., Брюханова О.В., Тугушев М.Т

Миома матки является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии. Данное заболевание выявляется по данным различных авторов у 20% - 30% женщин. Взгляды на взаимосвязь между миомой матки и проблемами во время беременности и родов на сегодняшний день, остаются противоречивы, а вопрос о необходимости выполнения консервативной миомэктомии перед планированием беременности остается открытым. В связи с этим вопросы органосохраняющего хирургического лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста планирующих беременность являются открытой проблемой современной медицины.

Задачей нашего исследования была оценка частоты, как прерывания беременности, так и возникновения угрозы прерывания беременности у женщин, перенесших консервативную миомэктомию по сравнению с женщинами, беременность которых протекала на фоне миомы матки.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней 104 пациенток, наблюдавшихся по поводу беременности в период с 2005 по 2009г. в МК «ИДК». Пациентки были разделены на 3 группы. I группу составили 34 женщины после лапароскопической консервативной миомэктомии в анамнезе. Средний возраст женщин составил $31,1 \pm 5,2$ лет. II группу составили 36 женщин с миомой матки. Средний возраст женщин составил $31,6 \pm 4,8$ лет. III группу составили 40 женщин без патологии матки. Средний возраст женщин составил $30,4 \pm 5,0$ лет. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$). Статистическая обработка данных проводилась с применением критериев Стьюдента, χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Достоверность статистической значимости различий, уровней значимости принималась при $p < 0,05$.

Угроза прерывания беременности имела место быть у 7 женщин после консервативной миомэктомии что составило 21% от всех беременностей и достоверно не отличалась от частоты угрозы прерывания беременности в III группе ($n=5$) которая составила 12 % ($\chi^2 p > 0,05$). В тоже время угроза прерывания беременности во II группе возникла у 16 женщин, что составило 48 % от всех беременностей и достоверно отличалась от таковой в группе после миомэктомии ($p < 0,05$).

Таким образом, частота возникновения угрозы прерывания беременности у женщин после консервативной миомэктомии сопоставима с частотой возникновения угрозы прерывания беременности без патологии матки. В тоже время частота угрозы прерывания беременности у женщин с миомой матки значимо выше, чем у пациентов как без патологии полости матки, так и после миомэктомии.

СЛУЧАЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПОЛНОЦЕННОМ РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

Климанов А.Ю., Тугушев М.Т

Проблема органосохраняющих хирургических вмешательств в гинекологии существует длительное время. И наиболее остро она стоит при выполнении органосохраняющих операций на матке. Впервые успешная миомэктомия была выполнена в Париже в 1842 г. А в 1886 году А.И. Лебедев выполнил это вмешательство впервые в России. Данные операции в то время сопровождалась обильными кровотечениями и септическими осложнениями, часто приводившими к летальным исходам. Все это мешало их широкому распространению. Тем не менее, в настоящее время миомэктомия получила широкое распространение и целесообразность ее проведения не вызывает сомнений. Ясно, что основной целью производимых операций является сохранение, а порой и восстановление репродуктивной функции женщины. Существует множество исследований, которые показали влияние миомэктомии на частоту наступления и вынашивания беременности у пациенток с нарушением репродуктивной функции. Не смотря на это, именно в настоящее время наиболее остро встают вопросы касающиеся техники операции, выбора доступа, места и направления разреза на матке, шовного материала и послеоперационного ведения пациенток. Конечной целью миомэктомии должно являться не только само удаление доброкачественной опухоли, но и формирование полноценного рубца в месте операции. В настоящее время участились случаи несостоятельности рубца на матке после лапароскопической миомэктомии.

Клинический случай.

Пациентка А. обратилась в Медицинскую компанию ИДК с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет, при регулярной половой жизни. Муж пациентки обследован, патологии не выявлено. Из анамнеза пациентки А. в 2004 году пациентке выполнена лапароскопическая операция по поводу бесплодия, консервативная миомэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. В связи с наличием у пациентки миоматозного узла в области перешейка матки, отсутствием беременности в течение 5 лет после лапароскопической миомэктомии, пациентке была показана лапароскопия с целью удаления миоматозного узла и выявления возможных причин бесплодия. После стандартного предоперационного обследования, которое включало в себя общеклинический анализ крови и мочи, определение биохимических показателей крови, мазок на степень чистоты влагалищного содержимого, цитологическое исследование мазка с шейки матки, флюорографию, консультацию терапевта и анестезиолога, пациентка была госпитализирована в стационар с целью выполнения ей лапароскопической операции. Операция осу-

ществлялась традиционным лапароскопическим доступом с использованием одного троакара для введения лапароскопа и трех троакаров для манипуляторов и инструментов. В ходе осмотра органов малого таза, матка неправильной формы, размерами 6 x 4 x 5 см. По передней стенке матки имеется субсерозный миоматозный узел диаметром 3 см. По задней стенке матки имеется дефект миометрия диаметром 3 см. После проведения консервативной миомэтомии и извлечения миоматозного узла из брюшной полости интраоперационно выполнено ультразвуковое исследование матки с целью оценки состояния задней стенки матки в области старого послеоперационного рубца. Наименьшая толщина миометрия в проекции старого послеоперационного рубца составила 5 мм. Учитывая неполноценность старого рубца и высокий риск его несостоятельности во время беременности и родов в будущем, пациентке было выполнено иссечение старого рубца на задней стенке матки без вскрытия полости матки с последующим ушиванием дефекта викрилом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из стационара через 1 сутки после операции. Далее пациентка наблюдалась амбулаторно. С частотой 1 раз в 7 дней выполнялась ультрасонография с контролем состояния послеоперационного рубца в течение 1 месяца после операции, далее раз в месяц. За период наблюдения отклонений от нормального течения послеоперационного периода не было, толщина стенки матки в области после операционного рубца не отличалась от толщины интактной стенки и составил 1,5 см. Таким образом, описанный случай демонстрирует возможность выполнения реконструктивных операций при неполноценных рубцах на матке после консервативной миомэтомии.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА И ГЕРПЕС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

**Клименко П.А., Савельева Г.М., Сичинава Л.Г.,
Панина О.Б., Лебедев Е.В., Савинова А.А.,
Магнитская Н.А.**

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, МГУ им. М.В. Ломоносова

В структуре перинатальной смертности в развитых странах врожденная и наследственная патология (ВНП) плода занимает первое место, в РФ — второе. В настоящее время считается, что реальным путем раннего выявления ВНП плода является обследование всех беременных с помощью неинвазивных скрининг-тестов в первом триместре беременности: УЗИ, определение биохимических сывороточных маркеров PAPP-A и ХГЧ.

Целью настоящего исследования явилось определение значимости сывороточных маркеров в диагностике ВНП плода, а также вариабельности их

значений под воздействием герпес-вирусной группы, как наиболее часто встречающейся среди других внутриутробных инфекций.

Было обследовано 200 беременных 16-42 лет, которым в скрининговом режиме проводились УЗИ и определение уровня сывороточных маркеров в крови матери в 11-14 нед., обследование на внутриутробные инфекции, расширенное обследование на герпес-вирусную группу (8 типов патогенных для человека герпес-вирусов методом ПЦР). Наличие или отсутствие инфекции определяли клинически (высыпания на коже и слизистых оболочках, симптомы хориоамнионита) и по наличию ДНК представителей герпес-вирусной группы в образцах из цервикального канала и периферической крови беременных). Одновременно осуществляли двойной диагностический скрининг-тест (PAPP-A и ХГЧ). По показаниям проводилась инвазивная пренатальная диагностика.

У 44 из 200 (22 %) беременных была выявлена активная фаза герпетической инфекции. При этом только у 5 из них обнаруженные лабораторные показатели инфицирования сочетались с клиническими проявлениями заболевания.

Наиболее часто (у 17 из 44 пациенток) была выявлена ДНК вирусов герпеса человека 1 и 2 типов, что лишней раз подтвердило их наибольшую распространенность. У 6 пациенток, помимо вирусов герпеса 1 и 2 типов, были выделены и вирус цитомегалии. У остальных беременных исследуемые инфекционные агенты встречались в различных сочетаниях.

У 39 матерей с диагностированной с помощью ПЦР герпесвирусной инфекцией без клинических ее проявлений родилось 4 детей с внутриутробными повреждениями: вентрикуломегалия, гидроцефалия, порок развития кишечника, хориоретинит. У 2 пациенток в сроки 7 и 9 недель была зарегистрирована неразвивающаяся беременность. У 8 пациенток на различных сроках беременности (26-32 нед.) при ультразвуковом исследовании была диагностирована (и подтверждена при рождении) задержка роста плода 1-3 степени.

У пациенток с внешними клиническими проявлениями заболевания, несмотря на вирусемию и присутствие вируса в соскобе из цервикального канала (у 3 выявлен ВПГ 1-го, 2-го типов, в единичных наблюдениях — ВПГ различных типов+ЦМВ), какой-либо врожденной патологии плодов выявлено не было.

Из 200 обследованных беременных изменения уровней сывороточных маркеров зарегистрировано у 114, при этом в большинстве наблюдений изменения касались одного из исследуемых белков. В 22 наблюдениях было выявлено изменение уровня как PAPP-A, так и ХГЧ. Резко сниженными были значения обоих биохимических маркеров у пациенток с неразвивающейся беременностью. Незначительное снижение PAPP-A и ХГЧ было характерно для инфицированных пациенток (ВПГ 1,2,6,7 типов, ВПГ 1 и 2 типов+ЦМВ). Это может свидетельствовать о сниженной белоксинтезирующей функции пла-

центры как при гибели эмбриона, так и при вирусной инвазии. Поскольку изучаемые белки играют важную роль в обеспечении иммунологической толерантности плода при беременности, их дефицит можно рассматривать как одно из ранних проявлений плацентарной недостаточности.

Проведенные нами исследования показали, что полной корреляции между ВВП плода и концентрациями PAPP-A и ХГЧ нет. Изменение их концентрации и/или соотношения может свидетельствовать о нарушении функции плаценты. Изменение уровней сывороточных маркеров при наличии у беременной герпетической инфекции не может служить достоверным маркером ВВП плода.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ мРНК ГЕНА ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПЛАЦЕНТЕ

Климовская Я.С., Останкова Ю.В., Горская О.А., Соколов Д.И., Сельков С.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта Северо-Западного отделения РАМН.

Одной из наиболее тяжелых форм патологии беременности является гестоз, частота которого в разных странах составляет от 7% до 22%. Фактически, гестоз является третьей по значимости причиной материнской смертности, а также заболеваемости и смерти новорожденных. В патогенезе этого заболевания важную роль играют процессы, протекающие в плаценте. Необходимой составляющей развития плаценты являются васкулогенез и ангиогенез, который контролируется фактором роста эндотелия сосудов (VEGF). Гестоз сопровождается нарушением процесса ангиогенеза, при котором происходит снижение секреции VEGF.

Целью настоящей работы явилось уточнение особенностей экспрессии мРНК гена VEGF в ткани плаценты у женщин с беременностью, осложненной гестозом по сравнению с женщинами с нормально протекающей беременностью.

В ходе работы были исследованы 23 плаценты, полученные при родоразрешении путем кесарева сечения, на сроке 38-39 недель, из них 8 плацент — от женщин с неосложненной беременностью и 15 плацент — от женщин с беременностью, осложненной гестозом.

Выделение мРНК из кусочков плацент проводили в соответствии с модифицированным нами протоколом методики Хомчинского. Затем проводили реакцию обратной транскриптации с использованием специфических или Random праймеров. Амплификацию в режиме реального времени проводили на программируемом амплификаторе ДТ-96 «ДНК-технология» (Москва) при следующих условиях: после денатурации (950С, 12 мин) проводили 40 циклов амплификации в режиме: 950С — 40 сек; 60,20С — 1 мин; 720С — 50 сек и заключитель-

ный синтез 720С (3 мин). Для проведения амплификации фрагментов гена VEGF использованы праймеры: F: 5'- CAACATCACCATGCAGATTATGC-3' и R: 5'- CCCACAGGGATTTTCTGTCTT-3', а так же зонд 5'-FAM-TCACCATGCAGATTATGCGGATCAA-BHQ1-3'. В качестве внутреннего контроля использовали IL-6. Праймеры: F: 5'- AAATTCGGTACATCCTCGACGG-3' и R: 5'- GGAAGGTTTCAGGTTGTTTTCTGC-3', зонд: 5'- HEX-TCGGTACATCCTCGACGGCATCTCAA-BHQ1-3'. Негативным контролем при каждой амплификации служили 2 образца, один из которых содержал праймеры и кДНК, но без полимеразы, другой, напротив, содержал полимеразу без праймеров и матрицы. При отношении экспрессии мРНК VEGF к мРНК IL-6 меньше 1, предполагали, что экспрессия мРНК VEGF в образце практически отсутствует, а при отношении больше 1, говорили о наличии экспрессии VEGF в образце. Относительно внутреннего контроля, согласно сравнительному St методу, нормализовали уровень экспрессии мРНК VEGF в плацентах от женщин с неосложненной беременностью и принимали за единицу, а затем уровень экспрессии гена в образцах плацент женщин с гестозом сравнивали с соответствующим показателем плацент здоровых беременных женщин. Определение достоверности различий производили с помощью точного двустороннего критерия Фишера, а также с помощью хи-квadrat (χ^2). В случае достоверных отличий между сравниваемыми признаками в исследуемых группах, также использовали коэффициент соотношения шансов (odds ratio — OR). Значение OR, применительно к нашим данным, показывает, во сколько раз выше вероятность иметь заболевание, при наличии данного уровня экспрессии.

При изучении экспрессии мРНК гена VEGF методом полимеразной цепной реакции в реальном времени, было показано достоверное уменьшение экспрессии данного гена в плацентах с гестозом по сравнению с экспрессией в контрольных плацентах. Риск развития гестоза оказался крайне высоко ассоциирован с экспрессией мРНК гена VEGF: OR=14,0, $p<0,0302$, $df=1$, CI=1,385-141,57. То есть, риск развития данного заболевания у женщин с низкой экспрессией гена VEGF в 14 раз больше, чем у женщин с нормальной экспрессией этого гена.

Полученные данные дают право предположить, что снижение секреции VEGF связано со снижением экспрессии мРНК данного гена, а не с нарушениями при синтезе белка. Однако остается до конца непонятным, является ли уменьшение экспрессии мРНК VEGF результатом начавшегося разрушительного процесса или, напротив, причиной нарушения процесса ангиогенеза. Результаты данного исследования могут быть использованы для дальнейшей работы над этим вопросом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ И ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №1» Г. КРАСНОЯРСКА

Ковалёва Е.А., Цхай В.Б., Кунилова О.В.,
Демидович Т.И., Шестакова Г.Ф.

Россия, г. Красноярск, ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», МУЗ «Родильный дом №1»

Основной задачей акушерства является снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и правильному выбору метода родоразрешения. На протяжении более двух десятков лет отмечается четкая тенденция к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению. Число операций кесарева сечения в среднем по стране приближается к 20%, достигает 40-50% в перинатальных центрах и ведущих клиниках страны. В последние годы в МУЗ «Родильный дом №1» г. Красноярск совместно с сотрудниками КрасГМУ отрабатываются современные технологии родовспоможения, включающие и оптимизацию оперативного родоразрешения.

Основу разрабатываемой системы составили методики ультразвуковой оценки состояния артериальной и венозной систем кровообращения плода, центральной и региональной материнской гемодинамики с привлечением дополнительных методов лабораторной и инструментальной диагностики экстрагенитальной патологии. Применение указанных методик позволило осуществлять раннее выявление и объективизировать оценку тяжести различных осложнений беременности, включая прогрессирующую плацентарную недостаточность, угрожающие и критические состояния плода, утяжеление течения гестоза

Важным организационно-методическим моментом явилось создание телемедицинского консультирования, оптимизирующего лечебно-диагностическую помощь беременным Красноярского края, а также оперативно отслеживающего количественный и качественный состав беременных и рожениц группы высокого риска. Использование системы мониторинга беременных женщин группы среднего и высокого риска в работе АРКЦ МУЗ «Родильный дом №1», позволяет оказывать высококвалифицированное профильное консультирование беременных, имеющих экстрагенитальную патологию, своевременно поставить вопрос о целесообразности вынашивания беременности, определить группу риска возможных осложнений, решить вопрос о своевременной госпитализации в специализированные родильные дома г. Красноярск и дальнейшей тактики ведения. Таким образом, внедренная система включает принципы оптимизации выбора метода родоразрешения на основе объективных критериев, получаемых в результате применения современных дополнительных методов диагностики.

За последние 5 лет частота операции кесарева сечения в МУЗ «Родильный дом №1» колеблется в пределах 28—31% (в 2009г. — 28%). Высокая частота абдоминального родоразрешения объясняется концентрацией беременных группы высокого риска со всего края, а также решением МЗ Красноярского края (от 2008 г.) о плановой госпитализации всех беременных с рубцом на матке из отдаленных районов края. В 2009г. в МУЗ «Родильный дом №1» родоразрешены 1045 жительниц районов Красноярского края, из них 32% проведена операция кесарева сечения (у городских жительниц — 58,6%). Основным показанием к оперативному родоразрешению у краевых жительниц являлся рубец на матке — 45%, заметно увеличилось количество женщин, родоразрешенных оперативно в связи с наличием экстрагенитальной патологии. До недавнего времени первое место в структуре заболеваний стабильно занимала осложненная миопия высокой степени — 8,1%. Однако в последнее время в структуре показаний прогрессивно увеличивается количество женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, врожденными пороками сердца, на долю которых приходится 7,7% операций. Увеличивается доля беременных с заболеваниями дыхательной и нервной системы. Так, у 3 беременных отмечалась пневмония с дыхательной недостаточностью 2-3 степени. Общее количество операций, производимых у женщин с экстрагенитальной патологией (нередко досрочно по жизненным показаниям), приближается к 18%, при этом отмечалось сочетание с другими акушерскими осложнениями.

Большинство операций — 64,4% выполнялось в экстренном порядке, в структуре показаний преобладали тяжелый гестоз — 31,4% и острая гипоксия плода — 10,2%, anomalies родовой деятельности и клинически узкий таз — по 6%. У беременных с кесаревым сечением в анамнезе показаниями к плановой повторной операции в 30% случаев являлся рубец на матке, еще в 30% — сочетание с соматической патологией. У беременных, впервые родоразрешенных путем кесарева сечения, показаниями к абдоминальному родоразрешению являлись: острый дистресс плода — 15%, тазовое предлежание в сочетании с крупным плодом — 7%, клинически узкий таз — 6%, беременность после ЭКО — 4,4%, тяжелая задержка роста плода III степени — 3,3%, осложненная многоплодная беременность — 3,3%.

Таким образом, в последние годы относительная стабилизация частоты операции кесарева сечения обусловлена улучшением качества дородовой диагностики нарушений состояния плода и матери, позволяющим своевременно предупредить развитие тяжелых акушерских и перинатальных осложнений. Эта стабилизация произошла, несмотря на увеличение количества женщин с тяжелой соматической патологией, которым противопоказаны роды через естественные родовые пути. За последние 5 лет при увеличении частоты операции кесарева сечения на 1,3%, показатель перинатальной смертности снизился с 7,5‰ в 2005 г. до 4,5‰ в 2009г.

МЕДИЦИНА СНА: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Колесникова Л.И., Мадаева И.М.

Россия, Иркутск, Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

Бурное накопление клинических и экспериментальных данных, развитие современных медицинских технологий легло в основу нового направления в медицине — медицины сна, или сомнологии. Факт возникновения патологических состояний во время сна хорошо известен практическим врачам. Известно, что сон здорового человека состоит из фаз и циклов, которые имеют специфические психофизиологические и гуморальные характеристики. Путь идеи медицины сна был сложен и тернист, однако с середины 60-х годов с первыми попытками проведения полиграфии сна, пришла в Россию научная сомнология, во главе которой стоял Вейн А.М. Дальнейшие исследования позволили сформулировать гипотезу о специфичности функционирования всех физиологических систем в различных функциональных состояниях мозга, что позволяет по иному взглянуть на различные патофизиологические сдвиги, возникающие во время сна.

Медицина сна мультидисциплинарна. Первые исследования в России приложения сомнологии в пульмонологии связаны с особенностями возникновения бронхиальной астмы в период бодрствования и сна, формированием обструктивных нарушений дыхания во время сна, что позволило разработать патогенетические методы коррекции и реабилитации и ранней профилактики подобных состояний.

Активные исследования в области кардиологии связаны с нарушениями сердечного ритма во время сна, развитием инфаркта миокарда. Специальное исследование синдрома удлиненного интервала Q-T (синдром Романо-Уорда), вызывающего внезапную смерть во сне, выявило колебание этого показателя в разных фазах сна и условия его клинических проявлений. Возможности суточного мониторинга АД позволяют регистрировать повышения его уровня именно в часы ночного сна. Во сне выявляются гастроэзофагальный рефлюкс, меняется кислотность желудочного сока. Отдельным этапом в сомнологии является возможность проведения объективной диагностики истинной и ложной импотенции, или эректильной дисфункции посредством исследования ночных пенильных эпизодов во время сна.

До настоящего времени, исследования сна у беременных являются единичными, а результаты крайне противоречивы. Поэтому, определение взаимосвязи нарушений сна и осложненного течения беременности представляет одну из актуальных проблем акушерства и сомнологии.

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТКИ НА ВЫБОР ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЬНЫМИ ПРЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ И МИКРОКАРЦИНОМОЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Короленкова Л.И.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии третьей степени (CIN 3), к которым относятся тяжелая дисплазия и преинвазивный рак (CIS), и микрокарцинома шейки матки чаще всего встречаются у женщин детородного возраста. Эти повреждения могут развиваться на фоне персистирующей папилломавирусной (ВПЧ) инфекции в течение 10-30 лет. Однако, ранний возраст начала половой жизни (до 15 лет) и частая смена половых партнеров подростками, сопутствующие половые инфекции, способствующие прогрессии CIN, приводят к тому, что заболевание достигает преинвазивного и даже микроинвазивного рака уже к 25-ти годам. В возрасте 25 лет многие современные женщины еще не имеют детей, и при отсутствии организованного скрининга часто CIN 3/CIS и микрокарциному шейки матки выявляют по результатам цитологического исследования в момент постановки беременной женщины на учет в женской консультации. В этой ситуации женщине предстоит принимать решение о судьбе будущего ребенка, способное повлиять на ее личную судьбу и судьбу семьи.

В связи с физиологическими изменениями во время беременности, как цитологически, так и кольпоскопически может наблюдаться гипердиагностика поражения. Для уточнения степени CIN и определения возможной инвазии целесообразны множественные биопсии поврежденного эпителия эктоцервикса или петлевая эксцизия. В поликлинику РОНЦ в 2007-2010 гг. после обнаружения в мазках клеток рака обратились 25 женщин в первом триместре беременности. Все они до консультации в РОНЦ были ориентированы на прерывание беременности. У всех больных был положительный ВПЧ тест с большой вирусной нагрузкой и выраженные кольпоскопические изменения, не позволяющие исключить микроинвазию. Однако морфологически у двух из них в петлевой эксцизии обнаружены только признаки ВПЧ-инфекции, у пяти — CIN1, у шести CIN2. У этих женщин вопрос о прерывании беременности был снят, диагностика и лечение отложены до родоразрешения. У 10 больных выявлены CIN3/CIS, и лишь у двух — микрокарцинома. Все больные, кроме одной, доносили беременность, в четырех случаях родоразрешение кесаревым сечением, в остальных — через естественные родовые пути. У одной больной на сроке 13 недель диагностирована неразвивающаяся беременность.

Даже при наличии микроинвазивного процесса влияние прерывания беременности на дальнейшее течение заболевания неизвестно, и само прерыва-

ние может быть более негативным фактором, чем иммуносупрессия при вынашивании беременности.

Следует также отметить, что из 416 женщин с CIN3/CIS (332) и микрокарциномой (84), наблюдавшихся в РОНЦ с 2006 по 2010 гг., у 47 в анамнезе были роды в течение двух лет до диагностики процесса — учитывая сроки развития преинвазивного и микроинвазивного рака, можно с абсолютной достоверностью утверждать, что на момент наступления беременности эти женщины уже имели как минимум CIN 2-3.

Необходимо подчеркнуть, что решение о сохранении или прерывании беременности принимает пациентка, однако взвешенное решение невозможно в отсутствие полной информированности. Все 25 пациенток до консультации в РОНЦ были в состоянии стресса ввиду обнаружения в мазках клеток рака, считая это непереносимым следствием злокачественного процесса, и не подозревали о возможности благополучного исхода. При первом же визите больную нужно успокоить и проинформировать о возможной гипердиагностике. Но даже после верификации CIN3 или микроинвазивного рака врачу не следует настаивать на прерывании беременности, а необходимо дать для принятия решения следующую полную информацию:

Больным с CIN3, в том числе с преинвазивным раком можно вынашивать беременность практически без риска прогрессирования.

Заболевание выявлено на уровне предрака (CIN3) или самого начала I стадии рака, течение которых может занимать много лет. Большинство больных бывают выявлены в более поздней, чем у них стадии (Ib), и все-таки имеют благополучный исход

Множество женщин вынашивают беременность, не зная о наличии у них заболевания. Течение CIN3 до инвазивного рака может занимать от 3 до 30 лет и срок доношивания беременности (обычно до полугодя) скорее всего не усугубит тяжесть процесса.

Наличие заболевания не вредит плоду.

Сразу или через короткое время после родоразрешения возможно полноценное лечение (конизация, ампутация, трахелэктомия, пангистерэктомия) с благополучным исходом.

Хотя вынашивание беременности сопровождается естественной иммуносупрессией, вероятность существенной прогрессии невысока.

Влияние самого прерывания беременности на течение заболевания до конца не изучено, возможно, оно негативно.

После рождения ребенка, испытав радость материнства и увидев красоту своего младенца, женщина будет вознаграждена за риск в отношении собственного здоровья и никогда не пожалеет о сохранении беременности.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В НИХ НА ФОНЕ ДООПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Коротких И.Н., Ходасевич Э.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Воронеж, Россия

Частота инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) послеродового периода остается значительной и не имеет тенденции к снижению (26-54,3%). Большого внимания как фактор риска ИВО в последнее время заслуживает кесарево сечение, являясь самой частой акушерской операцией. Несмотря на многочисленные попытки создания систем прогнозирования осложнений только у 10-30% женщин, отнесенных в группы риска, на самом деле определяются неблагоприятные исходы беременности и родов. Широкое применение антибиотиков особенно в группах повышенного риска значительно сократило число случаев генерализованной инфекции, но, к сожалению, существенно не повлияло на частоту и тяжесть ИВО, нередко приводя к развитию латентных или поздно манифестирующих форм заболевания. Это определяет потребность поиска оптимальных и информативных критериев риска ИВО и возможностей коррекции степени риска перед оперативным родоразрешением.

Цель исследования: Изучить влияние немедикаментозных методов профилактики ИВО на риск и фактическую частоту их развития в послеродовом периоде с использованием показателей вегетативного гомеостаза.

Материал и методы исследования. Изучено состояние вегетативного гомеостаза у 32 беременных, которым предстояло кесарево сечение, с использованием программно-аппаратного комплекса «Динамика-100». Обследование проводилось дважды: при поступлении в стационар и накануне операции. Комплекс автоматически рассчитывает интегральные количественные показатели вариационного анализа ритма сердца для суждения о качестве здоровья беременной. Состояние адаптации классифицировали: оптимальная, напряженная, перенапряжение и срыв. К высокому риску развития осложнений относили беременных со срывом и перенапряжением адаптации, к низкому риску — с оптимальной и напряженной адаптацией. Все пациентки проходили комплексную дородовую подготовку, направленную на коррекцию акушерских осложнений и вегетативной адаптации; ВЛОК проведено 21 беременной, озонотерапия — 11. Непосредственно перед операцией по данным изменившихся показателей вегетативного гомеостаза проводили коррекцию риска. Параллельно проводилось определение риска методом балльной оценки с учетом значимости отдельных факторов.

Результаты. При оценке риска традиционным методом высокая степень отмечена у 11(34,4%), средняя — у 21(65,6%). С низким риском не было

ни одной больной. Перед операцией пациенток с высоким риском было уже 23(71,9%). Частота осложнений в этой группе составила 52% (гематолохиометра, серомы, гематомы, инфильтрация шва). Оценивая риск по показателям вегетативного гомеостаза, высоким он был при поступлении у 22(68,7%), низким — у 10(31,3%); перед операцией число больных с высоким риском несколько снизилось — 19(59,4%), а с низким выросло до 40,6%(13), что позволяло изменить ведение послеродового периода у 40% родильниц. Частота осложнений в группе высокого риска составила 58%. У беременных, получавших ВЛОК, тяжесть риска перед операцией в целом существенно не изменилась, но произошло перераспределение больных, концентрация же осложнений в группе высокого риска составила 72,7%. Среди пациенток, получавших озонотерапию, отмечалось в 2 раза увеличение больных с низким риском перед операцией и снижение осложнений (42,8%).

Обсуждение. При использовании традиционных методик определения риска ИВО с учетом малодинамических факторов в процессе дородовой подготовки вдвое увеличивается число беременных с высоким риском за счет пациенток со средним риском, определенном при поступлении в стационар. Это обуславливает использование полного комплекса превентивной терапии у всего контингента родильниц, так как оставшиеся больные со средним риском имеют пограничные характеристики и часто требуют такой же интенсивности лечебных мероприятий, что и больные с высоким риском. Отсутствие среди обследованных беременных пациенток с низким риском развития ИВО обусловлено особенностями состояния здоровья и течением беременности пациенток, спланированных на оперативное родоразрешение. Предложенная методика оценки степени риска и коррекции вегетативного гомеостаза беременных с использованием немедикаментозных методов лечения дает возможность сократить количество больных с высоким риском развития осложнений. Коррекция степени риска у беременных происходит как в сторону утяжеления, так и в сторону облегчения риска, чем достигается индивидуализация последующих лечебно-профилактических мероприятий с учетом динамически меняющихся ответных реакций организма на дородовую терапию.

Выводы. Оценку степени риска ИВО необходимо проводить на основе индивидуальных показателей здоровья пациентки неоднократно в процессе дородовой подготовки. Использование с целью профилактики осложнений озон- и лазеротерапии способствует коррекции степени риска перед кесаревым сечением, что можно использовать для изменения интенсивности медикаментозного воздействия на организм родильницы.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Короткова Н.А., Ткаченко Н.М., Соловьева А.Д., Пучко Т.К., Гарданова Ж.Р., Кудрякова Т.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Минздравсоцразвития России

ГОУ ВПО «МГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава», Москва

Роды у женщин вызывают значительное напряжение в физиологических системах, нарушение функционального состояния которых может привести к срыву адаптационных механизмов в организме. В связи с общностью механизмов регуляции психовегетативных функций, наличие вегетативных расстройств способствует формированию аномалий личности, от легких невротических состояний до выраженных психоподобных синдромов, при этом актуальным является изучение психовегетативной функции по данным характера электрической активности мозга (ЭЭГ) у женщин перед родами и в раннем послеродовом периоде.

Цель исследования: определить особенности характера электрической активности мозга, выраженность психовегетативных нарушений у родильниц при различном течении родов и методах родоразрешения.

Материал и методы исследования: обследовано 416 родильниц, находившихся в физиологическом акушерском отделении ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» Минсоцразвития России. I-ю группа (сравнения) — 107 женщин после не осложненных самопроизвольных родов (НСР), новорожденные которых были здоровы. II-я группа — 108 женщин после осложненных самопроизвольных родов (ОСР). III-я группа — 106 пациенток после планового кесарева сечения (ПКС). IV-я группа — 95 женщин, перенесших экстренное кесарево сечение в родах (ЭКС). Средний возраст родильниц в I-й группе был $27 \pm 5,3$, во II- $26,7 \pm 5,4$ в III-й — $31 \pm 5,7$, в IV-й — $27,4 \pm 4,4$ лет. Достоверных различий в возрасте. Группы были сбалансированы по социально-экономическому статусу, уровню образования и семейному положению. Критерии отбора: благополучный социально-экономический статус, наличие высшего, не законченного высшего образования. Отсутствие отягощенного психиатрического анамнеза самой женщины и ее родственников. В исследование не включали женщин с тяжелыми соматическими заболеваниями и имеющих инвалидность.

Перспективное обследование включало в себя клиническое обследование на 38-40 неделе беременности и после родов: всем проводили биохимический анализ крови, клиническое исследование крови и мочи, исследование гемостаза, проведение УЗИ и КТГ плода. После родов всем проведено аналогичное клиническое обследование, УЗИ контроль за инволюцией матки, консультация психолога. Качество лактации оценивали по формуле Финкельштейна. Специальные методы обследования применяли перед родами и на 4-е сутки после

Таблица 1

Нарушения в ЭЭГ у женщин с психовегетативными нарушениями после родов (%)

Признак нарушения	1-я группа (n=107)	2-я группа (n=108)	3-я группа (n=106)	4-я группа (n=95)
Уменьшение α -ритма	18,4 ■ □ *	42,04 ■ □ *	50,74 ■ □ *	28,67 ■ □ *
Недостаточно хорошо модулированный α -ритм, частота 10-12 Гц., амплитудой не более 60 мкв.	22,17 ■ □ *	45,76 ■ □ *	53,45 ■ □ *	25,33 ■ □ *
Участки низкоамплитудной асинхронной активности	4,12 ■ □ *	38,45 ■ □ *	54,72 ■ □ *	34,15 ■ □ *
Увеличение β -активности	-	29,67 ■ □	49,78 ■ □	45,34 ■
Доминирование β -, θ -ритмов чрезмерно высокой амплитуды	-	46,36 ■	44,78 ■	43,15 ■
нарушение регулярности колебаний биопотенциалов	-	48,67 ■	53,75 ■	53,45 ■
Появление тета- и дельта-волн	-	46,34 ■	47,97 ■	36,14 ■
Появление тета и дельта-пиков	-	46,34 ■	48,56 ■	35,14 ■
Появление тета и дельта-острых волн	-	45,26 ■ □	53,78 ■	37,18 ■

■ - $\alpha < 0,05$, $\alpha < 0,01$ — различия между 4-ой и 2-ой, 4-ой и 3-ей группами обследованных женщин.

□ - $\alpha < 0,05$, $\alpha < 0,01$ — различия между 2-ой и 1-ой, 2-ой и 3-ей, 2-ой и 4-ой группами обследованных женщин.

* - $\alpha < 0,05$, $\alpha < 0,01$ — различия между 1-ой и 2-ой, 1-ой и 3-ей, 1-ой и 4-ой группами обследованных женщин.

родов. Наличие и выраженность синдрома вегетативной дистонии (СВД) оценивали при помощи вегетативной анкеты, гипервентиляционного синдрома (ГВС) — при помощи анкеты гипервентиляционных расстройств. Анкеты разработаны в ГОУ ВПО «МГМУ им. И.М.Сеченова Росздрава». По шкале самооценки тревожности Спилбергера - Ханина определяли степень личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревоги. Наличие и степень депрессии исследовали с помощью теста самооценки А.Т.Бека. Функциональное состояние ЦНС на 4-е сутки после родов исследовали при помощи ЭЭГ в состоянии покоя и на фоне функциональных нагрузок. Учитывались амплитуда, частота, пространственное распределение основного ритма ЭЭГ (табл.1).

Результаты и их обсуждение: из всех обследованных пациенток отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез достоверно чаще отмечен в 3-ей группе ($p < 0,05$). После родов достоверно наибольшее число неблагоприятных детей имелось во 2-ой группе ($p < 0,05$). Во II-ой, III-ей и IV-ой группе в 87,7% случаев отмечено раннее прекращение лактации и позднее прикладывание младенцев к груди. Более четверти матерей после ЭКС выписаны домой без ребенка. Эти факторы можно рассматривать как предрасполагающие к развитию психовегетативных расстройств ($RR=6,33$).

При анализе результатов выявлено, что у 89,7% женщин I-ой группы вегетативных нарушений не было, ни во время беременности, ни после родов. Уровень ЛТ и РТ во время беременности и на 4-е сутки после родов был низким, не было депрессии. На ЭЭГ этих пациенток после родов патологических форм активности не было, что свидетельствует об отсутствии дисфункции вегетативной нервной системы.

Во II-ой группе перед родами СВД выявлен у 25% пациенток. ЛТ была низкой, РТ — средней.

Депрессии не было. После родов средний СВД отмечен у 47% женщин, у 45% — ГВС. До высокой увеличились ЛТ и РТ. Сильная депрессия выявлена у 14%, умеренная — у 54%, мягкая — у 2% родильниц, т.е. при родах с перинатальными осложнениями у родильниц имелась выраженная дисфункция ВНС в сочетании с тревожно-депрессивным состоянием. Ни в одном случае во II-ой группе не отмечены нормальные показатели ЭЭГ ($p < 0,05$). У всех наблюдались изменения характерные для дисфункции стволовых структур мозга на разных уровнях ствола (см. табл.1). В III-ей группе перед родами у всех имелись выраженные СВД и ГВС. ЛТ и РТ были высокими. Сильная депрессия была у 10% женщин, умеренная — у 48%, мягкая депрессия — у 12% беременных. После родов вегетативные нарушения оставались у всех женщин, однако выраженность СВД ГВС у половины женщин была в два раза меньше. ЛТ и РТ оставались высокими у 30% родильниц. Депрессии не было у 67% женщин, у 26% отмечена умеренная и у 7% — мягкая. На ЭЭГ у данной группы родильниц отмечались изменения характерные для дисфункции диэнцефально-стволовых (на разных уровнях ствола) структур мозга и раздражения эмоциогенных зон мозга (см. табл.1). Таким образом у женщин после ПКС наряду с изменениями психовегетативных показателей отмечалось выраженное повышение активности эмоциогенных зон мозга. В IV-ой группе перед родами слабо выраженные вегетативные нарушения отмечены у 28,6% женщин, ГВС не было. У 76,8% ЛТ и РТ были низкими, у 23,5% — средними. После родов СВД выявлен у 80% родильниц, у 50% — ГВС. ЛТ у 100% была средней, РТ у 80% — средней, у 20% — высокой. У этих 20% родильниц была умеренная депрессия. На ЭЭГ после родов отмечались общемозговые изменения, указывающие как на снижение процессов внутренней синхронизации, так и на повышение, что характерно для дисфункции диэнцефально-стволовых структур мозга (см.

табл.1). Таким образом, после родов наиболее благополучными были пациентки I-ой группы, у них выявлено определенное напряжение функции вегетативной нервной системы и состояние тревоги, которые необходимы для осуществления процесса послеродовой адаптации. Дезинтеграция ВНС и напряжение эмоциональной сферы были наиболее выражены у рожениц II-ой и III-ей групп. Во II-ой группе это обусловлено состоянием родившихся детей, а в III-ей группе — исходным фоном, обусловившим длительный хронический стресс у женщин, ожидавших операции и наиболее отягощенных по анамнезу. Вегетативную дисфункцию и эмоциональную напряженность в IV-ой группе правомочно расценивать как реакцию на острое стрессовое состояние, вызванное экстренным кесаревым сечением при ожидании физиологических родов.

АКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Кошелева Н.Г., Арутюнян А.В., Зубицкая Л.Б.,
Тумасова Ж.Н., Семёнова Т.В., Новикова Т.В.**
Россия, Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии
им.Д.О.Отта СЗО РАМН

Плацентарная недостаточность является одним из самых частых осложнений беременности, поэтому ее диагностика имеет большое значение. В связи с этим целью исследования явилось определение активности ОЩФ и ПЩФ в сыворотке крови, гистологического и иммуноморфологического состояния плаценты с учетом наличия плацентарной недостаточности (ПН) при разной акушерской и экстрагенитальной патологии.

Материалы и методы: определены активность ОЩФ и ПЩФ в сыворотке крови у 77 беременных в 35-39 недель, а также изучено иммуноморфологическое и гистологическое состояние плаценты. Было 3 группы беременных: в I вошли 34 беременных с гиповитаминозом Д, во II — 23 с гестозом, в III — 20 женщин, продолжающих курить табак при беременности. ОЩФ и ПЩФ в сыворотке крови определяли с помощью набора реактивов формы Thermo SCIENTIFIC кинетическим методом на анализаторе UniCelDxC 600. Учитывая термостабильный характер ПЩФ, он выявлялся тем же методом с предварительной инкубацией при 65° в течение 5 минут. Иммуноморфологический метод исследования использован для определения иммунных комплексов (ПИК), СЗ фракции компонента комплемента, иммуноглобулинов: IgA, IgM, IgG, цитокинов: IL-1, IL-4, IL-6, фибриногена, клеточного состава инфильтратов в плаценте. Для выявления иммунологических депозитов использован метод прямой и непрямой иммунофлюоресценции с применением специфических сывороток против IL-1, IL-4, IL-6, СЗ-фракции комплемента челове-

ка (ICN, США), моноклональных антител против иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, меченных ФИТЦ («Протеиновый контур», СПб). Исследование проводили на криостатных срезах биоптатов плаценты, обработанных по методу Cronenberger.

Результаты: частота плацентарной недостаточности (ПН), подтвержденная гистологически, была в I группе в 36%, во II — в 40% и в III — в 27%. Определение активности ОЩФ и ПЩФ в сыворотке крови у беременных без ПН выявило стабильные показатели во всех группах: средние данные активности ОЩФ колебались в пределах 278-299 ед. ПЩФ — 102-138 ед. При ПН был разброс данных. При ПН и при гиповитаминозе Д и ПН активность ОЩФ составила 400 ед., а ПЩФ — 213 ед., при гестозе ОЩФ — 206 ед., ПЩФ — 87 ед. При двойне ОЩФ — 400 ед., ПЩФ — 204 ед. При иммуноморфологическом изучении плаценты как при наличии плацентарной недостаточности, так и без нее, обнаружены патогенные иммунные комплексы (ПИК) с фиксацией СЗ фракции комплемента иммуноглобулинов: IgA, IgM, IgG и цитокинов IL-1, IL-4, IL-6 с преобладанием IL-6. Гистологически у этих женщин с обнаруженным ПИК в плаценте также установлено иммунологическое воспаление в виде моноцитарного децидуита.

Заключение: активность ОЩФ и ПЩФ без ПН стабильна, при ПН зависит от характера патологии беременности и иммуноморфологического состояния плаценты. При отсутствии ПН показатели ОЩФ и ПЩФ в сыворотке крови близки по значению. При наличии ПН они зависят от характера патологии. В сыворотке крови при гиповитаминозе Д и плацентарной недостаточности активность ОЩФ и ПЩФ повышается. При гестозе и субкомпенсированной ПН — уменьшается.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ КУРАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кравченко Е.Н., Кашталинская С.В.
Россия, г. Омск, Омская государственная медицинская академия

Плацентарная недостаточность (ПН) представляет собой одну из важнейших проблем акушерства, неонатологии, перинатологии. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной гипоксии, задержки развития плода, его травм в процессе родов. Общность патогенеза гестоза и ПН, обусловленная нарушениями формирования на ранних этапах фетоплацентарной системы, приводит к значимым нарушениям компенсации состояния матери и плода. Одним из основных пусковых механизмов развития гестоза, плацентарной недостаточности и задержки роста плода считается диффузионно-перфузионная недостаточность маточно-плацентарного, внутриплацентарного и плодового кровообращения. Гемодинамическая составляю-

щая плацентарных нарушений имеет градацию по степеням. Представленное деление позволяет лишь зафиксировать наличие той или иной степени нарушений гемодинамики. Однако в процессе диагностики и лечения плацентарной недостаточности возникает необходимость оценки величины отклонения показателя резистентности от норматива.

Цель работы: оценить эффективность применения коэффициента повышения резистентности и его прогностическую значимость у беременных с плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 184 беременных, поступивших в дневной стационар для лечения ПН в сроки гестации от 21 до 30 недель и имеющих гемодинамические нарушения IБ степени. Ультразвуковое исследование с доплерометрией маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока в цветовом и импульсном режимах проводили на сканере Philips HD3 с использованием датчика частотой 3,5 МГц.

Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока, конечную диастолическую скорость, вычисляли качественные индексы, отражающие сосудистую резистентность бассейна артерии пуповины: ПИ (пульсационный индекс), СДО (систола-диастолическое отношение), ИР (индекс резистентности). В случаях, когда ИР превышал допустимый норматив, был применен предложенный нами коэффициент повышения резистентности, который высчитывали по формуле:

$$k = \frac{IR - IR_N}{IR_N} \times 100\%$$

где ИР — индекс резистентности у беременной, IR_N — норматив ИР для данного срока гестации. Все беременные были разделены на три группы. В первую вошли 102 пациентки, у которых коэффициент не превышал 5%, во вторую — 54 беременных, имеющих коэффициент в интервале от 5 до 10%, в третью — 28 женщин с коэффициентом повышения резистентности более 10%. Группы были сопоставимы по возрастным, анамнестическим параметрам, акушерским особенностям и экстрагенитальным заболеваниям. У всех пациенток проведен ретроспективный анализ течения беременности и исхода родов. Состояние кровотока оценивалось на 4-й, 8-й и 12-й день курации на фоне применения препаратов с сосудорасширяющим, антигипоксическим, антиагрегантным эффектом, улучшающих реологию крови. Также лечение ПН было направлено на улучшение маточно-плацентарного кровообращения и микроциркуляции, нормализацию газообмена в системе мать-плацента-плод, улучшение метаболической функции плаценты, восстановление нарушенной функции клеточных мембран.

Результаты и обсуждение. По результатам ультразвуковой доплерографии у пациенток первой группы установлено, что нормализация ИР зафиксирована на четвертый день лечения у 88,2% женщин, на 8-ой день — у всех беременных этой группы. Во второй группе темпы нормализации

гемодинамических показателей были ниже. Так, к четвертому дню ИР достиг нормы у 37,0% женщин, к восьмому — у 74,1%, у остальных 25,9% — только к 12 дню лечения. В третьей группе у 5 женщин (17,9%) эффект от терапии был незначительным, гемодинамические показатели превышали гестационную норму к 12 дню лечения, в связи с чем беременные были переведены в круглосуточный стационар для выработки дальнейшей тактики. В третьей группе также не зафиксировано нормальных значений ИР на четвертые сутки от начала проводимого лечения. У 8 женщин (28,6%) восстановился плодово-плацентарный кровоток на 8 день лечения, а на 12-ый — еще у 53,6% беременных третьей группы.

Таким образом, в группе беременных с нарушением плодово-плацентарной гемодинамики прослеживается неоднозначность эффективности проводимой терапии, следовательно, временных и лекарственных затрат, перинатальных исходов в зависимости от выраженности резистентности в плодово-плацентарном бассейне. Так, при низких значениях коэффициента (менее 5%) наблюдалось раннее и достаточно стойкое купирование гемодинамических сдвигов, позволяющее сократить время лечения, снизить лекарственную нагрузку у данной группы пациенток. При высоких значениях коэффициента (более 10%) прогноз нормализации гемодинамики достаточно сомнителен, требуется ранний доплерометрический мониторинг со своевременной коррекцией акушерской тактики.

К ВОПРОСУ О ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ ГЕПАТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Кравченко Е.Н., Марковская О.А.*

Россия, г. Омск, Омская государственная медицинская академия, Клинический родильный дом №1*

Ведущая роль в развитии холестатического гепатоза беременных (ХГБ) принадлежит генетическим дефектам. Беременность является провоцирующим фактором, активизирующим заболевание. Развитие патологических изменений в печени связывают с желчными кислотами, являющимися ведущим фактором, оказывающим токсический эффект на гепатоциты.

Цель исследования: изучение факторов риска холестатического гепатоза беременных, а также биохимических изменений, исходов для матери и плода при холестатическом гепатозе.

Материалы и методы исследования: 30 беременных с холестатическим гепатозом. Применены клинико-статистические, биохимические исследования, выполнены стандартные клинические и функциональные тесты для оценки состояния системы мать-плацента-плод и функции печени.

Частота холестатического гепатоза среди беременных, поступивших в клинический родильный дом №1, составила 1,2%. Диагноз базировался на клинических симптомах (кожный зуд, экскориации кожных покровов, невыраженная желтуха, бессонница, раздражительность) и лабораторном

определении маркеров холестаза (нерезкая гипербилирубинемия, высокое содержание АСАТ, АЛАТ, холестерина, щелочной фосфатазы). Клинико-статистические исследования позволили нам выделить следующие факторы по внутривнутрипеченочному холестазу: проживание в неблагоприятной экологической обстановке — у 16,6% женщин, профессиональная вредность с воздействием гепатотоксичных веществ (ксилол, толуол, нефть и ее производные, сера, свинец, кислоты) — у 13,3%; наследственная предрасположенность — у 20%, прием гепатотоксичных препаратов — у 23,3%, различные заболевания желудочно-кишечного тракта (колит, холецистопанкреатит, желчнокаменная болезнь, дискинезия желчных путей, хронический холецистит) — у 26,7%; гепатоз при предыдущей беременности — у 13,3%; ранний среднетяжелый и тяжелый токсикоз — у 16,6%, вирусные заболевания (грипп, ОРВИ, простой герпес) во время данной беременности — у 30% беременных.

ХГБ дебютировал в сроках гестации 28-35 недель, в среднем на 30-32 неделе. Кожный зуд имел место у всех пациенток с ХГБ. В то же время интенсивность его была разной: от легкой (у 76,3% беременных) до тяжелой (у 23,3%). Интенсивный зуд привел к экскориациям кожи передней брюшной стенки, предплечий, кистей рук, голеней в 50% наблюдений. Слабая желтуха выявлена у 13,3% женщин. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания у 53,3% пациенток.

ХГБ по степени тяжести распределился следующим образом: легкая степень (< 10 баллов по шкале оценки степени тяжести ХГБ) — 56,7%, средняя (10-15 баллов) — 40%, тяжелая (>15 баллов) — 3,3%.

Повышение активности аминотрансфераз от умеренного до значительного наблюдалось у всех пациенток. Щелочная фосфатаза была повышена у 93,3% беременных, холестерин — у 46,6%. Незначительное повышение билирубина отмечено у 16,6% беременных с ХГБ. При проведении УЗИ печени и желчновыводящих путей размеры печени были не увеличены, экзогенность печеночной ткани однородная. Увеличение объема желчного пузыря выявлено у 20% женщин. Дифференциальный диагноз проводился с острым жировым гепатозом беременных, HELLP-синдромом, вирусным гепатитом. Все беременные осматривались терапевтом. По показаниям проводилось консультирование инфекционистом, эндокринологом, дерматологом.

Медикаментозное лечение осуществлялось назначением гепатопротекторов и холеретиков (хофитол, гепабене). Одновременно с гепатопротекторами назначали урсосан, эссенциале. В качестве антиоксидантов применяли аскорбиновую кислоту, витамин Е, при среднетяжелой и тяжелой степени — унитиол. С целью улучшения маточно-плацентарного кровотока проводили инфузии глюкозы, актовегина. После проведенного лечения у большинства пациенток (76,3%) уменьшился или исчез кожный зуд, улучшился сон, произошло снижение содержания холестерина, щелочной фосфатазы, снижение активности АСАТ, АЛАТ. Досрочное

родоразрешение (до 35 недель) проведено при тяжелом течении ХГБ у 3,3% беременных, средне-тяжелом (до 37 недель) — у 16,7%. Кесарево сечение ввиду отсутствия биологической готовности организма к родам произведено 13,3% женщин. Исходы для матери и плода благоприятные. В 2 наблюдениях при досрочном прерывании беременности у новорожденных наблюдался респираторный дистресс синдром.

Таким образом, холестатический гепатоз беременных характеризуется преимущественным поражением печени, повышенной активностью трансаминаз, повышением щелочной фосфатазы и холестерина. Слабая желтуха выявлена лишь у 13,3% женщин. ХГБ способствует недонашиванию беременности. Своевременно проведенная дифференциальная диагностика с хроническими гепатитами, острыми вирусными гепатитами и другими заболеваниями печени, не связанными с беременностью, позволяет провести комплексную программу лечения с благоприятным исходом для матери и плода.

НЕСОСТОЯВШИЙСЯ РЕБЕНОК — РЕПРОДУКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА НАЦИИ

Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Виноходова Е.М., Мачихин Э.Р., Тверитнев П.М., Ворсин А.А.

Россия, Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра акушерства и гинекологии, I РКБ, гинекологическое отделение

Неразвивающаяся беременность является актуальной проблемой невынашивания беременности. Частота ее нарастает и сопряжена с высоким риском материнской смертности в связи с развитием нарушений гемостаза и кровотечением, а также потерей репродуктивных органов. Известно, что основной причиной замершей беременности является хронический эндометрит с персистенцией бактериально-вирусной инфекции. В настоящее время немаловажная роль отводится тромбофилическим факторам, частота различных форм которых при неразвивающейся беременности может достигать 60-70%, поэтому прогноз и исходы при данной патологии весьма непредсказуемы.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты неразвивающейся беременности в структуре невынашивания беременности по данным гинекологического отделения ГУЗ I РКБ УР в период 2008-2009 г.г. для разработки мероприятий по профилактике осложнений и оказанию экстренной помощи при нарушении гемостаза у больных с замершей беременностью.

Материалом послужила экспертная оценка 242 карт стационарных больных с неразвивающейся беременностью, поступивших в отделение в различные сроки гестации (до 28 недель), причем превалировали сроки до 12 недель гестации (169 случаев — 69,8 %). Возраст пациенток variabelен, в среднем составил 29,2 лет. Следует отметить лидирующее положение «несостоявшейся беременности» по

сравнению с другими формами невынашивания. И в 2008 г. и в 2009 г. замершая беременность устойчиво составляла 70,3 — 70,8% в структуре самопроизвольных выкидышей. Причем, частота ее почти удвоилась: в 2008 г. поступило 78 пациенток, а в 2009 — 164 больных. Среди методов обследования наряду с общими клинико-анамнестическими исследованиями у всех больных использовалось изучение показателей свертывающей системы крови (ПТИ, фибриноген, АЧТВ, РФМК, время свертывания, кровотечения, время рекальцификации плазмы, ретракция сгустка, фибринолитическая активность крови и др.), а также гистологическое исследование материала.

Результаты исследования и лечения оценивали по использованию разработанного в клинике протокола лечебно-профилактических мероприятий.

I этап. Подготовка пациенток в течение 1-3 дней. Она включала ежесуточное мониторирование системы гемостаза и его оценку с участием гемостазиолога, а также медикаментозную коррекцию (использование свежезамороженной плазмы, по показаниям концентрата протромбинового комплекса, ингибиторов протеаз, отмена низкомолекулярных гепаринов за 1 сутки, начало лечения хронического эндометрита). На данном этапе по показаниям использовались консервативные методы прерывания беременности (введение ламинарий или препидил-геля в цервикальный канал, системное или экстраамниальное введение простагландинов). Проводилась подготовка ко II этапу (аутодонорство, заготовка свежезамороженной плазмы, необходимых медикаментозных средств, оснащения, готовность служб).

II этап. Эвакуация плодного яйца и его остатков. Использовались по показаниям инструментальный кюретаж матки, малое кесарево сечение, гистерэктомия с плодом. Мероприятия проводились максимально в плановом порядке при обеспечении готовности операционного блока, анестезиологической, гемостазиологической, лабораторной службы.

Анализируя исходы проведенных мероприятий, следует отметить высокую эффективность принятых профилактических мер. Гистерэктомия с плодом произведена в 3-х случаях (1,2%) в связи с сопутствующей патологией — миомой матки крупных размеров. В экстренном порядке в связи с кровотечением (без подготовки) неразвивающаяся беременность прервана в 12 случаях (4,9%). В 210 случаях (86,2%) опорожнение матки проводилось в плановом порядке методом кюретажа. Из них в 30 случаях (14,2%) прерывание осложнилось кровотечением с кровопотерей от 300 мл до 1500 мл. Для коррекции гемостаза применялись свежезамороженная плазма — до 1000 мл, ингибиторы протеаз (контрикал) более 300 тысяч ЕД, антитромбин III, утеротоники (окситоцин), тампон в матку с адренолином, ϵ -аминокапроновой кислотой. В связи с неэффективностью консервативной терапии в условиях ДВС-синдрома предпринята гистерэктомия в 6 случаях (2,4%). После прерывания неразвивающейся беременности проводилось динамическое

наблюдение (контроль выделений из матки, ежечасный лабораторный мониторинг), продолжалась противовоспалительная терапия.

III этап. При сохранении репродуктивных органов проводилась реабилитация в условиях перинатального центра с последующей прегравидарной подготовкой (исследование гемостазиограммы, маркеров тромбофилии, санация, подготовка к фертильному циклу).

Таким образом, создание и внедрение протокола по оказанию лечебно-профилактической помощи женщинам при неразвивающейся беременности в условиях УР позволило нам реально обеспечить профилактику материнской смертности и минимизировать потери репродуктивных органов до 2,4%.

МЕСТО АБДОМИНАЛЬНОГО И ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ. РЕЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Краснопольский В.И.

МОНИИАГ, Москва

Основные популяционные изменения беременных в настоящее время это — возраст, высокая частота экстрагенитальных заболеваний, увеличивающееся из года в год число беременностей после ВРТ.

Основные показатели гинекологического здоровья женщин также оставляют желать лучшего: высокая частота воспалительных заболеваний (с одной стороны кажущееся снижение числа абортот и особенно криминальных, с другой — ранняя половая жизнь и рост ИППП) и, как следствие этого — гормональные нарушения, приводящие к бесплодию.

Особенностью современного акушерства является также увеличение числа беременных женщин с оперированной маткой (после кесарева сечения и миомэктомии).

Кроме этого, современное отечественное акушерство характеризуется двумя негативными тенденциями: 1) снижением уровня профессиональной и общемедицинской подготовки; 2) изменением акушерского менталитета.

Мы считаем эти тенденции связанными друг с другом.

На этом фоне очевидными стали и состояние и направления развития оперативного родоразрешения в РФ.

Его особенности можно представить следующим образом:

1. безудержный рост абдоминального родоразрешения за счет любых, преимущественно несущественных относительных показаний;
2. стремление врачей-акушеров заменить любую влагалищную родоразрешающую операцию или пособие кесаревым сечением;
3. иррациональные подходы к технике самого кесарева сечения, не позволяющие до настоящего времени обеспечить возможность форми-

рования состоятельного послеоперационного рубца с одной стороны, и стремление использовать не всегда рациональные хирургические методы, в основном, эндохирurgicalические для удаления миоматозных узлов в репродуктивном возрасте с другой;

4. как следствие этого — уменьшение числа повторнобеременных женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и миомэктомии, где возможно проведение самопроизвольных родов, и одновременно значительное увеличение числа женщин с болезнью оперированной матки, которым в свою очередь требуется новое хирургическое лечение;
5. чрезвычайно низкая частота влагалищных родоразрешающих операций, особенно щипцов. В то же время повсеместно негласно используется прием Кристеллера при влагалищных и абдоминальных родах.

Сегодня мы почему-то практически всем беременным с тазовыми предлежаниями, даже чисто ягодичными, производим кесарево сечение, не говоря уже о спонтанно наступившей доношенной многоплодной беременности.

Таким образом, характеризуя сегодня оперативное акушерство, можно констатировать его агрессивность в связи с чрезмерным увлечением кесаревым сечением, которое практически пришло на смену влагалищному оперативному родоразрешению, более бережному для матери, чем абдоминальное.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Краснопольский В.И., Титченко Л.И,
Зароченцева Н.В., Титченко Ю.П.,
Меньшикова Н.С., Рижинашвили И.Д.**

Россия, г.Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Актуальность данной темы не вызывает сомнений. Ультразвуковая диагностика является одним из ведущих методов исследования в гинекологии и акушерстве, благодаря своей информативности, неинвазивности и относительной простоте проведения. Трансвагинальная эхография обладает рядом преимуществ. Использование датчиков высокой частоты (7—8 МГц) и непосредственного соприкосновения сканирующей поверхности с исследуемым органом или новообразованием улучшает качество изображения, что особенно важно для оценки состояния шейки матки. Проведение комплексного ультразвукового исследования, включающего двух- и трехмерную эхографию, цветовое доплеровское картирование, импульсную доплерометрию и трехмерную энергетическую доплерографию интактной и оперированной шейки матки у беременных позволяет выявить группу риска невынашивания беременности и преждевременных родов,

своевременно выявить начальные стадии рака шейки матки и рецидива заболевания после хирургического лечения патологии шейки матки.

С целью определения возможностей применения комплексного УЗИ у женщин с различными заболеваниями шейки матки при беременности было обследовано 133 беременных, из них 100 пациенток с неизменной шейкой матки и 33 женщины с различной патологией шейки матки. Комплексное ультразвуковое исследование, включающее 2Д и 3Д-эхография, цветовое доплеровское картирование (ЦДК), трехмерную энергетическую доплерографию проводилось в 10-14 нед. беременности. Пациентки с различными анатомическими изменениями шейки матки были разделены на три клинических группы: 1-я группа (21) — беременные, которым была произведена конизация шейки матки по поводу средней и тяжелой степени дисплазии в период от 2 до 6 лет до наступления беременности; 2-я группа (7) — беременные после ножевой ампутации шейки матки в связи с тяжелой дисплазией и cancer in situ; 3-я группа (5) — беременные с инвазивным раком шейки матки. В результате исследования длина шейки матки у пациенток 1 группы соответствует нормативным значениям, у пациенток 2 группы на 31% меньше показателей у здоровых женщин при физиологическом течении беременности. Объем шейки матки в 10-14 нед. беременности в 1 и 2 группах снижен на 11,6% и 28,0% соответственно. При оценке кровотока шейки матки у обследованных беременных выявлена умеренная её васкуляризация, равномерный симметричный кровоток, сосуды имели прямолинейный или слабоизвитой ход. Индекс васкуляризации (VI) у пациенток 1 группы на 9,0% и у пациенток 2 группы на 20% ниже аналогичного показателя у здоровых беременных. Средний объем шейки матки в 3 группе обследуемых беременных был на 62% больше аналогичного показателя у пациенток с неизменной шейкой матки. Индекс васкуляризации шейки матки у этих пациенток был в 3 раза выше показателя у здоровых беременных. Таким образом, состояние архитектоники сосудистой сети у беременных после инвазивных методов лечения предрака шейки матки характеризуется умеренной васкуляризацией, равномерным симметричным кровотоком и прямолинейным или слабоизвитым ходом сосудов, что является вариантом нормы. Проведенные исследования показали, что комплексное УЗИ с использованием 3D энергетического доплеровского картирования является высокоинформативным методом диагностики рака шейки матки во время беременности, так как позволяет получить объективную информацию об объеме и особенностях кровоснабжения опухоли и шейки матки в целом.

ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Краснопольский В.И., Новикова С.В.,
Малиновская В.В., Федотова А.В.,
Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А.

Россия, г Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии

Герпетическая инфекция у беременных создает серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности. Целью настоящей работы явилось изучение маркеров ВПГ - инфекции у беременных женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА). Было обследовано 74 женщин: 49 первородящих и 25 повторнородящих. Исследование проводилось в динамике, начиная с 16-24 недель. Для выявления маркеров ВПГ были применены вирусологический (быстрый культуральный метод - БКМ), молекулярно-биологические (ПЦР, ПЦР real-time) и серологические (ИФА) методы. В качестве клинического материала от беременных женщин были изучены кровь, моча и урогенитальные соскобы. Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 43/74 (58%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной и/или бактериальной этиологии. На первом этапе обследования женщин был проведен сравнительный анализ частоты выявления прямых маркеров ВПГ. Пациентку считали инфицированной, если маркер вируса был обнаружен хотя бы в одном изученном клиническом материале. В течение всего периода обследования у 18/74 (24,3%) беременных были выявлены маркеры ВПГ. Ни у одной из этих женщин во время обследования не было обнаружено каких либо клинических проявлений генитального герпеса. При этом ДНК ВПГ была обнаружена у 18/74 (24,3%) беременных, инфекционный вирус был обнаружен у 3 (4%) женщин. Наряду с суммарной оценкой был проведен сравнительный анализ частоты выявления маркеров ВПГ 3 методами: БКМ, ПЦР и ПЦР-rt. Методом ПЦР ДНК ВПГ была обнаружена в 16/525 (3%) образцах, методом ПЦР-rt — в 30/525 (5,7%) образцах. Статистический анализ показал, что метод ПЦР-rt выявлял вирусную ДНК достоверно чаще, чем классический метод ПЦР ($p=0,04$). Инфекционно-активный вирус в биологических материалах обнаруживался значительно реже, чем ДНК ВПГ: в 5/525 (1%) пробах. Таким образом, чувствительность обнаружения ВПГ методом ПЦР-rt превышала чувствительность двух других использованных методов. Проведенные исследования показали, что количество ДНК, обнаруженное в моче и в урогенитальных соскобах, выше, чем количество ДНК в образцах крови. Исследование сывороток крови показало, что у 64/74 (86,5%) беременных при первичном обследовании присутствовали анти-ВПГ-IgG антитела. У двух (2,7%) беременных

при первичном обследовании помимо IgG-АТ были обнаружены антитела класса IgM. При оценке avidности IgG-АТ было установлено, что у всех 64 (86,5%) женщин, у которых были обнаружены IgG-АТ к ВПГ, антитела характеризовались высокой avidностью (ИА>50). При первичном обследовании во втором триместре беременности у 12/74 (14,8%) женщин были выявлены маркеры ВПГ методами БКМ и/или ПЦР. У 8/74 (12,2%) беременных обнаружение маркеров ВПГ сопровождалось выявлением высокоавидных IgG-АТ (ИА>50) с высокими титрами (1:320). Изменение концентрации IgG-АТ или выявление АТ с высокими титрами в сыворотках крови при исследовании в динамике сопровождалось выявлением прямых маркеров ВПГ в течение всего обследования у троих беременных. У одной беременной IgG-АТ так и не были обнаружены, несмотря на выявление маркеров ВПГ в течение всего исследования. У 2 (3%) женщин были обнаружены прямые маркеры ВПГ при первичном исследовании в сочетании с IgM-АТ. У одной из этих женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем во втором триместре беременности. В третьем триместре беременности впервые маркеры ВПГ были выявлены у 3 из 74 беременных. Серологическое исследование показало, что у одной женщины антитела к ВПГ отсутствовали. При дальнейшем обследовании этой женщины наблюдалось появление низкоавидных (ИА<50) IgG-АТ с низкими титрами 1:20. Это указывает на первичное инфицирование. У 2 женщин произошла реактивация инфекции, при этом у одной женщины были выявлены высокоавидные IgG-АТ с высокими титрами 1:320, у другой титр антител составил 1:20. Последнее обследование женщин перед родами показало, что у 3 беременных впервые были обнаружены маркеры ВПГ, несмотря на присутствие антител к ВПГ, что свидетельствует о реактивации ВПГ. Выводы. Начиная со 2-го триместра, у 15 из 74 беременных женщин произошла реактивация герпесвирусной инфекции (20,3%). Первичное инфицирование произошло у 3 (4,0%) беременных, причем 2 (2,7%) женщины были инфицированы во втором триместре беременности и 1 (1,3%) — в третьем. У 7/74 (9,5%) женщин ВПГ-инфекция отсутствовала на протяжении всей беременности. Реактивация герпесвирусной инфекции не всегда сопровождается выявлением высоких титров IgG-АТ или повышением титров в динамике, что свидетельствует о низкой способности иммунной системы беременной женщины к выработке достаточного количества антител даже при наличии прямых маркеров ВПГ.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ ОБЛАСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Любавина А.Е.,
Рогова Е.В., Плахотникова Е.А., Фокина Е.А.,
Багирян Н.В., Токарева Е.П.**

Кафедра акушерства и гинекологии ЦПК и ППС, Медицинская академия, Омск, Россия

Цель. Изучение плацентарной области (ПО) у родоразрешенных с плацентарной недостаточностью (ПН) для оценки ее значимости в патогенезе данной патологии.

Материалы и методы исследования. В первую основную группу вошли 23 наблюдения при наличии компенсированной ПН, во вторую — 20 плацентарных областей на фоне компенсированной ПН и третью составили наблюдения с декомпенсированной формой ПН (n=10). Контроль был представлен плацентарными областями родоразрешенных без ПН (n=7). Использовались эхография, доплерометрия, данные биофизического профиля плода, КТГ. Проводились патоморфологическое изучение плацент и плацентарных областей 60 маток.

Результаты и их обсуждение. Во всех микропрепаратах при компенсированной форме ПН в базальной децидуальной оболочке (БДО) и прилежащем миометрии (ПМ) преобладали артерии с неполной гестационной перестройкой. Процессы в сосудах характеризовались дистрофическими некротическими изменениями эндотелиоцитов с десквамацией на отдельных участках. Устья артерий открывающиеся в межворсинчатое пространство (МВП), были расширены незначительно в сравнении с сосудами при полной гестационной перестройке. Изменилась и инвазивная характеристика трофобластических клеток ПО. В слое Рора и БДО количество клеток интерстициального цитотрофобласта было большим, чем в контрольной группе.

Морфологические изменения в ПО биоптатов II группы значительно отличались: отмечалось отсутствие спиральных артерий с полной гестационной перестройкой и пониженное их количество с незавершенной перестройкой при превалировании артерий с эндосклерозом суженными простветами. Преобладали спиральные артерии с узкими прсветами, утолщенными стенками и сохраненной эндотелиальной выстилкой, за счет разрастания в субинтимальном слое коллагеновых волокон и частичного склероза средней оболочки. Совершенно отсутствовали типичные маточно-плацентарные артерии. В ПМ преобладали артерии с выраженным эндосклерозом. Инвазия цитотрофобласта в ПМ была слабой. Феномен усиления пролиферативной активности цитотрофобласта (СТ) маточно-плацентарной области в условиях субкомпенсированной ПН способствовали более быстрому формированию маточно-плацентарных артерий (МПА) и увеличению притока крови в МВП плаценты, а также усилению обменных процессов посредством ускоренной васкуляризации ворсин. В децидуальной оболочке развивались очаговые некрозы,

приводящие к прогрессированию ПН и нарастающую степень задержки внутриутробного развития плода.

Выводы. Сравнительный анализ клиники, исходов беременности, данных морфологии плаценты и плацентарной области позволили обосновать варианты нарушения кровообращения в функциональном и морфологическом аспектах, доказав общность механизма развития ПН и нарушения эндотелия сосудов плацентарной области.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА И ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СПОНТАННОМ АБОРТЕ И НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Круглова Л.В., Рачкова О.В., Перетятко Л.П.,
Кузнецов Р.А.**

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий», лаборатория патоморфологии и электронной микроскопии

Невынашивание беременности в настоящее время является актуальнейшей проблемой акушерства и гинекологии. В структуре невынашивания большое медицинское и социальное значение имеет гибель беременности на ранних этапах развития (до 12-ти недель), достигающая, по результатам различных исследований, от 45 до 88,6% случаев. Неразвивающаяся беременность и спонтанные аборт полиэтиологичны. Наибольшее значение среди различных причин имеют инфекционные возбудители, эндокринные нарушения, хромосомная патология, а также варианты сочетаний этиологических факторов.

Целью настоящего исследования явилось сопоставление морфологических особенностей формирующихся компонентов плаценты, а именно ворсинчатого хориона и эндометрия при самопроизвольных абортах и неразвивающейся беременности.

Осуществлен анализ структурных особенностей эндометрия и ворсинчатого хориона в 30-ти наблюдениях с неразвивающейся беременностью I триместра (I-я группа), 30-ти соскобов из полости матки при спонтанных абортах (II-я группа) и 30-ти случаях с неосложненным течением беременности в сроки гестации 5-12 недель (группа сравнения). На парафиновых срезах, полученных после стандартной проводки и окрашенных гематоксилином и эозином, осуществлялась гистометрия с измерением площади децидуальных клеток эндометрия и ворсин хориона с помощью автоматизированной программы «ВидеоТест-Мастер Морфология 4,0».

В ворсинчатом хорионе при самопроизвольных абортах преобладают аваскуляризированные и отечные ворсины, покрытые однослойным гипоплазированным трофобластом. Для спонтанного аборта характерно достоверное преобладание ворсин с очагами некроза отечной стромы. Ворсины хориона с очаговым некрозом стромы составили 73%.

Средняя площадь ворсин хориона при спонтанном аборте равна 69,3 тыс. мкм². Среди вариабельных по площади ворсин хориона максимальный процент приходится на ворсины площадью 26-50 мкм² (27%) и 101-250 мкм² (25%). Согласно морфометрическим данным, при спонтанном аборте доля аваскуляризованных ворсин составила 59%.

Децидуализация стромы эндометрия при спонтанных абортах характеризуется превалированием незрелых и созревающих децидуальных клеток. Количество зрелых децидуальных клеток уменьшено. Диагностируется фокальный некроз децидуальных клеток с миграцией в зоны клеточного детрита лимфоцитов, гранулоцитов и макрофагов. Площадь децидуальных клеток варьирует от 100 до 500 мкм² и в среднем составляет 300,9 мкм². Указанная средняя площадь в два раза меньше подобного показателя при физиологической беременности. Соотношение трансформированных децидуальных клеток к отставшим в преобразовании равно 0:50,0 усл. ед.

Среди ворсинчатого хориона при неразвивающейся беременности преобладают крупные и средних размеров аваскуляризованные со склерозом стромы ворсины. Анализ различных вариантов ворсин хориона в зависимости от структуры показал, что наиболее часто встречаются ворсины с очаговым склерозом и фиброзом стромы. Доля таких ворсин в хорионе достигает 61%, что в 20 раз превышает подобный показатель при неосложненном течении беременности (3%; $p < 0,001$). Средняя площадь ворсин хориона при неразвивающейся беременности составляет 74,6 тыс. мкм², что достоверно ($p < 0,01$) выше аналогичного показателя в группе сравнения. Для неразвивающейся беременности характерно снижение процента аваскуляризованных ворсин в 1,6 раза по сравнению с хорионом при неосложненном течении беременности.

Различия в состоянии кровоснабжения ворсин хориона при спонтанном аборте и неразвивающейся беременности являются достоверно значимыми по отношению к физиологической протекающей беременности ($p < 0,001$).

При неразвивающейся беременности преобладают (54%) децидуальные клетки площадью 201-300 мкм². Площадь децидуальных клеток не превышает 500 мкм², т.е. так же, как в группе с самопроизвольным прерыванием беременности. Средняя площадь децидуальных клеток при неразвивающейся беременности достоверно не отличается от таковой при самопроизвольных абортах и равна 315,4 мкм². Однако средняя площадь не только является достоверно значимой по отношению к физиологической беременности ($p < 0,01$), но и так же, как при спонтанном прерывании беременности, в 2,0 раза меньше, чем в группе сравнения.

Децидуализация клеток стромы эндометрия отстает на 2-3 недели. Превалируют незрелые без признаков трансформации децидуальные клетки. Количество преобразованных клеток стромы в децидуальные соответствует нулю.

Таким образом, ворсинчатый хорион и эндометрий при спонтанном аборте характеризуется

преобладанием ворсин с очагами некроза стромы, достоверным снижением васкуляризации ворсинчатого хориона, большим количеством ворсин минимальных по площади (26-50 мкм²), замедлением трансформации децидуальных клеток с преобладанием клеток незрелого и созревающего типов, коэффициент трансформированных клеток при этом равен нулю. К морфологическим и морфометрическим критериям неразвивающейся беременности относятся: преобладание ворсин хориона с явлениями склероза и фиброза стромы, площадью от 25 до 1000 мкм², гипо- и аваскуляризация ворсин хориона, нарушение дифференцировки и трансформации децидуальных клеток. Коэффициент трансформации децидуальных клеток при неразвивающейся беременности равен нулю.

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Крукиер И.И., Авруцкая В.В., Никашина А.А.,
Нарежная Е.В

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии
Росмедтехнологий»

Россия, г. Ростов-на-Дону, Южный федеральный университет,
химический факультет

Задержка роста плода (ЗРП) представляет весьма важную проблему не только для современного акушерства, но и для ряда других специальностей, поскольку, события, связанные с развитием внутриутробного плода заявляют о себе спустя десятки лет. В России частота встречаемости задержки роста плода составляет от 2,4 до 17%. Неослабевающий интерес к этой проблеме со стороны акушеров-гинекологов связан с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью новорожденных, неблагоприятным течением адаптационного периода в первые дни жизни. Кроме того, в структуре перинатальных потерь около 20% составляют нераспознанные случаи ЗРП (Савельева Г.М. и соавт., 1998)..

Одним из достижений современного акушерства явилась возможность взятия и анализа околоплодных вод в разные сроки беременности для получения информации о состоянии внутриутробного плода. Спектр амниотической жидкости разнообразен, но одним из значимых её компонентов являются свободные аминокислоты, которые выполняют жизненно важную для организма роль «строительного материала» в биосинтезе специфических тканевых белков, ферментов и т.д. Известно, что при осложненной беременности свободные аминокислоты эффективно используются плодом в качестве пластического материала.

В связи с вышеуказанной целью работы явилась разработка новых методов прогнозирования задержки роста плода, которые будут способствовать её профилактике и проведению своевременной терапии.

Обследовано 55 женщин, из которых 35 — с осложненным течением беременности составили первую группу (контрольную) и 20 с плацентарной

недостаточностью — вторую (основную группу). У всех беременных 2-й группы была установлена задержка роста плода. Диагноз ЗРП и плацентарной недостаточности основывался на данных ультразвуковой фето- и плацентометрии, доплерометрии, кардиотокографии, гормональных и биохимических исследованиях.

Идентификацию и количественное определение свободных форм аргинина и пролина, полученных в асептических условиях трансабдоминальным доступом, осуществляли методом капиллярного электрофореза с использованием немодифицированного кварцевого капилляра на аппарате («Капель-105», «Люмэкс», С-Петербург, Россия). Сбор и обработку данных выполняли при помощи IBM PC с программным обеспечением «Мультихром» (АО «Амперсэнд»).

Результаты исследований свидетельствуют о существенных изменениях в уровне свободных аминокислот (аргинина и пролина) в околоплодных водах, полученных у женщин основной группы в сроке 16-23 недель беременности. Так, уровень пролина у женщин с ЗРП снижен в 2,4 раза, а содержание аргинина увеличено в 2 раза по сравнению с данными у пациенток контрольной группы. Также был повышен и уровень оксида азота (в 2 раза). Одной из причин такого дисбаланса в концентрации изученных аминокислот может быть нарушение плацентарной продукции и/или модификация их трансплацентарного перехода в околоплодную среду.

Как известно, аргинин — не только предшественник и активатор синтеза оксида азота, но и важный регулятор многих физиологических и биохимических процессов. Пролином богат коллаген — основной белок соединительной ткани, который в высоких концентрациях содержится в мышечной и костной тканях.

Можно полагать, что повышение содержания аргинина и увеличение продукции оксида азота, носит компенсаторный характер и способствует поддержанию плодово-плацентарной гемодинамики за счет уменьшения спазма сосудов и усиления кровотока в условиях внутриутробной гипоксии, имеющей место у женщин с ЗРП. С другой стороны, снижение уровня пролина, очевидно, является проявлением дезадаптации и одной из причин развития этой патологии.

Среди родившихся детей у женщин с ЗРП гипотрофия имела место именно в тех случаях, при которых наблюдались максимальные изменения в содержании аргинина и пролина. Приведенные данные свидетельствуют о важности сохранения баланса в уровне изученных аминокислот для нормального функционирования фетоплацентарной системы.

Таким образом, беременность, осложненная плацентарной недостаточностью с задержкой роста плода, развивается на фоне измененной продукции свободных аминокислот. Следствием этих нарушений может явиться усиление внутриутробной гипоксии, приводящей к различным пренатальным повреждениям плода и последующим отклонением

в развитии новорожденного. Анализ модификации продукции аргинина и пролина позволил использовать их определение в качестве информативного теста ранней диагностики ЗРП.

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ - α В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Крымшокалова З.С., Лигидова О.Т.

г.Нальчик

Ежегодно самопроизвольно прерывается около 17000 беременностей, 5-6% родов происходит досрочно. Более того, самопроизвольно в РФ прерывается каждая пятая желанная беременность, что приводит не только к медицинским, но и демографическим потерям — в стране не рождается 180000 желанных детей. Рождаются около 11000 недоношенных детей, здоровье которых зависит от оказания медицинской помощи в первые дни и месяцы жизни. Статистически до 85% выкидышей приходится на долю I триместра беременности (до 13 недель). Несмотря на большое количество научных исследований, посвященных данной проблеме, до настоящего времени вопросы, посвященные ведению данного контингента беременных, особенно на первых, самых ответственных этапах гестации, остаются до конца не решенными. На текущем этапе научного поиска многие исследователи приходят к выводу о тесной взаимосвязи и взаиморегуляции между эндокринной и иммунной системами на ранних этапах имплантации.

Фактор роста ФНО- α по данным М.Ю. Степаничева (2005) относится к провоспалительным цитокинам, играющим роль химических медиаторов межклеточных коммуникаций в иммунной системе и обладающих мощной многофункциональной активностью. Наряду с другими факторами роста, фактор некроза опухоли — α принимает участие в регуляции процессов инвазии клеток трофобласта и мезенхимальном ангиогенезе (R.Demir et. al., 2004).

Также исключительно большое значение придается в последние годы ФНО- α в регуляции процессов апоптоза на самых ранних этапах беременности. Поскольку плацента является развивающимся органом, ее ткани подвергаются постоянному обновлению. Апоптотические клетки идентифицированы как в материнских, так и в плодовых компонентах плаценты на разных этапах физиологического течения беременности, что может быть связано с адгезией яйцеклетки и инвазией трофобласта (A.Galan et. al., 2000); трансформацией спиральных артерий (S.V. Ashton et. al., 2005); дифференцировкой трофобласта (G. Mor et.al., 2002).

При осложненной беременности отмечается существенное увеличение апоптотических клеток трофобласта, свидетельствующее, что нарушение апоптоза трофобласта может играть важную роль при этом.

Цель исследования — изучение содержания ФНО- α в сыворотке крови пациенток с физиоло-

гическим течением беременности и при угрозе ее прерывания.

Материалы и методы: в исследование включены 106 беременных в сроке от 6 до 12 недель гестации. При этом 54 пациенток, составивших основную группу, находились на стационарном лечении в отделении патологии беременности с клиническими и ультразвуковыми признаками угрозы прерывания беременности. В контрольную группу включены 52 женщины с физиологическим течением беременности.

Нами был проведен сравнительный анализ анамнестических данных, свидетельствующий о сопоставимости пациенток исследуемых групп. Уровень фактора некроза опухоли α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа наборами фирмы R & D Systems (USA).

Статистическая обработка исходных рядов признаков осуществлялась с использованием лицензионных пакетов Microsoft Excel 2003, Statistica 6.0. Рассчитывались дескриптивные статистики — медиана, 1-й и 3-й квартили.

Результаты исследования.

Медиана ФНО- α была практически в 3 раза выше у пациенток основной группы и составила 75,80 пк/мл против 27,00 пк/мл у беременных контрольной группы ($p < 0,001$).

В основной группе 1-й квартиль больше в 3,27 раз; медиана больше в 2,91 раз; 3-й квартиль больше в 1,44 раза.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что уровень содержания ФНО- α у пациенток с осложненным угрозой прерывания течением беременности был значительно выше. С. Holsberg et al (2001) отметил повышение уровня этого цитокина при различных видах акушерских осложнений и связывал это с вазоконстрикторным действием ФНО- α и снижением интенсивности кровотока в плацентарной сети. Не исключено, что последнее обстоятельство играет немаловажную роль в генезе невынашивания беременности, поскольку уровень ФНО- α при этом осложнении повышен.

Таким образом, повышенное содержание фактора некроза опухоли- α является маркером угрозы прерывания беременности в ранние сроки.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Крюкова Н.И., Кулавский В.А.

Россия, Уфа, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, Республиканский перинатальный центр, г. Уфа

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема диспансерного наблюдения за беременностью и принципов оптимального родоразрешения женщин старшей возрастной группы. Это объясняется ростом их числа в общей популя-

ции родильниц, характерной для данного контингента женщин высокой частотой осложнений в течение беременности и родов.

Для оценки течения беременности, их исходов проанализировано 68 историй родов у беременных старше 35 лет. Средний возраст составил 38,1 \pm 1 год. По социальному положению 41,2% женщин были домохозяйками, 58,8% — служащими.

При анализе медицинской документации установлено, что у 3 женщин данная беременность наступила впервые. В анамнезе у 40 пациенток наблюдалось от 1 до 3 медицинских аборт, у 19 — самопроизвольные выкидыши, в 2 случаях прерывание беременности по поводу ВПР плода и тяжелого позднего гестоза. Две пациентки перенесли операции по поводу внематочной беременности, 1 беременная неоднократно проводила процедуру ЭКО.

Среди экстрагенитальных заболеваний преобладала патология ЖКТ — 33 случая (48%), мочевыделительной системы у 32 (47%) беременных, вегетосудистая дистония по гипертоническому типу — у 23 (33,8%). Каждая третья беременная (32,3%) страдала ожирением. Дисфункция щитовидной железы зарегистрирована у 16,1% пациенток, заболевание легких — у 20 (29,4%), варикозное расширение вен — у 15 (22%), заболевание ЦНС (энцефалопатия, эпилепсия, ишемический инсульт) — у 7 (10%), гипертоническая болезнь — 4 (5,8%). Частота анемии у изучаемого контингента женщин наблюдалась в 54 случаях (79,4%).

Одно из ведущих мест в гинекологической патологии у женщин позднего репродуктивного возраста составила миома матки, хронические сальпингоофариты, полипы эндометрия,

Из осложнений во время беременности отмечены: ранний токсикоз беременных и угроза прерывания в 1 триместре — в 16 (23,5%) случаях, угроза прерывания во 2 половине беременности и угроза преждевременных родов — по 15 (22,1%), гестоз в поздние сроки различной степени тяжести — в 14 (20,5%).

По поводу перечисленных осложнений беременности и их сочетаний каждая вторая женщина (39 - 57%) прошла стационарное лечение. Причем, значительный процент этих беременных (23,9%) госпитализировались два и более раза. С плацентарными нарушениями госпитализация была связана у 22 беременных, задержкой развития плода — 7, с маловодием и многоводием — 27

Наблюдаемые беременности завершились срочными родами через естественные родовые пути у 29 (42,6%) женщин. Родоразрешены в сроке 32 -36 недель по показаниям со стороны матери или плода 9 (13,2%) беременных (из них 7 — оперативным путем).

Среди осложнений течения родов отмечены: несвоевременное излитие околоплодных вод (24 наблюдений), аномалии родовой деятельности (4), высокая артериальная гипертензия (10). Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения у данного контингента беременных в доношенные сроки произведено 30 (44,1%) пациенткам. Показаниями к

операции явились наличие рубца на матке (в 11 случаях), тяжесть гестоза (10 случаев), предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2 случая), сочетание акушерской патологии с внутриутробным страданием плода (5 случаев).

Всего родилось живыми 67 детей, причем 5 из них — в состоянии гипоксии средней тяжести, 13 — легкой степени. Один плод погиб антенатально на фоне позднего гестоза III степени тяжести, выраженной внутриутробной задержки плода, недоношенности. В связи с диагностируемой в дальнейшем неонатальной патологией 6 детей переведены в отделение патологии новорожденных.

Таким образом, проведенные исследования показали, что изучаемый контингент женщин относится к группе высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии. Акушерский и соматический анамнез, высокая частота экстрагенитальной патологии ведут к развитию различных осложнений периода беременности и родов, формированию фетоплацентарной недостаточности, высокой неонатальной заболеваемости. Указанные обстоятельства диктуют необходимость совершенствования системы мониторинга данного контингента женщин в процессе гестации.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кудаярова Г.К.

Россия, г. Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский ГМУРосздрава», кафедра акушерства и гинекологии №2

Распространенность йоддефицитных состояний достаточно велика во всем мире. Согласно данным ВОЗ, около 30% населения мира имеют риск развития йоддефицитных заболеваний. Территория Республики Башкортостан издавна считается природным очагом дефицита йода. Территория РБ относится к регионам с неблагоприятной экологической обстановкой, характеризующейся повышенным накоплением в почве и воде нефтепродуктов и тяжелых металлов. Причинами, способствующими прогрессированию зобной эндемии являются прекращение йодной профилактики, ухудшение экологической обстановки и социального положения значительной части населения. В периоде внутриутробной жизни под контролем тиреоидных гормонов осуществляются процессы эмбриогенеза, дифференцируются и созревают все органы и системы. Беременные и кормящие имеют наибольший риск развития йоддефицитных расстройств, так как потребность в йоде в этот период увеличивается в несколько раз. Недостаток йода может приводить к формированию зоба и возникновению в последующем изменения функции щитовидной железы. У половины женщин после беременности зоб не подвергается обратному развитию, что соз-

дает предпосылки для формирования тиреоидной патологии. Адекватное потребление йода женщиной во время беременности является надежной мерой профилактики тиреоидных расстройств и необходимым условием нормального развития плода и новорожденного. В раннем детском возрасте единственным продуктом питания служит грудное материнское молоко. У абсолютного большинства лактирующих женщин, не получавших во время беременности йодную профилактику, содержание йода в молозиве (уже к третьему дню после родов) резко снижено. Поэтому йодную профилактику целесообразно продолжать на протяжении всего периода беременности и грудного вскармливания. Цель исследования: комплексная клинико-лабораторная оценка и обоснование йодной профилактики на протяжении всего периода беременности и грудного вскармливания. Объект исследования: 100 беременных и 100 послеродовых женщин, проживающие в эндемичной зоне. 50 детей выношенных в условиях дефицита йода без пренатальной йодной профилактики и чьи матери с ранних сроков и на протяжении всего периода беременности, грудного вскармливания получали препараты йода. Методы исследования: общеклинические, биохимические, определение суточной экскреции йода с мочой и молоком, статистические, анкетирование. Результаты. Недостаточность йода приводит к нарушению репродуктивной функции у женщин: увеличивается количество выкидышей, мертворождений, повышается перинатальная и младенческая смертность. Течение беременности и родов у женщин с эндемическим зобом сопровождается повышенной частотой таких осложнений, как самопроизвольный выкидыш (4%), гестоз (7,2%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (34%), дискоординация родовой деятельности (31%), фетоплацентарная недостаточность (18%), угроза прерывания беременности (18%). Недоношенность плода у этого контингента беременных отмечается в 18% случаев, задержка внутриутробного развития — в 21,5%, гнойно-септические осложнения у новорожденных — в 38,5%. Заключение: широкое внедрение программы антенатальной и постнатальной йодной профилактики, подразумевающей прием беременными и кормящими женщинами препаратов йода, позволит значительно снизить патологию беременности и улучшить психическое и физическое здоровье подрастающего поколения. Профилактика йоддефицита во время беременности — это эффективная мера защиты организма матери и ребенка.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА В ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кузнецова В.А., Трошина И.Н.

Г.Иваново, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Росздрава

Внутриутробное инфицирование плода и новорожденного различными возбудителями колеблется, по данным различных авторов, от 5-10% до 60% и более. При этом реализация внутриутробного инфицирования в инфекционный процесс отмечается не у всех детей, это зависит как от состояния организма беременной и ребенка, так и от характера возбудителя. Даже у здоровых матерей в 1,76% случаев рождаются дети с внутриутробной инфекцией (ВУИ). Инфекционный процесс выявлен у 8,6% детей от матерей с хроническими очагами инфекции, 21,8% детей от матерей с поздним гестозом беременных. По данным литературы у беременных с факторами риска частота рождения детей с клиническими проявлениями инфекций достигает 20-36%.

Целью настоящего исследования явилось выявление, систематизация и определение наиболее значимых факторов риска для прогнозирования внутриутробной инфекции у плода.

Проведена выкопировка данных из историй родов 3759 женщин, угрожаемых на инфицирование плода и 154 беременных, родивших детей с внутриутробной инфекцией. Анализировалось 135 факторов: из них социальных — 24, отражающих состояние репродуктивного здоровья — 32, характеризующих соматическое здоровье — 33, возникающих во время беременности — 33, а также 13 факторов со стороны плода. Полученные данные подвергались математической обработке с использованием критерия Стьюдента и расчетом показателей: весового индекса (ВИ), нормированного интенсивного показателя (НИП), прогностического коэффициента (ПК) и риска в баллах для каждого фактора. При определении наиболее значимых факторов учитывалось значение удельного веса до единицы.

Анализ результатов данных, полученных при выкопировки из историй родов, позволил выделить и ранжировать группы факторов риска и определить наиболее значимые из них внутри групп.

В зависимости от величины весового индекса 1-ое ранговое место заняла группа факторов, характеризующих репродуктивное здоровье беременных с показателем ВИ= 60. В этой группе наибольший прогностический коэффициент (ПК) имели предстоящие первые роды (1682), первая беременность (1066), патология шейки матки (953,4), медицинские аборт перед первыми родами (392,4), самопроизвольные выкидыши (280,2), воспаление матки и придатков (168). На 2-ое ранговое место вышли социальные факторы с весовым индексом 56,6: неблагоприятное семейное положение (ПК 1358), вредные привычки (404,6), возраст беременной старше 30 лет (260,3), непланируемая беременность (202,6), возраст матери до 18 лет (144,3). Группа факторов, возникающих во время беремен-

ности, занимает 3-ее место по весовому индексу — 46,9: анемия (ПК1337), кольпит (768), инфекции мочевыводящих путей (284,8), острые инфекции (284,8), кровотечения в I и II триместрах (199,4), многоводие 142,6. 4-ое ранговое место принадлежит факторам, характеризующим соматическое здоровье женщин (ВИ=10): хронические воспалительные заболевания в этой группе занимают 1-ое место (ПК 199,7). Факторы со стороны плода вышли на 5-ое место. Весовой индекс в этой группе составил 3. Из них прогностически наиболее значима — гипоксия плода (ПК 93,5). Все вышеперечисленные факторы оценивались 4 баллами как высокий риск внутриутробной инфекции плода.

Таким образом, проведенный анализ популяционных данных позволил систематизировать факторы риска — ранжировать их по удельному весу и выявить наиболее значимые (высокий риск 4 балла) для прогнозирования ВУИ у плода и ребенка при рождении. Есть все основания полагать, что определение факторов риска у женщин до и во время беременности, формирование групп риска, своевременная профилактика их реализации является одним из эффективных путей снижения перинатальной смертности от внутриутробных инфекций.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ИНВАЗИИ ЦИТОТРОФЛАСТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кузнецова Н.Б., Чернавский В.В., Левченко М.В., Ковалёва А.В.

Россия, г.Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Важность исследования маточно-плацентарного кровотока на ранних сроках гестации в настоящее время приобретает большое значение, так как процесс цитотрофобластической инвазии и формирования полноценной плаценты определяет дальнейшее течение беременности. При нарушении процессов инвазии цитотрофобласта не происходит достаточной децидуальной трансформации в спиральных артериях, в результате чего значительно нарушается кровоток в межворсинчатом пространстве — снижается объемная скорость кровотока, что приводит к ухудшению газообмена между кровью матери и растущего эмбриона. В связи с этим ценным дополнением к ультразвуковым методам исследования во время беременности стала доплерометрия.

С целью оценки формирующегося маточно-плацентарного кровотока в период I волны цитотрофобластической инвазии, было проведено доплерометрическое исследование 37 пациенток в сроке 6-10 беременности, с различной клинической картиной и исходом беременности. В группу

I (контроль) вошли 12 женщин, обратившихся для прерывания беременности в сроке 6-10 недель по собственному желанию. В группу II были включены 13 женщин с клиническими признаками начавшегося аборта (умеренные или обильные кровянистые выделения, открытие шейки матки) в сроке 6-10 недель. Группу III составили 12 пациенток с верифицированной по УЗИ неразвивающейся беременностью в сроке 6-10 недель (по величине копчико-теменного размера).

Для оценки течения компенсаторно-приспособительных реакций на начальных этапах формирования комплекса «мать-хорион-эмбрион» и с целью выявления прогностических гемодинамических признаков неблагоприятного течения и исхода беременности, нами было проведено доплерометрическое исследование кровотока в маточных (МА), спиральных артериях (СА) и артериях яичников (АЯ). Качественная оценка кривых скоростей кровотока в артериях маточно-плацентарного кровотока проводилась с помощью расчета углонезависимых показателей сосудистой резистентности: использовались значения пульсационного индекса (ПИ), индекса резистентности (ИР) и систолическое отношение (СДО).

При доплерометрическом исследовании резистентности кровотока в МА у пациенток в I группе выявлены следующие значения сосудистого сопротивления на стороне расположения хориона: ПИ=0,51±0,02, ИР=1,005±0,14, СДО=1,91±0,08; на контрлатеральной стороне: ПИ=0,54±0,03, ИР=1,17±0,02, СДО=2,43±0,25. Статистически значимых различий данных показателей кровотока в правой и левой МА получено не было. При доплерометрическом исследовании резистентности кровотока в МА у пациенток во II группе (с клиническими признаками начавшегося аборта) были получены следующие результаты: на стороне расположения хориона значения сосудистого сопротивления составили ПИ=0,72±0,03 (p1-2=0,018), ИР=1,33±0,13 (p1-2=0,001), СДО=3,67±0,40 (p1-2=0,0039); на контрлатеральной стороне — ПИ=0,77±0,01, ИР=1,62±0,09 (p1-2=0,0046), СДО=4,23±0,28 (p1-2=0,0039). При исследовании кровотока у женщин III группы были получены следующие данные: на стороне расположения хориона ПИ=0,79±0,03 (p1-3=0,042), ИР=1,7±0,02 (p1-3=0,01), СДО=4,44±0,22 (p1-3=0,01); на контрлатеральной стороне — ПИ=0,82±0,02 (p1-3=0,019), ИР=1,62±0,13 (p1-3=0,01), СДО=4,77±0,12 (p1-3=0,01). Выявленное нами повышение сосудистого сопротивления в МА на стороне плацентации и на контрлатеральной стороне у пациенток во II и III группах позволило нам говорить о неадекватном кровоснабжении матки в период становления маточно-плацентарного кровотока у пациенток с неразвивающейся беременностью и начавшимся самопроизвольным выкидышем.

В процессе нашего исследования было выявлено снижение сосудистого сопротивления по направлению от МА к СА во всех подгруппах обследуемых женщин. Достоверные различия для ПИ (p1-3=0,02) и СДО (p1-3=0,025) в СА были получены

между пациентками I и III групп, что свидетельствует о повышении сосудистой резистентности в СА при неразвивающейся беременности, и подтверждает наличие патологического течения первой волны инвазии и нарушение физиологической трансформации СА при данной форме невынашивания беременности.

Учитывая важность функциональной активности желтого тела в ранние сроки беременности, мы провели исследование показателей сосудистого сопротивления в АЯ у пациенток исследуемых групп. В первом триместре в период 1 волны инвазии цитотрофобласта и максимальной функциональной активности желтого тела, индексы кровотока в АЯ в I группе составили: на стороне желтого тела ПИ=0,64±0,04, ИР=0,74±0,06, СДО=2,59±0,07; на контрлатеральной стороне ПИ=0,74±0,03, ИР=0,98±0,10, СДО=3,96±0,10. При исследовании кровотока у пациенток во II группе отмечено увеличение показателей сосудистой резистентности: на стороне желтого тела — ПИ=0,74±0,02, ИР=0,85±0,05, СДО=3,82±0,01 (p1-2=0,02 для СДО); на контрлатеральной стороне — ПИ=0,83±0,009, ИР=1,003±0,19, СДО=4,56±0,02 (p1-2=0,02 для СДО). При оценке кровотока у пациенток в III группе получены высокие значения исследуемых показателей как на стороне желтого тела — ПИ=0,78±0,02 (p1-3=0,02), ИР=1,38±0,14, СДО=2,98±0,31 (p1-3=0,02); так и на противоположной стороне — ПИ=0,8±0,017 (p1-3=0,04), ИР=1,47±0,10, СДО=4,47±0,22.

Проведенные нами исследования кровотока в АЯ показали, что у беременных с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью происходит достоверное увеличение показателей сосудистого сопротивления (ПИ, СДО) по сравнению с группой контроля, и это повышение имеет особое значение на стороне яичника с желтым телом. Повышение показателей сосудистого сопротивления в сосудах яичника с желтым телом у пациенток с самопроизвольным абортom и неразвивающейся беременностью ведет к недостаточному кровоснабжению желтого тела и, как следствие, к его недостаточной гормональной активности.

По нашему мнению доплерометрическое исследование в период первой волны инвазии цитотрофобласта позволяет выявить нарушение сосудистой резистентности в маточных артериях при угрозе самопроизвольного выкидыша и неразвивающейся беременности, а повышение сосудистой резистентности в спиральных артериях является прогностическим маркером в отношении риска развития неразвивающейся беременности. Для пациенток, угрожающих по потере беременности в I триместре, характерно повышение показателей сосудистого сопротивления в яичнике с желтым телом. Таким образом, доплерометрическое исследование маточных и яичниковых сосудов, наряду с эхографической оценкой плодного яйца в I триместре, в период I волны инвазии цитотрофобласта, имеет большое диагностическое значение в отношении прогноза потери беременности.

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК ПРИЧИНА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кузнецова Н.Б., Ковалёва А.В., Черниченко О.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Проблема невынашивания беременности и ранних потерь беременности в течение многих лет остается актуальной, так как находится на стабильно высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. Среди ранних репродуктивных потерь доминирующее значение имеют спонтанные аборты, которые составляют 80 — 90% прерывания беременности в I-ом триместре.

Процесс имплантации, инвазии трофобласта и дальнейшее функционирование плаценты представляется многоступенчатым процессом эпителиально-гемостазиологических взаимодействий со сложной аутокринной-паракринной регуляцией, которая объективно нарушается при патологии эндометрия, что проявляется различными акушерскими осложнениями, сопряженными с репродуктивными потерями. Развитие ранних этапов беременности (имплантация и плацентация) осуществляется путем тесного взаимодействия погружающейся бластоцисты, а затем — хориального мешка с окружающим цитотрофобластическим щитом, с децидуализированным или гравидарным эндометрием, то есть сопряженных процессов цитотрофобластической инвазии и перестройки стромальных клеток эндометрия в децидуальные. Многочисленными исследованиями установлена зависимость частоты наступления и невынашивания беременности с благополучным состоянием эндометрия. Различные патологические изменения эндометрия могут привести к дефектам имплантации и к повторным абортам на ранних сроках беременности.

Принимая во внимание полиэтиологичность невынашивания беременности, обследование пациенток должно быть направлено на выявление основного (доминирующего) фактора, обусловившего спонтанный аборт. Поэтому его надо начинать с гистологического изучения материала соскоба из полости матки при всех неудачно завершившихся беременностях. Вместе с тем возможности определения патогенеза самопроизвольного выкидыша на основании исследования соскоба эндометрия ограничены, поскольку не разработаны методологические критерии диагностики различных причин прерывания беременности.

Целью нашего исследования было изучение роли эндометрия в формировании репродуктивных потерь в первом триместре беременности на основании анализа результатов патоморфологического исследования.

В ходе нашего исследования все пациентки были разделены на две клинические группы. I группу (контрольную) — составили пациентки с физиологическим течением беременности (n = 25) со сроком

гестации 6-12 недель, относящиеся к группе условно здоровых, которым был выполнен искусственный аборт. Во вторую II группу (n=27) включены женщины с самопроизвольно прерванной беременностью со сроком гестации 6-12 недель.

Возрастной состав пациенток исследуемых групп был однородным. Средний возраст женщин в I группе составил $25\pm 3,2$, во II группе $29\pm 2,3$ лет.

Морфологическая картина ворсинчатого хориона, децидуальной ткани в контрольной группе отражала нормальный срок для беременности 6-12 недель. Ворсины были больших размеров, содержали новообразованные сосуды, каналы с наличием плацентарных макрофагов с двухслойным трофобластом ворсинчатого хориона.

При гистологическом исследовании материала во II группе в 100% случаев были выявлены признаки, характерные для инфекционного поражения. Воспалительная инфильтрация имела полиморфный характер. При вирусном поражении воспалительные изменения преобладают в децидуальной оболочке и сочетаются с острыми циркуляторными нарушениями. При бактериальном поражении распространенные воспалительные инфильтраты обнаруживались в амнионе, хориальной пластине, межворсинчатом пространстве. Преимущественно состав воспалительного инфильтрата составляли лимфоциты (75%), нейтрофилы и макрофаги (по 10% соответственно), плазматические клетки (5%). В базальном эндометрии отмечались признаки вирусной инфекции (в 55,6%). Практически во всех сосудах базальной пластинки отмечалась умеренно, местами резко выраженная облитерация просвета, за счет гипертрофии стенок, дистрофических изменений эндотелия. При исследовании хориона во всех случаях обнаружены деструктивно-дегенеративные изменения в стромах ворсин, неправильная причудливая форма ворсин (27%), наличие гигантских ворсин с признаками мукоидной дистрофии (42%), тотальной десквамации трофобласта (38,4%). Единичные сосуды определялись в 25-30% случаев, преимущественно в ворсинах крупного калибра с частично или полностью фиброзированной стромой. Сосуды характеризовались овальной или слегка вытянутой формой, утолщенной стенкой за счет неравномерной гиперплазии эндометрия, гипертрофии и межмышечного фиброза, облитерационной ангиопатии разной степени выраженности, наличием воспалительных инфильтратов, преимущественно лимфоцитарных.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что прогрессирующее нарушение эмбрионально-хориального кровообращения совместно с инволюционными изменениями ворсин хориона развивается на исходно пораженном эндометрии (хронический эндометрит, вирусная инфекция), что позволяет считать хроническое воспаление важной составляющей в патогенезе неразвивающейся беременности. Выявление степени и характера изменений эндометрия при проведении патоморфологического анализа у женщин с прервавшейся беременностью, позволяют определить тактические

варианты для устранения данных нарушений и предупредить повторение ранних репродуктивных потерь.

РОЛЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ГЕМОСТАЗА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кузьмина В.В., Хаятова З.Б., Кучеренко С.Г.

Россия, г. Новосибирск, ГОУ ВПО Новосибирский Государственный Медицинский Университет

На сегодняшний день тромбофилии являются более чем в 45% случаев причиной привычной потери беременности, в 80% случаев — фоном для развития гестоза, приводя к неблагоприятным исходам, как для матери, так и для плода, к преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), кровотечениям в послеродовом и послеродовом периодах.

С целью выяснения роли как приобретенных, так и наследственных дефектах гемостаза в акушерско-гинекологической практике, нами было исследовано 54 беременных с подтвержденными наследственными и приобретенными тромбофилиями.

Молекулярный анализ генетических дефектов гемостаза, выполнялся методом ПЦР, а также диагностика АФС по Волчаночному Антикоагулянту(ВА) дважды с интервалом 6-8 недель. В системе гемостаза определяли Д-димер, который является одним из специфических тестов диагностики тромбофилии и тромбоза, исследовали содержание фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), продукты деградации фибрина (ПДФ).

В результате обследования у 31 (57,4%) пациентки была диагностирована мутация по МТНFR с гетерозиготным типом наследования, у 8(14,8%) — с гомозиготным типом наследования по МТНFR, у 5(9,3%) — с достоверным АФС, у 4 (7,4%) — мутации Y фактора Лейдена, у 3(5,5%) — протромбина С, дефицит протеина S и антитромбина III было выявлено по одному случаю. Группу особого риска составляют беременные с мультигенными нарушениями, когда имеет место комбинированная тромбофилия: приобретенная и наследственная, либо несколько разновидностей наследственных тромбофилий. Так, у 9(16,6%) беременных выявлена комбинированная форма: тромбофилии в виде МТНFR и протромбина С — у 3; МТНFR и мутации Y фактора Лейдена — у 1, АФС с генетическими формами — у 5 беременных. 39 беременных были в возрасте до 27 лет, повторнородящие составили 70%, первородящие — 30%, более половина из них первобеременные. У всех обследованных беременных был крайне отягщенный акушерско-гинекологический анамнез: первичное и вторичное бесплодие у 8, самопроизвольные выкидыши — у 32(2 и более — у 20), замершие беременности — у 22, эндометриоз и миомы — у 8 женщин. Все повторнородящие при предыдущих беременностях в

100% случаев имели по одному и более осложнений: гестозы в 38 случаях, угрозы прерывания беременности в 36 случаях, отслойка хориона — в 12, преэклампсия в 2, ПОНРП в 1, послеродовые гипотонические кровотечения с гемотрансфузией в 2 случаях, преждевременные роды — 18, флебит — в 2, и в 18 случаях дети родились с СЗРП. Всем беременным в качестве антитромботической терапии применяли низкомолекулярные гепарины(НМГ) (3500-4500 дальтон), основной эффект которых реализуется за счет инактивации активированных факторов свертывания крови комплексами анти-тромбина III-гепарин на ранних этапах активации и не нарушает гемостатический потенциал крови и не вызывает гипокоагуляцию, что важно во время беременности, при родах, в послеродовом периоде. 5 беременных получили 1 курс НМГ, 2 курса — 11, 3 курса — 38 беременных, под контролем показателей маркеров активации тромбообразования. Всего мембранный плазмоферез проведен 38 беременным женщинам, тем женщинам, которые получали 3 курса НМГ проводился мембранный плазмоферез трехкратно. Беременные женщины принимали препараты фолиевой кислоты по 5 мг в сутки, ингибиторы функции тромбоцитов, дезагреганты и ангиопротекторы на протяжении все беременности. На момент родоразрешения все беременные женщины имели доношенный срок, и только у одной женщины в 32 недели было кесарево сечение в экстренном порядке в связи с разрывом матки по неполноценному рубцу с последующей надвлагалищной ампутацией матки. У 53 беременных были срочные роды, из них самопроизвольные роды у 23, оперативные — у 30. Росто-весовые показатели при срочных родах у 51 новорожденных соответствовал норме, и только в 2 случаях у беременных с комбинированной мутацией получавших НМГ 1 курс в 3 триместре дети родились с СЗРП I и II степени, и один недоношенный ребенок у беременной с разрывом матки по неполноценному рубцу. С целью профилактики кровотечения было выполнено аутоплазмодонорство у 25 рожениц, введено криопреципитата от 6 до 12 доз у 28 рожениц. Двум роженицам с острым массивным кровотечением(1200 и 1800 мл) при оперативном родоразрешении, и в одном случае с патологической кровопотерей при самопроизвольных родах была перелита свежемороженая плазма. Все роженицы получали НМГ, и ни в одном случае не наблюдалось тромбоэмболических осложнений.

Таким образом, назначение антикоагулянтной терапии беременным с наследственными формами тромбофилии, улучшает прогноз беременности. Назначение и доза НМГ должна быть адекватной и зависеть от уровня маркеров тромбоинемии и фибринообразования. При своевременном выявлении и раннем назначении антикоагулянтной терапии и эфферентных методов лечения улучшаются исходы беременности, как для матери, так и для плода. С комбинированными формами тромбофилии терапия должна начинаться еще до беременности.

СОСТОЯНИЕ ПО ЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ

Куликов С.А., Посисеева Л.В., Назаров С.Б.,
Ситникова О.Г.

ФГУ «Ив НИИ М и Д им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Гестоз остается одной из ведущих причин материнской смертности в России. Особое внимание в последнее время уделяется состоянию эндотелий-зависимых нитрэргических механизмов регуляции просвета сосудов. Целью нашего исследования являлось выявление индивидуальных особенностей нитрэргических механизмов регуляции сосудов у беременных женщин с гестозом.

Основную группу обследуемых составили 15 беременных женщин с гестозом (нефропатия 3) в сроке беременности от 29 до 33 недель, в возрасте от 18 до 40 лет, средний возраст $30 \pm 6,3$. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологической беременностью, в сроке беременности от 30 до 36 недель, в возрасте от 17 до 36 лет, средний возраст $27 \pm 0,87$ лет. В качестве метода оценки эндотелий-зависимого механизма регуляции просвета сосудов исследования использовалась функциональная проба с ишемией/реперфузией. Обследование производилось при помощи неинвазивного спектрофотометрического комплекса для контроля объемного капиллярного кровенаполнения мягких биологических тканей «Спектротест» (производитель ФГУ «НПП «Циклон-Тест»). Содержания нитрат-ионов в периферической крови до и после обследования определяли по методу Miranda K.M. et al. (2001). Также проводилось определение уровня десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови, оценка процессов перекисного окисления липидов методом биохемилуминисценции до и после обследования.

При обследовании женщин с физиологической беременностью установлено, что на фоне ишемии уровень оксигенации тканей предплечья снижался с $0,69 \pm 0,02$ отн. ед. до $0,56 \pm 0,03$ отн.ед. ($p < 0,001$). В условиях реперфузии уровень оксигенации тканей предплечья восстанавливался до $0,71 \pm 0,02$ отн.ед. Углубленный анализ полученных результатов позволил разделить обследованных на три подгруппы в зависимости от типа реакции на пробу с ишемией/реперфузией. У первой подгруппы ($n = 11$) выявлено снижение уровня оксигенации тканей предплечья относительно исходного значения данного показателя с $0,76 \pm 0,03$ отн.ед. перед проведения пробы с ишемией до $0,72 \pm 0,03$ отн. ед. ($p < 0,01$). Во второй подгруппе ($n = 10$) выраженного изменения оксигенации тканей предплечья после проведения окклюзионной пробы не зарегистрировано и составило $0,66 \pm 0,05$ отн.ед. до пробы и $0,68 \pm 0,05$ отн.ед. после. У женщин третьей подгруппы ($n = 9$) зарегистрирован прирост уровня оксигенации тканей предплечья, после проведенной окклюзионной пробы с $0,64 \pm 0,03$ отн.ед. до $0,73 \pm 0,03$ отн. ед.

($p < 0,001$). Аналогичное распределение не беременных женщин на три группы выявлено нами в предшествующих исследованиях.

При исследовании уровня суммарных нитритов до и после исследования в общей группе обследованных отмечено снижение суммарных нитритов с $54,66 \pm 4,15$ мкмоль/л до $50,14 \pm 4,21$ мкмоль/л ($p < 0,01$), наиболее значительное в третьей подгруппе испытуемых.

При оценке процессов перекисного окисления липидов до и после обследования в контрольной группе установлено достоверное повышение tga с $0,41 \pm 0,03$ до $0,43 \pm 0,02$ имп/сек. ($p < 0,05$).

При определении уровня десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови в общей группе отмечено снижение количества клеток с $17,52 \pm 4,34$ до $12,21 \pm 4,19$ ($p < 0,05$).

В основной группе также как и в контрольной, на фоне ишемии уровень оксигенации тканей предплечья снижался с $0,75 \pm 0,03$ отн.ед. до $0,62 \pm 0,03$ отн.ед. ($p < 0,001$) и восстанавливался в условиях реперфузии до $0,71 \pm 0,02$ отн.ед. В основной группе в отличие от контрольной у 13 женщин зарегистрировано снижение уровня оксигенации тканей предплечья после проведения окклюзионной пробы, только у одной из обследованных регистрировался прирост уровня оксигенации тканей предплечья и у одной из обследованных выраженного изменения уровня оксигенации тканей предплечья после проведения окклюзионной пробы не выявлено.

При определении уровня десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови до и после проведения окклюзионной пробы в основной группе также как и в контрольной выявлено снижение уровня десквамированных эндотелиоцитов с $21,93 \pm 4,71$ до окклюзионной пробы и $5,43 \pm 0,89$ после пробы ($p < 0,01$).

При оценке процессов перекисного окисления липидов до и после обследования в основной группе установлено достоверное повышение S с $25,76 \pm 4,22$ имп/сек до $28,97 \pm 4,90$ имп/сек ($p < 0,05$). В основной группе Imax до пробы составил $2,25 \pm 0,14$ имп/сек, что было достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). После пробы Imax в основной группе $2,43 \pm 0,14$ также был выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Отмечено повышение tga после исследования по сравнению с контрольной группой и составил $0,52 \pm 0,04$ ($p < 0,01$).

При определении уровня десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови в основной группе отмечено снижение количества клеток с $21,93 \pm 4,371$ до $5,43 \pm 0,89$ ($p < 0,05$).

Таким образом, у женщин с физиологической беременностью выявлены индивидуальные различия в реакции микрососудов на ишемию/реперфузию. Установлено, что преобладающим типом реакции микрососудов на пробу с ишемией/реперфузией у женщин с гестозом является снижение уровня оксигенации тканей в фазу реперфузии. У беременных с гестозом процессы перекисного окисления липидов протекают более интенсивно, чем у женщин с физиологической беременностью.

МИОМЭКТОМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кулинич С. И., Бурлакова О. А.

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии

Миома матки относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний и занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости после воспалительных заболеваний органов малого таза. Нередко миома матки является одной, а иногда и единственной причиной бесплодия у женщин репродуктивного возраста. В последние годы значительно увеличилось количество органосохраняющих операций при миоме матки, что связано с желанием женщин, больных миомой матки, реализовать свою репродуктивную функцию.

Цель: провести корреляцию между методами миомэктомии и последующей репродуктивной функцией.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены данные клинических наблюдений 72 больных миомой матки репродуктивного возраста, которым была произведена миомэктомия лапаротомным доступом по разработанной нами методике с целью создания полноценного рубца на матке. Возраст пациенток составил 23 — 40 лет, все женщины планировали реализовать репродуктивную функцию. У всех пролеченных пациенток длительность заболевания составила в среднем 1,3 года, средняя продолжительность клинических проявлений 6 — 7 месяцев, включая характерные симптомы: геморрагический синдром, первичное или вторичное бесплодие. Одинаково часто операции производились при наличии одного и множественных узлов. Размеры узлов варьировали от 3 до 16 см. Наибольшее количество вылущенных узлов было 15. Формирование клинических групп осуществлялось следующим образом: 1 группу составили 22 пациентки, оперированные способом ушивания ложа энуклеированного узла с одновременным, двухсторонним, пошаговым наложением мышечно-мышечных швов викрилом. Серозный покров матки восстанавливался отдельными серозо-серозным швами. В послеоперационном периоде пациентки этой группы получали антибактериальную, ДЭНАС- терапию (электроимпульсная терапия на аппарате ДЭНАС + в стабильном и лабильно — стабильном режиме), а также супрессивную терапию аналогами гонадотропин — релизинг — гормона в течение 3 месяцев после операции с последующим назначением КОК (жанин) в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. 2 группу составили 50 пациенток, оперированных другими способами. В послеоперационном периоде все женщины 2 группы получали антибактериальную терапию, магнитотерапию на область швов и КОК в непрерывном режиме в течение 3 месяцев после операции. Для оценки состояния миометрия в послеоперационном периоде использовалось УЗС (доплерометрия на аппарате АЛОКА — 5000).

Полученные результаты. Послеоперационная реабилитация на аппарате ДЭНАС проведена у 22 больных. Через 6 мес. при доплерометрии у пациенток 1 группы в области энуклеированного узла кровоток восстановился с формированием новых сосудов у 18 (82%). Индекс резистентности в среднем составил 0,7. У 4 (18%) индекс резистентности был снижен, что коррелировало с большими размерами узлов (9 — 16 см) и локализацией узлов в шеечно-перешеечной области и по задней стенке. У пациенток 2 группы восстановление кровотока отмечалось у 18 (36%), у 32 (64%) выявлено наличие бессосудистых зон и ниш в области ложа. У 6 (30%) пациенток 1 группы беременность наступила через 9 — 12 месяцев; во 2 группе — у 10 (20%) беременность наступила через 14 — 24 месяца, у 2 из них после ЭКО и ПЭ. У 4 женщин была лапароскопия для адгезиолизиса после миомэктомии лапаротомным доступом. Самостоятельными родами беременности закончилась у 8 женщин, 3 родоразрешены операцией кесарево сечение по комплексным показаниям у 3 произошел самопроизвольный выкидыш в малом сроке, 5 пациенток вынашивают беременность. После энуклеации узлов лапароскопическим доступом у 3 женщин были разрывы матки в месте энуклеации узлов.

Заключение. Способ энуклеации миоматозных узлов с одновременным пошаговым ушиванием ложа узла позволил снизить интраоперационную кровопотерю, отказаться от использования гемостатических зажимов, избежать избытка тканей при ушивании ложа, сохранить архитектуру матки и получить состоятельный рубец на матке, что в последующем снизило вероятность потерь беременности и нарушений репродуктивной функции. Реабилитацию после операции необходимо планировать не менее 6 месяцев и лучше использовать ДЭНАС — терапию, гормональное лечение. Применение ДЭНАС — терапии позволило уменьшить болевой синдром, улучшить кровообращение и ускорить процессы репарации в тканях матки.

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Кульмухаметова Н.Г.

Россия, г. Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Травматизм мягких тканей нижнего отрезка родового канала остается одной из актуальных проблем современного акушерства. Это объясняется высокой частотой и неблагоприятным влиянием акушерских травм на женскую половую систему.

Целью исследования стало изучение эффективности антигомотоксической терапии в профилактике и снижении степени тяжести акушерских травм шейки матки, влагалища и промежности.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование в соответствии

с медико-экономическими стандартами МЗ РФ 451 женщин, перенесших в родах рассечение (срединно-латеральная эпизиотомия — 59,6 %, перинеотомия — 15,2 %) и разрывы промежности второй степени тяжести (25,2 %). Акушерские травмы тазового дна сочетались с разрывами шейки матки в 26,6 % случаев. Наиболее частыми причинами родовых травм были высокая промежность, ригидность тканей промежности, крупный плод, аномалии родовой деятельности. Вторичное заживление травм шейки матки, влагалища и промежности отмечалось у 9,2 % рожениц. По прошествии 1 — 3 лет после родов у 71,3 % обследованных женщин впервые диагностировались различные гинекологические заболевания: патологические изменения шейки матки (41,6 %); опущение стенок влагалища и матки (38,9 %); воспалительные процессы влагалища, матки и ее придатков (28,0 %). Определенную роль в их возникновении сыграли перенесенные травмы мягких родовых путей, особенности их заживления. Учитывая, что даже своевременная диагностика и адекватное лечение причинной патологии, а также повышение качества работы персонала снижают, но не исключают акушерский травматизм, нами предложен метод профилактики и снижения тяжести травм мягких тканей родовых путей, включающий антигомотоксическую терапию в родах.

Полученные результаты. В исследование были включены 49 первобеременных женщин группы высокого риска по акушерскому травматизму (крупный плод, узкий таз и др.) в возрасте от 19 до 36 лет, которые изъявили желание и дали информированное согласие на применение антигомотоксических препаратов для предупреждения родовых травм. Во всех случаях родоразрешение проводилось через естественные родовые пути с использованием кардиомониторинга. С началом регулярной родовой деятельности назначался следующий комплекс антигомотоксических препаратов фирмы «ХЕЕЛЬ» (Германия): 1) Траумель С по 2,2 мл (1 ампула) внутримышечно или по 1 таблетке (10 капель) сублингвально каждые 1 — 3 часа; 2) Вибуркол по 1 свече ректально каждые 2 — 3 часа; 3) Спаскупрель по 1 таблетке или Нукс вомика Гомаккорд по 10 капель сублингвально каждые 2 — 3 часа. Данные препараты реализуют свое действие через нейровегетативную и иммунную регулирующие системы женского организма. Высокая терапевтическая эффективность обеспечивается синергическим взаимодействием всех их составляющих натуральных компонентов в минимальной дозировке. Родовой акт у наблюдаемых пациенток протекал без осложнений, не было показаний для проведения обезболивания родов. Средняя продолжительность родов составила 8 часов. Общая кровопотеря не превышала 150 мл. При тщательном осмотре родовых путей был выявлен разрыв промежности первой степени только в одном случае. Масса тела новорожденных колебалась от 3200 до 3870 граммов. Состояние новорожденных при рождении было удовлетворительным, оценка по шкале Апгар составляла 8 — 9 баллов. Течение послеро-

дового периода было гладким, осуществлялась ранняя выписка матери с ребенком домой.

Заключение. 1. Применение антигомотоксических препаратов оказывает позитивный эффект в снижении частоты и уменьшении степени тяжести акушерских травм мягких родовых путей, а также стимулирует репаративные процессы в тканях, не вызывая отрицательного воздействия на плод и новорожденного.

2. Антигомотоксические препараты дешевле многих негормональных аналогов, что делает их внедрение в клиническую практику экономически выгодным

АЛИМЕНТАРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ БЕРЕМЕННЫМИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ

Курмачева Н.А., Живоглазова Л.Н., Рогожина И.Е.
ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», Саратов, Россия

Недостаточному гестационному потреблению кальция в настоящее время придается особое значение, поскольку дефицит этого минерала существенно повышает риск развития остеопенического синдрома, артериальной гипертензии и ассоциированных с ней тяжелых форм позднего гестоза у беременных женщин.

Целью исследования было изучение алиментарного потребления кальция (АПК) женщинами с патологическим течением беременности и оценка эффективности фармакокоррекции гестационной обеспеченности этим минералом.

Материалом для исследования была случайная выборка из 62 женщин в конце III триместра беременности (основная группа), находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности одного из межрайонных перинатальных центров Саратовской области. Группу сравнения составили 55 женщин, которым с момента постановки на учет по поводу беременности была проведена фармакокоррекция АПК. С целью максимального достижения однородности сопоставляемых групп была применена предварительная стратификация беременных из группы сравнения по возрасту, социально-экономическим условиям семей, факторам риска акушерских осложнений.

Методы исследования: Изучение АПК у всех беременных проводили методами анкетирования и регистрации количества потребленной пищи по дневникам питания за неделю. Содержание кальция в молочных продуктах определяли по стандартным нормативам. Суточное потребление кальция с пищей рассчитывали по формуле:

Суточное потребление кальция (мг) = [кальций молочных продуктов (мг) + 350 мг], где 350 мг — суточное потребление кальция с немолочными продуктами.

За норму принимали АПК, равное 1200— 1500 мг в сутки.

Для оценки состояния здоровья женщин обеих групп использовали данные анамнеза, стандартного клинического, лабораторного и инструментально-го обследования. Ретроспективно анализировали течение беременности и родов в зависимости от АПК.

Результаты: Анкетирование показало, что большинство женщин получали от врачей рекомендации чаще потреблять молочные продукты (75,7%). Однако никто из врачей не анализирует фактическое содержание кальция в рационе беременных и не рассчитывает индивидуальную дополнительную потребность пациенток в этом макроэлементе.

Медиана потребления кальция с пищей женщинами основной группы составила 438,5 мг/сутки. Таким образом, дефицит АПК достигал 63,5% от минимальной потребности 1200 мг/сутки. Частота гестационного дефицита кальция составила 95,2%. Только 4,8% женщин употребляли достаточное количество молочных продуктов, а их АПК немного превышало 1200 мг в сутки. В структуре пищевого дефицита кальция преобладали явные степени недостаточности: тяжёлая ($\frac{1}{3}$ суточной нормы — у 43,6%) и среднетяжёлая ($\frac{2}{3}$ суточной нормы — у 29%). Главной причиной низкого пищевого обеспечения беременных кальцием оказалось недостаточное потребление молока, кисломолочных продуктов и сыра, а 19,4% женщин совсем не употребляли молочных продуктов. У женщин с гестозом медиана АПК кальция была самой низкой — 267,5 мг/сутки. Только 3,2% беременных основной группы по рекомендации врачей получали комбинированные препараты кальция и витамина Д₃ прерывистыми курсами. Установлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь позднего гестоза с низким АПК беременными основной группы (ранговый коэффициент корреляции $\Gamma = -0,64$, $p = 0,000001$).

Медиана потребления кальция с пищей в I триместре женщинами 2-й группы составила 454,0 мг/сутки. Дефицит АПК уже на ранних сроках беременности достигал 62,2% от минимальной потребности. Всем женщинам группы сравнения был назначен препарат «Кальций Д₃ Никомед®» в дозе 1-3 таблетки в день (500-1500 мг элементарного кальция) в зависимости от количества молочных продуктов в их суточных рационах и наличия факторов риска гестоза II.

Установлена высокая эффективность нормализации АПК в гестационном периоде. На фоне фармакокоррекции дефицита пищевого потребления кальция у женщин группы сравнения существенно снизился риск и не отмечалось тяжелых форм поздних гестозов: показатель снижения абсолютно-го риска составил 19% ($p = 0,02557$), отношение шансов = 0,31 (95%ДИ 0,11-0,88; $c_2 = 4,99$, $p = 0,0255666$). Результаты исследования использованы при разработке временных отраслевых стандартов медицинской помощи женщинам с нормальным и осложненным течением беременности, утвержденных Министерством здравоохранения Саратовской области в 2009 году.

ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Курмачева Н.А., Аккузина О.П., Наумова Ю.В.,
Рогожина И.Е.

ГУЗ "Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции", ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», Саратов, Россия

Исследованиями последних лет установлено, что охват беременных женщин групповой йодной профилактикой (ЙП) ни в одном из регионов России не достигает 100%. По данным мониторинга, проведенного сотрудниками ЭНЦ РАМН в 2005-2006 годах, 11-61,7% беременных женщин в различных регионах РФ совсем не получали ЙП. Кроме того, мероприятия по профилактике йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) в группах повышенного риска далеко не всегда соответствуют рекомендациям ВОЗ (допускается применение БАД, назначение препаратов йодида калия в неадекватных дозах или нерегулярно, а также позднее начало ЙП). Подавляющее большинство врачей акушеров-гинекологов продолжают назначать женщинам устаревшие дозы таблетированных йодосодержащих препаратов (150-200 мкг/сутки), что, безусловно, негативно отражается на состоянии здоровья матерей и их потомства. В 2007 г. экспертами ВОЗ для предотвращения гестационной гипотироксинемии официально рекомендовано увеличение йодной дотации беременным и кормящим женщинам до 250 мкг в сутки, а также проведение регулярного мониторинга их йодного обеспечения.

Целью исследования был мониторинг качества ЙП у женщин с патологическим течением беременности и разработка мероприятий по оптимизации профилактики ЙДЗ в группах суперкритического риска на территории Саратовской области.

Материалом исследования были 196 пар «мать — ребенок». 1-ю группу наблюдения составила случайная выборка из 106 женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности. Все женщины были обследованы нами в конце III триместра беременности и послеродовом периоде. Анализировали фактические режимы приема йодосодержащих препаратов, течение беременности и родов у матерей и состояние здоровья новорожденных в зависимости от обеспеченности йодом.

Для оценки эффективности профилактики ЙДЗ была сформирована 2-я группа из 90 беременных, которые получали калия йодид (Йодомарин®) в дозе 200 мкг/сутки прегравидарно и увеличили дозировку препарата до 250 мкг/сутки на весь гестационный период. Группа женщин, получавших адекватную ЙП, формировалась таким образом, чтобы средний возраст, число предшествовавших беременностей и родов, количество имеющих отягощенный акушерский анамнез, хронические экстрагенитальные и гинекологические заболевания

значимо не отличались от аналогичных показателей у беременных 1-й группы.

Методы исследования: йодное обеспечение и морфофункциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) у женщин обеих групп изучали по медиане йодурии, данным УЗИ ЩЖ, уровням свТ4, тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови. У новорожденных определялся уровень ТТГ-неонатал в высушенных образцах капиллярной крови. Учитывалось число новорожденных с неонатальной гипертиреотропиемией (уровнем ТТГ-неонатал >5 мЕд/л), которая расценивалась как индикатор недостаточного йодного обеспечения во внутриутробном периоде. Для оценки роли конкретных факторов риска в условиях ЙД использованы принципы эпидемиологической статистики. Относительный риск (ОР) устанавливали по отношению осложнений беременности и родов у матерей, заболеваемости и патологических синдромов у детей в различных условиях йодного обеспечения, абсолютный риск (АР) — по разнице между ними.

Эффективность современных схем ЙП оценивалась путем сравнения состояния здоровья женщин и новорожденных из наблюдаемых групп. Для изучения ante- и постнатальных факторов риска сравнивались показатели йодурии, уровни ТТГ и свТ4 в сыворотке крови, частота эндемического зоба, осложнений беременности и родов у матерей 1-й и 2-й групп. У детей сопоставляли частоту нарушений неонатальной адаптации, заболеваний и патологических синдромов на первом месяце жизни. Для объективизации полученных результатов рассчитывали показатели снижения абсолютного риска (САР) и отношения шансов (ОШ).

Результаты: Прегравидарно начали прием препаратов йода лишь 5,7% женщин 1-й группы, еще 30% периодически употребляли в пищу йодированную соль. Начали ЙП с I триместра 39,6%, со II триместра — 33%, с III триместра — 12,3% женщин, а 9,4% беременных совсем не принимали препараты йода. Более половины женщин делали перерывы в приеме йодосодержащих препаратов. Обращают внимание поздние сроки начала ЙП большинством женщин: 16,6±10,7 недель гестации (Me = 14,0 недель). Только 15,1% беременных принимали адекватные дозы йода — 250 мкг/сутки.

Медиана йодурии у женщин 1-й группы составила 115,5 [98,3; 157,8] мкг/л, что существенно ниже целевого уровня для беременных (150-249 мкг/л мочи). Гестационная гипотироксинемия была выявлена у 55,7% от общего числа обследованных женщин.

Установлено, что гестационная гипотироксинемия существенно увеличивает риск патологического течения беременности, родов, нарушений состояния плода и заболеваемости новорожденного (АР=21-33%; ОР=1,41-2,55, p<0,05).

Таким образом, проведенные нами исследования позволили установить, что некорректируемый ЙД, гестационная гипотироксинемия и ассоциированная с ними высокая частота патологического течения беременности и родов у матерей создают серьезную угрозу для состояния плода и здоровья ребенка.

Установлена высокая эффективность приема беременными женщинами Йодомарина в дозе 250 мкг/сутки. Медиана йодурии у женщин 2-й группы составила 164,4 мкг/л и достоверно превышала аналогичный показатель у беременных 1-й группы (p<0,001). Медиана свТ4 также была достоверно выше, чем у женщин 1-й группы (19,9±3,7 пмоль/л против 11,2±2,1 пмоль/л, p<0,001), гестационной гипотироксинемии у женщин 2-й группы выявлено не было.

На фоне коррекции йодного обеспечения у женщин 2-й группы существенно снижалась частота гестозов II, анемии, хронической внутриутробной гипоксии плода, аномалий родовой деятельности, показаний к оперативному родоразрешению. Получено статистически значимое снижение числа детей с нарушениями неонатальной адаптации, клиническими симптомами перинатального поражения центральной нервной системы и неонатальной гипертиреотропиемией.

Установлено, что непрерывный прием беременной женщиной Йодомарина в дозе 250 мкг/сутки приводит к снижению на 12-47% абсолютного риска и в 2,5-4 раза ОШ осложнений беременности и родов, нарушений адаптации и заболеваний у новорожденных.

Результаты исследования использованы при разработке временных отраслевых стандартов медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности, утвержденных Министерством здравоохранения Саратовской области (приказ № 659 от 18.06.2009 г.).

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Мариенко Т.Ф.,
Соловова Л.Д., Ломовская Т.Н., Ларина Т.С.,
Кондратьева Н.Я., Меньших Н.И.,
Васильченко О.Г., Гурьянова О.Ю., Ларина Д.М.,
Лукина О.О.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Типичным проявлением антенатальной патологии является задержка внутриутробного развития, проявляющаяся низкой массой при рождении, частота которой колеблется в разных странах от 6,5% до 30,0% всех новорожденных.

Задержка внутриутробного роста и развития диагностируют у новорожденных детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении к их гестационному возрасту.

Целью исследования — выявить основные факторы риска формирования гипотрофии.

Нами проведен анализ историй родов женщин по 20 родильному отделению ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова за 6 мес. 2009 г. Всего выявлено 220 случаев рождения детей с гипотрофией плода различной степени тяжести.

Средний возраст преобладал 20-24г — 25,9%, 25-29 лет — 35,2% женщин.

Среди основных причин патологии внутриутробного периода определенная роль принадлежит соматическим заболеваниям матери.

Из анамнеза нами выявлено, что у 22,3% женщин отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, гипертоническая болезнь у 2,3%, у 23,6% — пиелонефрит, 4,5% женщин имели диффузное увеличение щитовидной железы, у 5,1% — нарушение жирового обмена, сифилис — у 4,5% женщин.

Хронические интоксикации (курение, алкоголь, наркотики) имели 3,2% женщин.

Все перечисленные этиологические факторы могут привести к повреждению зародыша на любом этапе внутриутробной жизни, но особо уязвимыми являются 3-8-я неделя беременности (период «большого органогенеза», когда происходит формирование большинства органов и систем эмбриона).

Во время беременности наблюдалась угроза прерывания беременности у 28,1% — в I половине и 24,5% — во II половине беременности, у 30,4% — железодефицитная анемия, и у 28,1% — хронические урогенитальные инфекции, вызванные различными возбудителями. Гестоз был отмечен в 12,7% случаев, преимущественно легкой степени. Учитывая, осложненное течение беременности у 75,2% женщин выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Особенности течения родов у 35,9% — роды были преждевременные, оперативные у 25,1%, самопроизвольные — 49,5%. Роды двойней у 7,2% женщин. Поздний выкидыш отмечен в 5,4% случаев.

Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар на 1 мин. 7 баллов — 67,7%, 8 баллов — 26,8%. На 5-й мин. — 7 баллов — 22,27%, 8 баллов — 56,8%, 9 баллов — 24,1% детей.

Недоношенных родилось 47,2% детей, у остальных выявлено у 31,3% детей синдром снижения нервно-рефлекторной деятельности, у 40,4% — перинатальное поражение центральной нервной системы, РДС — 17,2%, у 48, 1% — ателектазы в легких.

Таким образом, гипотрофия плода является актуальной проблемой перинатологии. Данная тяжелая патология оказывает влияние на последующее развитие ребенка и формирование основных функций организма.

Правильная акушерская тактика и адекватное ведение неонатального периода позволяют несколько снизить число неблагоприятных исходов и улучшить отдаленный прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Лазарева Н.В., Ильяшевская Р.Я.,
Слободина В.А., Соловова Л.Д., Прохорова Л.В.,
Родионова Н.Я., Артемова Т.Е., Зайцева С.В.,
Гришанова Е.П.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Из родоразрешающих операций заслуживает внимание наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.

Современное акушерство трудно представить без возможности оперативного родоразрешения. В связи с расширением показаний к операции кесарева сечения влагалищные родоразрешающие операции применяются только как метод экстренного родоразрешения при определенной акушерской ситуации.

Однако интерес к этим операциям не утрачивается, а периодически и возрастает. И они занимают определенное место в современной акушерской практике.

В 21 родильном отделении ММУ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова применяется операция наложения акушерских щипцов.

В 2008 году было принято 1826 родов. Родоразрешено путем операции кесарево сечение 442 женщины, что составило 24,2%. В 30 случаях были наложены акушерские щипцы, это 1,6%. Таким образом, 25,8% женщин, то есть каждая 4 была родоразрешена оперативно. Из них первобеременных первородящих было 22 (66%), повторнородящих 4 (17%) и 4 (17%) повторнородящих.

В результате выполнения влагалищных родоразрешающих операций могут возникнуть осложнения как со стороны матери, так и со стороны плода. Наиболее часто встречается разрыв тканей промежности влагалища, по данным литературы до 30-40%, с учетом эпизиотомии до 97%.

У нас в 100% случаев, то есть у всех 30 пациенток была выполнена эпизиотомия, имели место дополнительные, но неглубокие разрывы влагалища у каждой 2 женщины. Травм матки, соседних органов, костно-суставного кольца таза — не было.

При наложении акушерских щипцов имеет место повышенная кровопотеря в родах. По литературным данным кровопотеря от 800 до 1200 мл имеет у 10% женщин. По нашим наблюдениям кровопотеря менее 800 мл наблюдалась у 12% женщин (4 родильницы) однако у 40% родильниц в послеродовом периоде развилась анемия легкой и средней степени тяжести, что указывает на то, что кровопотеря превышала предельно допустимую.

Что касается послеродовых заболеваний после наложения акушерских щипцов, то они наблюдаются в 4-10%. Одной из основных причин послеродовых гнойно-септических заболеваний являются затяжные роды, обширные травмы родовых путей.

Среди возможных осложнений гнойно-септических заболеваний не было отмечено. Все женщины были выписаны домой на 5-е— 7-е сутки. 10 родильниц (30%) в послеоперационном периоде не получали антибактериальную терапию, 20 (70%) получали антибиотикопрофилактику или терапию в зависимости от наличия факторов риска послеродовых септических осложнений.

При рождении низкую оценку по шкале Апгар (2-5 баллов) имели 4 ребенка, что составило 13%. Состояние 3 детей (10%) потребовало их перевода в плановом порядке в отделение патологии новорожденных. Причиной перевода явились кефалогематомы, НМК гипоксически — травматического характера.

По нашим наблюдениям перинатальных потерь не было.

Таким образом:

- избежать наложения акушерских щипцов в современном акушерстве не представляется возможным;
- эта операция имеет определенные осложнения, при этом и преимущества;
- результат влагалитических родоразрешающих операций зависит от строгого соблюдения показаний, противопоказаний, условий, мастерства хирурга, квалификационной неонатологической помощи;
- место этих операций там, где отсутствуют условия для выполнения кесарева сечения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Лебедев А.С., Иванова О.Ю., Меркулов М.С., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г., Богомолов М.А., Богомоллова Н.Е.

Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии, МУЗ ГКБ № 4

Преждевременные роды являются одной из актуальнейших проблем современного акушерства. Причины преждевременных родов многообразны и зачастую находятся далеко за пределами акушерской науки и практики, являя собой общемедицинскую и социально-метариальную проблему. Морфология плаценты при недонашивании беременности до некоторой степени отражает этиологию и генез патологии.

Цель исследования — анализ течения беременности, родов, морфологических особенностей последов при недонашивании.

Нами проанализированы 45 историй преждевременных родов за 2009 год по КГБ № 4 г. Курска. Морфологию плацент при преждевременных родах сопоставляли с морфологией 100 плацент при срочных родах. Частота недонашивания составила 3,8%. Наибольший процент преждевременных родов приходился на сроки 34-37 недель (69,7%).

Средний возраст рожениц составил $24 \pm 0,6$ года, первородящих было 60,0%, повторнородящих 40,0% (многорожавших — 13,3%).

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был у 57,7% рожениц, ВУИ имели 73,3%, гестоз различной степени тяжести — 17,7%, многоводие — 24,4%, предлежание плаценты — 2,2%, ПОНРП — 4,4%. В 75,5% случаев было преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, безводный промежуток составил в среднем $22 \pm 0,5$ ч. Продолжительность 1-го периода родов в среднем составила $8,1 \pm 0,4$ ч, 2-го периода — $0,36 \pm 0,02$ ч. Средняя кровопотеря не превышала допустимую.

В структуре оказанной помощи 47,5% занимали эпизио — и перинеотомия, 6,4% — амниотомия, 48,9% — пудендальная анестезия, 6,7% — спинальная анестезия. В 20% (9 случаев) проведено кесарево сечение, показаниями к которому были: кровотечение, в связи с предлежанием и отслойкой плаценты, тяжелейший гестоз, тазовое предлежание плода.

Всего родилось 46 детей (одна двойня), все дети живы, 69% мальчиков и 31% девочек. С массой тела 1000-1600 г родилось 35,6% детей, с массой 1600-2500г — 64,4%. Длина тела новорожденных находилась в пределах 39-48 см. Средняя оценка по Апгар на 1 минуте составляла $6,2 \pm 0,7$ балла, на 5 минуте — $7,3 \pm 0,7$. В 13,3% случаев плод имел тазовое предлежание, в 26,7% — ВУИ (пиодермия, пневмония).

С целью установления морфологических особенностей последов при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования последов при преждевременных родах со 100 результатами при срочных родах (группа сравнения), при которых беременность осложнялась угрозой прерывания во 2-3 триместрах. Макроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2%), парацентральное (52,8%), краевое (34%). Поверхность мелкодольчатая. В 20,0% случаях основной группы и в 5,0% группы сравнения по периферии имелись циркулярные инфаркты (placenta circumvalata или marginata). Клиновидной формы белые инфаркты в диаметре от 1 до 3 см имелись соответственно в 24,4% и в 7% случаев. Плодово-плацентарный коэффициент составил соответственно $0,12 \pm 0,02$ и $0,18 \pm 0,04$. Во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, в группе сравнения же в 42%. Причинами ее развития явились воспалительные изменения и нарушения кровотока в самой плаценте из-за дисхроноза развития сосудов ворсин или сдавления их разросшейся фиброзной тканью. Фетоплацентарная недостаточность в основной группе была обусловлена как отставанием созревания (увеличение в объеме терминальных и промежуточных ворсин, появление клеток Лангерганса, отсутствие синцитиокапиллярных ворсин), так и хаотичным склерозированием ворсин (обилие мелких склерозированных ворсин со сниженным количеством сосудов, с массивным

разрастанием коллагеновых волокон и располагающихся беспорядочно). Вариант диссоциированно-го развития плаценты (котиледоны, соответствующие сроку гестации, но обилие незрелых ворсин с отложением фибриноида в синцитии и сосудах, с нарушением созревания) встречался при преждевременных родах, но в основном выявлен при срочных родах. Во всех случаях при срочных родах отмечалась компенсаторная гиперпродукция новых ворсин в основном в периферической части плаценты по типу новой «свежей» волны инвазии хориона, чего не было отмечено ни в одном случае при преждевременных родах.

Особенность последствий при преждевременных родах — обнаружение в 100% исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным децидуитом (44,4%), очаговым серозно-гнойным мембранитом (24,4%), сочетанием мембранита с децидуитом и серозно-гнойным виллузитом (22,2%), и с фунгикулитом и васкулитом (9,0%). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявлялись и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 22%.

Таким образом, морфологическими особенностями плацент при преждевременных родов являются: инфекционное поражение и хроническая фетоплацентарная недостаточность с нарушением кровотока в самой плаценте и неспособность плаценты к компенсаторной гиперпродукции новых ворсин по типу «свежей» волны инвазии хориона.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Лебедев А.С., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г.,
Богомолов М.А.

Курский Государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии, МУЗ ГKB № 4

Тактика ведения родов и физиологичность тазового предлежания плода (ТПП) до сих пор дискутируются в современном акушерстве. Высокий перинатальный риск ТПП обусловил в последние 10-15 лет в 80-90% родоразрешение путем кесарева сечения. Абсолютными (со стороны плода) показаниями для абдоминального родоразрешения при ТПП являются: масса плода более 3600 гр., ножное предлежание, предлежание мошонки, сужение размеров таза, разгибание головки 3 степени, декомпенсированная гипоксия и ВЗРП 2-3 ст., настойчивое желание пациентки. При решении вопроса о тактике ведения родов необходимо исключить тяжелые врожденные пороки развития плода, частота которых при ТПП в 2,5-10 раз выше, нежели при головном.

Целью работы явился анализ ведения родов с ТПП по родильным отделениям ГKB №4 за 2009 год. Нами проведен анализ 46 историй родов с ТПП. Частота ТПП составила 3,8%. Чисто ягодичное предлежание имелось в 58,7% случаев, смешанное ягодичное — 30,4% и ножное — 10,9%. Первородящих было 69,6%. В 87% роды проходили

в срок и в 13% — преждевременные (35-38 недель). В соответствии с резолюцией IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя» (2007г.) с целью снижения частоты кесарева сечения нами пересмотрена тактика ведения родов при ТПП. Ведущим и основным показанием к кесареву сечению при ТПП мы оставили только информированную настроенность на оперативное родоразрешение и настойчивое желание пациентки. Даже при наличии абсолютных показаний пациентке предлагались пробные программированные роды с пересмотром тактики и возможным запланированным кесаревым сечением.

Оперативным путем родоразрешены 28 (60,9%) женщин. В 52,2% в плановом порядке, в 26,1% — запланированно и в 21,7% — экстренно. При кесаревом сечении родилось 28 живых детей, оценка по Аpgar 6-9 баллов. Массу свыше 3600 гр имели 6 (21,4%) детей, от 3000 до 3599 гр — 17 (60,7%) ребенок, менее 2999 гр — 4 (14,3%) и менее 1500 гр — 1 (3,6%). Ведущими показаниями явились: масса плода свыше 3600 гр, ножное и смешанное ягодичное предлежание, разгибание головки 3 степени, отягощенный анамнез, родовое излитие вод и аномалии родовой деятельности.

Через естественные родовые пути с ТПП родили 18 (39,1%) беременных. 8 (44,4%) повторнородящие и 10 (55,6%) первородящие. Все роды проходили в срок, средняя длительность родов составила 8,4 часа. 17 (94,4%) имели чистое ягодичное и 1 (5,6%) — смешанное ягодичное предлежание. В 33,3% проведены программированные роды при чисто ягодичном предлежании плода массой 3200-3500 гр и «затяжной» латентной фазой родов. Через естественные родовые пути родилось 17 живых детей с оценкой по Аpgar 6-9 баллов, средней массой тела 3250±60 гр., и 1 антенатально погибший на сроке беременности 37 недель с массой тела 2700 гр (гипоксия, инфицирование и гидроцефалия).

Перинатальная смертность в группе с ТПП составила 21,7%. Заболеваемость представлена 4 случаями (86,9%): 2 случая в/у пневмонии, 1 — энцефалопатия гипоксического генеза и в 1 случае (2,1% от всех ТПП) порок сердца.

Таким образом, роды при ТПП являются родами высокого перинатального риска. При ведении родов через естественные родовые пути должны быть учтены предлежание, состояние и предполагаемая масса плода, психо-эмоциональная настроенность и добровольное согласие беременной. При наличии условий и согласия пациентки возможно проведение программированных родов. Оптимальная частота кесарева сечения должна быть не выше 60-65%, предпочтительнее, как запланированное.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Лоханова О. С., Хлыбова С. В.

Россия, г. Киров, Кировский областной клинический перинатальный центр

Во многих экономически развитых странах, в настоящее время, стоит проблема нарушения пищевого поведения. По мнению ряда исследователей (Ткаченко Е.И. и соавт., 2006), пищевое поведение — это компонент образа жизни и действий биологического существа, включающий в себя поиск, выбор, приготовление и поглощение пищи, а также все условия и ритуалы, сопровождающие эти процессы, и их последствия для организма.

Это наиболее актуально среди беременных женщин, страдающих ожирением, так как для плода организм матери является фактором окружающей среды, поэтому дефекты метаболизма у беременных могут быть связаны с неблагоприятным течением беременности и родов.

Целью нашего исследования явилось изучение пищевого поведения беременных женщин, страдающих ожирением.

Нами обследовано 40 беременных женщин, в том числе 14 (группа 1) с нормальной массой тела (средний ИМТ — $20,5 \pm 0,5$), 9 женщин (группа 2) с избыточной массой тела (средний ИМТ — $26,8 \pm 0,05$), 14 женщин (группа 3) с ожирением 1 степени (средний ИМТ — $31,9 \pm 0,5$) и 9 женщины (группа 4) с ожирением 2 степени (средний ИМТ — $37,0 \pm 0,6$). Все респондентки имели срок гестации до 12 недель и не страдали токсикозом 1 половины беременности. Для исследования был использован голландский опросник DEBQ. Средний возраст пациенток составил от $25,2 \pm 0,9$ до $27,2 \pm 0,9$ лет и достоверно не отличался между группами. По весу, индексу массы тела, объему талии и объему бедер женщины всех групп достоверно отличались между собой ($p < 0,001$). Анализируя данные, полученные при заполнении опросника DEBQ, отметили, что ограничительный тип пищевого поведения, который характеризуется беспорядочным самоограничением в питании, был типичен для женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение ($2,7 \pm 0,1$ балла в группе 2; $2,7 \pm 0,2$ балла в группе 3; $2,8 \pm 0,2$ балла в группе 4). У беременных группы 1 нарушений типа пищевого поведения не отмечалось ($2,4 \pm 0,2$ балла). Однако, достоверной разницы средних показателей не получено ($p > 0,1$). У 100% женщин с ожирением 2 степени и у $77,8 \pm 13,9$ % женщин с избыточной массой тела достоверно чаще отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с беременными, имеющими нормальную массу тела ($35,7 \pm 12,8$ %, $p < 0,05$). У женщин с ожирением 1 степени реже отмечался ограничительный тип пищевого поведения по сравнению с женщинами с ожирением 2 степени ($64,3 \pm 12,8$ % против 100%). Эмоциогенное пищевое поведение, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, отмечалось у женщин с нормальной массой тела ($1,9 \pm 0,2$ бал-

лов) и у женщин с ожирением 1 степени ($2,2 \pm 0,2$ балла). У женщин с избыточной массой тела и беременных с ожирением 2 степени данный тип пищевого поведения не наблюдался. В процентном соотношении женщины всех групп не отличались по частоте встречаемости эмоциогенного пищевого поведения ($p > 0,1$)

При экстернальном пищевом поведении желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо созерцанием того, как едят другие. По шкале экстернального пищевого поведения беременные всех групп имели более высокие балльные показатели по сравнению со средними показателями ($3,1 \pm 0,2$ баллов в группе 1; $3,0 \pm 0,1$ баллов в группе 2; $3,4 \pm 0,2$ баллов в группе 3; $3,3 \pm 0,03$ баллов в группе 4 против $2,7$ баллов). Достоверные отличия в баллах имели между собой женщины с избыточной массой тела и женщины с ожирением 2 степени ($3,0 \pm 0,1$ балла против $3,3 \pm 0,03$ балла, $p < 0,05$). По частоте встречаемости экстернального типа пищевого поведения достоверные различия выявлены между женщинами с ожирением 2 степени и женщинами с нормальной массой тела (100% случаев против $71,4 \pm 12$ % соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, согласно нашим данным, у всех беременных женщин, независимо от массы тела, были выявлены те или иные нарушения пищевого поведения. У беременных женщин группы 1 (средний ИМТ — $20,5 \pm 0,5$) и группы 3 (средний ИМТ — $31,9 \pm 0,5$) отмечались эмоциогенный и экстернальный типы пищевого поведения. Для беременных женщин группы 2 (средний ИМТ — $26,8 \pm 0,05$) и группы 4 (средний ИМТ — $37,0 \pm 0,6$) характерны ограничительный и экстернальный типы пищевого поведения. Можно предположить, что частая встречаемость экстернального типа пищевого поведения во всех группах связана с перестройкой пищевых предпочтений с момента наступления беременности. Женщины стараются дать «полезные» продукты своим будущим детям. Некоторые женщины боятся набрать лишние килограммы за время беременности и стараются ограничивать себя в продуктах питания, которые, по их мнению, ведут к увеличению массы тела. Таким образом, у них формируется ограничительный тип пищевого поведения. Эмоциогенный тип пищевого поведения может формироваться при ожидании рождения ребенка. Многие женщины имеют проблемы в репродуктивной сфере, поэтому при получении беременности они находятся в ожидании очень значимого события в их жизни, не всегда уверены в благоприятном исходе, в связи с чем «заедают» свои волнения и переживания.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Лунова И.С., Хуцишвили О.С., Иванова Т.С.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Хронический эндометрит (ХЭ) занимает ведущее место в структуре причин, обусловленных патологией матки, приводящих к привычной потере беременности.

Целью работы явилось изучение роли хронического эндометрита в возникновении привычного невынашивания.

Обследованы 216 женщин имеющих в анамнезе от 2-х до 8 самопроизвольных выкидышей. Проведено полное клиническое обследование с оценкой массо - ростового индекса, гирсутного числа (Ферримана Голвея), прогестеронового индекса, медико-генетического обследования супружеской пары, бактериологического исследования цервикальной слизи. Основными методами обследования были: гистероскопия (ГС), гистологическое исследование эндометрия. ГС проводили в раннюю фазу пролиферации жидкостным методом с использованием аппарата фирмы «Karl Storz» (Германия). Биопсия эндометрия производилась прицельно в раннюю фазу пролиферации во время гистероскопии. Все пациентки, с учетом результатов комплексного обследования, были разделены на две группы: основную 118 (54,6%) человек с выявленным маточным фактором; и контрольную - 98 (45,4%) человек с другими причинами нарушения репродуктивной функции. По результатам комплексного обследования выявлена спаечная болезнь полости матки сочетающаяся с хроническим эндометритом в 39% (46) случаев. Причем у двух третьих женщин, было сочетание гипоплазии матки с внутриматочными синехиями и эндометритом. Изолированная форма хронического эндометрита встречалась в 10,25% (12) случаев. Клинической особенностью спаечной болезни 1 степени (по классификации Marshy), является ее бессимптомное течение, при 2 степени во всех случаях наблюдается гипоменструальный синдром, а при 3 степени отмечалась аменорея до 1—1,5 лет. Все случаи тяжелой спаечной болезни 2-3 ст., клинически проявились вторичным бесплодием. При ГС выявлена неоднородная картина, представленная участками неравномерно утолщенной слизистой с расширенными сосудами, неоднородно окрашенной на фоне неизмененного эндометрия, сочетающаяся у части женщин со спаечной болезнью различной степени тяжести. Результаты морфологического исследования эндометрия характеризовались наличием склеротических изменений в базальном и функциональных слоях, очаговой гиперплазией базального слоя, фиброзом стромы, деформацией желез. Скудные менструации с неравномерно утолщенной слизистой и спайками расценивали как исход воспалительного процесса. Очаговые воспалительные инфильтраты располагались в базальном и во всех отделах функцио-

нального слоя. Участки измененного эндометрия чередовались с участками эндометрия пролиферативного типа. При бактериологическом исследовании содержимого цервикального канала выявлено, что микробный фактор в развитии патологического процесса, на данном этапе, роли не играл.

Таким образом, выявлено, что причиной привычной потери беременности, обусловленной маточным фактором, у каждой второй женщины является хронический эндометрит, осложненный спаечной болезнью. Женщины с гипоплазией матки и подозрением на хронический эндометрит, нуждаются в гистероскопическом обследовании с целью исключения и дальнейшего лечения спаечной болезни полости матки.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Лунова И.С., Милюкова М.Ю., Панченко Ю.В., Скосарева Г.А

Россия, Курск, ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет,

Актуальность: проблема преждевременных родов, в настоящее время остается одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, так как определяет уровень перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных. Частота данной патологии в настоящее время достаточно стабильна и составляет 5-10% от общего числа родившихся детей.

Цель исследования: улучшение исходов преждевременных родов путем интранатального токолиза, профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) плода.

Материал и методы: было обследовано 68 рожениц за 2008-2009г., роды которых закончились рождением недоношенных детей на сроке беременности от 28 до 34 недель, в головном предлежании через естественные родовые пути. Проводился анализ клинико-анамнестических данных, особенностей течения родов.

Выделено две группы; 1 — основная и 2 — контрольная. Основная группа — 46 рожениц, которым удалось провести интранатальный токолиз в первом периоде родов и профилактику РДС плода. Контрольная группа — 22 роженицы, которым интранатальный токолиз и РДС плода не проводился.

Результаты исследования: средний возраст пациенток составил $25,6 \pm 4,3$ лет. Большинство женщин были повторнородящими (77%), одна треть (33%) были первородящими. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен у 64% пациенток и характеризовался, наличием в анамнезе аборт, выкидышей, замерших беременностей, хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. В одном случае было порождение развития матки — полная перегородка.

Средний вес детей в первой группе составил $1825,5 \pm 125,6$ гр., во второй — $2010,4 \pm 70,4$ гр. Роженицы первой группы были с дородовым от-

хождением вод, в латентной фазе первого периода родов. Все пациентки второй группы поступили в стационар в активной фазе первого периода родов, с дородовым отхождением околоплодных вод. Длительность безводного периода в первой группе в среднем составила 28,4±6,2 часа, во второй группе 12,2±2,2 часа.

В 1 группе интранатальный токолиз был проведен внутривенным введением генипрала (20 мкг) на физиологическом растворе хлорида натрия в течение 6 — 8 часов/сутки, в течение 1-2 суток. Интранатальный токолиз был проведен до открытия шейки матки 7-8 см. В профилактике РДС плода использовалось внутривенное введение дексамететазона в дозе 24 мг за 48 часов или бетаметазона 25 мг за 24 часа. Средняя продолжительность первого периода родов в первой группе составила от 26 до 32 часов, во второй — от 5,4 до 7,5 час. Во втором периоде родов, в обеих группах, проводилась пудендальная анестезия, ведение родов без защиты промежности, с использованием эпизио или перинеотомии.

Эффективность проведенного лечения оценивалась по результатам состояния новорожденных. Переход на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) потребовали 3% новорожденных первой группы и 9% — второй группы. Случаев аспирации в родах не было. Ишемически — гипоксические поражения ЦНС плода, признаки внутриутробной инфекции, задержка развития плода, встречались в равном количестве в обеих группах. Все дети были переведены на второй этап выхаживания. Было два случая ранней неонатальной смертности (3%), обусловленных перинатальными ишемически- гипоксическими повреждениями ЦНС, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, развитием дыхательной недостаточности 3 ст., задержкой внутриутробного развития плода на фоне недоношенности и тяжелой фетоплацентарной недостаточности от матерей с осложненными формами гестоза.

Заключение: необходимо отметить, что выжидательная тактика с использованием токолитической терапии в течение первого периода родов, профилактика РДС плода, бережное ведение родов, улучшает перинатальные исходы при преждевременных родах.

ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Магомедова Г.А.

НПЛ «Перинатальной медицины и репродуктологии» ДНЦ РАМН. Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА.

Воздействие гипоксии любого генеза проявляется неспецифическими стереотипными реакциями, в частности, активацией перекисного окисления липидов, которая является в ряде случаев одним из механизмов адаптации. Процесс перекисного окис-

ления липидов является звеном регуляции липидного состава биологических мембран, транспорта веществ через биологические мембраны, транспорта электронов, синтеза простагландинов, метаболизма катехоламинов, стероидов.

Свободнорадикальное окисление — физиологический процесс, который обеспечивает регуляцию клеточной активности. Однако при избыточном появлении свободнорадикальных форм кислорода самоускоряющийся процесс перекисного окисления липидов приводит к полному разрушению ненасыщенных липидов, нарушениям структуры и функции белков, нуклеиновых кислот и других молекул и, в конечном итоге, к гибели клеток.

Одним из факторов повреждения структурно-функциональных свойств клеточных мембран является нарушение в системе ПОЛ-АОС, проявляющееся антиоксидантной недостаточностью, чрезмерным усилением ПОЛ.

В результате гемической гипоксии происходит снижение уровня окислительно-восстановительных процессов в организме беременных с ЭГП, нарушения свободно-радикальных реакций в организме, наблюдаются изменения, приводящие к повышению в крови продуктов ПОЛ.

Цель исследования — изучение процессов перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы у беременных с гестозом на фоне ожирения.

Мы изучили процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной системы у 55 беременных с гестозом на фоне ожирения и у 50 здоровых беременных. Проводилось общее и специальное исследование по органам и системам, биохимическое исследование функции печени, почек, гормональной функции ФПК. Об интенсивности ПОЛ судили по содержанию в сыворотке крови продуктов ПОЛ-диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА).

Большая часть беременных находилась в возрастном интервале от 20 до 42 лет. Средний возраст женщин составил 22,2±2,8.

Результаты проведенных исследований процесса перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы у беременных с гестозом и ожирением показали, что уровень малонового диальдегида (МДА) у беременных с сочетанием гестоза с ожирением достиг 11,8±0,3 нмоль/мл, что выше на 8%, чем в группе здоровых беременных (8,21±0,23 нмоль/мл).

Выявленный нами факт избыточного накопления малонового диальдегида в крови и каталазы свидетельствует о недостаточности ферментативного звена антиоксидантной системы. Увеличение уровней первичных и вторичных продуктов ПОЛ первоначально сопровождается компенсаторной активацией АОС, о чем свидетельствовало повышение показателей САА и активности каталазы.

Активность каталазы у беременных с сочетанием гестоза с ожирением была равна 0,034±0,02 Н₂O₂/мл, что в 1,5 раза выше, чем в группе контроля (0,022±0,003 Н₂O₂/мл).

О снижении антиоксидантной защиты свидетельствует снижение содержания витаминов С и Е. Содержание витамина С у беременных с сочетанием гестоза с ожирением ($0,40 \pm 0,03$ мг/%) ниже на 27,2% чем в группе контроля ($0,53 \pm 0,04$ мг/%) Концентрация витамина Е в сыворотке крови беременных с сочетанной патологией ($1,67 \pm 0,10$ мг/мл) на 32% ниже, чем показатели в контрольной группе ($2,38 \pm 0,14$ мг/мл).

Сопоставление клинических и биохимических данных позволяет считать, что усиление процессов ПОЛ и угнетение активности антиоксидантной системы могут явиться фактором, способствующим развитию осложнений беременности и родов.

Результаты проведенных исследований процесса перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы у беременных с гестозом и ожирением показали снижение антиоксидантной защиты во время беременности, что происходит в результате суммарного действия неблагоприятных факторов, имеющих место при данной патологии, и является существенным патогенетическим звеном в ее развитии. Прогрессирование изменений в ПОЛ соответственно тяжести гемической гипоксии, позволяет рассматривать последнюю как фактор, обуславливающий развитие осложнений течения беременности и родов у женщин с гестозом на фоне ожирения.

ГЕМОСТАЗ И ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Магомедова Г.А.

НПЛ «Перинатальной медицины и репродуктологии» ДНЦ РАМН. Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА

Среди всех осложнений беременности гестоз на фоне ожирения оказывает наи-более неблагоприятное влияние на исход беременности, как у матери, так и у плода.

При этом важная роль поддержания гомеостаза и выведения из организма беременной продуктов обмена матери и плода принадлежит почкам. С этих позиций особого внимания заслуживает доплерометрическое исследование в почечных артериях и их внутриорганных ветвях, позволяющая определить последовательность нарушений внутриоргана кровообращения в зависимости от степени тяжести гестоза ожирения.

Цель исследования — изучение гемостаза и почечной гемодинамики у беременных с гестозом на фоне ожирения.

Нами проведено динамическое обследование 55 беременных в 3 триместре с гестозом и ожирением.

О наличии гемоконцентрации и гиповолемии в сочетанной группе позволяет судить уровень гематокрита, который в сочетанной группе на 20,8% ниже, чем в контрольной.

При исследовании беременных обнаружено достоверное снижение числа тромбоцитов венозной

крови в группе с сочетанием гестоза и ожирения по сравнению с группой контроля на 16%.

В группе с сочетанной патологией наблюдается укорочение времени свертывания на 8%, времени рекальцификации 9,8%, отмечено возрастание протромбинового индекса на 11% и уровня фибриногена на 10%.

Характер кровообращения в почках во многом определяет их функциональное состояние. Численные значения СДО в почечной артерии у беременных с гестозом на фоне ожирения ($2,72 \pm 0,32$) на 12% выше чем в контрольной ($2,28 \pm 0,22$), в артерии центральной зоны ($2,70 \pm 0,30$) на 11,6% выше чем в контрольной ($2,32 \pm 0,26$), в артерии паренхимы ($3,25 \pm 0,34$) на 12% выше, чем в контрольной ($2,56 \pm 0,28$ см) ($P < 0,05$).

При гестозе и ожирении мы выявили достоверное увеличение численных значений СДО во всех трёх артериях почки у 24% беременных. Надо отметить достоверные различия между показателями периферической сосудистой резистентности во всех трёх артериях почки при тяжелых формах гестоза.

Нарушение почечной гемодинамики отмечалось во всех наблюдениях, особенно выраженное повышение периферической сосудистой резистентности наблюдалось в артериях паренхимы почки. В 56% случаев мы наблюдали нарушение почечной гемодинамики в трех артериях: у 27,8% женщин отмечали прогрессирующее повышение периферической сосудистой резистентности в артериях паренхимы на 34,6%; повышение СДО в артериях центральной зоны на 18,2% и в почечных артериях на 12,6%, по сравнению с не осложненной беременностью. У 9,6% случаев нарушения кровотока в почках не было. При неизменном почечном кровотоке в клинике гестоза на первый план выступает гипертензия. При нарушении почечной гемодинамики мы наблюдали отеки, гипертензию, протенурию.

Анализ исследований показал, что при III стадии нарушений почечной гемодинамики помимо отеков и гипертензии обнаруживается протеинурия (кровоток нарушен во всех трех артериях, а суммарное периферическое сосудистое сопротивление в почечных и внутрпочечных артериях увеличивается более чем на 24% по сравнению с неосложненной беременностью).

В результатах исследований, полученных при эхографической оценке размеров почек у беременных с гестозом и ожирением, установлено, что происходит достоверное увеличение общего объема почек ($261,87 \pm 49,26$ см) в среднем на 3,8% по сравнению с неосложненной беременностью ($220,83 \pm 42,18$ см), преимущественно за счет возрастания объема паренхимы в основной группе ($209,14 \pm 38,57$ см) на 8,9% по сравнению с контрольной ($190,32 \pm 21,86$ см). ($P < 0,05$).

При тяжелой форме гестоза и ожирения у 34,8% беременных мы отметили выраженное уменьшение чашечно-лоханочной системы по сравнению с неосложненной беременностью.

Снижение почечного и внутрпочечного кровотока при гестозе на фоне ожирения находится

в прямо пропорциональной зависимости от изменений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. По мере нарастания степени тяжести гестоза и ожирения происходит повышение периферической сосудистой резистентности в почечных артериях. При этом снижение почечной гемодинамики на внутриорганном уровне в большинстве наблюдений выявляются раньше, чем маточно-плацентарном.

Полученные данные убедительно свидетельствуют, что изменения анатомо-функционального состояния почек находятся в прямопропорциональной зависимости от тяжести гестоза и ожирения и выраженности гемодинамических нарушений в почках.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Мазепкина И.Н., Газазян М.Г., Ангалева Е.Н.

Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский университет

Одним из сложных совместных вопросов для акушеров и неонатологов является точная диагностика перехода внутриутробного инфицирования (ВУИ) в клинически манифестные формы инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденного, что связано с отсутствием четких корреляций между выраженностью проявлений ВУИ во время беременности и степенью поражения плода и новорожденного, неоднозначным подходом к лечебным мероприятиям.

Цель работы — выделить среди беременных с ВУИ группы риска по реализации инфицирования в инфекцию новорожденных и разработать тактику лечения беременных в каждой группе.

Обследовано 96 пациенток на сроке беременности от 22 до 36 недель в динамике и их новорожденные, которые были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 66 беременных с признаками ВУИ во время беременности и их новорожденные. В контрольную группу включены 30 беременных без каких-либо признаков ВУИ во время беременности и их новорожденные, родившиеся без отклонений в физическом развитии и функциональном состоянии.

Использовался клиничко-анамнестический анализ, ультразвуковое исследование, метод ИФА и ПЦР для выявления характера инфекции, бактериологическое исследование микрофлоры влагалища, определение уровня неоптерина и цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ФНО- α , ИНФ- γ) в сыворотке крови беременных, гистологическое исследование последов.

Анализ клиничко-анамнестических данных показал, что факторами риска реализации ВУИ у новорожденного явились инвазивные внутриматочные вмешательства, замершая беременность, бесплодие в анамнезе, стойкая угроза прерывания, преждевременная отслойка хориона и плаценты, хрониче-

ская фето-плацентарная недостаточность с СЗРП, ОРВИ, обострение хронических заболеваний мочевыделительной системы, дыхательных путей во время текущей беременности; особенности течения родов (преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, разрывы шейки матки). Выявлены ультразвуковые маркеры ВУИ: синдром инфицирования плаценты (утолщение, преждевременное созревание плаценты, расширение межворсинчатых пространств, нарушение маточно-плацентарного кровотока), синдром инфицирования амниона (много/маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах), синдром инфицирования плода (асцит, перикардальный или плевральный выпот, венгеруломегалия, кисты и кальцификаты в ГМ, пиелэктазии, расширение петель кишечника). Лабораторными маркерами явились: повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови >6 мг/дл; выявление Ig M и/или низко-авидных Ig G к ЗППП и TORCH инфекции; дисбиоз влагалища, вагинит; увеличение уровня неоптерина и провоспалительных цитокинов и снижение уровня ИНФ- γ в сыворотке крови беременных. При гистологическом исследовании последа прогностически значимым оказалось наличие фуникулита, интервиллита, плацентита, хориоамнионита, децидуита.

Выделенные факторы риска статистически обрботаны, в зависимости от их значимости в реализации ВУИ у новорожденного оценены в баллах от 0 до 10 и внесены в разработанную нами шкалу балльной оценки риска реализации ВУИ. Суммируя полученные баллы, беременные основной группы разделены на группы риска по реализации ВУИ у новорожденного: группа низкого риска (0-12 баллов), среднего (13-24 балла) и высокого риска (свыше 25 баллов). В каждой группе пациенток разработаны лечебные мероприятия.

В группе низкого риска рождения детей с клиническими проявлениями ВУИ не отмечено. Клиничко-анамнестическая характеристика пациенток группы низкого риска включала хронические воспалительные заболевания гениталий, хронические заболевания мочевыделительной системы, дыхательных путей, ЖКТ в анамнезе; ФПН и угрозы прерывания во время беременности. Среди ультразвуковых маркеров ВУИ выявлялись, в основном, признаки синдрома инфицирования плаценты. Повышения уровня СРБ в сыворотке крови, как маркера синдрома системного воспалительного ответа, изменений в цитокиновом статусе по сравнению с пациентками контрольной группы не отмечалось. У 30,7% выявлены признаки плацентита, интервиллита, децидуита. Учитывая вышеизложенное, у беременных группы низкого риска по реализации инфекции у новорожденного с целью лечения ВУИ используется комплекс препаратов для лечения ФПН, включающий вазоактивные средства в сочетании с β -миметиками, антиагрегантами, адаптогенами; антиоксидантами, проводится санация очагов хронической инфекции.

У 44,4% пациенток группы среднего риска по ре-

ализации ВУИ дети родились с клинической картиной инфекционного процесса. Отличительной чертой клинико-анамнестической характеристики в этой группе по сравнению с группой низкого риска явилось наличие в анамнезе у 74,4% инвазивных внутриматочных вмешательств, в 100% случаев беременность осложнилась стойкой угрозой прерывания и ФПН, у 19,4% отмечены эпизоды ОРВИ во время беременности. Наряду с признаками синдрома инфицирования плаценты выявлялись и признаки синдрома инфицирования амниона. Отмечено повышение уровня СРБ в сыворотке крови >6 мг/дл у 38,8% беременных, Ig M и/или низкоавидных Ig G к ЗППП и TORCH инфекции выявлены у 44,4%. У большинства пациенток (77,7%) имели место дисбиоз влагалища или вагинит. В данной группе имелись изменения цитокинового статуса по сравнению с группой контроля, а именно: уровень неоптерина в сыворотке крови повышался до 2,5-5 нмоль/мл, ФНО-α до 41-50 пкг/мл, ИЛ-1β до 51-55 пкг/мл, уровень ИФН-γ оказался сниженным до 40-47 пкг/мл. При гистологическом исследовании последов в 55,5% выявлены признаки плацентита, интервиллусита, децидуита, хориоамнионита. В группе беременных среднего риска для лечения ВУИ используются вазоактивные средства (актовегин), токолитики, антибиотики, индукторы интерферона (генферон, виферон), иммуноглобулин человеческого внутривенно, эфферентные методы лечения (УФОК, ВЛОК), проводится коррекция биоценоза влагалища.

У 100% новорожденных от матерей группы высокого риска по реализации ВУИ выявлены инфекционно-воспалительные заболевания, в том числе в 44,4% — тяжелые формы с системной воспалительной реакцией. Клинико-анамнестическую характеристику обследованных данной группы отличает наличие стойкой угрозы прерывания и ФПН в 100% случаев, в том числе СЗРП, обострения хронических экстрагенитальных заболеваний, повторные эпизоды ОРВИ (в 55,5% случаев). При УЗИ помимо синдромов инфицирования плаценты и амниона выявлены признаки синдрома инфицирования плода. Уровень СРБ в сыворотке крови >6 мг/дл отмечен у 66,6% беременных, Ig M и/или низкоавидный Ig G к ЗППП и TORCH инфекции выявлены у 77,7%. У всех пациенток имели место дисбиоз влагалища или вагинит. Уровень неоптерина в сыворотке крови превышал 5 нмоль/мл, ФНО-α - 51 пкг/мл, ИЛ-1β - 55 пкг/мл, уровень ИФН-γ оказался менее 38 пкг/мл. При гистологическом исследовании последов в 88,8% выявлен фуникулит. Лечение ВУИ у пациенток группы высокого риска включает все группы препаратов, которые используются и в группе среднего риска. Однако, учитывая особенности иммунного статуса, в лечение включали дискретный плазмаферез.

При дифференцированном подходе к лечению ВУИ во время беременности случаев перинатальной смертности, обусловленной внутриутробной инфекцией не было, однако, заболеваемость остается высокой, что требует дальнейшего исследования.

Таким образом, при дифференцированной оценке степени риска реализации ВУИ у новорожденного, влекущей за собой дифференцированное лечение беременных каждой группы, позволяет избежать полипрагмазии и добиться снижения перинатальной смертности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ И ПЕРЕБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Маисеенко Д.А., Егорова А.Т.

Россия, г. Красноярск, ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования

Проблема вынашивания беременности при туберкулезе по своей значимости занимает одно из ведущих мест и включает несколько самостоятельных и сложных по своему решению вопросов. Это взаимовлияние туберкулеза легких и беременности, тактика в отношении возможности сохранения беременности или необходимости ее прерывания, химиотерапия беременных, страдающих активным туберкулезом и ее влияние на фетоплацентарный комплекс.

Цель исследования: изучить течение беременности у женщин, больных и переболевших туберкулезом легких.

Исследование проводилось на базах МУЗ «Краевой противотуберкулезный диспансер №1» и «Родильный дом №4» г. Красноярска специализирующихся по родоразрешению женщин с легочной патологией.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 132 обменных карт беременных женщин с туберкулезом легких за период с 2006 — 2009 гг. (основная группа). Контрольную группу составили 100 практически здоровых беременных.

Результаты и их обсуждение. Беременные основной и контрольной групп находились в раннем репродуктивном возрасте, и только десять были старше 35 лет. Средний возраст женщин в исследуемых группах достоверных различий не имел и составил в основной группе — $27,36 \pm 1,15$, в контрольной группе — $26,53 \pm 1,05$ лет ($p > 0,05$). В основной группе у 32 (24,2%) беременных был выявлен активный туберкулезный процесс, из них 10 (31,2%) женщин, являлись активными бактериовыделителями (МБТ+). Курящих женщин в два раза больше было в основной группе — 42,4% (56), чем в контрольной — 25% (25) случая ($p < 0,001$). Сельских жительниц в основной группе в 2,4 раза было больше — 31,1% (41), чем в контрольной — 13% (13) случаев ($p < 0,001$). Первородящие женщины основной группы составили — 18,9% (25) и 34% (34) случаев — в контрольной ($p < 0,001$), повторнородящими были — 81,1% (107) женщин из основной группы и 66% (66) случаев контрольной группы. На учете в

женской консультации по беременности и родам до 12 недель, состояли 64 (48,5%) женщины основной и 77 (77%) контрольной групп ($p < 0,001$).

У беременных основной группы анемия встречалась в 1,6 раза чаще (59,8%, $p < 0,001$), чем в контрольной (38%) группе. Это связано с тем, что анемия у беременных, больных туберкулезом легких, имеет смешанный характер: с одной стороны, это расход железа на построение плода и плаценты, а с другой — результат влияния туберкулезной интоксикации. Угроза самопроизвольного выкидыша у беременных встречалась в 1,5 раза (30,3%, $p < 0,001$), ФПН — в 2,3 раза (45,5%, $p < 0,001$) чаще у беременных основной группы, чем в группе контроля (20% и 20% соответственно), что обусловлено влиянием туберкулезной интоксикации. Достоверных различий по частоте встречаемости раннего токсикоза и гестоза среди беременных изучаемых групп, нами не выявлено.

Беременных женщин с туберкулезом легких необходимо отнести в группу высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений. Такие пациентки нуждаются в совместном наблюдении акушером-гинекологом и фтизиатром не только с ранних сроков гестации, но и с момента планирования беременности для оказания своевременной противотуберкулезной помощи, применения интенсивных схем химиотерапии в соответствии с рекомендациями ВОЗ, предупреждения развития осложнений беременности и родов.

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Макаров И.О., Куликов И.А.

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

В настоящее время остается актуальной проблема выбора рациональной диагностики, профилактики и лечения патологии шейки матки, их влияния на течение и исход беременности. Целью исследования явилась разработка принципов ведения, ранней диагностики патологии шейки матки у беременных и предупреждение осложнений беременности.

Обследовано 140 беременных женщин. Из них 90 пациенток с патологией шейки матки составили основную группу. У этих женщин патология шейки матки имела место до беременности или впервые была выявлена во время настоящей беременности. В качестве контрольной группы обследовано 50 пациенток, не имеющих патологии шейки матки. В зависимости от характера патологических изменений шейки матки, беременные основной группы были разделены на две подгруппы: Подгруппа 1 — 60 пациенток с эктопией шейки матки. Подгруппа 2 — 30 беременных с полипами шейки матки. Среди обследованных женщин в основной группе первородящих было 54 (60%), а в контрольной группе — 11 (22%). Всем пациенткам проведены общеклинические, микробиологические исследования,

простая и расширенная кольпоскопия в динамике развития беременности и в послеродовом периоде; цитологическое исследование мазков с оценкой по Папаниколау; иммунофлуоресцентное окрашивание с мышинным моноклональным антителом ИКО 25; ПЦР, TORCH-инфекции; ультразвуковое исследование, изучено состояние шейки матки в динамике течения беременности.

У беременных основной группы, в 60 (43%) наблюдениях выявлена эктопия, а у 30 (21%) — истинные полипы. Среди женщин основной группы, у которых патология шейки матки была выявлена до беременности, эктопия встречалась в 51 (73,9%) наблюдений, полипы — в 18 (26,1%) наблюдений. У тех женщин, у которых патология шейки матки была выявлена только во время беременности, полипы встречались в 12 (57,1%) наблюдений и в 9 (42,9%) случаях имела место эктопия. При изучении биоценоза влагалищного содержимого у женщин обеих групп в большинстве наблюдений имел место неспецифический вагинит. В контрольной группе кандидоз встречался в 36%, а в основной группе выявлялись сочетанные инфекции в 21,1% и бактериальный вагиноз в 18,9% случаев.

При исследовании содержимого цервикального канала методом ПЦР в основной группе встречается наличие ВПЧ и ВПГ в 23,33% и 12,22%, соответственно. При цитологическом исследовании в основной группе в 40% выявляется 2 тип мазка по Папаниколау, что свидетельствует о более частой встречаемости воспалительного процесса, и это подтверждено данными микробиологического исследования. В мазках, полученных у беременных контрольной группы, клетки многослойного плоского эпителия в большинстве своем не окрашивались иммунофлуоресцентной реакцией с ИКО 25. В мазках у беременных основной группы наблюдали переменное по интенсивности окрашивание. При этом окрашивание в клетках равномерно распределялось по поверхностной мембране. Результаты этого исследования свидетельствуют об отсутствии злокачественного процесса во всех наблюдениях.

Кольпоскопическая картина цервицита обнаружена у 32,22% беременных основной группы и у 22% беременных контрольной группы; а цервицит в сочетании с вагинитом имел место у 27,77% беременных основной группы и у 18% беременных контрольной группы.

При эхографическом исследовании шейки матки в режимах 3D и ЦДК у беременных основной группы выявлено снижение интенсивности кровотока в тканях шейки матки по типу «бедного кровотока» или на фоне варикозного расширения сосудов, что в том и другом случаях сопровождается нарушением локальной гемодинамики. У пациенток с патологией шейки матки среди осложнений беременности имели место: угроза позднего выкидыша 16,67% случаев; плацентарная недостаточность 12,22% случаев. Оба эти осложнения встречались в 2 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. У пациенток с патологией шейки матки отмечен высокий уровень осложнений родов, в основном связанный

с несвоевременным излитием околоплодных вод и преждевременными родами, что вероятней всего обусловлено наличием инфекций.

Обследование и ведение женщин с заболеваниями шейки матки требует комплексного дифференцированного и динамического исследования на протяжении беременности с самых ранних сроков.

Таким образом, на основании данных исследования выявлено, что:

1. Наиболее типичными заболеваниями шейки матки у беременных являются эктопия и истинные полипы.
2. Частота доброкачественных заболеваний шейки матки у беременных составляет 64,28% и всегда сопровождается воспалительными изменениями. Полипы цервикального канала составляют 21,4%, эктопии — 42,8% случаев.
3. Течение беременности у пациенток с патологией шейки матки осложняется угрозой позднего выкидыша и/или угрозой преждевременных родов в 2 раза чаще, чем у беременных контрольной группы.
4. При патологии шейки матки у беременных по данным ЦДК отмечается снижение интенсивности кровотока в шейке матки или варикозное расширение сосудов с замедлением кровотока.
5. В процессе ведения беременных необходим комплексный динамический контроль за состоянием шейки матки, включая применение кольпоскопии, цитологического исследования, иммуноцитохимии, ПЦР-диагностики, культурального исследования, УЗИ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В.,
Кузнецов П.А., Романовская В.В.,
Ганковская О.А., Милько Е.Ю.
Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Бактериальный вагиноз (БВ) — это инфекционный невоспалительный процесс полимикробной этиологии, обусловленный дисбиозом вагинального биоценоза, который характеризуется резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно патогенных микроорганизмов и снижением количества лактобактерий. При бактериальном вагинозе в 3—7 раз увеличивается риск развития послеабортного и послеродового эндометрита, а также воспалительных процессов придатков матки, в 3 раза чаще возникают осложнения после гинекологических операций, увеличивается риск развития таких акушерских патологий, как выкидыши, преждевременное излитие околоплодных вод, хориоамнионит. Бактериальный вагиноз считают независимым фактором риска преждевременных родов.

Для изучения механизма восходящего инфицирования при бактериальном вагинозе целью на-

шего исследования была оценка экспрессии генов TLR2 и HBD1 слизистой цервикального канала у беременных женщин с бактериальным вагинозом в сравнении со здоровыми беременными.

Нами были обследованы 38 пациенток, разделенных на 2 группы. В основную группу вошли пациентки (18) в сроке беременности 26—32 недель с диагнозом: «бактериальный вагиноз». Диагноз бактериальный вагиноз выставляли на основании критериев Amsel. Критериями исключения были: кровянистые выделения из половых путей, острые инфекционные, воспалительные или аутоиммунные заболевания в течение менее 4 недель после наступления полной клинической и лабораторной ремиссии.

В группу сравнения были включены 20 пациенток с физиологическим течением беременности в сроке 26—32 нед без урогенитальных инфекций.

Взятие материала осуществляли при помощи цервикальных цитоцеток «Юнона» путем однократного циркулярного движения в цервикальном канале. Из полученного материала выделяли общую РНК методом кислородной экстракции. После чего проводили реакцию обратной транскрипции кДНК интересовавших нас генов (TLR2, HBD1) на матрице мРНК с последующим определением количества копий кДНК при помощи ПЦР в реальном времени относительно 106 копий -актина. Таким образом, оценивали экспрессию генов TLR2 и HBD1. Статистическую обработку ввиду неодинаковой дисперсии проводили с применением критерия Манна-Уитни при помощи программы «Биостат» издательства «Практика». Разницу между группами считали статистически достоверной при значении $p < 0,05$.

Среднее значение экспрессии гена TLR2 у беременных с бактериальным вагинозом составило $78,2 \pm 16,2 \times 10^6$ копий кДНК —приблизительно в 100 раз больше, чем у здоровых беременных ($0,8 \pm 0,01 \times 10^6$, $p < 0,05$).

При этом, максимальные значения экспрессии гена TLR2 регистрировали в случаях носительства сочетанной бактериальной инфекции (уреаплазмоз, микоплазмоз) на фоне бактериального вагиноза.

Средний уровень экспрессии гена HBD1 у беременных с бактериальным вагинозом равнялся $38,6 \pm 4,1 \times 10^3$ копий кДНК, статистически достоверно ниже, чем у женщин с физиологически протекающей беременностью ($87,8 \pm 8,8 \times 10^3$, $p < 0,05$).

Изменения компонентов врожденного иммунитета на уровне слизистой оболочки цервикального канала при БВ, выявленные в ходе нашей работы (увеличение экспрессии гена TLR2 и снижение экспрессии гена HBD1), аналогичны тем, которые по данным ранее проведенных исследований, предшествуют развитию преждевременных родов. Вполне вероятно, эти изменения являются не следствием БВ, а одним из звеньев его патогенеза. Возможно, именно снижение местной защиты при низком уровне экспрессии гена HBD1 создает условия для размножения условно-патогенных микроорганизмов.

Таким образом, иммунные изменения в слизистой цервикального канала при БВ могут быть не результатом, а фоном для его развития, как и для развития преждевременных родов. То есть бактериальный вагиноз, наличие которого, по данным литературы, увеличивает вероятность преждевременных родов, является своеобразным маркером локальных иммунных изменений, которые в свою очередь приводят к недонашиванию беременности. Своевременная коррекция этих нарушений позволит не только излечить бактериальный вагиноз, но и избежать развития сопутствующих этому заболеванию патологий.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ

Макацария А.Д., Акиншина С.В.

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета ММА имени И. М. Сеченова

В последние годы инсульт вышел на первой место среди причин смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Проблема инсульта вносит в свой вклад и в материнскую заболеваемость и смертность. Ведение беременности у пациенток с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) продолжает оставаться крайне сложной задачей, требующей мультидисциплинарного подхода, так эти женщины относятся к группе крайне высокого риска по развитию соматических, акушерских и перинатальных осложнений. Кроме того, в большинстве случаев причина возникновения столь тяжелой, инвалидизирующей патологии у молодых женщин остается неизвестной, как и меры по предотвращению рецидивов этого грозного осложнения.

На базе специализированного родильного дома № 67 было обследовано 40 пациенток с инсультами (средний возраст $32 \pm 5,5$ лет). У 37 пациенток развился инсульт по ишемическому типу, у 2 — по геморрагическому типу, у 1 пациентки — по смешанному типу. У 12 из них инсульт возник во время данной беременности или в раннем послеродовом периоде. У остальных 38 пациенток ОНМК возникло до наступления настоящей беременности, из них у 4 пациенток беременность была прервана в I-II триместре по медицинским показаниям, у 18 пациенток (подгруппа 1) проводилось планирование настоящей беременности и специфическая профилактика (низкомолекулярный гепарин [НМГ] в течение всей беременности в послеродовом периоде, витамины группы В, фолиевая кислота до 4 мг/сут, антиоксиданты, аспирин по показаниям), а у 16 пациенток (подгруппа 2) терапия была начата во II - III триместре беременности в момент обращения. У всех пациенток было проведено исследование системы гемостаза, скрининг на генетические формы тромбофилии, полиморфизмы провоспалительных цитокинов и антифосфолипидные антитела (АФА).

У большинства (80%) пациенток с ОНМК был выявлен крайне отягощенный соматический анамнез: ревматическая болезнь сердца, клапанные пороки сердца (n=6), протезированные клапаны сердца (n=4), системные заболевания (СКВ, n=4, ревматоидный артрит, n=2), тяжелое, длительное течение артериальной гипертензии (n=15), нарушения сердечного ритма (n=5), венозные и артериальные тромбозы других локализаций (n=5), повторные случаи ОНМК (n=6), метаболический синдром (n=15). Характерным был крайне отягощенный акушерский анамнез: синдром потери плода (n=7), антенатальная гибель плода (n=4), тяжелые формы гестоза (n=15), HELLP-синдром (n=2). У 60% пациенток наследственный анамнез был отягощен по артериальным и венозным тромбозам осложнением. При исследовании системы гемостаза у всех пациенток были выявлены маркеры ее активации: повышение уровня РКФМ, D-димера (в среднем 2-3 мкг/мл при норме до 0,5), комплексов тромбин-антитромбин (ТАТ). В совокупности данные о крайне отягощенном соматическом, акушерском и семейном анамнезе, о развитии столь тяжелых тромбозомболических осложнений у женщин молодого возраста позволили нам предположить наличие генетической предрасположенности к тромбозам. Данные генетических исследований были получены у 32 пациенток. У всех из них были выявлены генетические формы тромбофилии, среди которых преобладали дефекты обмена гомоцистеина (70%), комбинированные дефекты фибринолиза (полиморфизмы генов PAI-1 4G/5G, t-PA I/D, фибриногена -455 G/A, фактора Хагемана 46 C/T) (60%), мутация FV Leiden (16%), полиморфизмы генов рецепторов тромбоцитов, а также АФА (50%), среди которых преобладал анти-аннексин V. У пациенток с ОНМК в анамнезе и с метаболическим синдромом с высокой частотой (30%) были выявлены полиморфизмы провоспалительных цитокинов (5032 S/G CD46, -174 G/S IL6, -308G/A TNF-альфа, H1/H2 (HRA-2A/AB) в гене P2Y2 рецептора АДФ тромбоцитов).

Тактика ведения беременности у женщин с ОНМК в анамнезе включает обязательное применение НМГ в течение всей беременности и желательно еще до ее наступления, антиоксидантов, витаминов группы В, высоких доз фолиевой кислоты, антиагрегантов, что диктуют выявленные нами аномалии общеоценочных показателей гемостаза и генетические дефекты системы гемостаза. Терапия НМГ проводится под контролем D-димера. ОНМК в анамнезе является абсолютным показанием к кесареву сечению. НМГ отменяют за сутки до операции и возобновляют через 4-8 часов. В 1 подгруппе пациенток, у которых патогенетическая терапия была начата на этапе планирования беременности, беременность закончилась рождением живого, доношенного ребенка в 100% случаев при минимальных акушерских осложнениях (нефропатия легкой и среднетяжелой степени, СЗРП I, начальные нарушения маточно-плацентарного кровотока; 22%) по сравнению с подгруппой 2, в которой терапия

НМГ была начата со II-III триместра и в которой были отмечено развитие тяжелых и среднетяжелых акушерских осложнений (тяжелые формы гестоза, СЗРП I-III, критические нарушения маточно-плацентарного кровотока) (43,7%), подострого ДВС-синдрома, и у которых часто возникала необходимость в досрочном родоразрешении и наблюдалось рождение недоношенных, гипотрофичных детей с низкой оценкой по шкале Апгар ($p < 0,05$ для всех сравнений между подгруппой 1 и 2). На фоне терапии НМГ развития повторных тромбоэмболических и геморрагических осложнений отмечено не было.

Пациентки с ОНМК в анамнезе представляют группу крайне высокого риска по развитию тяжелых акушерских и повторных тромбоэмболических осложнений, особенно в условиях характерной для беременности активации системы гемостаза. Выявление мульгенных форм тромбофилии и АФА у 100% пациенток с ОНМК позволяет говорить о патологии гемостаза как о ведущей причине возникновения этого осложнения. Разработанная нами тактика ведения беременности с применением НМГ под контролем системы гемостаза у пациенток с инсультом в анамнезе позволила в 100% случаях добиться рождения живых детей и избежать развития тяжелых акушерских и повторных тромбоэмболических осложнений. В свете последних данных о тесной взаимосвязи между коагуляцией и воспалением крайне интересными представляются новые результаты о высокой частоте полиморфизмов провоспалительных цитокинов у пациенток с ОНМК, что может обуславливать хроническую активацию системного воспалительного ответа и склонность к гиперкоагуляции.

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Макацария А. Д., Бицадзе В. О.,

Баймурадова С.М., Месхи Н.Т., Акиншина С. В.
Россия, Г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии ме-
дико-профилактического факультета Московской медицинской
академии им. И. М. Сеченова

Ведение беременности и подбор антикоагулянтной терапии у пациенток с искусственными клапанами сердца (ИКС) до сих пор остается нерешенной проблемой во всем мире. При беременности у пациенток с ИКС частота тромбоэмболических осложнений достигает в среднем 15%, причем в половине случаев наблюдается тромбоз самого искусственного клапана. Патогенез тромбоэмболических пациенток у пациенток с ИКС, профилактика тромбозов и тактика ведения пациенток не определены. Применение варфарина не рекомендуется во время беременности, особенно в период с 6 по 12 неделю (риск развития аномалий костной ткани и нервной системы достигает 5%) и в последние 2 недели до родов (в связи с риском кровотечений при родах и кровоизлияний у плода). В то же время

варфарин позволяет добиться высокого уровня противотромботической защиты, которую легко контролировать по международному нормализованному отношению (МНО), тогда как применение НМГ/НГ в субоптимальных дозах, несоблюдение правил перехода с непрямых на прямые антикоагулянты может стать причиной тромбоза.

В задачи исследования входило определение рационального выбора антикоагулянтной терапии во время беременности у пациенток с ИКС и анализ причин тромбозов ИКС во время беременности. На базе родильного дома № 67 были родоразрешены 60 пациенток с механическими клапанами сердца, в том числе с протезами митрального клапана ($n=40$), протезами аортального клапана ($n=21$), протезами трикуспидального клапана ($n=4$) и с протезами 2 клапанов ($n=3$). В своей практике мы придерживаемся тактики применения НМГ в терапевтических дозах в течение всей беременности под контролем уровня D-димера. Такую терапию нам удалось применить у 25 пациенток с ИКС. Доза НМГ обычно возрастала с 5700 до 17100 МЕ анти-Ха (с 0,6 до 1,8 мл в пересчете на надропарин). При этом случаев тромбоэмболических и геморрагических осложнений мы не наблюдали. Все беременности были закончены операцией кесарево сечение в плановом порядке рождением живых детей. НМГ мы отменяли за 24 часа до операции и возобновляли через 4-6 часов. Перевод на варфарин осуществлялся на 3-4 сутки после кесарева сечения, при этом НМГ не отменяют еще минимум в течение 5 дней до тех пор, пока МНО не составит 2,0-3,0.

Было зарегистрировано и проанализировано 7 случаев тромбозов механических клапанов сердца во время беременности (средний возраст $25,7 \pm 4,5$ лет). В 6 случаях (17%) наблюдался тромбоз клапанов в митральной позиции, в одном случае — в трикуспидальной (25%). Осложнения беременности в анамнезе, включая внутриутробную задержку развития плода, тяжелые формы гестозов, антенатальную гибель плода, синдром потери плода были выявлены у 3 пациенток, 3 пациентки были первородящими. У 4 пациенток наблюдались тромбоэмболические осложнения в анамнезе: инсульт у 2 пациенток, илеофemorальный тромбоз после кесарева сечения в 1 случае, тромбоз почечной и селезеночной вены в 1 случае. Во время беременности 5 пациенток получали непрямые антикоагулянты (МНО 2,5-3,5), 2 пациентки получали НМГ в низких дозах (фраксипарин 0,3 мл). Одна пациентка в течение месяца во время беременности не принимала никакие антикоагулянты. После диагностики тромбоза клапана пациентки получали НМГ в высоких дозах (фраксипарин 1 мл/сут). Беременность закончилась рождением живого ребенка у 2 пациенток (28,6%), у остальных пациенток беременность была прервана до 28 недель беременности. Одна пациентка умерла через 48 часов после операции по замене клапана и кесарева сечения (обе операции приводились одномоментно). При аутопсии была выявлена тромбоэмболия легочной артерии и окклюзия церебральных сосудов. У ребенка

были выявлены множественные врожденные пороки развития, в качестве причины которых нельзя исключить влияние фенилина. У всех пациентов выявлялись маркеры хронического ДВС-синдрома и гиперфункция тромбоцитов. В 100% случаев были выявлены АФА и мультигенная тромбофилия. Мутация MTHFR C677T гетерозиготная форма (+/-) выявлена у 5 пациенток, гомозиготная форма (+/+) — у 1 пациентки, полиморфизм генов PAI-1 675 4G/5G +/- и +/- в 3 случаях, t-PA I/D +/- и +/- в 2 случаях, фактора Хагемана 46C/T +/- и +/- у 1 пациентки, фибриногена — 455G/A +/- и +/- у 1 и 3 пациенток соответственно, FV Leiden +/- в 1 случае, мутация протромбина G20210A +/- у 2 пациенток, полиморфизм тромбоцитарных рецепторов GPIIb/IIIa 434 C/T +/- в 1 случае. ВА, анти-бета2-гликопротеин I, аКЛ, антитела к аннексину V и протромбину выявлены у 3, 6, 2, 3 и 1 пациентки соответственно.

При беременности наблюдается повышение риска тромбоэмболических осложнений, что связано с естественным состоянием гиперкоагуляции. В большинстве случаев у пациенток с тромбозами клапанов антикоагулянтная терапия во время беременности адекватно не контролировалась. Выявление АФС и мультигенных форм тромбофилии в 100% случаев позволяет по-новому взглянуть на патогенез тромбозов клапанов во время беременности. Наиболее неблагоприятным в отношении тромбоэмболических осложнений у беременных с искусственными клапанами сердца является сочетание мультигенных форм тромбофилии и АФС. Применение НМГ в терапевтических дозах во время беременности у пациенток с ИКС в адекватных дозах при условиях адекватного контроля позволяет избежать тромботических и геморрагических осложнений, предотвратить осложнения беременности и добиться рождения детей.

ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ И МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ДОЧЕРЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ НА ФОНЕ МУТАЦИИ ФАКТОРА V ЛЕЙДЕН

Макацария Н.А., Панфилова О.Ю., Бицадзе В.О.
Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета ММА имени И. М. Сеченова

Целью данной работы является демонстрация роли мутации фактора V Лейден в патогенезе отслойки плаценты при одноплодной и многоплодной беременности

Вероятность тромботических осложнений во время беременности при наличии мутации фактора V Leiden связана со снижением антикоагулянтной активности протеина С, обусловленной резистентностью к активированному протеину.

В качестве методов исследования были использованы клинико-гемостазиологическое обследование, контроль коагуляционных параметров

Мы представляем 5 случаев отслойки плаценты у матерей и их дочерей.

В трёх случаях мы обследовали первобеременных женщин 20, 25 и 27 лет, одноплодная беременность у которых осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В процессе обследования у всех женщин выявлена гетерозиготная форма мутации фактора V Лейден и резистентность фактора V к протеину С. Мы также обследовали матерей пациенток, в двух случаях в анамнезе также были беременности, осложнившиеся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, у одной из матерей пациенток при отсутствии тромботического анамнеза в течение нескольких лет были головные боли. У всех обследованных матерей была выявлена мутация фактора V Лейден.

В двух случаях мы обследовали первобеременных женщин 23 и 24 лет, беременность многоплодная, осложнившаяся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В процессе обследования у всех пациенток была выявлена гетерозиготная форма мутации фактора V Лейден, а также резистентность к протеину С. У матерей пациенток также выявлена мутация фактора V Лейден при наличии отягощенного тромботического анамнеза.

Мутация фактора V Лейден, резистентность фактора к действию протеина С являются факторами риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при одноплодной и многоплодной беременности, ведение которой требует обязательной антикоагулянтной профилактики. Мы рекомендуем обследование системы гемостаза у пациенток с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в анамнезе для выявления генетических мутаций с целью своевременной профилактики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мальцева Л.И.¹, Игнатьев И.М.², Юпатов Е.Ю.¹,
Гафарова Е.А.¹, Фомина Е.Е.³

Россия, г. Казань,¹ — Казанская Государственная Медицинская Академия,² — Казанский Государственный Медицинский Университет,³ — Межрегиональный клинко-диагностический центр

Хроническая венозная недостаточность — это общемедицинская проблема, с которой ежедневно сталкиваются врачи всех специальностей, от знания и квалификации которых зависит результат борьбы с этой "болезнью цивилизации". Известно, что у беременных с ХВН с различной частотой встречаются такие осложнения как — патология пуповины (24-26%), несвоевременное излитие околоплодных вод (22-24%), кровотечение в тре-

тьем периоде родов и раннем послеродовом периоде (18%), слабость родовой деятельности (15%), ранний токсикоз (10%), гестоз (10%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (10%), тромбозмболические осложнения (10%), послеродовой эндометрит (7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2%). С целью изучить особенности течения беременности у женщин с ХВН мы обследовали 80 беременных на сроке 12-40 недель гестации, проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей и малого таза, волюметрию, исследование системы гемостаза (D-димера, фибриногена, АТ-III, XIIa-зависимого фибринолиза, протеина С и S), ЭЛИ-ангио-тест (15 беременных с привычным невынашиванием и ХВН), доплерометрию фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока, КТГ плода. По нашим данным, осложнения беременности у женщин с ХВН распределились следующим образом: пиелонефрит 40 (50%), ранний токсикоз 30 (37,5%), угроза прерывания беременности 20 (25%), отслойка хориона в I триместре 6 (7,5%), маловодие 2 (2,5%). У 10 (12,5%) женщин наблюдали снижение фетоплацентарного кровотока по данным доплерометрии и внутриутробное страдание плода по данным КТГ у 6 (7,5%) пациенток. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, которое на сегодняшний день является золотым стандартом в диагностике состояния венозной системы, позволило выявить варикозное расширение вен малого таза — 100%, варикозное расширение большой подкожной вены — 30 (37,5%), недостаточность клапанов большой подкожной вены — 28 (35%), недостаточность вен-перфорантов — 12 (15%), недостаточность клапанов малой подкожной вены — 6 (7,5%), недостаточность клапанов глубоких вен — 4 (5%) пациенток. Исследование системы гемостаза показало признаки хронического ДВС синдрома у 62,5% беременных с ХВН, снижение активности протеина С и S (5% в общем), в одном случае — выявлена резистентность к V фактору Лейдена. Необходимо отметить, что нами не было выявлено других причин тромбофилических состояний, т.е. можно предположить, что ХВН исходно сопровождается ХДВС. Помимо гемостазиограммы мы исследовали аутоиммунные нарушения у беременных с ХВН. Обращает на себя внимание повышенная продукция А-АТ к коллагену, инсулину, что является признаком воспалительных изменений в стенке вен, антител к эндотелию сосудов ANCA, и к мембране тромбоцитов TRM03, а так же к паренхиме почек KiM-05. В качестве терапии применялась ежедневная компрессионная терапия. Начальная дозировка Флебодиа 600 — 2 т. в сутки в течение 4 недель, поддерживающая доза — 1 т. в сутки до 34 недель беременности. При наличии признаков хронического ДВС синдрома — в сочетании с низкомолекулярными гепаринами под контролем гемостазиограммы в результате которой достоверно изменялись маллеолярный объем, диаметр вен н/к и м/т, а также снижалось содержание d-димера. Путем операции кесарево сечение по показаниям

со стороны плода были родоразрешены 5% пациенток, остальные через естественные родовые пути. Средняя масса новорожденных составила 3,250+240,3 гр. Все дети, родившиеся от этих женщин имели оценку по Апгар 6-9 баллов. Средняя кровопотеря в родах 260+53,3 мл.

Выводы: У беременных с ХВН наиболее часто развивается патология почек, ранний токсикоз, угроза прерывания беременности. У 62,5 % беременных с ХВН имеются признаки хронического ДВС, поэтому необходимо обследовать таких пациентов на расширенную гемостазиограмму. Высокие титры А-АТ к TrM-03, ANCA, Кл могут служить основанием для прогнозирования развития ХВН. В лечение беременных с ХВН помимо омпрессионной терапии целесообразно включать венотоники и низкомолекулярные гепарины.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Мальцева Л.И., Юпатов Е.Ю., Гафарова Е.А.

Россия, г.Казань, ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии №1

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — патологическое состояние, возникающее при органической и функциональной недостаточности поверхностных и глубоких вен, проявляющееся нарушением венозного оттока из нижних конечностей и приводящее к дезорганизации регионарной системы микроциркуляции. Во время беременности основными этиологическими факторами развития ХВН считают слабость сосудистой стенки, дисфункцию и повреждение эндотелия вен, повреждение венозных клапанов. Помимо этого значение имеет компрессия нижней полой и подвздошных вен растущей маткой. Важным фактором является рост концентрации прогестерона в I триместре. Известно также, что уже в первом триместре происходит увеличение коагуляционного потенциала крови. Обнаружено, что у беременных с ХВН чаще, чем в популяции выявляются врожденные аномалии системы гемостаза. Среди клинических вариантов ХВН, встречающихся во время беременности различают: ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии, варикозную трансформацию бассейна большой или малой подкожных вен, варикозное расширение вен промежности и вульвы. Отдельно рассматривается варикозное расширение вен малого таза, встречающееся у 12-80% женщин. У беременных ХВН ассоциируется с такими состояниями как ранний токсикоз и гестоз, хроническая внутриутробная гипоксия плода, патология пуповины, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде, послеродовой эндометрит. К весьма серьезным последствиям ХВН относят тромбозмболические осложнения. В связи с этим своевремен-

ная диагностика заболевания имеет важное значение для акушеров-гинекологов. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УДС) признается «золотым стандартом» в диагностике патологии венозной системы нижних конечностей и малого таза у беременных. В лабораторной диагностике важным направлением является исследование системы гемостаза с определением АЧТВ, протромбинового индекса, фибриногена, агрегации тромбоцитов. Основным лечебно-профилактическим методом при беременности является компрессионная терапия. Фармакотерапия представляется неотъемлемым компонентом консервативного лечения ХВН и состоит из местной терапии и системного лечения. Сроки и методы родоразрешения зависят от акушерской ситуации и причины ХВН. К сожалению, мнение, согласно которому патология вен считается чисто хирургической патологией привело к тому, что огромное число больных, наблюдающихся у врачей других специальностей, не получают адекватной врачебной помощи, а если учесть, что 62,3% из них это женщины репродуктивного возраста, то возникает необходимость активного участия врача акушера-гинеколога в лечении больных с ХВН.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Мамиев В.О., Мамиев О.Б., Синчихин С.П.

Россия, г.Астрахань, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО
Астраханская государственная медицинская академия
Росздрава

В структуре причин материнской смертности кровотечения в настоящее время занимают одно из ведущих мест как в мире в целом (25%), так и в России (14-17%) (Радзинский В.Е. и соавт.). В среднем в России умирает одна женщина в сутки от причин, связанных с беременностью и родами, причём каждая седьмая из них от кровотечения, которое в 50% обусловлено гипо- или атонией матки в послеродовом периоде (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. и соавт.).

Послеродовый гемостаз является сложным и многокомпонентным процессом. Он обеспечивается мышечными, гемокоагуляционными, сосудистыми и тканевыми механизмами. От потенциальных возможностей и особенностей морфофункционального взаимодействия указанных факторов во многом зависит не только объём кровотечения, но и величина допатологической кровопотери в послеродовом периоде. Допатологическая кровопотеря — это стабильный, важнейший компонент родов. В настоящее время многие исследователи традиционно уделяют больше внимания массивным акушерским кровотечениям.

Нами разработан новый метод изучения допатологической кровопотери у рожениц в раннем послеродовом периоде, который базируется одновременно на организменном и популяционном под-

ходах. Традиционно к допатологической кровопотере в настоящее время относят физиологически допустимую, которая составляет 0,5% от массы тела беременной, и пограничную — до 1% от массы тела пациентки. Эти две разновидности допатологической кровопотери напрямую зависят от массы тела женщины и относятся к организменным параметрам оценки. Кроме того, у каждой роженицы всегда оценивается конкретная, реальная кровопотеря в родах и в раннем послеродовом периоде. При определенных условиях она может приближаться к минимальной или превышать допатологическую кровопотерю, переходя в кровотечение.

Нами предложено дополнительно оценивать величину минимальной кровопотери, которая представляет собой наименьшую кровопотерю в изучаемой популяции рожениц, и среднюю. Средняя допатологическая кровопотеря в послеродовом периоде — это среднеарифметическая величина кровопотери, рассчитываемая с учетом конкретных её объёмов, находящихся в диапазоне от минимального до предельного уровня пограничной кровопотери в рассматриваемой популяции женщин. Последние две разновидности допатологической кровопотери можно определить только при условии изучения их в конкретной популяции женщин.

Учитывая, что любому послеродовому кровотечению предшествует допатологическая кровопотеря, изучение её разновидностей и их соотношений у рожениц, имеет большое значение для понимания сути происходящих процессов, способных индуцировать возникновение массивного акушерского кровотечения. Наряду с этим, при ведении родов целесообразно стремиться к тому, чтобы кровопотеря, предпочтительнее, приближалась к минимальной, а не к физиологически допустимой, поскольку любая кровопотеря, в конечном итоге, оказывает неблагоприятное влияние на организм роженицы, особенно в регионах, где анемия среди женщин детородного возраста широко распространена. Вместе с тем, физиологически допустимая и пограничная кровопотери, по сравнению с минимальной, имеют существенно более высокий риск продолжиться в кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Предложенная нами система оценки разновидностей кровопотери, на наш взгляд, может оказаться весьма полезной при сравнительном анализе влияния различных лекарственных препаратов и методов, направленных на уменьшение величины кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде. Это, в свою очередь, будет способствовать разработке рационального алгоритма родового прогнозирования и превентивных акушерских тактических мероприятий, положительно влияющих на уменьшение послеродовой кровопотери в сторону минимальной её величины и дальнейшее снижение частоты послеродовых кровотечений, включая и массивные. Такой подход к проблеме послеродового кровотечения позволит решать её на доклиническом уровне указанной патологии, не представляющем серьёзной угрозы здоровью женщины.

ПРИМЕНЕНИЕ АМОКСИЦИЛЛИНА/ КЛАВУЛАНАТА У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Манухин И.Б., Тоноян Л.А.

Россия, г. Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет,

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Актуальность: одной из важных проблем современного акушерства является распространенность преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ), по данным литературы от 3 до 19%. По данным А. Л. Жилко (1992г), преждевременный разрыв плодных оболочек служит причиной преждевременных родов (ПР) в 42,2%, осложняет течение родов в 19,95%. Нарушения в составе нормальной вагинальной микрофлоры способствуют развитию инфекционных осложнений у матери и плода.

Цель исследования: уменьшение инфекционных осложнений у рожениц и новорожденных в результате разработки рациональной системы прогнозирования и тактики ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод.

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

В зависимости от продолжительности безводного промежутка были выделены группы:

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

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

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

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

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

Применялись клинико-лабораторные методы исследования, бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, с определением чувствительности к антибиотикам. Для контроля лечения после проведенного курса антибактериальной терапии были исследованы посевы из эндоцервикса, проводилось повторное клинико-лабораторное обследование.

При беременности от 34 до 41 недели у рожениц с ПИОВ, после 12 часов безводного промежутка проводилась антибактериальная терапия амоксициллином/клавуланатом.

Результаты: при изучении микробиоценоза родовых путей была выявлена тенденция к нарастанию общей обсемененности родовых путей (в 1-ой группе $6,05 \pm 0,05$ lg КОЕ/мл.); во 2-ой группе $5,66 \pm 0,02$

lg КОЕ/мл.), с достоверным увеличением общей обсемененности после 18 часов безводного промежутка, у рожениц с ПИОВ ($7,36 \pm 0,02$ lg КОЕ/мл.), С нарастанием безводного промежутка обнаружено увеличение обсемененности дрожжеподобными грибами рода *Candida* и пептострептококками до 108 КОЕ/мл в 3-тней группе, протеем от 103 — 104 КОЕ/мл.

Для контроля лечения после проведенного курса антибактериальной терапии были исследованы посевы из эндоцервикса. Получены следующие результаты:

- обнаруженные до лечения бета - гемолитический стрептококк, гемолитический стафилококк после лечения не обнаружены. Частота обнаружения кишечной палочки, энтеробактера после лечения значительно снизилась и встречалась в допустимых количествах.

При применении амоксициллина/клавуланата в родах в группе рожениц, после 12 часов безводного промежутка, имело место статистически достоверное снижение в 2 раза с $19,0 \times 10^9/л$ до $9,90 \times 10^9/л$ ($p < 0,01$) и приближение к норме среднего общего содержания лейкоцитов, повышение удельного веса лимфоцитов с 10,4 % до 27,6 % ($p < 0,01$) и моноцитов с 2,8 % до 4,4 % ($p < 0,05$), а также снижение удельного веса гранулоцитов с 86,8 % до 68,1 % ($p < 0,01$) при исследовании на 5-е сутки послеродового периода результатов клинического анализа крови, для контроля развития гнойных осложнений. Были установлены существенные различия в уровне внутриутробной инфекции новорожденных, родившихся от женщин с ПИОВ с различной длительностью безводного промежутка и в заболеваемости женщин эндометритом в родах и в послеродовом периоде. В четвертой группе внутриутробная инфекция обнаружена у 1 (5%), в первой группе — у 3 (7,9%), во второй — у 7 (15,2%), в третьей группе — у 20 (48,8%) новорожденных.

Все новорожденные, родившиеся у рожениц с ПИОВ с клинически выраженными формами гнойно-воспалительных заболеваний, родились с признаками внутриутробной инфекции.

Заключение: при преждевременном излитии околоплодных вод, до 12 часов безводного промежутка у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод, нет нарушений в микрофлоре влагалища и шейки матки. После 12 часов — имеется тенденция к нарастанию обсемененности родовых путей с увеличением дисбиотических нарушений. После 18 часов безводного промежутка увеличивается обсемененность общей и условно — патогенной флорой и нарастает дисбаланс в пользу облигатно — анаэробной флоры.

Назначение антибактериальной терапии после 12 часов безводного промежутка предупреждает развитие гнойно-воспалительных процессов в организме роженицы и плода, обуславливает колонизационную резистентность.

РАСШИРЕННАЯ БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРОЦЕДУРА

Манухин И.Б., Фириченко С.В., Фадеева Е.А.
Московский Государственный Медико-стоматологический
Университет. Москва, Россия

Актуальность: Предрак шейки матки одинаково часто встречается у беременных и небеременных женщин. Более того, около 3% всех случаев рака шейки матки выявляется именно во время беременности. В настоящее время средний возраст больных с предраком шейки матки по данным литературы составляет 34,7 года. Возраст пациенток с предраком шейки матки сместился в активный детородный период. Таким образом, акушер-гинеколог все чаще сталкивается с проблемой ведения женщин с предраком шейки матки на фоне беременности, и если тактика ведения таких женщин вне беременности в целом определена, то при беременности остается ряд нерешенных вопросов. Прицельная биопсия является недостаточно точной в установлении тяжести поражения. В исследованиях Hearg M L et al (2007) установлено, что в 56% предварительно выполненных прицельных биопсий поражение высокой степени отсутствовало, а последующие расширенные биопсии доказали наличие H-SIL. Окончательный и точный диагноз может быть установлен только после расширенной эксцизионной биопсии (петлевой или конусовидной). Таким образом, ЛЕЕР-биопсия имеет несомненные преимущества в диагностике тяжести цервикальной неоплазии, так как позволяет полностью исключить вероятность пропустить наличие инвазивного процесса.

Цель: Данная работа выполнена для анализа роли и места ЛЕЕР, как процедуры расширенной биопсии шейки матки во время беременности, и оценке ее преимуществ и безопасности.

Материалы и методы: У 30 беременных с цитологическими аномалиями, соответствующими H-SIL, после кольпоскопической оценки поражения была выполнена расширенная биопсия: ЛЕЕР или конизация в 22 и 8 случаях соответственно. Во всех случаях поражение было удалено полностью под кольпоскопическим контролем. Процедура выполнялась в сроках от 13 до 26 недель беременности, в стационарных условиях ввиду риска кровотечения, связанного с повышенной васкуляризацией шейки матки во время беременности. Удаленные образцы подвергнуты тотальному гистологическому исследованию. Эндоцервикальный кюретаж не выполнялся. Контрольное обследование проводилось через 2 месяца после процедуры, в третьем триместре беременности, а также через 2 месяца после родов, и включало ПАП тест по методике жидкостной цитологии и ВПЧ тестирование с определением вирусной нагрузки и кольпоскопию. Цитологические заключения формулировали согласно терминологии Бетесда 2001. Все беременные информировались,

что ЛЕЕР рассматривается как диагностическая процедура, а лечение в зависимости от результатов биопсии будет выполнено после родов.

Результаты: Гистологический диагноз во всех случаях соответствовал поражению высокой степени: умеренная дисплазия у 6, тяжелая у 20, и CIS у 3 пациенток, инвазивный рак IA1 стадии у одной пациентки (край резекции в препарате были свободным от поражения). Во время операции в 7 случаях отмечалась повышенная кровоточивость. Все пациентки успешно доносили беременность и родоразрешились: 24 влагалищным путем и 6 путем операции кесарева сечения по акушерским показаниям. Отмечена тенденция к быстрым родам (6,5+1ч). Через два и через 6 месяцев после родов цервикальный цитологический мазок и кольпоскопия у 22 наблюдаемых были негативными, то есть заключение соответствовало норме либо наличию реактивных клеточных изменений или метаплазии. Они признаны излеченными от поражения. В дальнейшем они перешли на обычный скрининг. У 8 пациенток выявлены цитологические клеточные аномалии, позитивный ВПЧ тест, а при кольпоскопии визуализировался атипичный эпителий. В связи с этим было выполнено эксцизионное лечение (ЛЕЕР). При гистологическом исследовании образцов было подтверждено остаточное поражение. Таким образом, расширенная диагностическая биопсия, выполненная при беременности у 24 пациенток оказалась окончательной лечебной процедурой.

Заключение: ЛЕЕР-биопсия во время беременности является безопасной процедурой. Очевидны преимущества расширенной биопсии, поскольку она практически исключает вероятность ошибки в диагнозе, и самое главное позволяет полностью исключить инвазивный рак на фоне беременности. Кроме того, ЛЕЕР позволяет удалить поражение целиком, и поэтому может считаться лечебной процедурой, что также является неоспоримым преимуществом перед прицельной биопсией.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Маринкин И.О., Кулешов В.М., Илизарова Н.А.
Новосибирский государственный медицинский университет

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем, приводящей не только к медицинским, но и демографическим потерям. Отсутствие четких представлений о механизмах прерывания беременности препятствует проведению эффективной патогенетической терапии. Ведущую роль в генезе ПНБ придают хроническому эндометриту, имеющему для имплантации и последующего отторжения плодного яйца не менее важное значение, чем дефицит прогестерона.

Эпителий и строма эндометрия являются одними из самых чувствительных мишеней гормональных воздействий и под влиянием половых гормонов очень быстро подвергаются ремоделированию. Важен не только уровень стероидов в организме, но и сохранение всех путей реализации гормонального эффекта. Основой подготовки к беременности пациенток с ПНБ должна быть стимуляция рецепторного аппарата эндометрия. Современный подход к лечению ПНБ состоит в сочетании гормональной терапии с использованием средств, обладающих прямым или опосредованным действием на метаболизм стероидов.

Цель исследования — изучение патоморфогенеза и обоснование тактики предгравидарной подготовки при привычном невынашивании беременности на основе комплексного клинического и структурно-функционального изучения репродуктивной системы.

На этапе предгравидарной подготовки (ПГП) проведено клиническое наблюдение и изучены биоптаты эндометрия у 80 женщин репродуктивного возраста с ПНБ, разделенных на 3 группы в зависимости от методики проведения ПГП.

1-я группа: 20 женщин — назначалась циклическая метаболическая терапия. 2-я группа: 30 женщин — циклическая метаболическая терапия и дидрогестерон (дюфастон) по 20 мг (16-25-й д.м.ц.). 3-я группа: 30 женщин — циклическая метаболическая и гормональная терапия, включающая фемостон 1/10 (1-28-й д.м.ц.) и дидрогестерон по 10 мг (16-25-й д.м.ц.).

Проводили комплексное клиническое исследование, включающее в себя динамическое УЗИ органов малого таза, определение уровня гонадотропинов и половых гормонов, исследование системы гемостаза, изучение концентрации про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови. Выполнено комплексное патоморфологическое исследование 196 биоптатов эндометрия у пациенток с ПНБ, взятых на 22-24-й д.м.ц. до и после курса предгравидарной терапии (световая, электронная микроскопия, морфометрия, иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону).

В результате проведенного исследования выявлено, что ведущими структурно-функциональными маркерами привычного невынашивания беременности в среднюю стадию фазы секреции менструального цикла являются атрофия эндометрия при низком уровне экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону. В условиях метаболической терапии повысилась секреторная функция эпителия при сохранении низкого уровня экспрессии рецепторов. Применение дидрогестерона стимулировало более значительную, но неоднородную секреторную реакцию, ассоциированную с увеличением иммунопозитивных клеточных элементов в эндометрии. Использование циклической гормональной терапии индуцировало полноценную секреторную активность эндометрия с высоким уровнем экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону.

Ультроструктурными маркерами восстановления секреторной фазы менструального цикла являются системы внутриядерных канальцев, большое число белоксинтезирующих органелл и формирование мегамитохондрий в эпителиоцитах эндометрия.

В целом, при оценке влияния различных схем предгравидарной подготовки на структурно-функциональное состояние эндометрия установлено, что изменения эндометрия в биоптатах 1-й группы отражают несоответствие циклических преобразований средней стадии фазы секреции. Применение дидрогестерона (2-я группа) оказалось более эффективным, но не обеспечило в полной мере адекватного развития эндометрия. Комплексная предгравидарная подготовка (3-я группа) обеспечила высокий уровень экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, ускорение внутриклеточных регенераторных реакций с реализацией секреторного фенотипа.

По результатам комплексного клинико-патоморфологического исследования ПНБ в динамике трех схем предгравидарной терапии, сочетающих индукцию метаболических процессов и гормональной рецепции, сформулирована новая концепция патоморфогенеза - метаболическая дисфункция клеточных популяций эндометрия, являющаяся структурным эквивалентом универсального синдрома регенераторно-пластической недостаточности. Сущность синдрома регенераторно-пластической недостаточности состоит в нарушении процессов внутриклеточной регенерации и формировании пластического дефицита.

Основу терапии ПНБ на стадии предгравидарной подготовки составила индукция регенераторных реакций в эндометрии, что способствовало активации его рецепторной чувствительности и позитивным структурно-функциональным преобразованиям.

КАРДИОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Маркина А.В., Бычкова О.В.

ГОУВПО «Морд.ГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск

Известно, что важную роль во взаимоотношениях между организмом матери и плода играют компенсаторно-приспособительные механизмы плаценты.

Целью нашего исследования явилась оценка кардиодинамических и компенсаторно-приспособительных реакций матери и плода при хронической плацентарной недостаточности (ХПН).

Материалы и методы исследования. Проведены ЭХО-кардиография, кардиотокография, УЗИ и доплерография у 30 беременных с ХПН — основная группа и 10 беременных с неосложненной беременностью — контрольная группа.

Для уточнения гемодинамических расстройств у беременных с хронической плацентарной недостаточностью использовали эхографическое исследование

дование пациенток основной и контрольной групп. Анализ полученных результатов позволил установить снижение конечного диастолического объема (КДО) до $108 \pm 3,2$ мл, что указывало на снижении объема циркулирующей крови у беременных с исследуемой патологией, тогда как при физиологическом течении беременности он составил $124 \pm 2,7$ мл. Систолический индекс (СИ) равнялся $3,4 \pm 1,1$ л/мин/м², против $4,7 \pm 1,3$ л/мин/м². Показатель общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) достигал $1217,7 \pm 6,1$ дин·см⁵·сек⁻¹, что было выше, чем в контрольной группе — $1015,7 \pm 7,2$ дин·см⁵·сек⁻¹. Нами была выявлена умеренная тахикардия в основной группе обследуемых беременных с частотой сердечных сокращений (ЧСС) $86,3 \pm 1,2$ в 1 минуту. Приведенные данные указывают на эукинетический тип гемодинамики на фоне умеренной гиповолемии и периферического спазма у беременных с плацентарной недостаточностью. Полученные результаты свидетельствуют о гемодинамических расстройствах, которые возникают на фоне изменений фето-плацентарного кровотока и являются, по всей видимости, компенсаторной реакцией для адекватного обеспечения потребностей плода.

При анализе кардиограмм при физиологически протекающей беременности базальная частота сердечных сокращений (БЧСС) составила, в среднем, $143,3 \pm 2,8$ уд./мин., при этом преобладал ундулирующий тип базального ритма (82 %). Выявлено преобладание спорадических акцелераций, количество децелераций в свою очередь было минимальным с преобладанием ранних форм. При компьютерной обработке по Фишеру конечный результат исследования составил в среднем $9,1 \pm 0,4$ баллов, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии плода и нормальном функционировании маточно-плацентарного комплекса, достаточной реактивности сердечно-сосудистой системы и адекватных адаптационных возможностях плода при физиологически протекающей беременности. У беременных с хронической плацентарной недостаточностью БЧСС плода достоверно не отличалась от показателя контрольной группы, однако имела место монотонность ритма. Амплитуда осцилляций была в пределах $7,2 \pm 0,3$ уд./мин., что было достоверно ниже показателя в контрольной группе. По частоте осцилляции составили, в среднем, $7,9 \pm 0,2$ уд./мин. и оказались ниже, чем при физиологически протекающей беременности. При анализе ПСП по Фишеру в большинстве случаев выявлены начальные признаки гипоксии плода в основной группе у беременных с ХПН в большинстве случаев (1/3 беременных).

При анализе данных ультразвукового сканирования отмечено отставание фетометрических параметров на 1 — 2 недели у 5 (16,7%) беременных из основной группы, что соответствует синдрому задержки роста плода I степени, у остальных параметров соответствовали норме. Также при ультразвуковом исследовании I степень зрелости плаценты в основной группе была диагностирована у 14 (46,7%) беременных, при сроке 32-33 недели, в контроль-

ной группе у 8 (80%) беременных с тем же сроком. Со II степенью зрелости плаценты при третьем ультразвуковом скрининге в основной группе было 16 (53,3%) беременных, в контрольной группе 2 (20%) женщины. Наличие петрификатов в плаценте, которые препятствуют полноценному функционированию маточно-плацентарного комплекса, отмечалось у 23,3 % основной группы со срока беременности 32-33 недели, в контрольной группе петрификатов плаценты не было. Средняя толщина плаценты в основной группе $3,3 \pm 0,08$ см, и $3,4 \pm 0,09$ см в контрольной группе, что достоверно не отличалось.

Состояние маточно-плодово-плацентарного кровообращения (МППК) изучались качественные параметры кровотока, характеризующие периферическое сосудистое сопротивление (ПСС): систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ) в артерии пуповины в сроках гестации 36-40 недель. Значение ИР у беременных контрольной группы составило $0,53 \pm 0,03$, ПИ — $0,73 \pm 0,05$, СДО — $2,05 \pm 0,08$. При развитии ХПН значения индексов ПСС повышались. Так, в пупочной артерии значения СДО колебались в пределах от $2,16 \pm 0,08$ до $2,52 \pm 0,07$; ИР — от $0,54 \pm 0,04$ до $0,66 \pm 0,03$; ПИ — от $0,74 \pm 0,03$ до $0,88 \pm 0,03$ в основной группе исследований.

Результаты исследования свидетельствуют, что патологические изменения плаценты, выявленные на УЗИ, ведут к нарушению плодово-плацентарного кровообращения, и как следствие, к развитию гипоксии плода, причем, полученные данные указывают на мобилизацию реакций адаптации.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Маршалов Д.В., Салов И.А., Караваев А.С.,
Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

По современным данным, осложнения беременности и родов у женщин с ожирением отмечаются в 45— 96,45% случаев. Поскольку беременность на фоне ожирения приводит к более быстрому и значительному срыву компенсаторно-приспособительных реакций в системе мать-плацента-плод, актуальным является изучение ее функционального состояния и формирования адаптационных процессов. Перспективным направлением в этом, является изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) матери и плода.

Целью исследования: оценка возможности прогнозирования акушерских и перинатальных осложнений у беременных с различной степенью ожирения на основе изучения метаболической и нейровегетативной регуляции кардиоритма матери и плода.

Методы исследования: ультразвуковое исследование фетоплацентарного комплекса на ульт-

тразвуковом сканере «НУТАСНІ ЕВВ — 5500» (Япония), кардиоинтервалографии матери проводилась по методике А.Н.Флейшмана на кардиотокографе «Sonicfid TEAM» (UK), (1994) с использованием пакета программ HRV-04 анализатором «ABC— 01» (Медасс, Россия). Анализ variability кардиоритма матери и плода включал оценку значений спектральной плотности мощности трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (VLF), барорецептивного (LF) и вагоинсулярного (HF). Активность колебаний выражалась в условных единицах спектральной плотности мощности (СПМ — сек²/Гц 100). Для оценки вегетативной регуляции производился расчет математических показателей: моды (МО), в секундах; амплитуды моды (Амо), в процентах; диапазона вариации сердечного ритма (ДВ), в секундах; индекса напряжения (ИН), в условных единицах. Для определения адаптивной реактивности организма беременной проводились две нагрузочные пробы: умственная нагрузка и гипервентиляция.

Под нашим наблюдением находилось 68 беременных с ожирением при сроке гестации 38-39 недель, в возрасте 20-35 лет. В зависимости от степени ожирения все беременные были распределены на три группы. I группа — 33 пациенток имели I степень ожирения (ИМТ = 25-30 кг/м²), II группу составили 24 женщины с II степенью (31-40 кг/м²) и 11 — III группу с III степенью ожирения (более 40 кг/м²) по классификации ВОЗ (1997). В качестве контрольной группы были обследованы 25 клинически здоровых пациенток с физиологическим течением беременности. Из исследования исключались беременные с другой экстрагенитальной патологией в стадии суб- и декомпенсации и проявлениями гестоза. При оценке функционального состояния плода методом кардиотокографии у беременных I группы, равно как и у пациенток контрольной группы, оценка 8-10 баллов зафиксирована у 84,8% (28 женщин), во II группе — у 18 (75%) и в III группе — у 5 (45,5%) пациенток. Оценка в 5-7 баллов диагностирована у 15,2% женщин I группы (5 человек), у 6 беременных (25%) — II группы и у 5 (45,5%) — III группы. У 1 пациентки с морбидным ожирением КТГ соответствовала 4 баллам. При физиологической беременности у женщин в балансе вегетативной регуляции доминировал центральный уровень управления (VLF), который в несколько раз превышал барорецептивного (LF) и холинергического (HF). При проведении нагрузочных проб преобладали нормоадаптивные реакции в 87,9%. Повышение общей мощности спектра на нагрузку выявлено у 9%, а депрессия у 3% (1 беременная) женщин. Математические показатели метаболо-вегетативной регуляции свидетельствовали о функциональном равновесии между центральными и автономными уровнями регуляции, достаточном уровне компенсаторно-приспособительных механизмов организма матери. Показатели в группе женщин I группы достоверно не отличались от таковых в группе контроля. У пациенток II группы распределение структуры регуляторных характеристик у матери сложилось следующим образом:

нормоадаптивное состояние у 45,9%, гипердаптивное — у 33,3% и гиподаптивное — у 20,8% женщин. В III группе — нормоадаптивное состояние не выявлено, гипер- и гиподаптация констатирована в 27,3% и 72,7% случаев. Для внутриутробного организма характерна относительно высокая стабилизирующая активность центральной симпатической регуляции. В 84,8% отмечалось доминирование метаболо-гуморального контура. Активации пика HF у плода при физиологической беременности и у пациенток I группы выявлено не было. У женщин II и III группы гипердаптивное состояние регистрировалось в 25% и 18,1% соответственно. Гиподаптивное состояние, свидетельствующее об истощении энергетических резервов плода у 20,8% — во II и у 63,6% — в III группе. При оценке фетоплацентарного кровотока у пациенток с ожирением отмечались признаки хронической недостаточности, тяжесть которой нарастала с увеличением ИМТ беременной. Частота осложненного течения родов и перинатальной патологии в контрольной группе была невысокой — 8% и 4%, при ожирении I степени — 12,1% и 6%, II степени — 16,6% и 8,3%, в III — 45,5% и 27,3%. Для исхода беременности и родов неблагоприятным являются гиподаптивное состояние матери и плода, в высоком проценте случаев выявляемое у женщин с морбидным ожирением.

Таким образом, состояние регуляторных и адаптивных процессов в системе мать-плод, выявленных на основе кардиоинтервалографии во время беременности, имеет прогностическую ценность в исходе беременности и родов для матери и плода.

ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Масленников А.В., Искандарова А.Р., Гафаров И.З.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

В современном акушерстве проблемам тромбофилии уделяется большое внимание, поскольку считается доказанным её значение в развитии таких серьезных осложнений беременности, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарные нарушения, приводящие к страданию плода, тяжёлый гестоз и ряда других. Между тем тромбофилия — это всего лишь синдром, промежуточный этап патогенеза, развивающийся на неблагоприятном фоне под воздействием широкой гаммы разнообразных факторов, от генетических мутаций до банальной ятрогении, и реализующийся в различные нозологические формы. Поиску причин, непосредственно вызывающих тромбофилию, посвящено большое количество научных работ, но в изучении фоновых факторов, часто оказывающих существенное влияние на механизм реализации триггерного воздействия, наблюдается некий вакуум. С целью его восполнения мы решили изучить соматический анамнез беременных женщин с тромбофилией.

Для этого был проведен ретроспективный анализ 31 истории родов женщин, поступивших на родоразрешение в родильной отделение ГКБ №8 ГО г. Уфа с соответствующей индивидуальной картой беременной и родильницы. Критерием отбора явился адекватный объём обследований и консультаций специалистов смежных специальностей в соответствии с акушерской ситуацией в условиях женской консультации при наличии развёрнутых гемостазиограмм (с лабораторными признаками дезадаптивной активации системы гемостаза), отражающих динамику процесса до момента завершения беременности. Анализ данных проводился с использованием стандартного пакета статистического анализа данных Microsoft Office Excel 2007 и STATISTICA 6.

Средний возраст женщин с тромбофилическими состояниями на момент родоразрешения составил 29,06±4,7 лет. Из них у 26 (81,3%) наблюдались те или иные экстрагенитальные заболевания. На первом месте по частоте встречаемости в этой группе женщин располагались анемии — 12 (37,5%) случаев, в том числе 11 — анемии 1 степени, и у 1 беременной наблюдалась анемия 2 степени. Обращает на себя внимание и широкое распространение хронического пиелонефрита — у 11 (34,4%) женщин. Миопия встречалась в каждом третьем случае (28%), и в 4 из них из-за осложнённого течения она послужила показанием для выполнения операции кесарева сечения. Доля беременных с метаболическими нарушениями, проявляющимися избыточным весом — 21,9%. Хронические заболевания органов желудочно — кишечного тракта отмечались у 5 (15,6%) пациенток. Кроме того, регистрировались такие диагнозы, как хронический бронхит в стадии ремиссии, варикозное расширение вен нижних конечностей, пролапс митрального клапана 1 степени — по 2 случая из каждой нозологической группы. При этом нельзя не отметить тот факт, что нозологические формы, ассоциированные с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у женщин с осложнённым соматическим статусом и признаками активации системы гемостаза, встречались в 42,3% случаев.

Таким образом, среди женщин с тромбофилией только каждая пятая не имела соматических расстройств, а среди заболеваний большой процент составляли НДСТ-ассоциированные состояния.

К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПЕРИОДА БЕСПЛОДИЯ

Меджидова Д.Б.

Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала, ДНЦ РАМН

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении различных форм женского бесплодия, вследствие чего увеличился контингент детей, рожденных женщинами, страдавших ранее бесплодием. Многие исследователи утверждают,

что причины бесплодия и различные методы его лечения, применяющиеся в современной практике, после наступления беременности, могут отягощать ее течение, обуславливать нарушения в фето-плацентарном комплексе, способствовать осложнениям в родах. Поскольку здоровье ребенка напрямую зависит от состояния здоровья матери, то совершенно очевидно, что данный контингент новорожденных может быть отнесен в группу «высокого риска» по формированию у них различных патологических состояний.

Изучение структуры перинатальной заболеваемости и смертности в настоящее время остается одной из важнейших задач современного акушерства. В связи с этим научный интерес и практическую значимость имеют оценка состояния здоровья новорожденных и перинатальные потери среди них.

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов при беременности, наступившей после периода бесплодия.

Для достижения и решения поставленных целей и задач исследования проводились на базах Республиканского Перинатального Центра (РПЦ), муниципальных родильных домов города Махачкалы и в лабораториях ДНЦ РАМН. В работе также использованы данные наблюдения за женщинами с бесплодием в анамнезе и подготовки их к беременности в кабинетах невынашивания и бесплодия Республиканского центра планирования семьи и репродукции.

Разработанная поэтапная программа исследований предусматривала проведение клинико-статистического анализа, гормональных исследований, ультразвуковой фетометрии и доплерометрии, кардиотокографии и математическую обработку полученных результатов.

У 160 обследованных нами рожениц родилось 162 новорожденных — 46 детей — от матерей с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе (I группа), 66 детей — от матерей с эндокринным бесплодием (II группа) и 50 детей — от здоровых матерей: из них 21 недоношенных (2 двойни) и 141 доношенных. Все дети родились живыми. Случаев ante- и интранатальной гибели плода не отмечалось. С целью оценки физического развития, всем детям проводилось антропометрическое исследование. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар и Сильвермана.

При анализе показателей массы тела новорожденных при рождении и при выписке было выявлено превышение физиологической нормы потери массы тела у детей, рожденных от матерей, страдавших ранее бесплодием. Это указывает на замедленность и напряженность становления механизмов адаптации у данных детей в неонатальный период.

Из 141 доношенного новорожденного оценку 8-9 баллов по шкале Апгар получили в группе контроля абсолютное большинство детей — 46 (92%), в группе обследованных с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе аналогичную оценку получили 29 (76,3%) детей, а в группе с эндокринным

бесплодием — 38 (70,4%) детей. Остальные доношенные новорожденные были оценены в 6-7 баллов: 9 (23,7%) ребенка из I группы, 16 (29,6%) детей из II группы и 4 (8%) ребенка из группы контроля. Оценку 1-5 баллов не получил ни один из наблюдаемых нами детей.

Состояние недоношенных новорожденных оценено по шкале Сильвермана как тяжелое у 4 (33,3%) детей от матерей, имевших в анамнезе эндокринное бесплодие и у 1 (16,7%) ребенка от матери с трупно-перитонеальным бесплодием в анамнезе.

Среди осложнений периода новорожденности ведущее место занимает гипоксическое поражение ЦНС: 34,8% — в I группе, 36,4% — во II группе и 8% — в контрольной.

Следующими по частоте осложнений в I и II группах исследованных являются врожденные пороки развития плода (19,6% и 25,8% соответственно) и незрелость (17,4% и 21,2%). Отмечена также высокая частота развития у детей в I и II группах исследования синдрома дизадаптации, что составило 13,0% и 16,6% соответственно. Синдром задержки внутриутробного развития плода встречались в I группе в 8,7%, во II группе — 10,6% и в контрольной группе — в 11,8% случаев. Развитие синдрома дыхательных расстройств наблюдалось только в основных группах исследованных и составило 6,4% и 7,6% случаев.

Перинатальная смертность имела место только в группе с эндокринным бесплодием в анамнезе и составила 27,3%. В структуре перинатальной смертности все случаи пришлось на долю ранней неонатальной смерти — 3 случая. Из них 2 случая пришлось на гибель обоих плодов из двойни. Причиной гибели новорожденных оказались гестоз III степени, гипоксическое поражение ЦНС тяжелой степени и кровоизлияние в мозг. Причиной ранней неонатальной смерти плода в третьем случае явилось тяжелое поражение ЦНС гипоксического характера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Таким образом, перинатальные исходы беременности, наступившей после периода бесплодия, демонстрируют неблагоприятную ситуацию, требующую улучшения качества перинатальной помощи данному контингенту женщин.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АУТОАНТИТЕЛ К ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Менжинская И. В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Изучение аутоиммунных механизмов развития нарушений репродуктивной функции у женщин представляет большой научный и практи-

ческий интерес для акушерства и гинекологии. Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) выполняет важные физиологические функции в репродуктивной системе: содействует имплантации эмбриона, плацентации, дифференцировке синцитиотрофобласта и ангио-генезу спиральных артерий миометрия. Имеются данные о возможности продукции у женщин высокоаффинных антител к экзогенному или эндогенному ХГЧ, способных нейтрализовать биологическую активность гормона. Антитела к определенным эпитопам ХГЧ могут узнавать рецептор и блокировать его взаимодействие с гормоном. Антитела к ХГЧ (анти-ХГЧ) рассматриваются как возможная причина невынашивания беременности и бесплодия. Течение беременности при наличии анти-ХГЧ характеризуется высокой частотой угрозы прерывания на ранних сроках гестации, развитием хронической формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, плацентарной недостаточности.

Важное клиническое значение имеет определение avidности и подклассов антител, обладающих уникальными структурными и функциональными свойствами, так как дает возможность оценить их патогенетическую активность. В связи с этим целью настоящего исследования было определение подклассов IgG и avidности анти-ХГЧ у женщин с нарушениями репродуктивной функции.

Материалы и методы. Иммунологические исследования включали определение анти-ХГЧ и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом иммуноферментного анализа. Для определения подклассов анти-ХГЧ использовали полистирольные микропланшеты с иммобилизованным ХГЧ, конъюгаты мышиных моноклональных антител с биотином к IgG1, IgG2, IgG3 и IgG4 человека и стрептавидина с пероксидазой хрена (Sigma-Aldrich Co., США). Для оценки avidности антител использовали диссоциирующий раствор (Вектор-Бест, Россия), способствующий удалению с твердой фазы низкоавидных антител, с последующим расчетом показателя индекса avidности в процентах. Для определения ЦИК, связанных с C1q или с C3d, использовали наборы IBL INTERNATIONAL (Германия) и BUHLMANN LABORATORIES AG (Швейцария).

Исследуемую группу составляли 83 женщины с анти-ХГЧ IgG изотипа: 50 (60,2%) небеременных и 33 (39,8%) беременных, из них 16 (48,9%) с угрозой прерывания в I триместре. У 46 (55,4%) женщин в анамнезе было невынашивание беременности I триместра, у 25 (30,1%) — первичное или вторичное бесплодие, у 16 (19,3%) — применение ВРТ. Десять (12,1%) женщин не имели осложненного акушерского анамнеза, 5 из них были первобеременные.

Результаты и обсуждение. У женщин в исследуемой группе анти-ХГЧ относились преимущественно, к IgG1, IgG2 и IgG4 подклассам и обладали высокой avidностью. При невынашивании и угрозе прерывания беременности, бесплодии после применения ВРТ, при наличии ЦИК с высокой частотой выявлялись IgG1 и IgG2. По частоте встречаемости

преобладали IgG1, отличающиеся высокой функци-ональной активностью. Хотя IgG2 встречались в меньших количествах, но имели высокую авидность. По данным U. S. Deshmukh и соавт. (1994), бионейтрализующая способность сывороток определялась уровнем анти-ХГЧ IgG1.

Учитывая полученные результаты и эффекторные функции IgG1 и IgG2, можно предположить, что механизмы иммунопатогенеза при продукции анти-ХГЧ включают активацию системы комплемента, преимущественно по классическому пути, и эффекторных клеток, повышая риск развития воспалительных и тромботических осложнений. Высокая авидность анти-ХГЧ позволяет им реализовать свои эффекторные функции. Активации комплемента может также способствовать избыток антигена и синтез анти-ХГЧ IgM во время беременности. Не исключается возможность прямого повреждающего воздействия анти-ХГЧ на клетки, продуцирующие ХГЧ и несущие специфические рецепторы, которые распространены во всех тканях репродуктивных органов, включая эндотелий спиральных артерий миометрия. Продукция анти-ХГЧ IgG4, по-видимому, может служить одной из возможных причин развития выраженных склеротических изменений в строме ворсин плаценты. Наши предположения подтверждаются данными макро- и микроскопических исследований плацент женщин с анти-ХГЧ.

Таким образом, оценка патогенетической активности анти-ХГЧ на основе определения их авидности и соотношения подклассов IgG, по-видимому, может иметь практическое значение для прогнозирования течения беременности и развития нарушений репродуктивной функции у женщин.

МОНОХОРИАЛЬНОЕ МНОГОПЛОДИЕ КАК «ЗЕРКАЛО» ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Михайлов А.В., Новикова А.В., Каштанова Т.А., Шман В.В., Романовский А.Н., Потанин С.А.

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом №17, СПбГУ, СПГМА

Широкое внедрение методов вспомогательных репродуктивных технологий привело к значительному увеличению частоты многоплодной беременности. Многоплодие исходно является серьезным осложнением беременности, которое приводит к многократному увеличению показателей перинатальной смертности и заболеваемости. Так, частота перинатальной смертности при двухплодной беременности превышает в 4 — 5 раз, а при терхплодной — в 7 — 8 раз таковую при одноплодной беременности. Частота детского церебрального паралича среди выживших детей от многоплодных беременностей двойней увеличивается в 5, а от троен — в 18 раз по сравнению с его частотой при одноплодной беременности. При этом, монохориальное многоплодие вносит основной вклад — в 3 раза больший, по сравнению с дихориальным многоплодием, в ухудшение перинатальных показателей. Этот тип

многоплодия является «зеркалом», отражающим практически весь спектр перинатальных проблем во время ведения любой беременности, выбора времени и метода родоразрешения, а также обеспечения неонатальной помощи, очень часто глубоко недоношенным новорожденным.

На сегодняшний день, очевидно, что вопрос диагностики многоплодия должен быть полностью решен к периоду окончания первого триместра беременности. Это определяется как необходимостью своевременного исключения при помощи высококвалифицированного ультразвукового исследования маркеров хромосомной патологии и «больших» структурных аномалий одновременно у двух, трех и более плодов, так и, в случае их выявления, применения при многоплодии высокоспециализированных методов — биопсии ворсин хориона, селективной редукции и редукции числа развивающихся плодов при спермногоплодии. Кроме того, определения типа многоплодия на основании установления его хориальности и амниоальности — является краеугольным камнем в перинатальном консультировании пациенток при многоплодной беременности. Выявление монохориального многоплодия вызывает необходимость уделить пристальное внимание исключению первых признаков специфических для данного типа многоплодия осложнений, к которым относится фето-фетальный трансфузионный синдром и синдром обратной перфузии близнеца. При выявлении первого — требуется динамическое наблюдение за возможным прогрессированием проявлений данного синдрома, а при втором — направление в специализированный центр для проведения лагерьной внутриматочной коагуляции магистральных сосудов акардиального плода в период 16 - 17 недель беременности.

Вторым краеугольным моментом ведения монохориального многоплодия являются принципы ведения такой беременности в начале ее второй половины. Частота гибели плодов в этот период возрастает в 7 раз по сравнению с дихориальным многоплодием, в основном в результате развития тяжелых форм фето-фетального трансфузионного синдрома. В настоящий момент достоверно показано, что наиболее эффективным методом лечения трансфузионного синдрома является внутриматочная лазерная коагуляция плацентарных анастомозов между сосудистыми системами плодов. Фетоскопический доступ со стороны амниотической полости плода-реципиента в условиях выраженного многоводия позволяет осуществить подход к границе раздела плацентарных площадок плодов, выявить сосудистые анастомозы, пересекающие межамниотическую границу, и провести селективную коагуляцию только тех сосудов, которые связывают циркуляции плодов. По сравнению с серийными амниоредукциями, лазерная коагуляция анастомозов при фето-фетальном трансфузионном синдроме позволяет достоверно увеличить срок на момент родоразрешения более, чем на 3 недели, повысить выживаемость как одного, так и двух плодов более, чем на 50%. По сравнению с отсутстви-

ем лечения при данном осложнении беременности лазерная хирургия позволяет повысить выживаемость одного плода более чем в 17, а двух плодов — в 13 раз. Данные о столь высокой эффективности подобной терапии и столь низкая частота направления пациентов с этим осложнением в специализированные центры вызывают разочарование и сожаление о пациентах не получивших необходимой помощи, доказанной эффективности.

Однако, если трансфузионный синдром имеет относительно не тяжелое течение, что не требует внутриматочной терапии до 25 недели беременности, как и в случаях поздней диагностики синдрома обратной перфузии близнеца, на первое место выходит тщательное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы плодов. Это принципиально важно с учетом того факта, что при этих состояниях основной причиной гибели плодов является развитие у них сердечной недостаточности. Таким образом, оценка состояния артериальной, венозной и внутрисердечной гемодинамики начинает принимать первостепенное значение.

Третьим принципиальным моментом является выбор времени и метода родоразрешения. На сегодняшний день нет сведений I уровня доказательности, позволяющих сделать однозначное заключение по данному вопросу. Некоторые считают предпочтительным кесарево сечение по достижению полных 37 недель беременности, однако этот вопрос требует проведения многоцентровых рандомизированных исследований.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Михайлов А.В., Каштанова Т.А., Новикова А.В., Романовский А.Н., Потанин С.А.

Россия, Санкт-Петербург, СПбГУЗ «Родильный дом №17, СПбГУ, СПГМА

Подход к плоду человека как самостоятельному пациенту возник во второй половине 20 века в связи с интенсивным развитием медицинских технологий позволявших получить объективную информацию о его состоянии. Основными методами оценки функционального состояния плода и по сегодняшний день являются различные методики регистрации и анализа его сердечного ритма, функции сердца и показателей гемодинамики. В последние декады прошлого века появилась возможность достаточно безопасного доступа в сосудистую систему плода, получение образцов его крови и оценки гематологических и биохимических показателей. Непосредственный доступ в кровоток плода позволил осуществлять прямую терапию плода. Реальные знания о возможности непосредственного медикаментозного влияния на состояние основных функций организма плода весьма ограничены. Однако, одним из наиболее успешных методик на сегодняшний день является пренатальная трансфузиология при развитии у плода анемических состоя-

ний. Причиной выраженной анемии у плода может являться гемолитическая болезнь плода в следствии резус-изоиммунизации матери, и интенсивного гемолиза эритроцитов плода вследствие трансплacentарного проникновения резус-антител матери в кровотоки плода; гемолиз эритроцитов вследствие их повреждения парвовирусом В19, а также фето-фетальных кровотечений посредством плацентарных сосудистых анастомозов при внутриутробной гибели одного из плодов при монохориальном многоплодии и сброса крови от живого плода, в сосудистую систему погибшего плода, при падении давления в ней в момент его гибели. В этих случаях, проведение внутриматочного внутрисосудистого переливания плоду отмытых эритроцитов донора при выполнении кордоцентеза позволяет нормализовать показатели красной крови плода и обеспечит восполнение ее кислородной емкости и купировать гипердинамический характер гемодинамики, что в свою очередь положительно влияет на состояние других органов и систем плода. Кроме того, в ряде случаев, особенно при развитии у плода отека, у него имеет место развитие гипоальбуминемии. Нами было показано на уровне доказательности III уровня, что введение альбумина в циркуляцию плода при наличии у него отечной формы гемолитической болезни приводит не только к нормализации уровня альбумина в его крови, но и обеспечивает более быстрое исчезновение отека.

Длительные внутриматочные вмешательства во время беременности весьма затруднены при наличии двигательной активности плода, что создает проблемы при проведении пункции и сохранении положения пункционной иглы в просвете сосуда пуповины при выполнении продолжительных трансфузий; те же трудности имеют место при выполнении пункций различных полостей плода и при постановке шунтов. В этой связи, внутрисосудистое применение миорелаксантов, в частности ардуана, в концентрации 0,05 — 0,1 мг/кг расчетной массы плода позволяет полностью выключить двигательную активность плода с на период от 30 до 60 минут и обеспечить комфортное выполнение внутриматочных вмешательств.

Весьма противоречивой и малоизученной проблемой остается вопрос болевой чувствительности у плода. Известно, что основные нервные пути и центры ЦНС у плода в последствие обеспечивающие проведение болевой чувствительности уже сформированы после 20 недели беременности. Однако, в концепции боли важную роль играет опыт ощущения боли и скептики считают что плод боль как таковую не ощущает. Однако, известно, что в ответ на повреждение тканей плода он реагирует типичным способом — происходит выделение кортизола и бета-эндорфина, у плода повышается частота сердечных сокращений и возрастает артериальное давление, что свидетельствует как минимум о патологической рефлекторной реакции и пренатального приобретения опыта боли, что в дальнейшем может отрицательно сказаться на его развитии. Показано, что как и у новорожденных детей, вну-

трисосудисое введение фентанила в дозе 10 мг/кг расчетной массы плода позволяет предотвратить вышеописанные реакции, и тем самым предотвратить болевую реакцию плода, или как минимум приобретение им болевого опыта при проведении внутриматочных операций, сопровождающихся повреждением его органов и тканей.

Таким образом, на сегодняшний день уже сформировалась сумма факторов — возможность мониторинга основных функций плода и возможность прямого, а не опосредованного через гемодинамику матери, медикаментозного влияния на его состояние в целях поддержания основных функций жизнедеятельности, обеспечения проведения длительных внутриматочных вмешательств и обезболивания плода, которые вместе взятые определили появление нового направления в перинатальной медицине — пренатальной анестезиологии и интенсивной терапии.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ НК-КЛЕТКАМИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ

Михайлова В.А., Климовская Я.С., Соколов Д.И., Сельков С.А.

Россия, Санкт-Петербург НИИАГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН

Децидуальные НК-клетки контролируют развитие ткани плаценты. Ткань плаценты секретирует цитокины, привлекающие в децидуальную ткань НК-клетки. Эти процессы могут нарушаться при гестозе, являющемся одним из наиболее тяжелых осложнений беременности. Целью исследования было изучение экспрессии поверхностных маркеров НК-клетками периферической крови здоровых беременных женщин и беременных женщин с гестозом. Обследовано 73 женщины: 27 здоровых небеременных женщин, 22 беременных женщины с физиологическим течением беременности на сроке 32-39 недель, 24 беременных женщины с гестозом на сроке 32-39 недель. Окраску клеток периферической крови осуществляли в соответствии с указаниями производителя антителами к CD3, CD16, CD56, CD192, CD134, CD 196, CXCR5, CD197, CD119, CD184, CD114, CD116, CD140a, CD140b (BD, США). Анализ экспрессии указанных молекул НК-клетками осуществляли на проточном цитофлуориметре FACS Canto II (BD, США). Статистический анализ проводили при помощи компьютерной программы AtteStat 12.1.7. Установлено, что у женщин с физиологическим течением беременности по сравнению со здоровыми небеременными женщинами достоверно увеличено количество НК-клеток периферической крови, экспрессирующих CD192 ($p < 0,05$) и CXCR5 ($p < 0,05$). Достоверных отличий в экспрессии исследуемых маркеров между группой здоровых беременных женщин и беременных с гестозом выявлено не было. Таким образом, увеличение количества CD192+CXCR5+ НК-клеток при бе-

ременности указывает на участие этих рецепторов в индукции миграции НК-клеток к децидуальную ткань в ответ на секретлируемые тканью плаценты хемокины (MCP-1, CXCL13) независимо от наличия патологии.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЛОДА

Михельсон А.А., Михельсон А.Ф., Орлов А.В., Радченко Е.М.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии росмедтехнологии. РостГМУ, каф. акуш.-гин. №1.

В современных условиях, когда детородная функция женщиной реализуется один — два раза в жизни, успешность родов является важнейшей задачей акушеров. В этой связи, накануне родов перед пациенткой и врачом встает вопрос о выборе тактики родоразрешения. Правильному решению этой задачи способствует объективная оценка адаптационных возможностей плода перед предстоящими родами. Попытка выделить эти маркеры явилась целью настоящего исследования. Нами обследованы 96 беременных. Ретроспективно они были разделены на две группы. Первую группу составили 44 женщины, роды у которых протекали физиологично *per vias naturales*. Во вторую группу вошли 52 женщины, роды у которых осложнились дискоординацией родовой деятельности и были завершены оперативно. Всем беременным проводили доплерометрическое исследование систолического (S/D) отношения кривых скоростей кровотока (КСК) в сосудах плода до родов и в первом периоде родов. У новорожденных изучали КЩС крови из пуповины, что явилось конечным критерием их состояния.

При анализе КЩС крови из пуповины обращало внимание то, что напряжение двуокиси углерода (pCO_2) в артериальной и венозной крови новорожденных во II клинической группе было достоверно выше, чем в первой. Это свидетельствовало о начавшемся респираторном ацидозе. На его развитие указывало компенсаторное увеличение парциального давления кислорода (pO_2) в артериальной крови новорожденных II группы, и снижение его напряжения в венозной крови, что можно трактовать как адаптационное усиление захвата кислорода тканями в условиях его дефицита. Обнаруженные изменения КОС пуповинной крови детей во II группе указывают на наличие компенсаторных изменений, определяющих удовлетворительное состояние новорожденных. Это позволяет предполагать наличие тонких механизмов предвосхищающих развитие выраженной патологии плода и новорожденного на уровне блокады предродовой подготовки и развития дискоординации родовой сил.

Для их верификации проведен ретроспективный анализ показателей доплерометрии плода. Он выявил ряд закономерностей. S/D отношение

КСК в средней мозговой артерии в группе нормы было достоверно выше, чем во II группе как до так и во время родов. Следует отметить, что при физиологических родах имелась тенденция к росту этого отношения, а при развитии патологии наоборот показатели S/D имели тенденцию к снижению. В связи с этим, мы можем предположить, что низкий уровень S/D отношения КСК в сосудах плода до родов и дальнейшее снижение этого показателя в родах сопряжено с развитием патологии родовой деятельности. Таким образом, низкий уровень S/D отношение КСК в средней мозговой артерии до родов, может служить маркером, указывающим на низкий уровень адаптационных возможностей плода и высокую вероятность развития дискоординации родовой деятельности, что косвенно подтверждается изменениями КЩС крови новорожденных.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД: ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Михельсон А.Ф., Настуева С.М., Маркина В.В.,
Смирнова И.В., Волдохина Э.М., Михельсон А.А.
ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии №1,

МЛПУЗ «Городская больница №20», г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Проблема преждевременных родов занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве, так как определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Их частота составляет 5-12% от общего числа родов и не имеет тенденции к снижению. На долю недоношенных новорожденных приходится до 75 % ранней неонатальной и детской смертности. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных в 33 раза выше по сравнению с этим показателем у доношенных. При этом высокие показатели заболеваемости и врожденных аномалий развития у этих детей вызывает опасение, что снижение перинатальной смертности повысит их инвалидность.

Известно, что в 34,9-56% случаев прерывания недоношенной беременности предшествует преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ). До настоящего времени отсутствует единое мнение об этиологии и патогенезе развития ПИОВ. В тоже время выяснение причин его возникновения является чрезвычайно важным, т.к. может способствовать более проведению патогенетической терапии.

Это определяет направления исследования: изучение возможности прогнозирования преждевременных родов и родового излития вод и пролонгирования беременности при отхождении вод для профилактики СДР плода и увеличения массы его тела.

Материалы и методы исследования: для достижения поставленной цели на базе роддома МЛПУЗ «Городская больница №20» проведен ретроспективный анализ историй болезни 153 родиль-

ниц с преждевременными родами в сроки 28-36 недель беременности. Были сформированы две клинические группы.

Первую группу (основную) — составили 61 пациентка с недоношенной беременностью, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод при отсутствии спонтанной родовой деятельности. В этой группе применяли консервативно выжидательную тактику. Продолжительность безводного периода в среднем составляла от 12 часов до 6 дней до развития родовой деятельности.

Во вторую группу (контрольную) — вошли 92 роженицы, у которых преждевременное развитие родовой деятельности при недоношенной беременности сопровождалось излитием околоплодных вод, а безводный период составил менее 12 часов.

Результаты исследования. При анализе акушерско-гинекологических данных выявлено, что у женщин с ПИОВ анамнез в большей степени, чем в контрольной группе отягощен наличием медицинских абортов (52% против 18,9%), самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, преждевременных родов (24,6% против 3,3%), воспалительные процессы половой сферы, в частности кольпиты различной этиологии — (31% и соответственно 21,6%), воспалительные заболевания матки и придатков (44% и 15%).

Среди экстрагенитальной патологии воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей отмечались чаще в группе с ПИОВ при недоношенной беременности и составили 35%, в то время как при преждевременных родах в 25% случаев.

При анализе течения беременности выявлено, что фетоплацентарная недостаточность одинаково часто встречалась как в основной, так и в контрольной группе и составила 54,1% и соответственно 60,4%, однако угроза прерывания беременности до 28 недель наблюдалась чаще во второй группе и составила 36,5%, тогда как в первой только 25%.

Следует отметить, что генитальные инфекции во время беременности отмечались чаще в группе женщин с преждевременными родами (45,6%), в то время как при ПИОВ только в 24,8%. Почти в пять раз чаще в контрольной группе диагностировали вагинальный дисбиоз: — 20,5% против 5,95% в основной.

Достаточно интересным фактом является то, что ОРВИ в первой половине беременности встречается практически в равном количестве в обеих группах (12,3% в основной группе и 17% в контрольной). Во второй половине гестации почти в 2 раза чаще данная патология наблюдалась при ПИОВ (16,3% и 9% соответственно). Это в свою очередь могло послужить причиной достоверного роста частоты многоводия в основной группе (27% против 8,3%).

Выводы: 1.В анамнезе наиболее часто воспалительные заболевания половой сферы встречаются у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности и адекватно проведенной противовоспалительной терапией.

2.Преждевременные роды чаще возникают у женщин с воспалительными процессами, диагностированными во время беременности.

3. Одним из факторов преждевременного излития околоплодных вод является вирусная инвазия.

4. Патология мочевыводящих путей воспалительного генеза, протеченная до беременности, чаще всего сопровождается развитием ПИОВ с дальнейшим пролонгированием беременности. При этом отсутствие выраженного воспалительного процесса по клинике и по данным обследования позволяет провести профилактику РДС у плода стероидными гормонами.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНЕТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГЕСТОЗУ

Мозговая Е.В., Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э.,
Малышева О.В., Баранов В.С.

Россия, Санкт-Петербург, НИИ Акушерства и Гинекологии им.
Д.О.Отта СЗО РАМН

На сегодняшний день определен широкий спектр генов, неблагоприятные варианты которых могут опосредовать возникновение гестоза, исходя из известных на сегодняшний день возможных путей развития эндотелиальной дисфункции, лежащей в основе его патогенеза. Генетическая компонента гестоза включает не только материнский, но и плодовой генетический полиморфизм и может составлять до 50% всех факторов, влияющих на развитие гестоза; в первую очередь это гены главного комплекса гистосовместимости, гены цитокинов и факторов роста, гены вазоактивных веществ, синтезируемых эндотелием, гены системы гемостаза, гены сосудистого тонуса и гены антиоксидантной системы.

С целью уточнения роли генетических факторов в развитии гестоза мы исследовали полиморфизм генов, ответственных за экспрессию вазоактивных веществ, участвующих в плацентации и являющихся маркерами и медиаторами эндотелиальной дисфункции. У 270 беременных и 145 плодов исследованы особенности аллельного полиморфизма генов HLA-G (Del/Ins 14 п.н. в 8 экзоне), ACE (Del/Ins Alu-повтора 287 п.н. в 15 интроне), NOS3 (4 или 5 повторов 27 п.н. в 5 интроне), PAI-1 (базовый Del/Ins 4G/5G), TNF-α (-238G>A), GSTP1 (а., в, с с заменой нуклеотидов в 313 или 341 положениях), GST T1(Del), GST M1(Del), а также проанализирована ассоциация аллельных вариантов изученных генов с выраженностью основных симптомов гестоза. Основную группу составили 86 беременных с сочетанным гестозом, 77 беременных с наличием чистого гестоза, беременные одним плодом, без хронических заболеваний, а также их новорожденные дети. Группу сравнения составили 107 здоровых беременных женщин без наличия гестоза и хронических заболеваний, а также 68 новорожденных детей от здоровых беременных.

ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови матери и пуповинной крови новорожденного

с помощью солевого метода. Полиморфные области генов исследовали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Амплификацию проводили на программируемом термоциклере фирмы «ДНК-технология» (Москва). Специфичность амплификации проверяли методом электрофореза в полиакриламидном геле (ПААГ).

Выявлено, что распределение частоты полиморфных вариантов генов, участвующих в регуляции функции эндотелия зависят от тяжести гестоза и наличия фоновых заболеваний, что свидетельствует о различиях в механизме развития эндотелиальной дисфункции при различных формах гестоза. У беременных с гестозом на фоне существовавшей до беременности артериальной гипертензии выявлено значительное возрастание совокупности всех неблагоприятных аллельных вариантов исследованных генов — PLAT, PAI-I, ACE, eNOS, TNF-α и GSTP1. У беременных с гестозом на фоне заболеваний почек отмечено значительное возрастание неблагоприятных аллельных вариантов генов PAI-I, ACE, eNOS, TNF-α и GSTP1. При легком гестозе имелось достоверное возрастание частоты функционально неполноценного генотипа TNF-α — в 6 раз по сравнению с физиологической беременностью и в 4 раза по сравнению с гестозом без сопутствующей патологии.

Частота неблагоприятного генотипа 4a/4a гена NOS3 при чистом гестозе была выше, чем в группе сравнения как среди матерей, так и среди плодов. Сочетание 4a/4a+4a/4a в парах мать-плод чаще было отмечено в группе с тяжелым гестозом (8,33%), чем в группе сравнения (1,82%). При анализе частот различных сочетаний генотипов по гену ACE в системе мать-плод отмечено повышение частоты сочетания Ins/Ins + Ins/Ins у больных в группе с гестозом в целом (15,0%) и в подгруппе с легким гестозом (18,9%) по отношению к группе сравнения (6,7%). У беременных с чистым гестозом было выявлено достоверное снижение частоты сочетаний нулевых генотипов GST T1 и GST M1 по отношению к группе сравнения (3,4% и 19,7% соответственно (p<0,01). У плодов также отмечена тенденция к снижению частоты сочетаний нулевых генотипов в группе с гестозом (16,4%) по отношению к группе сравнения (23,1%). Частота сочетаний нулевых генотипов в группе с гестозом была достоверно выше у плодов по сравнению с их матерями (16,4% у плодов и 3,4% у матерей) (p<0,01), тогда как в группе сравнения этих отличий найдено не было.

При анализе частот генотипов по гену HLA G у матерей в различных группах нами не найдено статистически значимых различий. При анализе частот генотипов по гену HLA G у плодов выявлено повышение частоты генотипа I/I, который ассоциирован с более низким уровнем экспрессии гена, при гестозе у матери (24,3%), по сравнению с плодами здоровых женщин (16,9%).

При сопоставлении клинических проявлений гестоза с генетическим полиморфизмом генов, опосредующих эндотелиальную дисфункцию, выявлена ассоциация определенных аллельных вариантов

генов с ранним возникновением артериальной гипертензии (ACE), нарушениями в маточно-плацентарном кровотоке (NO) и преждевременными родами (NO).

Т.о., результаты исследования показали, что продукты неблагоприятных вариантов генов HLA-G (Ins), ACE (D), NOS3 (4a), TNF-a (-238A/G), GSTP1 (b,c) GST T1(0/0), GST M1(0/0), как матери, так и плода способствуют прогрессированию ранее существовавшей или возникновению первичной эндотелиальной дисфункции и последующему развитию клиники гестоза.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЛИЗИСТЫХ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Мордовина И.И., Каспарова А.Э.,

Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В.

Сургутский Государственный Университет Медицинский институт г. Сургут.

Актуальность: Одним из наиболее важных направлений в решении проблемы неблагоприятных исходов беременности при инфекционной патологии, является определение состояния иммунной системы матери.

Цель настоящего исследования: изучение состояния клеточного иммунитета в ранние сроки беременности у беременных групп высокого риска с инфекционной патологией слизистых влагалища и шейки матки.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное обследование 46 пациенток на ранних сроках (11-13 недель) беременности с распределением на 2 группы: 1-я группа — 31 пациентка с инфекционной патологией слизистых влагалища и шейки матки, 2-я группа сравнения — 15 пациенток с низким риском развития инфекционных осложнений во время беременности. В 1-ой группе у 100% пациенток в I триместре беременности выявлялись вульвовагиниты, цервициты различной этиологии. Всем пациенткам исследуемых групп проводился инфекционный скрининг с помощью методов ПЦР, бактериологических посевов из цервикального канала, мазков на степень чистоты влагалища, онкоцитологию шейки матки, исследования рН-влагалища. Состояние клеточного иммунитета оценивалось по экспрессии кластеров дифференцировки (CD3+, CD3+/CD4+, CD3+/CD8+), соотношению Хелперы/Супрессоры (CD4/CD8). С целью оценки состояния слизистой шейки матки проводилась расширенная кольпоскопия с помощью бинокулярного кольпоскопа фирмы CARL ZEISS 150FC.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Достоверность результатов оценивалась по t-критерию Стьюдента и критерию углового распределения Фишера.

Результаты исследования и обсуждение: При исследовании возраст пациенток, начало менструальной функции и половой жизни были сопоставимы. При опросе беременных 1-ой группы достоверно чаще, чем у пациенток 2-ой группы ($p<0,01$) отмечались жалобы на обильные выделения из половых путей 58,06% и 20,00% соотв. Зуд в области половых органов беспокоил только пациенток 1-ой группы (6,45%). При проведении расширенной кольпоскопии достоверных различий в обеих группах выявлено не было: эрозия шейки матки выявлялась у 41,94% и 33,33% пациенток соотв., полип цервикального канала — у 6,45% и 6,67%, экзоцервицит — у 12,9% и 6,67%, ретенционные кисты шейки матки обнаруживались только у 6,45% пациенток 1-й группы.

При исследовании рН-среды влагалища в группе пациенток с инфекционной патологией отмечалось достоверное ($p<0,01$) повышение рН $7,35\pm 1,00$, чем у пациенток без данной патологии — $4,50\pm 1,22$. При исследовании мазков III-IV степень чистоты влагалища получена у 83,87% пациенток 1-ой группы. Кокковая флора в мазках выявлялась в 19,35% случаев, ключевые клетки — в 9,68% случаев, мицелий дрожжевых грибов — в 6,45% случаев. Во 2-ой группе у всех беременных была I-II степень чистоты влагалища. В мазках на онкоцитологию шейки матки у 48,39% пациенток 1-ой группы выявлялся воспалительный тип мазка, тогда как во 2-ой группе у всех обследованных — норма.

При проведении бактериологического исследования содержимого цервикального канала пациенток 1-ой группы выявлялся значимый рост *U. urealiticum* у 25,81% пациенток, *E. faecalis* и *C. albicans* — у 9,68% соотв., *G. vaginalis* и *M. hominis* — 6,45% соотв., *C. trachomatis*, *S. aureus*, *P. mirabilis* с одинаковой частотой — 3,23% соотв.. Во 2-ой группе роста условно-патогенной флоры не отмечалось.

При исследовании клеточного звена иммунитета в 1-ой группе по сравнению со 2-й группой отмечено достоверное ($p<0,05$) снижение относительного количества лимфоцитов — $26,68\pm 1,00\%$ и $30,20\pm 6,67\%$ соотв., повышение относительного количества общих Т-лимфоцитов (CD3+) $83,45\pm 1,00\%$ и $82,53\pm 4,63\%$ соотв., при их абсолютных значениях на верхней границе нормы — $1,62\pm 1,00*10^9/л$ и $1,76\pm 0,33*10^9/л$ соотв. Остальные показатели соответствовали норме и не имели достоверных отличий между исследуемыми группами (CD3+/CD4+ — $49,73\pm 1,00\%$ ($0,97\pm 0,90*10^9/л$) и $49,94\pm 5,39\%$ ($1,06\pm 0,22*10^9/л$), CD3+/CD8+ — $33,71\pm 1,00\%$ ($0,66\pm 1,00*10^9/л$) и $32,53\pm 5,30\%$ ($0,69\pm 0,17*10^9/л$), CD4/CD8 — $1,61\pm 1,00$ и $1,59\pm 0,41$ соотв.). Таким образом, отсутствие значимых изменений в клеточном звене иммунитета у обследованных возможно указывает на временное равновесие между организмом беременной и инфекционной патологией влагалища и шейки матки и требует дальнейшего исследования исходов беременности.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПУЭРПЕРИЯ

Муравина Е.Л.

Россия, Г. Москва, РУДН

Пуэрперальная инфекция продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства (Новикова С.В., Тареева Т.Г., Федотова А.В., 2007; van Dillen J. et al., 2010). С учетом зачастую стертого, а вследствие этого поздно диагностируемого послеродового эндометрита, недооценка клинической значимости субинволюции матки оборачивается невозможностью контролировать уровень инфекционно-воспалительных заболеваний и их осложнений у родильниц. Есть основание полагать, что результативность тактики выявления групп женщин с высоким инфекционным риском, минимального вмешательства в физиологию родового акта, своевременное распознавание и адекватные лечебно — диагностические подходы в отношении эндометрита и его завуалированной формы — субинволюции матки будет представлена реальным снижением частоты пуэрперальных осложнений.

Цель исследования: улучшить исходы родов и послеродового периода для матерей и новорожденных при возникновении пуэрперальных осложнений.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 144 пары мать -новорожденный с ГСИ (ретроспективное исследование) до внедрения современных перинатальных технологий (СПТ), контрольную — 130 беременных с высокой и средней степенью перинатального риска (высоким инфекционным риском) и 130 новорожденных (проспективное исследование) (после внедрения СПТ).

Сопоставление информативности клинических, ультразвуковых и гистероскопических характеристик вскрыло ряд противоречий, демонстрируя необходимость коррекции традиционных при диагностике ГСИ родильниц подходов. Диагностическая ценность изолированной клинической оценки сомнительна: треть случаев субинволюции матки и эндометрита оказались нераспознанными, у каждой пятой ГСИ матки проявлялась моносимптомно, доминировала замедленная инволюция матки — у каждой второй.

Согласно результатам двухмерной эхографии матки, сокращение размеров послеродовой матки осуществлялось интенсивнее — практически на треть — в условиях внедрения СПТ, несмотря на то, что родильницы относились к когорте с высоким риском развития ГСИ. Случаи реализации ГСИ в данной когорте отличались более «благополучной» динамикой инволюции матки в сопоставлении с таковой до внедрения СПТ. Полагаем, что зависимость динамики инволюции размеров матки от ее сократительной активности и вероятность раннего обнаружения внутриматочных «находок» обосновывает выполнение ультразвукового сканирования уже на 3-и сутки после родов. Ультразвуковыми маркерами неадекватного течения послеродового периода — субинволюции матки — также являлось

увеличение передне-заднего размера матки и ее полости — от 1,5 см с наличием в ней патологических гетерогенных включений.

Пользуясь разработанными В.А. Крамарским (2002) критериями — вычислением средней условной площади швов на 3 и 7 сутки и индекса инволюции площади швов (ИИПШ), можно утверждать о значительной динамике сократительной активности матки у родильниц с высоким инфекционным риском, послеродовый период которых совпал с внедрением СПТ. Низкий показатель индекса инволюции площади швов (ИИПШ) указывал на высокую вероятность развития в послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений.

Анализируя конкурентоспособность сонографического исследования, отметим: у каждой пятой (20,7%) патологические состояния интерпретировались неверно, причем у 4,9% родильниц при так называемой удовлетворительной картине остались нераспознанными вообще. Гипердиагностика остатков плацентарной ткани маскировала картину воспалительного процесса в матке у трети пациенток (31,7%), причем базальный эндометрит представлялся практически каждой пятой (19,5%), эндометрит на фоне материального субстрата — каждой восьмой (12,2%) родильнице. В итоге, распознать воспалительный процесс в матке с помощью гистероскопии удалось у значительно меньшего количества «тестируемых» на сей предмет родильниц — только у каждой пятой (21,5%), т.е. в полтора раза реже. Субинволюция матки, диагностируемая гистероскопически практически у каждой десятой (10,9%), выступает маской как лохиометры, так и эндометрита.

Вариант госпитального инфицирования подтверждают сроки диагностики пуэрперальных осложнений, позже остальных выявлялись серомы шва (в среднем, $5,4 \pm 1,9$ дня). Перевод во II акушерское отделение в большинстве случаев выполнялся с запазданием по отношению к срокам диагностирования, особенно при субинволюции матки и эндометрите: на $5,4 \pm 1,7$ и $5,7 \pm 1,1$ дни, соответственно. Средняя продолжительность госпитализации оказалась наибольшей для сером шва ($14,1 \pm 3,9$ дня) и эндометрита ($13,5 \pm 1,7$ дня).

Закключение. Рациональная тактика ведения родильниц, предусматривающая не отсроченное, а раннее (на 3 сутки) сонографическое исследование органов малого таза после родов — самопроизвольных и кесарева сечения, позволяет добиться реального снижения послеродовых осложнений — в десять раз реже.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СНИЖЕНИИ ПУЭРПЕРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Муравина Е.Л.

Россия, Г. Москва, РУДН

Представляется перспективным устранение агрессивных и необоснованных акушерских технологий, причастных к росту пуэрпериальных осложнений. Углубленному анализу подлежат сложившиеся технологии родовспоможения, выхаживания, лечения и реабилитации родильниц и новорожденных (Радзинский В.Е., 2000; Радзинский В.Е., Костин И.Н., 2007). Необходима оптимизация процесса оказания медицинской помощи родильницам, суть которой сводится к ориентированию на физиологическое течение послеродового периода, возможное лишь при внедрении современных перинатальных технологий.

Цель исследования: улучшить исходы родов и послеродового периода для матерей и новорожденных при возникновении пуэрпериальных осложнений.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 144 пары мать - новорожденный с ГСИ (ретроспективное исследование) до внедрения современных перинатальных технологий (СПТ), контрольную — 130 беременных с высокой и средней степенью перинатального риска (высоким инфекционным риском) и 130 новорожденных (проспективное исследование) (после внедрения СПТ).

Результаты. Уровень совокупной заболеваемости ГСИ новорожденных свидетельствовал о том, что практически у каждого восьмого ребенка были детектированы различные формы ГСИ, преимущественно локализованного характера (12,4%). В качестве мер, предлагаемых для снижения частоты ГСИ родильниц и новорожденных, наглядно внедрение СПТ, где традиционному «укладу» ведения родильниц противопоставили: совместное пребывание матери с ребенком, раннее прикладывание новорожденного к груди после родов, эксклюзивное грудное вскармливание, раннюю выписку — на 3-4-е сутки после родов и на 5-6-е сутки после кесарева сечения. Результаты анкетирования убеждали, что реализация всех эффектов СПТ будет возможна в условиях жесткой административной политики, разрушающей стереотипность мышления и медперсонала, и будущих матерей.

При соблюдении всего комплекса мер СПТ избегание агрессивного выпаживания и докармливания здоровых детей исключало вероятность развития гипогалактии и лактостаза, несмотря на инфекционный потенциал родильниц с высокой и средней степенью перинатального риска. В полной мере это относилось и к использованию «пустышек», включающих приоритет эксклюзивного грудного вскармливания.

Отчетливая связь между более благоприятным течением периода ранней неонатальной адаптации и приверженностью СПТ, в частности, практики

совместного пребывания, грудного вскармливания с первых минут и кормления по требованию реализовалась в меньшей частоте проявлений синдрома повышенной нервно — рефлекторной возбудимости в сравнении с детьми, разлученными с матерями.

Организация совместного пребывания позволила не только снизить нагрузку на медсестер детского отделения, но и заблокировать распространение госпитальных штаммов контактно — бытовым путем, что, учитывая возможность контаминации молочных смесей и воды для питья, нарушений пастеризации молока является превентивной мерой развития ГСИ новорожденных.

Опасения, что к реализации пуэрпериальных осложнений родильниц до внедрения СПТ имеют отношение высокий титр обсемененности родовых путей накануне родов и частота регистрируемых в период беременности эпизодов дисбиозов и вагинитов, оказались напрасными по причине идентичности микробного пейзажа влажной поверхности беременных обеих групп. Полноправность рассуждений о заражении извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики подтверждала высокая частота золотистого стафилококка, кишечной палочки и клебсиеллы, выделяемых при ГСИ родильниц и новорожденных до внедрения СПТ. Смена патогенных микроорганизмов на условно — патогенных представителей свидетельствовала об улучшении санитарно эпидемиологической обстановки в родильном доме в условиях приверженности мерам данного комплекса, причем высеваемость эпидермального стафилококка осталась практически неизменной или даже возрастала.

Поздние сроки выявления ГСИ новорожденных убеждали, что противостоять их инфицированию возможно, лишь придерживаясь ранней выписки (3 сутки после физиологических родов и 6-е после оперативного родоразрешения) и своевременного перевода заболевших на 2-ой этап выхаживания. Радикальные изменения эпидемиологической политики в роддоме: посменное функционирование родильных залов, посуточная закладка родильниц в маломестные палаты совместного с новорожденными пребывания наряду с поквартальной ротацией широкого ассортимента дезсредств способствовали кардинальному изменению встречаемости пуэрпериальных осложнений — в десять раз — родильниц, в три раза — новорожденных.

Заключение. Приверженность СПТ, модификация акушерской тактики в послеродовом периоде приводит к снижению риска развития пуэрпериальных осложнений.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА И ХАРАКТЕРИСТИКИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Муратназарова Н.А., Кулиева С.Ч., Кичеева В.А.
Россия, г. Москва, РУДН.

Сложность оценки характера истинных гемодинамических нарушений при осложненной гестозом беременности объясняется дискуссионностью аспектов разграничения компенсаторных изменений при физиологическом ее течении от кардиальной перестройки при различных вариантах гестоза — «чистом» и сочетанном.

Отсутствие прогностически значимых диагностических тестов указывает на недостаточное использование возможностей современной медицины, тогда как с помощью гемодинамических маркеров тяжести гестоза и ранних предикторов его развития была бы возможна своевременная диагностика форм с невыраженной клинической картиной, легких форм, и, следовательно, профилактики тяжелых форм гестоза.

Цель: обосновать возможность доклинического прогнозирования и ранней диагностики гестоза на основании выявленных морфофункциональных особенностей сердца и эластических свойств сосудов.

Материалы и методы исследования. Контингент исследования составили 18 беременных с «чистым» гестозом, 19 — с сочетанным гестозом, развившимся на фоне артериальной гипертензии, впервые выявленной во время настоящей беременности, 67 женщин с физиологически протекающей беременностью. Методы исследования: клинико-статистический анализ, эхокардиография, апланационная тонометрия. Исследование диастолической функции проводилось с помощью традиционной ДЭхоКГ (доплерэхокардиографии) и методом тканевой ДЭхоКГ.

Полученные результаты: Анализ эхокардиографических параметров исследуемых беременных показал: во II триместре достоверно меньшим из объемных показателей оказалось среднее значение конечно-диастолического объема ЛЖ — 114(108-119) мл пациенток с сочетанным гестозом.

С прогрессированием беременности было выявлено не только дальнейшее снижение объема наполнения ЛЖ в диастолу, но и снижения ударного объема и фракции выброса.

При анализе линейных эхокардиографических показателей достоверное снижение КДР ЛЖ при сочетанном гестозе прогрессировало с ростом беременности, составив в III триместре 46(42-48), тогда как при неосложненной беременности возрастали и КСР, и КДР — в среднем на 17% и 16 %, соответственно.

Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) у беременных с «чистым» гестозом увеличивались в значительно меньшей степени, чем при

сочетанных его вариантах. Величины линейных (ТЗСЛЖ, ТМЖП, КСР) и объемных эхокардиографических параметров левого желудочка в систолу (КСО) свидетельствовали о наименее значительных метаморфозах морфофункциональной характеристики миокарда ЛЖ здоровых беременных.

Морфофункциональные особенности миокарда при различных вариантах гестоза оказались строго векторизированы, демонстрируя переход приспособительного механизма в отягощающий фактор на фоне возрастающих требований к сердцу при сочетанном гестозе. Пользуясь термином «коэффициента диспропорциональности» (КД), вычисляемого как отношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ и умноженного на 100%, установлено, что непропорционально высокая ММЛЖ являлась прерогативой беременных с сочетанным гестозом.

Процесс гиперплазии ЛЖ (ГЛЖ) пациенток с сочетанным гестозом оказался выражен в большей степени, так как характер увеличения ММЛЖ превосходил пределы компенсаторного: 142% — во II и 152% — в III триместре, демонстрируя неадекватность сердечно-сосудистой перестройки при данном варианте гестационного осложнения. Метод апланационной тонометрии позволил выделить группу риска развития гестоза уже с 6-й недели. При различных его вариантах показатели индекса аугментации (ИА) ($9,8 \pm 12,5\%$ и $9,6 \pm 11,5\%$, соответственно) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) ($9,3 \pm 0,4$ м/сек и $7,7 \pm 0,3$ м/сек, соответственно) на каротидно-бедренном участке артериального дерева оказались достоверно высокими, отражая имеющуюся вазоконстрикцию, в сравнении с таковыми при физиологической беременности,

Высокая эластичность сосудов при неосложненной беременности указывала на адекватность адаптации сосудистого русла к увеличению объема циркулирующей крови (ИА — $2,7 \pm 11,2\%$, СРПВ — $6,4 \pm 0,3$ м/сек).

Заключение. Эластические свойства аорты и характеристики отраженной волны меняются в зависимости от срока беременности. При осложненной гестозом беременности достоверно высокие значения ИА и СРПВ обусловлены, вероятно, более ригидными стенками сосудов. Особенностью центральной гемодинамики нормотензивных беременных являются достоверно большие, в отличие от беременных с гестозом, характеристики насосной и сократительной функции миокарда.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Муратназарова Н.А., Кулиева С.Ч., Кичеева В.А.
Россия, г. Москва, РУДН.

Несмотря на большую практическую значимость проблемы гестоза, в его этиологии, патогенезе еще много неясного. Неоднозначны данные о структур-

но — функциональном состоянии миокарда ЛЖ и его диастолической функции у беременных с различными вариантами гестоза. По утверждениям ряда исследователей, тканевая миокардиальная доплерэхокардиография может быть полезным неинвазивным методом контроля материнской сердечной функции при беременности с гестозом для выявления ранних структурно — функциональных изменений миокарда (Фок W.Y., Chan L.Y., Wong J.T. et al., 2006).

Цель: определить особенности внутрисердечной перестройки при нормальной и осложненной гестозом беременности для прогнозирования и диагностики осложненного её течения.

Материалы и методы исследования. Контигент исследования составили 22 беременных с «чистым» гестозом, 40 — с сочетанным гестозом, развившимся на фоне артериальной гипертензии, 22 женщины с физиологически протекающей беременностью. Методы исследования: клиничко-статистический анализ, эхокардиография. Исследование диастолической функции проводилось с помощью традиционной доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) и методом тканевой миокардиальной доплерэхокардиографии (ТМДЭхоКГ).

Результаты. Прогрессирующее нарастание массы миокарда ЛЖ определяло не только достоверно большую величину коэффициента диспропорциональности (КД) у беременных с сочетанным гестозом, но и сопровождалось изменением геометрии левого желудочка (ЛЖ) с формированием варианта концентрической гипертрофии и концентрического ремоделирования.

При анализе типов геометрии ЛЖ выявлено преобладание варианта эксцентрической гипертрофии у здоровых беременных — более чем у каждой второй во II триместре (54,5%) и практически у двух третей в III триместре (72,7%).

Пациентки с «чистым» гестозом отличались достоверно большей частотой нормальной геометрии ЛЖ (72,7%), при том, что вариант концентрического ремоделирования у них встречался в два раза реже (18,2% и 37,5%), а концентрическая гипертрофия в четыре раза реже (9,1% и 32,5%, соответственно), чем при сочетанном гестозе.

В III триместре при сочетанном гестозе частота концентрической гипертрофии и ремоделирования возросла — 45% и 40%, соответственно; при «чистом» гестозе доминирующим стал вариант концентрического ремоделирования — в 2,5 раза по сравнению с концентрической гипертрофией ЛЖ (36,4% против 13,6%).

Результаты, полученные нами в отношении параметров диастолической функции ЛЖ в группе здоровых беременных в среднем свидетельствовали о ее сохранности: численное значение соотношения пиковой скорости движения миокарда в фазу раннего (Е, м/сек) и позднего наполнения (А, м/сек) Е/А постепенно снижалось по мере прогрессирования беременности, оставаясь при этом выше 1. Некоторое увеличение продолжительности пика Е у 4,6% беременных соответствовало трансформа-

ции самой структуры миокарда, выражающейся в ремоделировании ЛЖ и его эксцентрической гипертрофии.

При обследовании методом ТМДЭхоКГ начальные нарушения диастолической функции ЛЖ (ДФ), проявляющиеся нарушением его релаксации, были диагностированы у каждой третьей (35,0%) пациентки с сочетанным гестозом и практически у каждой пятой с «чистым» гестозом (18,2%). При стандартной ДЭхоКГ и сочетанном гестозе таковые определялись в полтора раза реже (20,0%), а при «чистом» гестозе — в два раза реже (9,1%), чем с помощью тканевого доплера. В III триместре частота выявления диастолической дисфункции (ДД) возросла вдвое: релаксационный тип определялся более чем у половины беременных с сочетанным гестозом (60%), что в два раза превышало частоту ее обнаружения с помощью стандартной ДЭхоКГ (60,0% и 32,5%, соответственно).

У пациенток с «чистым» гестозом нарушенная ДФ также выявлялась достоверно чаще при тканевом доплере — в два раза по сравнению с традиционным доплером (45,6% и 22,7%), подтверждая его более высокую информативность.

Выводы: Регистрация начальных изменений диастолической функции возможна еще до морфофункциональной перестройки миокарда ЛЖ. Необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой будет являться ранним маркером неадекватной перестройки сердечно — сосудистой системы у беременных с определенными анамнестическими факторами риска гестоза.

К ВОПРОСУ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КАРДИОТОКОГРАФИИ В РОДАХ

Мусин М.Р., Нуруллина Д.В., Саттаров Т.В.,
Копанец Л.В., Киселева Э.Я.

Россия, г.Казань, Клиника медицинского университета

Необходимость проведения инфузионной преднагрузки при проведении длительной эпидуральной анальгезии (ДЭА) в родах обусловлена развитием нейровегетативной блокады различной степени. При этом относительно снижается тонус симпатической вегетативной системы в соответствующей уровню блока зоне. Дальнейшие эффекты обусловлены, в том числе, снижением тонуса иннервируемых артериальных сосудов среднего и мелкого размера. Это приводит к увеличению объема сосудистого русла, замедлению кровотока, рефлекторному увеличению объема венозного русла и к дальнейшему увеличению общего объема сосудов. Развивается «несанкционированное» внутренней регуляторной системой организма депонирование крови, сосудистая недостаточность. Развивающийся при этом кризис микроциркуляции вызывает тканевую гипоксию. Дальнейший механизм «гипоксия-ацидоз-артериолоспазм/арте-

риолопарез-гипоксия» работает также как и при большинстве патогенетических процессов с участием сосудистого компонента, например, при кровотечении.

В родах доза вводимого анестетика намного меньше, чем при оперативном родоразрешении, а снижение тонуса симпатической системы менее выражено. Тем не менее эффект депонирования крови ведет к неоправданному нарушению маточного кровотока и дефициту питания плода.

При этом объективное обследование зачастую не выявляет признаков сосудистой недостаточности — жалобы на слабость, головокружение, тошноту, рвоту отсутствуют, расстройств сознания не отмечается, бледность, сухость кожных покровов отсутствует или может быть вызвана сопутствующей патологией беременности, гипотензии нет, тахикардия отсутствует или может быть вызвана введением атропина.

В этом случае информативным исследованием является кардиотокография (КТГ). В отличие от мониторинга состояния пациентки, при котором используются интегральные характеристики — АД, пульс и т.д., КТГ характеризует функциональное состояние плода, результат работы отдельной системы организма.

В МУЗ «Клиника медицинского университета» проведены исследования изменений кардиотокограмм в родах у 38 пациенток. Возраст рожениц составил от 18 до 34 лет. Патологии беременности не было ни у одной из пациенток. Сопутствующая патология не носила системный характер. Сравнительный анализ проведен между группами — роды у 20 пациенток проходили в условиях длительной эпидуральной анальгезии (ДЭА), 18 пациенткам эпидуральная анальгезия не проводилась (контрольная группа).

При недостаточной инфузионной преднагрузке при проведении ДЭА в родах КТГ характеризовалось признаками нарушения питания плода — появлением монотонности ритма, тахикардией появлением децелераций, а также снижением STV до нижней границы нормы.

Исчезновение перечисленных эффектов коррелирует с увеличением скорости и/или объема инфузии. Однако при этом увеличение объема вводимых растворов, скорости их введения, что, несомненно, увеличивает риск побочных эффектов, а также угроза развития острого внутриутробного страдания плода, что может привести к экстренному изменению тактики ведения родов, повышают риск родоразрешения.

Таким образом, во-первых, проведение инфузионной преднагрузки является обязательным компонентом при длительной эпидуральной анальгезии в родах, во-вторых, КТГ является информативным и прогностически значимым методом обследования в родах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В 11-14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Мысяков В.Б., Рязанова О.А., Крылова Т.В.,
Чижова О.В.

Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», ГУЗ «Областная детская клиническая больница»

Цель исследования. Провести анализ возможностей пренатальной эхографии в диагностике врожденных пороков развития (ВПР) в 1 триместре беременности.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов обследования пациенток в перинатальном центре г. Пензы в 2006-2009 гг. Ультразвуковое исследование в 11-14 недель беременности проведено 7849 пациенткам. Обследование включало изучение следующих анатомических структур плода: кости свода черепа, «бабочка», кости носа, воронниковое пространство, позвоночник, желудок, передняя брюшная стенка, мочевого пузыря, конечности, четырехкамерный срез сердца. Все исследования проводились на аппаратах Logic 5 Expert и Medison Accuvix XQ, трансабдоминальным и трансвагинальным доступом.

Результаты. За исследуемый период было выявлено 86 ВПР в 1 триместре беременности. Выявляемость врожденной патологии в 1 триместре по годам составила в 2006 г. — 13 (15%), 2007 г. — 20 (23%), 2008 г. — 24 (29%), 2009 г. — 29 (33%). Таким образом, согласно статистике идет увеличение процента диагностики ВПР плода в 1 триместре беременности. В структуре пренатально диагностируемых пороков в 11-14 недель беременности преобладают аномалии центральной нервной системы (35%): анэнцефалия, иниоэнцефалия, энцефалоцеле, spina bifida, кистозная гигрома шеи, лобарная голопрозэнцефалия. Второе место (29%) занимают множественные пороки развития; третье место (14%) приходится на пороки желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы: диафрагмальная грыжа, мегацистис, односторонний гидронефроз. Также имелись единичные случаи диагностики врожденных пороков сердца (единственный желудочек сердца, общий атриовентрикулярный канал) и редукционные поражения конечностей. Диагностика грубых пороков развития, была осуществлена практически в 100% случаев при первом ультразвуковом исследовании.

Закключение. Таким образом, рост выявляемости патологии плода в 1 триместре беременности можно связать с: 1. четкой организацией ультразвукового скрининга и использованием в ежедневной работе расширенного протокола ультразвукового исследования 1 триместра. 2. накоплением опыта исследователем. 3. использованием ультразвуковых сканеров высокого и экспертного класса.

РОЛЬ АКТИВИНА А И КОРТИКОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНА В ГЕНЕЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Маклюк А.М., Дубровина С.О., Попова Н.Н.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»

Наиболее пристального внимания заслуживает проблема привычного невынашивания беременности. Среди различных ее форм особое занимает несостоявшийся аборт или неразвивающаяся беременность, под которой понимают внутриутробную гибель эмбриона, не сопровождающуюся его самопроизвольным изгнанием из полости матки с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время. Среди клинически диагностированных беременностей частота невынашивания достигает 25%, причем на долю первого триместра приходится от 50 до 80% потерь (Серова О.Ф., 2001). Наиболее часто потери беременности ранних сроков обусловлены неразвивающейся беременностью (от 45 до 88,6% случаев).

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня активина А и кортикотропин-рилизинг гормона в генезе прерывания беременности в I триместре.

Для выполнения поставленной цели было обследовано 88 беременных в сроке от 6 до 12-13 недели гестации. Все обследуемые пациентки были госпитализированы в гинекологическое отделение или в отделение патологии беременности с клиническими и ультразвуковыми признаками угрозы прерывания беременности I триместра. Обследованные были разделены на IV клинические группы: I группа — пациентки с физиологическим течением беременности (n=18), II группу составили пациентки с клинической угрозой прерывания, беременность которых на фоне проводимой терапии пролонгировалась (n=35), III группу составили пациентки, поступившие в гинекологическое отделение с диагнозом «неразвивающаяся беременность» (n=18), четвертая группа сформирована из женщин (n=17), поступивших в гинекологическое и отделение патологии беременности с признаками угрозы прерывания, у которых, несмотря на проводимую (сохраняющую, этиотропную антибактериальную после 8 недель беременности) терапию беременность не состоялась в развитии. Последовательность и кратность исследований у каждой беременной были одинаковыми. При обследовании беременных использовали общепринятые методы: сбор анамнеза, жалобы, осмотр, общелабораторные исследования, УЗИ, гормональное обследование. Из исследования были исключены пациентки с эндокринопатиями, АФС, генетическими аномалиями, патологией формы матки.

Уровень кортикотропин-рилизинг гормона (CRH) в сыворотке крови пациентов определяется методом иммуноферментного анализа наборами фирмы BACHEM GROUP (USA). Уровень активина А в сыворотке крови пациентов определяли мето-

дом иммуноферментного анализа наборами фирмы OBI (USA). Расчет проводился с использованием медиан и квартилей 25 и 75.

В I группе уровень активина А был равен 1,850 нг/мл, во группе — 1,250 нг/мл, в III — 1,270 нг/мл, в IV группе — 0,674 нг/мл. При сопоставлении медиан значений активина А обращает внимание снижение уровня этого цитокина во всех группах с осложненной беременностью. Причем наименьшие цифры активина А отмечены при неразвивающейся беременности.

В I группе уровень CRH составил 19,820 нг/мл, во II -15,590 нг/мл, в III группе — 18,410 нг/мл, в IV — 21,420 нг/мл. Выявлено, что уровень CRH в сыворотке крови во II группе был достоверно ниже ($p<0,01$), практически в 1,5 раза, чем в сыворотке крови пациенток контрольной группы при физиологическом течении беременности. При этом аналогичной зависимости в остальных изучаемых группах не обнаружено. Обращает на себя внимание достоверное повышение CRH в III и IV группах обследуемых в 1,2 и 1,3 раза, соответственно, по отношению к группе с сохраненной беременностью.

Таким образом, полученные нами результаты сопоставимы с данными различных зарубежных авторов о роли активина А как маркера благополучного течения беременности (Muttukrishna S., Jauniaux E., Greenwold N. et al., 2002; Prakash A., Laird S., Tuckerman E. et al., 2005; Florio P., Severi F.M., Bocchi C. et al., 2007). Тем не менее, отсутствие статистически значимых различий между группами не позволяет использовать активин А ни как маркер доклинических признаков угрозы прерывания беременности, ни как параметр, позволяющий прогнозировать неблагоприятный исход беременности I триместра, несмотря на проведение сохраняющей терапии.

Установлено, что для неблагоприятного исхода беременности, несмотря на проводимую сохраняющую терапию, до начала лечения характерно повышение концентрации кортикотропин-рилизинг гормона в сыворотке крови по сравнению с нормально протекающей беременностью. В случаях с благоприятным исходом угрозы прерывания беременности до начала терапии CRH, напротив, снижается по сравнению с контрольной группой.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ НА ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Назарова С.В., Прилепина И.А., Доскин В.А., Муравина Е.Л., М.А. Анташова.

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра поликлинической педиатрии ГОУ ДПО РМАПО, ГКБ № 72 Москва, Россия

В последние годы в России отмечен существенный рост количества родов в группе пациенток старше 35 лет (в 1997 г- 24%, в 2008 г- 43,2%). Наряду с изучением особенностей течения беременности и родов в данной возрастной группе, целесообразно обратить внимание и на психологические аспекты беременности и их возможную связь с перинатальными исходами и дальнейшим развитием детей.

С целью уточнить особенности психоэмоционального статуса женщин позднего репродуктивного возраста и изучить состояние здоровья и параметры физического и нервно-психического развития рожденных ими детей, было анонимно проанкетировано 50 беременных в возрасте от 35 до 45 лет, составивших основную группу, и 50 беременных моложе 30 лет (от 18 до 29 лет), вошедших в группу контроля. Уровень фрустрированности оценивали по методике Л.И. Вассермана. Невротическую предрасположенность выявляли с помощью опросника К.Хека. Так же было обследовано 50 детей (от 6 мес. до 1 года жизни), рожденных женщинами в возрасте от 35 до 45 лет, и 50 детей такого же возраста, рожденных женщинами 18-29 лет. Многофакторная оценка состояния здоровья детей дана на основании комплексного клинического обследования с учетом данных об особенностях течения беременности и родов, а также социального статуса семьи.

По результатам нашего исследования средний индекс уровня социальной фрустрированности в обеих группах беременных был приблизительно равным (1.26 в основной и 1.25 в контрольной). Однако сравнение показателей фрустрированности по 40 пунктам выявило тенденцию к большей неудовлетворенности своей жизнью со стороны более молодых пациенток, особенно в сфере бытовых условий и материального положения (индекс > 2). Интересно, что и предрасположенность к возникновению неврозов в основной группе была заметно ниже (4 %), чем в контрольной (8,7%). Пограничный уровень невроза так же был констатирован лишь у 9% пациенток основной группы против 24 % контрольной. При самостоятельном выборе метода родоразрешения 21% женщин основной группы и 15 % контрольной выбрали бы кесарево сечение. Причем, мнение, что операция нарушает эмоциональную связь матери и малыша, разделяли всего 23% беременных основной и 60% контрольной группы.

При распределении новорожденных основной группы по группам здоровья установлено, что по-

давляющее большинство детей отнесено ко II и III гр. здоровья (около 92%). Отмечена высокая степень перинатального риска у детей данной группы (87,8%). Оценка новорожденных основной группы по шкале Апгар в 73% составила 8/9 баллов, в 16% — 8/8 баллов, в 2%- 9/8, и в 2% 6/ИВЛ, что было вызвано тяжелой неврологической симптоматикой. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза у них чаще характеризуется, как высокий и выраженный. Порог стигматизации этих детей составляет 8-10, против 5-7 стигм у детей в группе контроля, что может рассматриваться как фактор риска еще не проявившейся патологии. Полученные нами результаты, свидетельствующие о замедленной прибавке в весе у детей, рожденных от женщин старше 35 лет, очевидно обусловлены характерной для них гипогалактией. Процент детей, находящихся на искусственном вскармливании с 3 мес., основной группе составил 36 %, против 19 % в контрольной. К шести месяцам цифры возросли в обеих группах до 52 % и 41% соответственно. По социальному анамнезу основная группа характеризуется значительно более низким уровнем риска. Гармоничное физическое развитие отмечалось у 62 % детей. Показатели нервно-психического развития остальных 38% обследованных детей в возрасте до 1 года характеризовались задержкой развития общих движений, речи и формирования навыков.

На основании полученных нами данных можно заключить, что более высокий уровень образования и достатка у пациенток основной группы обуславливает их большую удовлетворенность своей жизнью, меньшую склонность к неврозам и уверенность в своей эмоциональной связи с будущим ребенком вне зависимости от предстоящего метода родоразрешения. Очевидно, именно эти показатели психоэмоционального здоровья матери обуславливают более низкий уровень риска по социальному анамнезу у детей основной группы. Дети, рожденные женщинами старшего репродуктивного возраста, имеют заметно более отягощенный генеалогический и биологический анамнез, выраженный уровень стигматизации, у них чаще отмечена задержка нервно-психического развития. Можно полагать, что это связано не столько с психоэмоциональным статусом матери, сколько с высокой частотой гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а так же большим процентом осложнений течения беременности и родов у пациенток старшего репродуктивного возраста.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Нафтулович Р.А., Закрытная О.С.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

Проблема недержания мочи у женщин во время беременности и после родов в настоящее время яв-

ляется актуальной, так как приводит к стойкой социальной дезадаптации, утрате трудоспособности, снижению качества жизни. Именно поэтому прогноз риска развития данной патологии обеспечит выявление пациенток с высокой вероятностью развития недержания мочи.

Прогноз риска развития недержания мочи у женщин во время беременности и после родов основан на следующих критериях:

- возраст женщины;
- условия труда;
- гинекологические заболевания в анамнезе;
- количество беременностей и их исход (паритет), в том числе — течение предыдущих беременностей, родов;
- акушерские травмы промежности и акушерские пособия в родах;
- масса новорожденного;
- экстрагенитальные заболевания в анамнезе;
- семейный анамнез.

Каждый из этих критериев оценивается в баллах, а именно:

Возраст:

18-25 лет—1 балл,

26-30 лет—5 баллов,

31-35 лет—9 баллов.

Занятость легким трудом—1 балл.

Тяжелым физическим трудом—2 балла.

Нарушение менструальной функции в анамнезе оценивают как 2 балла, рецидивирующие вагиниты — 2 балла, опущение стенок влагалища — 2 балла;

Первородящая первобеременная — 1 балл; первородящая, имевшая аборт — 10 баллов, повторородящая, не имевшая абортов — 5 баллов, повторородящая, имевшая аборт — 8 баллов.

В течение предыдущей беременности угроза раннего выкидыша — 2 балла, угроза позднего выкидыша — 2 балла, угроза преждевременных родов — 2 балла, ранний токсикоз — 1 балл, анемия беременных — 1 балл, предыдущие срочные роды — 1 балл, преждевременные роды — 2 балла, преждевременное излитие вод — 3 балла, быстрые роды — 2 балла, стремительные роды — 3 балла, кесарево сечение — 3 балла, предыдущие разрывы шейки матки — 3 балла, разрывы мягких тканей влагалища и промежности — 3 балла, эпизиотомия — 1 балл, перинеотомия — 3 балла, акушерские щипцы или вакуум-экстракция плода — 3 балла; масса новорожденного менее 2500г — 1 балл, от 2500-3800г — 4 балла, более 3800 г — 5 баллов.

В числе экстрагенитальной патологии — пролапс митрального клапана оценивают как 7 баллов, артериальная гипертензия — 4 балла, расстройство вегетативной нервной системы — 5 баллов, варикозное расширение вен нижних конечностей — 6 баллов, геморрой — 7 баллов, хронические ларингиты, трахеиты, бронхиты — 7 баллов, грыжи — 11 баллов, висцероптоз, в том числе, нефроптоз — 7 баллов, хронический гастрит, гастродуоденит — 3 балла, дискенизия желчевыводящих путей — 4 балла, хроническая конституация — 6 баллов, патология зрения (миопия) — 5 баллов, аллергические

— 7 баллов; в числе патологии опорно-двигательного аппарата сколиоз или кифосколиоз — 3 балла, переломы — 3 балла, вывихи, в том числе и привычные — 2 балла, остеохондроз — 3 балла, артрозо-артриты — 2 балла.

Исходя из семейного анамнеза, наличие недержания мочи у матери, сестры, бабушки оценивают как 3 балла, пролапс гениталий, грыжи, висцероптоз — 3 балла, варикозное расширение вен — 3 балла, пролапс митрального клапана — 2 балла, патология опорно-двигательного аппарата — 2 балла, миопия — 2 балла.

При отсутствии данных по одному из параметров его бальную оценку приравнивают к 0, полученные данные суммируют и при их количестве 16 и менее прогнозируют низкую степень риска развития заболевания, 17-52 баллов — среднюю степень риска, 53 и более баллов прогнозируют высокую степень риска.

Таким образом, в оценке прогнозирования риска развития недержания мочи у женщин во время беременности и после родов особое значение имеют следующие параметры: возраст женщины и наличие в анамнезе абортов; вес плода, а также различные проявления дисплазии соединительной ткани в анамнезе у женщины или у ее родственников (бабушка, сестра, мать), такие как пролапс митрального клапана, варикозное расширение вен, геморрой. Грыжи, висцероптоз также играют значительную роль в прогнозе развития недержания мочи у женщин во время беременности и после родов.

СПЕКТР ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ВЫЯВЛЕННЫХ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 5 ЛЕТ

Некрасова Е.С., Воронин Д.В., Петрова Е.В.

Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)», Санкт-Петербург, Россия

Профилактика наследственных и врожденных болезней в Санкт-Петербурге является одной из основных задач медико-генетической службы. Решающая роль в комплексе мероприятий по профилактике наследственных и врожденных болезней принадлежит пренатальной диагностике, цель которой — выявить и при необходимости предотвратить рождение детей с инвалидизирующими и летальными врожденными пороками развития (ВПР). Высокая централизация службы, рациональное разделение ее основных функций между всеми ЛПУ, осуществляющими пренатальную диагностику, способствует ее эффективной работе в медицинском и экономическом плане.

Не вызывает сомнений, что диагностика тяжелых ВПР плода на максимально ранних сроках беременности позволяет своевременно прервать беременность

с минимальным риском осложнений для женщины. В связи с этим, диагностика ВПР плода при скрининговом ультразвуковом исследовании в первом триместре беременности приобретает решающее значение.

Нами проведен анализ выявления ВПР плода в 10-14 недель беременности за последние 5 лет (2005-2009 гг.). Данные по выявляемости ВПР различных систем органов представлены в таблице. Отмечается значительное увеличение эффективности диагностики в первом триместре беременности пороков развития ЦНС, костно-суставной системы, объемных образований плода. Резко выросло количество пороков развития, выявленных или заподозренных на первом уровне пренатального скрининга, т.е. в женских консультациях и других ЛПУ, что свидетельствует о росте профессионализма врачей, работающих на первом уровне пренатального скрининга и эффективной организации службы пренатальной диагностики в Санкт-Петербурге.

Выявление ВПР в 2005-2009 годах в Санкт-Петербурге в ходе городского ультразвукового пренатального скрининга.

Результаты УЗИ	2005	2006	2007	2008	2009
Проведено УЗИ в 10-14 недель	20767	22406	24206	29167	31782
Всего выявлено ВПР в 10-14 недель / % от выявленных на всех сроках	42/15%	45/13%	65/16%	78/17%	94/19%
ВПР, выявленные или заподозренные на I уровне, подтвержденные в МГЦ	21	25	34	56	58
ВПР, выявленные впервые в МГЦ (II уровень)	21	20	31	22	36
Вид ВПР / % от выявленных на всех сроках					
ЦНС	10/20%	9/15%	15/27%	13/26%	15/21%
Дефекты передней брюшной стенки	4/44%				11/52%
Костно-суставная система	1/12%				5/13%
Изолированные пороки сердца	-				4/8,3%
МВПР	7/30%				28/42%
Объемные образования (кистозные гигромы шеи)	19/34%				24/52%

Увеличение эффективности пренатальной ультразвуковой диагностики за последние 5 лет работы связано как с повышением материально-технического оснащения кабинетов УЗИ, так и с ростом профессионализма врачей на всех уровнях пренатального скрининга. Кроме того, с 2002 года при проведении ультразвукового скрининга в первом

триместре беременности используется развернутый протокол осмотра, который включает в себя обязательную оценку головного мозга, глазниц, профиля плода, четырехкамерного среза сердца, передней брюшной стенки, мочевого пузыря, позвоночника и конечностей плода.

Дальнейшее повышение эффективности пренатальной ультразвуковой диагностики ВПР плода в первом триместре беременности возможно при наличии следующих условий: организация внутриведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи; планирование числа ультразвуковых исследований, кадров с учетом нормативов, фактической и эффективной потребности в ультразвуковых исследованиях популяцией беременных; тематическое обучение врачей УЗД; анализ популяционной статистики ВПР; улучшение диагностической оснащённости кабинетов УЗД; проведение исследований в оптимальные диагностические сроки; создание единой телекоммуникационной сети между УЗ-аппаратами; архивация и использование полученных данных в системе единого городского регистра врожденной и наследственной патологии. При этом важную роль играет оптимизация деятельности кабинетов ультразвуковой диагностики в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения, направленная на создание надлежащих условий пренатальной ультразвуковой диагностики.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГЕСТОЗОМ

Никитина Е.В., Мардусевич Я.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Сахарный диабет (СД) — это синдром хронической гипергликемии, развивающийся в результате воздействия генетических и экзогенных факторов. Распространенность заболевания составляет среди населения различных стран и этнических групп 1 — 3 %. Особое значение во всем мире приобретает сочетание СД и беременности. СД осложняет около 3-12% беременностей и родов. При этом СД протекает с осложнениями у 80% женщин, что значительно превышает показатели в общей популяции. Наиболее тяжелым осложнением беременности у данного контингента больных является поздний гестоз, частота которого достигает 54%. При СД фетоплацентарный комплекс существует в условиях расстройства микроциркуляции, клеточного метаболизма и хронической гипоксии. Объем и тяжесть нарушений его функции зависит от давности заболевания, тяжести течения, степени компенсации обменных процессов, наличия акушерских осложнений, в первую очередь — гестоза. При этом изменения в плаценте откладываются

непосредственный отпечаток на развития плода и состояние новорожденного. Новорожденные, больных сахарным диабетом матерей, составляют группу высокого риска по перинатальной патологии. Среди них преобладают недоношенные, незрелые дети, асфиксия новорожденных и нередко пороки развития. Дети этих матерей трудно адаптируются к изменившимся условиям жизни. Цель исследования — изучение исходов беременности у женщин с ИЗСД и гестационным СД, осложненных гестозом, путем изучения морфофункциональных особенностей системы мать-плацента-плод. Для решения вышеперечисленных задач был проведен детальный анализ карт беременных и историй родов у 76 беременных женщин в возрасте от 18 до 35 лет и их новорожденных. Проводилась морфометрическая и морфологическая оценка плацент. Все беременные были разделены на следующие группы: 1 группа — 26 беременных с ИЗСД, сочетанным с гестозом; 2 группа — 13 беременных с ГСД; 3 группа — 16 беременных, имеющих только ИЗСД (без гестоза); 4 группа — 11 соматически неотягощенных беременных с гестозом; 5 группа — контрольная, которую составили 10 здоровых женщин без отягощенного гинекологического и акушерского анамнеза. У беременных с ИЗСД, осложненным гестозом, водянка имела место в 27,8% случаев, гестоз легкой степени тяжести — в 43%, средней степени тяжести — в 21% и тяжелой степени у 8% женщин. При ГСД данное осложнение встречалось в 43%, 33%, 13% и в 11% соответственно. В 3 группе в 32% наблюдений была выявлена водянка, в 52% — гестоз легкой степени тяжести, в 11% — средней степени тяжести и в 5% — тяжелой степени.

Наиболее частыми осложнениями неонатального периода у детей, рожденных женщинами, страдающими ИЗСД, являлись перинатальное поражение ЦНС и диабетическая фетопатия. При этом при присоединении гестоза отмечался рост частоты данных осложнений. У детей, рожденных женщинами, беременностей которых осложнялась гестозом (без СД), перинатальное поражение ЦНС отмечалось в 45,4% случаев.

Отличительной особенностью морфологической структуры плаценты у беременных женщин с сахарным диабетом явилось: увеличение содержания склерозированных и фибриноидноизмененных ворсин, деструкция органелл синцитиоцитотрофобласта и эндотелия, развитие склероза и фибриноидного некроза стромы. Появлялись афункциональные зоны. Ворсинчатое дерево укорачивалось. Преобладали створчатые и промежуточные ворсины. Строение плаценты при ИЗСД находилось в прямой зависимости от степени тяжести и длительности заболевания, когда на первое место выступают процессы дезадаптации с развитием плацентарной недостаточности. Помимо этого, прогрессировали и изменения в микроциркуляторном русле, такие как: стаз и тромбоз. Следует отметить также увеличение ворсин со следующими патологическими процессами: альтерация, склероз и фибриноидный некроз.

Выводы: 1. Течение беременности у больных с ИЗСД и ГСД характеризуется высокой частотой осложнений: угроза прерывания беременности — 42% и 30,1%, многоводие — 27,8% и 43%, преждевременные роды — 36 и 12,5% соответственно. Родоразрешение посредством кесарева сечения происходило в 69,2% случаев. По данным морфологических методов исследования частота плацентарной недостаточности у беременных с ИЗСД составила 75%, при ГСД — 50%. 2. Присоединение гестоза приводило к стойкому увеличению числа детей, родившихся с перинатальным поражением ЦНС при ИЗСД у матери и диабетической фетопатии при гестационном СД. 3. При ИЗСД изменения в плаценте носят характер неустойчивого равновесия между адаптационными процессами, направленными на улучшение обмена между матерью и плодом, за счет усиления плацентарного кровообращения. При гестационном СД дезадаптационные изменения проявляются в нарушении метаболизма, особенно на ультраструктурном уровне, а также в виде склероза ворсин, что является следствием ишемии плаценты.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Никифорович И.И., Иванян А.Н., Литвинов А.В.,
Пугачева Е.С.

Смоленск

Считалось, что анемия во время беременности развивается вследствие недостаточной физиологической адаптации к повышенным потребностям в течение гестационного процесса. Кровь, как интегрирующая среда организма, участвует в развитии механизмов адаптации, поэтому структурно-функциональные нарушения в любой доминирующей системе будут вызывать неспецифические, но адекватные изменения в крови, особенно в её клеточных элементах. Процесс гидратации для биологических систем является фундаментальным. Вода в виде структурированной гидратной оболочки в значительной степени определяет физико-химические свойства биополимеров, субклеточных образований и клеток. Определение уровня связанной воды в крови является интегративной характеристикой организма, позволяющей судить о состоянии его адаптационных механизмов.

Для оценки компенсаторно-адаптационных возможностей организма при беременности определяли структурное соотношение фракций воды.

Целью работы явилось определение уровня общей, свободной и связанной воды в плазме и эритроцитах крови у беременных с анемией.

Метод заключается в определении скорости высушивания образца жидкости. При этом считают, что точка между постоянной скоростью высушивания и областью, где эта скорость снижается, является переходной, когда практически заканчивается испарение свободной воды и начинается испарение связанной.

Определение уровней фракций воды проводили в образцах крови у 66 беременных. При этом было сформировано 2 группы: 1 группа (n =22) — пациентки с нормально протекающей беременностью, 2 (n=44) основная — беременные с анемией. В качестве группы контроля служили 10 пациенток репродуктивного возраста вне состояния беременности. Диагноз анемии беременных устанавливался на основании рекомендаций ВОЗ при уровне Hb < 110 г/л [8]. Каждая из групп была разделена на 3 подгруппы: а) до 12 недель беременности; б) 13-28 недели беременности; в) с 29 до 38 недель. Состояние беременных оценивали по общепринятым критериям — на основании данных стационарного обследования.

Согласно имеющимся литературным сведениям анемии в период беременности носят преимущественно железодефицитный характер. При подробном анализе полученных нами данных выявлено, что у всех обследуемых беременных анемия имела нормоцитарный характер. Как свидетельствуют полученные нами данные, уровень общей воды в плазме и эритроцитах у беременных по данным таблицы 2 достоверно отличался от уровня общей воды в контрольной группе: в плазме до 12 недель — (p =0,00017); с 13 до 28 недель (p=0,000014) и с 29 до 38 недель (p = 0,00046). Уровень общей воды в эритроцитах представлен следующим образом: до 12 недель — 65,69±0,29% (p=0,03); с 13 до 28 недель — 66,72±0,15% (p=0,00001); с 29 до 38 недель — 67,25±0,7% (p = 0,0054), при норме — 65,15±0,074%. Кроме того у беременных I триместра отмечался повышенный уровень связанной воды в плазме 12,77±0,33%, при норме 11,73±0,09% (p=0,001), что позволяет думать о напряжении адаптационных механизмов во время беременности.

Со II триместра беременности выявлено достоверное повышение уровня свободной и связанной воды в эритроцитах: с 13 до 28 недель, соответственно, 44,12±0,22% (p = 0,00019) и 21,6±0,25% (p=0,03); с 29 до 38 недель 44,17±0,46% (p=0,02) и 23,07±0,4% (p= 0,014) При этом коэффициент гидратации эритроцитов достоверно не отличался, что свидетельствует о физиологически протекающей беременности, так как соотношение свободной и связанной воды по сравнению с нормой не изменено.

Вместе с тем, нами установлено достоверное увеличение уровня свободной воды в эритроцитах крови в условиях анемии беременных в сроки до 12 недель до 47,7 ± 0,45 % (p=0,00001), с 13 до 28 недель — 46,98± 0,55% (p=0,000002) и в последнем триместре до 45,98±0,52% (p=0,00046) и снижение количества связанной воды в эритроцитах в указанные сроки, соответственно, до 18,45±0,86% (p=0,00017), 20,07± 0,36% (p=0,00004) и 19,97±0,41% (p=0,0012). Выявленные изменения косвенным образом указывают на снижение адаптации организма беременных в условиях развития анемического синдрома.

На основании проведенных исследований нами впервые установлено повышение уровня общей воды в плазме и эритроцитах у беременных. Начиная со II триместра беременности, отмечает-

ся повышение уровня свободной и связанной воды в эритроцитах. Поскольку уровень свободной и связанной воды в органах и тканях меняется как при физиологических процессах, так и при различных патологических состояниях, у беременных с анемией отмечается снижение уровня связанной воды и повышение содержания свободной воды. Связанная вода повышается в стадии резистентности в результате включения физиологических и биохимических механизмов срочной адаптации. Если же воздействие на организм продолжается и наступает стадия истощения, когда адаптационные возможности организма исчерпаны, то содержание связанной воды снижается. Следовательно, содержание связанной воды в крови является интегративной характеристикой организма, позволяющей судить о состоянии его адаптационных механизмов в организме беременной женщины.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКОЙ МАССЫ ТЕЛА

Никифоровский Н.К., Покусаева В.Н.,
Нечаевская И.В.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Важным показателем нормального течения беременности является адекватное увеличение массы тела. Основной причиной избыточного увеличения веса является как нерациональное питание, так и ограничение физической нагрузки при беременности, особенно при некоторых осложнениях гестационного процесса, требующих длительной госпитализации. В свою очередь, патологическая гестационная прибавка массы увеличивает риск развития гестоза, невынашивания и перенашивания беременности, анемии, плацентарных нарушений, аномалий родовой деятельности, акушерских кровотечений, родовой травматизма матери и плода.

Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей течения беременности, состояние фетоплацентарного комплекса у пациенток с исходно нормальным индексом массы тела (ИМТ=19,5-24,9) при различных прибавках веса. На базе женских консультаций г. Смоленска было обследовано 106 беременных, которых мы разделили на 2 группы: основная — с избыточной прибавкой более 16 кг (49 — 46,2%) и контрольная — с физиологической прибавкой веса (57-53,8%).

При обследовании использовались следующие методы: общеклинические, антропометрия, клинико-лабораторные методы исследования, акушерские, ультразвуковое исследование фетоплацентарной системы, доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод, кардиотокография.

Из осложнений беременности наиболее часто встречалась угроза прерывания (у 36 — 73,5% женщин с патологической прибавкой и у 32 — 56,2% с

нормальной прибавкой). Нужно отметить, что угроза невынашивания нередко носила длительный и рецидивирующий характер, у половины пациенток с патологической прибавкой потребовалась госпитализация (16 — 44,4%). В первом триместре угроза выкидыша отмечена у 20 (40,8%) и 18 (31,6%), во втором триместре беременности — у 19 (38,8%) и 19 (33,3%), в третьем триместре у 12 (24,5%) и 9 (15,8%) основной и контрольной групп, соответственно.

Как и по данным литературы, по нашим наблюдениям, токсикоз первой половины беременности, особенно с потерей массы тела, способствует ее патологической прибавке в последующем (у 15 — 30,6% и 10 — 17,5% пациенток, соответственно, в основной и контрольной группах).

Гестоз, как одно из наиболее опасных осложнений беременности, почти в 2 раза чаще встречался у пациенток с нарушением метаболических процессов — 28 (57,2%) и 19 (33,3%), соответственно.

Хотя в исследовании у всех пациенток были диагностированы легкие формы гестоза, особенностями его течения при патологической прибавке веса было раннее начало (в 24-26 недель у 3 пациенток основной группы) и длительное течение. Кроме того, несмотря на проводимое лечение, значимого улучшения в основной группе получить не удалось у 24 из 25 беременных, тогда как в группе с нормальной прибавкой в половине случаев отмечено уменьшение отеков, купирование гипертензии и протеинурии отмечено у 10 из 19.

Анемия также чаще выявлялась у пациенток с патологической прибавкой массы и в основном регистрировалась во втором триместре. Так у 29 (59,2%) беременных основной и 26 (45,6%) контрольной групп наблюдались низкие показатели гемоглобина. Причем, проведение антианемической терапии не было достаточно эффективным: к моменту родов анемия диагностировалась у 41 (83,7%) пациентки основной группы и у 14 (24,6%) в контроле.

Патологическая прибавка отрицательно влияет и на развитие фетоплацентарного комплекса. Чаще нарушалась дыхательная функция плаценты: хроническая внутриутробная гипоксия встречалась у 11 (22,4%) и 7 (12,3%) беременных основной и контрольной группы, соответственно.

Патологическая прибавка массы тела способствуют как недонашиванию, так и перенашиванию: преждевременные роды наблюдались у 3, запоздалые у 1 пациентки основной группы, тогда как в контрольной группе все роды были своевременными.

Роды через естественные родовые пути проведены у 38 (77,5%) и у 43 (75,4%), путем операции кесарева сечения у 11 (22,4%) и у 14 (24,5%) основной и контрольной группы, соответственно.

Оперативные роды у пациенток с патологической прибавкой веса чаще имели плановый характер, показаниями служили нарушение состояния плода — 3, отягощенный анамнез (бесплодие, невынашивание в анамнезе) — 3, неправильное положение и предлежание плода — 2.

Особенностями течения родового акта при патологической прибавке массы тела были несвоевременное излитие вод — у 25 (51,2%) в отличие от 11 (19,3%) контрольной группы. Почти в 3 раза чаще наблюдалась первичная слабость родовой деятельности (12 — 24,5% и 5 — 8,8%) в основной и контрольной группах, соответственно. Слабость потуг и дискоординация встречались только у пациенток основной группы — 6 (12,2%) и 5 (10,2%), соответственно. Осложнения родового акта у 3 пациенток основной группы послужили показаниями для абдоминального родоразрешения.

Таким образом, патологическое увеличение веса при беременности даже при исходно нормальной массе тела способствует развитию большого количества осложнений гестационного процесса и родов. Возможно, проведение активной разъяснительной работы в первом триместре позволит сократить риск перинатальных и акушерских осложнений, связанных с несоблюдением основ здорового образа жизни при беременности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНОГО МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Никогосян Д.М.

Россия, г.Казань, ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Проблема преждевременных родов не теряет своей актуальности в современном акушерстве, это определяется социальной и медицинской значимостью данной патологии. Частота этого осложнения варьирует от 4,5 до 10,2%). Используемые для лечения преждевременных родов токолитические препараты (ингибиторы простагландинов) зачастую оказываются неэффективными и имеют широкий спектр противопоказаний и побочных действий. В настоящее время известно, что натуральный прогестерон является основным стероидным гормоном беременности, который необходим для трансформации эндометрия в децидуальную ткань и подготовки к имплантации эмбриона, способствует росту и васкуляризации миометрия на протяжении всей беременности. В связи с этим представляется интересным поиск новых возможностей терапии угрозы преждевременных родов с использованием натурального прогестерона (утрожестан).

Целью нашей работы явилось оценка клинической эффективности натурального прогестерона в терапии угрожающих преждевременных родов.

В ходе работы было проведено обследование 110 беременных с угрозой преждевременных родов в сроки гестации от 28 до 35 недель. В основную группу вошли 60 беременных с угрозой преждевременных родов, получавшие наряду с внутривенным введением гинипрала (гексопреналин) в половинной дозе утрожестан с начальной дозой 600-800мг до снятия признаков угрозы преждевременных

родов, и поддерживающей дозой 400 мг-до 35не-
дель беременности. Препарат использовался ваги-
нально. 50 пациенток с угрозой преждевременных
родов получавших лишь токолитическую терапию
гинипралом составили группу сравнения. Наряду
с общепринятым клинико-лабораторным обследо-
ванием проводилось ультразвуковое и кардиотоко-
графическое исследование.

У всех пациенток перед началом лечения име-
лись признаки повышенной сократительной актив-
ности матки (клинические, ультразвуковые, карди-
отокографические). На фоне проводимой терапии
у 56(93,3%) пациенток основной группы уже на
1-3день, у 4(6,7%) пациенток- 3-4день. В группе
сравнения положительная динамика у большин-
ства беременных отмечалась лишь с 6-7 дня от
начала лечения. Средняя продолжительность ле-
чения токолитиками в основной группе составила
2,2+0,7 суток, в группе сравнения 7,3+1,5($p \leq 0,05$).
Стойкий эффект отмечался у всех беременных, по-
лучавших прогестерон. Возобновления симптомов
угрозы не было в основной группе и наблюдалось
у 34% беременных 2-ой группы. В основной группе
беременность была пролонгирована до 36 недель, в
группе сравнения — до 38 (76%).

В ходе исследования мы пришли к выводам, что
натуральный прогестерон (утрожестан) является
эффективным препаратом для терапии угрожа-
ющих преждевременных родов. Препарат не вы-
зывает побочных эффектов и хорошо переносится
беременными.

РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Никогосян Д.М.

Россия, г.Казань, ГОУ ДПО Казанская государственная меди-
цинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Среди проблем современного акушерства про-
блема угрожающих преждевременных родов по
социальной и медицинской значимости занимает
одно из первых мест. У пациенток с угрозой пре-
ждевременных родов имеется неблагоприятный
фон для наступления беременности, обусловлен-
ной гормональной недостаточностью, функцио-
нальной и структурной неполноценностью эндо-
метрия, аутоиммунными и другими нарушениями
репродуктивной системы, которые нередко ведут
к изменениям процессов имплантации, нидации
плодного яйца, плацентации, что в конечном итоге
приводит к реализации плацентарной недостаточ-
ности. Плацентарная недостаточность в клинике
угрожающих преждевременных родов является
первичной, составляет по данным исследователей
48-77% и зачастую ведет к формированию не толь-
ко гипоксии плода, но и выраженной задержки его

развития, вплоть до внутриутробной гибели. Цель
исследования: оценить эффективность препаратов
прогестерона (утрожестан, крайнон-гель 8%) в ком-
плексной терапии угрожающих преждевременных
родов и их влияние на состояние маточно-плацен-
тарного кровотока. Под наблюдением находились
60 беременных женщин с угрозой преждевремен-
ных родов в сроки гестации от 28 до 35 недель, из
группы были исключены беременные с разрывом
плодного пузыря и отсутствием раскрытия шейки
матки более 2см. Перед началом лечения у всех
пациенток имелись клинические, ультразвуковые,
кардиотокографические признаки повышенной
сократительной активности матки, при этом регу-
лярной родовой деятельности отмечено не было.
Основную группу составили 35 женщин с выражен-
ной угрозой преждевременных родов, получавших
наряду с общепринятым лечением крайнон-гель
8% или утрожестан 400 мг/сут в течении 12-15 дней
вагинально. Группу сравнения составили 25 паци-
енток получавших лишь токолитическую терапию.
Для характеристики системы мать-плацента-плод
ультразвуковое исследование плода и плацен-
ты, исследование сердечной деятельности плода.
Ультразвуковое исследование фетаплацентарного
комплекса включало в себя: проведение ультразву-
ковой фетометрии, плацентометрии, оценку коли-
чества околоплодных вод, диагностику врожденных
пороков развития плода. Исследования выполнены
с помощью ультразвукового диагностического при-
бора (En Visor). Кардиотокографическое исследова-
ние (КТГ) проводилось для функциональной оцен-
ки состояния плода на аппарате «Fetalgard-2000».
Доплерометрическое исследование проводили для
оценки маточно-плодово-плацентарного кровото-
ка в артерии пуповины и маточных артериях. На
фоне проводимой терапии у 33 (94,2%) пациенток
основной группы отмечалось улучшение состояния
(уменьшение боли, снижение тонуса матки) уже на
2-3день, у 2 (5,8%)- на 3-4 день. В группе сравнения
положительная динамика у большинства беремен-
ных отмечалась лишь с 6-7 дня от начала терапии.
Средняя продолжительность лечения гинипралом
в основной группе составила 2,1+0,7 суток, в груп-
пе сравнения 7,2+1,4 ($p < 0,05$). Стойкий эффект
отмечался у всех беременных, получавших пре-
паратов прогестерона, возобновление симптомов
угрозы наблюдалось у 30% беременных 2-ой груп-
пы. Повышение тонуса матки регистрировалось у
15 пациенток (43%) в первой группе, 17(68%) во
второй группе соответственно. При оценке плацен-
тарного кровотока были выявлены нарушения у 21
и 16 в первой и второй группе до лечения. После
курса терапии в группе беременных с традицион-
ным лечением показатели оставались практически
прежними (14), причем чаще наблюдалось наруше-
ние кровотока в виде повышения резистентности в
маточных артериях. В основной группе нормаль-
ные значения кровотока составило 18 пациенток
что составляет 85%. В обеих группах беременность
была пролонгирована до 38-39 недель. Средняя
масса тела при рождении у новорожденных соста-

вила 3400,8+26,9г в основной группе и 2860+19,4г во второй группе. Оценка по шкале Апгар от 7 до 9 баллов — 87% и 35% соответственно. Меньше 7 баллов — 13% в первой группе, 65% во второй. Таким образом, препараты прогестерона являются эффективными в терапии угрозы преждевременных родов, позволяют уменьшить лекарственную нагрузку токолитиками, кроме того оказывают благоприятное влияние на фетоплацентарный комплекс, тем самым способствуя пролонгированию беременности и лучшему состоянию новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

**Никольская И.Г., Малиновская В.В.,
Микаелян А.В., Федотова А.В., Бирюкова Н.В.,
Ефанов А.А.**

МОНИИАГ, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалея, Москва, Россия

Цель исследования: повышение эффективности терапии пиелонефрита у беременных.

Задачи: изучение интерферонового статуса (ИФС) беременных с пиелонефритом в различные стадии заболевания, а также цитокинового профиля для уточнения схем иммунокоррекции с учетом выявленной патологии.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 200 беременных с различными стадиями хронического пиелонефрита. Стойкая ремиссия имела у 80 беременных, малосимптомное обострение — у 60, выраженное клиническое обострение — у 80, которым наряду с клиническими и микробиологическими методами исследования определяли сывороточный интерферон в цельной крови; спонтанную, вирус- или митоген-индуцированную продукцию альфа и гамма интерферона (ИФН) лейкоцитами, уровень этих ИФН в сыворотке крови; интерлейкины (ИЛ) 1,2,4,6, фактор некроза опухоли (ФНО) — альфа в сыворотке крови и клеточных супернатантах. Давность заболевания составляла от 2 до 16 лет. У 48 беременных хронический пиелонефрит развился на фоне другой патологии почек (гидронефроз, мочекаменная болезнь, нефроптоз, поликистоз, кисты почек, гипоплазия).

Результаты: выявлены 3 основных, различных между собой ($p < 0,01$) типа ИФС, коррелирующие с цитокиновым профилем пациенток: при стойкой ремиссии заболевания выявлен 1 тип: сывороточный ИФН — 8 (4-16) МЕ/мл, альфа-функция системы ИФН — 32(32-64) МЕ/мл, гамма ИФН — 16 (16-32) МЕ/мл. Сывороточные ИЛ не определялись вообще, или определялся ИЛ-4, свидетельствующий об имевшем место обострении пиелонефрита несколько недель ранее.

У пациенток с хроническим пиелонефритом на фоне врожденных структурных аномалий почечной ткани (поликистоз, солитарные кисты), а также наличием персистирующей вирусно-бактериальной

генитальной инфекции даже вне обострения определялся интерлейкин-1 в сыворотке крови. Однако уровни его были достоверно ниже чем у пациенток с обострением процесса ($p < 0,05$).

При малосимптомном течении заболевания определялся 2 тип ИФС: концентрация ИФН — 4 (4-8) МЕ/мл, альфа-функция системы ИФН — 16 (8-32) МЕ/мл и гамма-ИФН — 8 (4-16) МЕ/мл. В сыворотке крови преобладал противовоспалительный ответ, характеризующийся преобладанием сывороточного показателя ИЛ-4 над гамма ИФН и ИЛ-6. Иногда сумма концентраций всех провоспалительных ИЛ была меньше концентрации ИЛ-4.

Третий тип ИФС выявлялся у пациенток с выраженным обострением: сывороточный ИФН — 4 (2-4) МЕ/мл, альфа-функция ИФН — 8 (4-16) МЕ/мл, гамма-функция ИФН — 4 (2-4) МЕ/мл. У 75% пациенток с обострением хронического пиелонефрита (выраженное обострение) в сыворотке крови определялись значимые уровни ИЛ-1 (126; 36,8-280) пкг/мл. Только при обострении хронического пиелонефрита отмечалась повышенная индуцированная способность лейкоцитов к продукции ИЛ-1. Еще одной характерной особенностью цитокинового статуса при обострении хронического пиелонефрита явилось сочетание повышенной продукции сывороточного ИЛ-1 с аналогичными изменениями уровня ФНО-альфа, которые можно назвать маркерами начала обострения пиелонефрита. Так, уровень сывороточного ФНО-альфа составил 339 (50-350) пкг/мл, который сопровождался повышением спонтанной продукции этого цитокина у половины больных, а также значимым увеличением индуцированной продукции ФНО-альфа до 740 (620-1000) пкг/мл.

Заключение: различные типы ИФС и цитокинового профиля у беременных с пиелонефритом сопряжены с вариантами клинического проявления заболевания и характеризуют различные степени угнетения системы ИФН и продукции цитокинов, что позволяет рекомендовать дифференцированный подход к корригирующей терапии с включением иммунокорректоров.

ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Никулин Б.А. , Хашукоева А.З*.,
Маматиева М.А.* , Ибрагимова М.И.***

Россия, Москва, Российский государственный медицинский университет*, Московский государственный медико-стоматологический университет**

Привычный выкидыш составляет от 5% до 20% в структуре невынашивания беременности. Наиболее актуальной и до конца не изученной является гипотеза об отсутствии адекватного защитного иммунного ответа, предотвращающего отторжение генетически чужеродного плода. Повышенная функциональная активность нейтро-

филов во время беременности способствует усиленной генерации этими клетками активных форм кислорода (АФК) и соответствующими адаптационно-приспособительными изменениями в функционировании системы антиоксидантной защиты. Активные формы кислорода, образуемые активированными лейкоцитами, при снижении антиоксидантной защиты крови, способны разрушать митохондрии клеток трофобласта и плаценты и явиться мощными индукторами гиперкоагуляции. Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа супероксиданиообразующей функции фагоцитов крови, степени их активации и уровня супероксиддисмутазы (СОД) эритроцитов при привычном невынашивании и физиологически протекающей беременности. Материалы и методы. Нами обследовано 110 беременных, из них у 30 — физиологически протекающая беременность (группа сравнения), а у 80 — привычное невынашивание беременности (основная группа). Возраст беременных колебался от 20 до 28 лет (средний возраст — 24,3±1,7 года). Основная группа подразделялась на 2 подгруппы: I — 57-пациенток с осложненным течением беременности (угрожающий и начавшийся выкидыш) беременность сохранена; II — 23 пациентки с несохраненной беременностью, из них — у 16 неразвивающаяся беременность и у 7 — самопроизвольный выкидыш. Результаты. Нами установлено, что у пациенток с угрожающим и начавшимся самопроизвольным выкидышем (основная группа) уровень супероксиданиообразующей функции фагоцитов превышал показателя пациенток с физиологически протекающей беременностью на 26% ($p < 0,001$), при этом предельная концентрация, выше которой наблюдался самопроизвольный выкидыш соответствовала 210 нмоль/л, а активность СОД был достоверно ниже ($p < 0,05$) показателя контрольной группы. У пациенток с несохраненной беременностью в 66,9% наблюдений установлено снижение концентрации СОД в эритроцитах крови ($p < 0,001$), достоверное повышение показателей всех исследуемых цитокинов, в том числе рецепторов к ИЛ-2 ($p < 0,001$) на 43% выше, чем у пациенток с пролонгированной беременностью. Выводы. Таким образом, результаты проведенных нами исследований у пациенток привычным невынашиванием беременности выявили повышенную цитотоксичность фагоцитов за счет усиления ими продукции АФК, что, возможно, является причиной развития некроза децидуальной оболочки и трофобласта, коагуляционных нарушений, самопроизвольного выкидыша или неразвивающейся беременности.

ПЛАЦЕНТА ВО ВЗАИМОТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Новикова О.Н.¹, Гребнева И.С.², Фанасков С.В.²

ГОУ ВПО «КемГМА РФ» г. Кемерово¹,

МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевск², Россия

Плацента является пограничным органом гравидарной системы, который может обеспечить полноценное развитие плода даже у большой женщины в связи с большим запасом компенсаторно-приспособительных реакций. С другой стороны, развитие плацентарной недостаточности, обусловленное локальной инфекционной патологией у относительно здоровой женщины может обусловить патологическое состояние плода.

Цель: изучить частоту послеродовых и неонатальных инфекционных осложнений во взаимосвязи с морфологией последа при восходящем инфицировании плодного яйца.

Материалы и Методы исследования: исследование проводилось на базе МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевска в период за 2007-2009 годы. Основную группу (I группа) составили 124 пациентки с признаками восходящего инфицирования. Группу сравнения (II группа) составили 103 беременных с отсутствием признаков инфицирования плодного яйца. Критериями включения в основную группу было наличие у беременной клинических и лабораторных признаков влагалищной инфекции. Критериями исключения были: лабораторное подтверждение гематогенных инфекций, инфекции мочевыделительной системы, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания в стадии суб- и декомпенсации, многоплодная беременность. Морфологическое исследование плаценты проводилось по стандартной методике в гистологической лаборатории патологоанатомического бюро г. Прокопьевска.

Результаты и их обсуждение: на фоне клинически выраженного и лабораторно подтвержденного кольпита воспалительные морфологические изменения в последе в I группе имели место в 47 (37,9%) случаях, из них в 25 (20,16%) — в плодных оболочках, в 16 (12,9%) — в плаценте, в 6 (4,84%) — в пуповине; в 77 (62,09%) случаях основной группы и в группе сравнения воспалительные изменения в последе обнаружены не были.

При отсутствии воспалительных изменений в плаценте у женщин ($n=77$), перенесших во время беременности кольпит, в 18 случаях (14,52%) отмечалось осложненное течение послеродового периода в виде несостоятельности швов на промежности и во влагалище — 4 (22,2%), субинволюции матки — 7 (38,89%), лохиометры — 5 (27,78%) и гематометры в 2 случаях (11,1%). Со стороны плода признаков внутриутробной инфекции (ВУИ) выявлено не было. Морфологические компенсаторно-приспособительные реакции были хорошо выражены и соответствовали состоянию при физиологической беременности. Морфологические изменения плаценты при восходящем инфицировании и отсутствии

воспалительных изменений в последе являются неспецифическими, степень их выраженности находится в тесной взаимосвязи с адаптационными свойствами плаценты и новорожденного.

При поражении плодных оболочек (n=25) процент воспалительных осложнений у матери увеличился до 16 случаев (64%); в 2 случаях (8%) отмечались признаки ВУИ у новорожденного в виде малых форм (везикулопустулез). В 1,5 раза чаще в плацентах встречались нарушения материнского, плодового кровообращения и воспалительные изменения с развитием в 15 случаях (60%) серозного хориодецидуита, в 6 (24%) — гнойного мембранита, в 4 (16%) — экссудативного хориодецидуита с дистрофическими изменениями трофобластического эпителия. Морфологические компенсаторно-приспособительные процессы в данной группе были значительно выражены и представлены в 8 случаях (32%) очаговой гиперплазией терминальных ворсин, в 6 (24%) — гиперплазией капилляров ворсин, в 6 (24%) — образованием синцитиокапиллярных мембран и в 4 (16%) — синцитиальных почек.

При поражении плаценты (n=16) с развитием плацентита, субхориального интервиллузита, плацентарного хориоамнионита у матери в 12 случаях (75%) отмечено развитие послеродовых осложнений в виде эндометрита — 3 (25%), гематометры — 4 (33,3%), лохиометры — 5 (41,66%). У новорожденных процент реализации ВУИ увеличился до 50%. В 1,7 раза чаще встречались нарушения материнского, плодового кровообращения и воспалительные изменения с развитием в 8 случаях (50%) экссудативного хориоамнионита, в 5 (31,25%) — субхориального интервиллузита, в 4 (25%) — краевого плацентарного интервиллузита и в 2 (12,5%) — формирование воспалительных инфарктов, что могло вызвать выраженные циркуляторные нарушения. Морфологические компенсаторно-приспособительные процессы были представлены в 10 случаях (62,5%) очаговой гиперплазией терминальных ворсин, в 5 (31,25%) — образованием синцитиокапиллярных мембран и в 5 (31,25%) — образованием синцитиальных почек.

При распространении воспаления на пуповину (n=6) с выявлением флебита, артериита или диффузного сосудисто-стромального фуникулита осложнения со стороны матери возникли в 5 случаях (83,3%), причем у 3 (50%) из них развился послеродовый эндометрит. Реализация ВУИ зарегистрирована в 6 случаях (100%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты имела место в 2 (33,3%) случаях, ишемические инфаркты — в 2 (33,3%), геморрагические инфаркты — в 1 (16,67%), очаговый тромбоз межворсинчатого пространства в сочетании с нарушениями созревания ворсинчатого хориона — 1 (16,67%). Предрасполагающим фактором развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты явилось в 3 случаях (50%) воспаление базальной пластинки с проявлениями эндо-, мезовазкулита (по 2 случая — 33,3% соответственно).

Выводы: от распространенности воспалительного процесса на структуры плацентарного ложа

матки и плодного яйца при восходящем инфицировании зависят исход беременности, заболеваемость детей в постнатальном периоде, частота послеродовых гнойно-септических осложнений у матерей.

УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЭРПЕРИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Новикова С.В., Шугинин И.О., Федоров А.А., Титченко Ю.П., Федотова А.В., Цивцивадзе Е.Б., Ефанов А.А., Гусева Т.С., Паршина О.В.

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Вопросы, связанные с диагностикой, профилактикой и лечением осложнений пуэрперии, имеют большое медицинское и социальное значение для всех регионов России. Круг этих вопросов включает профилактику и адекватное лечение ранних и поздних послеродовых кровотечений, анатомичное восстановление целостности промежности в случае травматических повреждений, а также раннюю диагностику и своевременное лечение послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний. Наиболее распространенными инфекционными осложнениями пуэрперии сегодня являются гематолохиометра, послеродовый эндометрит и раневая инфекция. Гнойно-воспалительные осложнения чаще развиваются после оперативного родоразрешения, особенно в тех случаях, когда оно принимается по экстренным показаниям. Запоздалая диагностика и нерациональное ведение родильниц с послеродовым эндометритом могут привести к дальнейшему распространению инфекции, вплоть до развития ее генерализованных форм.

Целью настоящей работы явилась оптимизация течения послеродового периода путем формирования новых подходов к диагностике и лечению возникающих неотложных состояний.

Было обследовано 72 женщины, которые были родоразрешены абдоминальным путем. Они были разделены на 4 группы: 1 группа — 30 родильниц с физиологическим течением послеоперационного периода, 2 группа — 15 родильниц с субинволюцией матки, 3 группа — 20 родильниц с гематолохиометрой, 4 группа — 7 женщин с послеродовым эндометритом. Первородящих было 60%, повторнородящих — 40%, пожилых первородящих — 11,8%. Всем проводилось комплексное ультразвуковое обследование. Применение трехмерной эхографии позволило определить объемы тела матки, ее полости и шейки у родильниц после кесарева сечения. Важными симптомами эндометрита являются уменьшение объема шейки матки на 21%, увеличение показателя объема полости матки в 2,4 раза, а объема миометрия в области шва на матке на 67% относительно нормативных значений. Количественные показатели трехмерной эхографии при послеродовом эндометрите после кесарева сечения были снижены во всех звеньях сосудистой сети матки за счет выраженных дискоординированных сосудистых расстройств.

Также проводилось сопоставление клинического течения пуэрперия и показателей цитокинового статуса. Для родильниц с послеродовым эндометритом характерными изменениями цитокинового статуса явились высокие уровни медиаторов доиммунного воспаления (ФНО- α , ИЛ-1,6), снижение ИЛ-2 и умеренное повышение ИЛ-4, являющихся регуляторами активации лимфоцитов.

Всем родильницам с гематолохиометрой и послеродовым эндометритом проведены дополнительные методы обследования, включающие гистероскопию с диагностическим выскабливанием полости матки, морфологическое исследование соскоба полости матки, цитологическое исследование маточных лохий. Диагностическая ценность гистероскопии в послеродовом периоде составляет 90 — 92%. Показанием к ее проведению явилось расширение полости матки до 2 см и более, наличие патологических включений в полости матки и наличие ультразвуковых критериев послеродового эндометрита. Этот метод позволял визуализировать эндометрий и оценить его состояние, детализировать характер патологических включений в полости матки, установить клинический вариант течения эндометрита. По окончании гистероскопии при подтверждении диагноза эндометрита в полость матки устанавливалась двухпросветная трубка и в течение суток проводилось аспирационно-промывное дренирование.

Всем родильницам с инфекционно-воспалительными пуэрперальными осложнениями проводилась антибактериальная терапия с учетом чувствительности флоры. Если данных о чувствительности флоры на момент диагностики эндометрита не было, то лечение начинали по деэскалационной схеме, а позже, при получении данных о составе микробной флоры, действовали традиционно. В качестве резерва профилактики и терапии осложнений пуэрперия рассматривали дифференцированную коррекцию иммунного гомеостаза.

При тяжелом течении эндометрита после кесарева сечения родильницы составляют группу риска по развитию перитонита. Для дифференциальной диагностики в этих наблюдениях применялась хирургическая лапароскопия.

Соблюдение предлагаемого алгоритма действий при возникновении urgentных состояний в пуэрперии в конечном итоге помогает сохранить репродуктивное здоровье женщины и способствует реализации демографической политики государства

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ДВОЙНЕЙ

**Новикова С.В., Жарова А.А., Климова И.В.,
Цивцивадзе Е.Б., Федотова А.В.**

Россия, г Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Проблема многоплодной беременности актуальна для современного акушерства в связи с суще-

ственным ростом частоты многоплодия в последние 15-20 лет. Многоплодная беременность является моделью плацентарной недостаточности и сопровождается значительным числом осложнений, большим количеством антенатальных потерь на всех сроках гестации, существенными проблемами здоровья близнецов, а также осложнениями послеродового периода. Фетоплацентарная недостаточность при многоплодной беременности встречается во 10 раз чаще, чем при одноплодной и составляет 34% и 23% при монохориальной и дихориальной двойне соответственно. На долю многоплодной беременности приходится 11% антенатально погибших и 14% всех детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. Перинатальная смертность при многоплодной беременности в 3-4 раза выше, чем при одноплодной, что в первую очередь связано с недонашиванием.

Нами было обследовано 112 пациенток со спонтанно наступившей многоплодной беременностью. Все пациентки были разделены на 2 подгруппы в зависимости от типа хориальной плаценты: 1 подгруппу составили 26 пациенток с монохориальной диамниотической двойней, 2 подгруппу — 86 пациенток с дихориальной диамниотической двойней.

Всем пациенткам производилось клиничко-лабораторное исследование, включая гормоны фетоплацентарного комплекса. Ультразвуковая диагностика во время беременности проводилась на аппарате «ACUSON SEQUOIA — 512» с интервалом в 14 дней. Допплерометрическое исследование кровотока проводилось в артерии пуповины, находящейся в свободной петле пуповины на достаточном отдалении как от места вхождения в плаценту и в брюшную полость плода и нисходящей части аорты.

Средний возраст пациенток в 1 подгруппе составил 25,5 лет. Во 2 подгруппе средний возраст составил 30 лет. Обращает внимание высокая частота наследования многоплодной беременности у пациенток с монохориальным типом плацентации — 57,7%, при дихориальной — 40,7%. При анализе репродуктивной функции отмечена высокая частота первородящих — 61 (54,9%). В 1 подгруппе 17 (65,4%) пациенткам предстояли 1 роды, во 2 — 44(51,2%). Осложнения беременности выявлены у всех пациенток обеих подгрупп. Ранним токсикозом осложнились 62 (55,8%) беременностей. Гестоз выявлен у 56 (50,4%) беременных, из них гестоз легкой степени наблюдался в 44,1%, гестоз средней степени тяжести — 3,6%, тяжелой степени — 2,7%. Угрозой прерывания в 1 триместре сопровождалась 72 беременности (64,8%). Угрозой преждевременных родов осложнились во 2 триместре — 82 (73,9%) беременности, в 3 триместре — 73 (65,7%). По данным исследования 12 (46,2%) пациенток 1 подгруппы родоразрешены через естественные родовые пути, а 14 (63,8%) — путем операции кесарева сечения. Во 2 подгруппе у 42 (48,8%) пациенток произошли самопроизвольные роды, у 37 (43%) пациенток произведена операция кесарева сечения, у 1 (1,2%) — кесарево сечение на 2 плоде, в связи с преждевременной отслойкой нормально

расположенной плаценты, у 2 (2,4%) — путем вакуум — экстракции 2-го плода в связи острой гипоксией и слабостью родовой деятельности, у 4 (4,6%) — экстракция 2-го плода за тазовый конец в связи с острой гипоксией. При рождении детей учитывались их пол, основные показатели физического развития, зрелость, оценку состояния по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. Доношенными в 1 подгруппе родилось 36 (69,2%) детей, во 2 подгруппе — 135 (78,5%), что свидетельствует о более высокой частоте преждевременных родов при монохориальной двойне. Оценку состояния по шкале Апгар 8 баллов на 1 минуте имели 33 (63,5%) ребенка 1 подгруппы и 111 (64,5%) 2 подгруппы соответственно. Реанимационные мероприятия в 1 подгруппе проводились у 10 (38%) детей, во 2 — у 23 (26,7%). В 1 подгруппе произошла антенатальная гибель 2 плодов в сроке 33 недели гестации в связи с наличием фето-фетального трансфузионного синдрома, масса детей составляла 2480г и 1460г. Во 2 подгруппе все дети родились живыми. Таким образом, пациентки с многоплодной беременностью составляют группу высокого риска в отношении развития материнских и перинатальных осложнений. Ведущим фактором, обуславливающим наиболее тяжелое состояние детей из двойни при рождении и в ранний неонатальный период, являются преждевременные роды. Однако, при адекватном наблюдении, своевременной профилактике и лечении фетоплацентарной недостаточности возможно пролонгирование беременности до доношенного срока.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Оганян К.А. *, Аржанова О.Н., Опарина Т.И., Прокопенко Т.И.

Россия, г. Санкт-Петербург, ГУ НИИ Акушерства и Гинекологии им. Д. О. Отта РАМН СЗО, *кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета СПбГУ.

Цель исследования оценить эффективность препарата «Ферлатум Фол» (железо протеиновый сукцинат с фолиновой кислотой) для лечения железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных женщин.

Методы исследования: общеклинические и биохимические исследования — перед началом лечения, через 10-12 дней, через 30 дней и через 60 дней. Оценивали показатели сывороточного железа, трансферрина, ферритина, общая железосвязывающая способность (ОЖСС).

Результаты: Обследовано 30 беременных с железодефицитной анемией в возрасте 24-36 лет, которые принимали препарат «Ферлатум Фол» (р-р 15 мл — 800 мг железа протеин сукцинилата + 185 мкг фолиновой кислоты по 1 флакону 2 раза в сутки в течение 60 дней. Срок беременности на начало исследования составил 16-32 недели.

Угроза прерывания встречалась у 83,3±6,8% беременных, поздний гестоз — у 23,3±7,7%, хроническая плацентарная недостаточность — у 10±5,5% и гипотрофия плода — у 6,7±4,6% пациенток.

Из соматической патологии встречались хронический пиелонефрит в 26,7±8,1% случаев, сахарный диабет I и II типа — в 20,0±7,3%, наследственная тромбофилия — в 6,7±4,6%.

При исследовании 27 (90±5,5%) беременных предъявляли жалобы на слабость, астению, головокружение. При объективном исследовании у 16 (53,3±9,1%) пациенток отмечена тахикардия, бледность кожных покровов у 20 (66,7±8,6%) пациенток с ЖДА. Уровень АД колебалось от 90/60 до 105/65 мм рт. ст. Средние показатели эритропоза до начала лечения: эритроциты — $3,3 \pm 0,3 \times 10^6$ мм³, гемоглобин — 103,6±5,0 г/л, гематокрит — 29,5±1,6%, ретикулоциты — 5,2±1,7%, ЦП — 79,8±2,5. Средний уровень сывороточного железа составил — 9,0±2,2 мкмоль/л, трансферрина — 3,2±0,4 мг/л, ферритин — 18,1±6,6 мкг/л, ОЖСС — 86,2±2,0 мкмоль/л.

Через 2 месяца лечения число эритроцитов увеличилось на 15,8%, гематокрит на 13,8%, число ретикулоцитов увеличилось в 2,7 раза. Уровень сывороточного железа вырос в 1,9 раза (на 49%), трансферрина на 9,1%, ферритина на 28,8%, ОЖСС снизилась на 10,7%, с 86,2% перед началом лечения до 80,8%.

Обсуждение и выводы. В результате проведенного лечения беременных с ЖДА показана высокая эффективность препарата «Ферлатум Фол». Показатели эритропоза улучшились у всех исследуемых женщин. Уровень сывороточного железа увеличился через 10-12 дней и оставался высоким на протяжении всего срока лечения. Показатели ферритина нарастали после 10-12 дней лечения и были максимальными через 1 месяц, а затем стабилизировались на достаточно высоком уровне. ОЖСС максимально снизилась к концу 1 месяца лечения, затем имела тенденцию к некоторому повышению.

Переносимость и безопасность препарата составила 100%, т.к. не было обнаружено никаких побочных эффектов, связанных с приемом препарата «Ферлатум Фол».

Таким образом «Ферлатум Фол» является безопасным и эффективным препаратом и может быть использован для лечения ЖДА у беременных.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕДКИХ АНОМАЛИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ОРГАНОВ

Орджоникидзе Н.В., Адамян Л.В., Емельянова А.И., Козаченко А.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Актуальность. Одной из важнейших причин нарушений уродинамики и присоединения мочевой инфекции в период беременности являются аномалии мочевыводящих путей (МВП), частота которых составляет 35-40% среди всех врожденных пороков развития человека. Наличие аномалий МВП у беременной, как правило, сопровождается развити-

ем осложнений со стороны матери, плода и новорожденного. Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) — отсутствие передней стенки мочевого пузыря и нижнесрединной части передней брюшной стенки — встречается у 1 на 40 тыс. — 60 тыс. новорожденных. ЭМП часто сочетается с другими аномалиями мочевыводящих и половых органов. В литературе описаны единичные случаи наступления беременности у пациенток с ЭМП. Также к сравнительно редким аномалиям МВП относятся сращение почек и их тазовая дистопия.

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные исходы у пациенток с редкими аномалиями мочевыводящих органов и усовершенствовать тактику их ведения.

Материалы и методы. Обследованы и родоразрешены 7 женщин с ЭМП, которые ранее перенесли неоднократные корригирующие операции в связи с грубым пороком развития мочеполовых органов, а также 4 пациентки — со сращением почек и 3 — с их тазовой дистопией. Были использованы общеклинические, биохимические, микробиологические, ультразвуковые (УЗИ матки, плода, плаценты, почек беременных, УЗ-доплерометрия кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод), функциональные (кардиотокография плода) и лучевые (МРТ, МР - урография) методы исследования.

Обсуждение. Аномалии МВП у беременных в 90,4% случаев осложняются вторичными инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыводящих органов. Самым частым (72,9%) из них является хронический пиелонефрит, обостряющийся во время беременности в 51,5% случаев. Частота мочекаменной болезни составляет 12,1%, гестационного пиелонефрита — 18,8%. Среди акушерских осложнений у пациенток с аномалиями МВП чаще всего встречаются гестоз (51,5%), анемия (39,3%) и хроническая плацентарная недостаточность (37,1%) в сочетании с хронической гипоксией плода (27,6%) и синдромом ЗВУРП (14,3%), а также несвоевременное излитие околоплодных вод (44,1%). Использование МРТ при аномалиях развития почек у беременных повышает точность их диагностики и является безопасным для матери, плода и новорожденного. Чувствительность МРТ по сравнению с данными УЗИ почек выше на 14,3%. Исследование с помощью МРТ значительно (в 38,6%) дополняет результаты УЗИ. При воспалительных осложнениях аномалий развития почек использование МРТ без МР-контрастных веществ приводит к гипердиагностике в 10,7%. Вопрос о пролонгировании беременности и тактике ведения пациентки должен решаться до 12 недель беременности консультативно с участием акушер-гинеколога, терапевта, уролога после ее комплексного обследования. Показаны динамический контроль за общим состоянием беременной, показателями функционального состояния и уродинамики мочевыводящих органов, гемостаза и гемодинамики в системе мать-плацента-плод, профилактика осложнений. При начальных признаках почечной недостаточности решают вопрос о дальнейшей тактике, при нарастании симптомов

почечной недостаточности показано прерывание беременности. Родоразрешение — на базе перинатального центра с участием уролога, при расположении почки ниже безымянной линии — плановое родоразрешение путем кесарева сечения в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, при наличии ЭМП — путем корпорального кесарева сечения со стерилизацией.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Охапкин М.Б., Хитров М.В., Шацкая О.Ю.,
Брянцев М.Д.

Россия, Ярославская государственная медицинская академия

Беременность является состоянием с высокой динамикой биологических процессов, и кровоснабжение жизненно важных органов, особенно матки, является критическим фактором, определяющим ее исход. Рост сердечного выброса и объема сосудистого русла при беременности приводит к значительному снижению сосудистого сопротивления, причем эти изменения на 80% происходят уже в первые 8 недель беременности. Целью настоящего исследования была сравнительная оценка прогностических возможностей в отношении течения и исходов беременности рутинных тестов антенатальной диагностики и, в частности, измерения кровотока в сосудах матки и плаценты методом его доплерометрии с прогностическими возможностями показателей центральной гемодинамики матери.

Всего обследовано 280 беременных. Обследование проводилось методом сплошного «слепого» скрининга в динамике развития беременности в сроки 5-7, 10-12, 16-18, 21-24, 25-28, 32-36, 37-41 недель с ретроспективным анализом течения исходов для матери и плода. Частота основных осложнений беременности оказались несколько выше средних цифр по региону, но была вполне сравнимой с данными, приводимыми в литературе: преждевременные роды — 8,9%, задержка роста плода — 9,6%, преэклампсия — 4,6%. Контрольную группу составили 48 женщин с физиологическим течением одноплодной беременности. Состояние беременных оценивалось клинически, исследование центральной гемодинамики проведено методом импульсной доплероэхокардиографии, состояние плода контролировалось рутинными тестами антенатальной диагностики: УЗИ с фетометрией, кардиотокография с оценкой биофизического профиля, доплерометрия кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях. Состояние новорожденных, кроме стандартных тестов, оценивалось по шкале заболеваемости, а в крови пуповины при рождении дополнительно определялось содержание лактата.

В норме отмечено быстрое нарастание ударного объема и сердечного выброса беременной, рост которых к концу I триместра составил соответствен-

но 81% и 76% от их общего роста за беременность. При ХАГ также отмечен быстрый и существенный рост показателей центральной гемодинамики и, следовательно, рост ОЦК, превышающий таковой в норме. При основных осложнениях беременности (преэклампсия, задержка роста плода, преждевременные роды) показатели ЦГД были существенно ниже и, в отличие от нормы, имели тенденцию к снижению уже в первой половине III триместра.

Из представленных результатов исследования видно, что и биофизический профиль плода и данные доплерометрии кровотока в сосудах матки и плаценты, полученные в III триместре беременности, весьма неточны в прогнозе заболеваемости новорожденного, как при отдельных ее осложнениях, так и в общей популяции. В то же время показатели ЦГД дают вполне удовлетворительный прогноз заболеваемости новорожденного уже с конца I триместра, точность которого повышается с ростом срока беременности. При этом точность прогноза достаточно велика как при отдельных осложнениях беременности, так и в общей группе беременных.

Результаты исследования также указывают на то, что показатели доплерометрии кровотока в артерии пуповины и в маточной артерии, даже полученные в III триместре, не являются прогностически значимыми в отношении осложнений беременности. Но показатели ЦГД уже с середины II триместра дают удовлетворительный по точности прогноз этих осложнений, а с начала III триместра точность прогноза становится весьма высокой, и показатели могут использоваться в качестве дифференциально-диагностического критерия, в частности в отношении гипертензии беременных и ХАГ.

Выводы.

Преэклампсия и другие основные осложнения беременности: преждевременные роды и задержка роста плода, являются гемодинамически однородной группой и могут быть объединены под условным термином «гестоз», который представляет собой синдром низкого сердечного выброса беременной

При беременности величина сердечного выброса имеет решающее значение в развитии ее основных осложнений, определяет характер формирования и показатели МПК и ФПК, а так же исходы беременности для матери и новорожденного

Показатели ЦГД и в первой, и во второй половине беременности являются наиболее точным методом прогноза осложнений беременности и ее исходов для матери и новорожденного

Данные тестов антенатальной диагностики, включая и доплерометрию кровотока в сосудах матки и плода, имеют низкую прогностическую значимость в отношении исходов беременности и нуждаются в дополнении параметрами эхокардиографии матери

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОДОВ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ

Павлов К.А., Дубова Е.А., Щёголев А.И.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Изучение структуры ворсинчатого дерева является ключевым компонентом патологоанатомического исследования последа. Выявление аномалий строения ворсинчатого дерева служит поводом для выяснения причин подобных изменений и более пристального внимания неонатологов к новорожденному. Важным моментом изучения структуры ворсинчатого дерева является оценка его зрелости, в том числе при помощи различных систем.

Целью работы явился сравнительный анализ различных систем морфологической оценки степени зрелости ворсинчатого дерева и выбор наиболее адекватной из них для внедрения в повседневную патологоанатомическую практику.

В основе всех используемых систем морфологической оценки степени зрелости плаценты лежит анализ составляющих ее ворсин. Все системы носят описательный характер, но для оценки зрелости ворсинчатого дерева используют различные термины. Часть из них сложна в употреблении и не всегда отвечает требованиям клиницистов.

Наиболее адекватной, на наш взгляд, является шкала оценки зрелости ворсин, представляющая собой двоичную цифровую систему характеристики ворсинчатого дерева с учетом сочетания различных типов ворсин и типа капилляризации терминальных ворсин. Двухзначные числа из одинаковых цифр используют в тех случаях, когда основную массу плаценты составляют ворсины одного типа:

00 — код, обозначающий значительное преобладание незрелых промежуточных ворсин;

11 — код, использующийся при преобладании зрелых промежуточных ворсин;

22 — код, характеризующий развитое зрелое ворсинчатое дерево, представленное зрелыми промежуточными и терминальными ворсинами с нормальным уровнем капилляризации;

33 — код, обозначающий преобладание в структуре ворсинчатого дерева скоплений терминальных ворсин, связанных друг с другом многочисленными синцитиальными узелками, что отражает преобладание ангиогенеза с ветвлением сосудов, вызванного преплацентарной (маточно-плацентарной) гипоксией;

44 — кодирует ворсинчатое дерево, состоящее преимущественно из плохо организованных маленьких нитевидных терминальных ворсин, что является результатом ангиогенеза без ветвления сосудов.

Смешанные используют для описания ворсинчатого дерева, в структуре которого имеются ворсины разных типов. Первой цифрой кодируют тип ворсин, преобладающий в данном наблюдении (более 50% объема плаценты представлено ворси-

нами этого типа). Число и тип стволовых ворсин не учитывается. Второй цифрой — следующий по количеству тип ворсин. Так, кодом 23 обозначается практически зрелое ворсинчатое дерево с наличием умеренного числа терминальных ворсин, связанных синцитиальными узелками, что указывает на наличие умеренной гипоксии. Напротив, код 32 обозначает сходное состояние гипоксии, при которой в структуре ворсинчатого дерева преобладают терминальные ворсины, связанные друг с другом многочисленными синцитиальными узелками.

В случаях отставания или опережения процессов развития ворсинчатого дерева применяют два числовых кода. Первым кодом характеризуют состояние ворсин в изучаемой плаценте, а вторым (в скобках) указывают код, соответствующий сроку нормально протекающей беременности.

Таким образом, использование данной системы оценки зрелости ворсинчатого дерева позволяет в удобной и простой форме охарактеризовать состояние плаценты и соответственно помочь выяснить причины развития перинатальных и послеродовых осложнений. Она позволяет давать наглядное, легко читаемое и понятное гистологическое заключение.

РИСК РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН И АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ (eNOS) NO-СИНТАЗЫ

Павлова Т.В.

Россия, г. Казань, Казанская Государственная Медицинская Академия, кафедра акушерства и гинекологии №1

Гестоз — одно из наиболее распространенных осложнений беременности, причины которого до сих пор четко не обозначены. Частота гестоза в России достигает 20%. Существуют данные, свидетельствующие о наличии генетической предрасположенности к развитию этого осложнения беременности.

К генетическим факторам, с которыми может ассоциироваться гестоз, относят гены MTHFR, его вариант MTHFR-C677T, AGT-M235T, ACE I/D, ген протромбина, NO-синтазы, мутация V фактора Лейдена, дефицит протеина C, S и др.

Оксид азота является основным эндотелиальным фактором релаксации, участвующим в поддержании тонуса сосудистой стенки, тромбогенезе. Функция NO состоит в снижении активности сократительного аппарата гладкомышечных элементов сосудов, торможении адгезии циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов к эндотелию, регуляции пристеночного гемостаза. В синтезе NO в эндотелии и, следовательно, в регуляции сосудистого тонуса, кровотока и артериального давления участвует конституциональная эндотелиальная NO-синтаза 3-го типа (NOS3, синоним eNOS).

Эндотелиальный гипотензивный фактор — оксид азота (NO) является продуктом эндотелиальной NO-синтазы, которая кодируется геном NOS3

(eNOS). Аллельные варианты этого гена приводят к снижению уровня экспрессии NO-синтазы и, как следствие, снижению устойчивости организма к гипертензивным влияниям со стороны внешней и внутренней среды.

Полиморфизм генов NO-синтазы связан с различными акушерскими патологиями, в основе которых лежат изменения сосудистого тонуса (гестоз, плацентарная недостаточность, ЗВУР плода).

Особенно непредсказуем гестоз у первородящих женщин и его связь с генетическими факторами чрезвычайно интересна. В связи с этим, целью исследования явилось изучение ассоциации функционально значимых полиморфных вариантов гена эндотелиальной NO-синтазы с развитием гестоза у первородящих женщин.

Материалы и методы: обследованы 68 первородящих женщин на сроках 27-37 нед.: из них 29 беременных с гестозом разной степени тяжести (20 — легкой, 6 — средней, 3 — тяжелой); 29 — из группы высокого риска развития гестоза: с ожирением — 2, нейрциркуляторной дистонией по гипертоническому типу (НЦД) — 7, пиелонефритом — 20 и 10 практически здоровых первородящих женщин.

У всех пациенток, кроме общеклинического обследования, исследовали кровь для детекции полиморфизма E298D с помощью рестрикционного анализа и полиморфизма 4a/4b в гене NOS3. Ген NOS3-E298D, 4a/4b ответственный за синтез фермента — эндотелиальной NO-синтазы (eNOS), которая участвует в синтезе оксида азота эндотелием и, следовательно, в регуляции сосудистого тонуса, кровотока и АД.

Результаты исследования показали, что в контрольной группе были обнаружены нормальные варианты гена eNOS3-E298E, 4b/4b у всех беременных.

У женщин из группы риска выявлен полиморфизм гена NOS3-E298D, 4a/4b, где аллели D и 4a увеличивают риск развития акушерской патологии, таких как гестоз, плацентарная недостаточность, ЗВУР, но только при наличии потенцирующих факторов.

В отличие от женщин группы риска у беременных с гестозом были обнаружены мутантные полиморфные варианты гена eNOS3.

У 10 больных с легким гестозом обнаружен мутантный вариант гена по аллеле D — NOS3-D298D, 4b/4b, клинически все они имели ЗВУР плода, маловодие.

Женщины с гестозом средней и тяжелой степени имели мутантный вариант гена по аллеле 4a — NOS3-4a/4a, что сопровождалось более ранним появлением отеков, протеинурии и активным течением ДВС-синдрома. Из них одна беременная с гестозом средней степени и две с тяжелым гестозом имели еще и гомозиготную форму D298D полиморфизма гена NOS3. При гестозе средней и тяжелой степени клинически определялся ЗВУР плода II — III степени, раннее и тяжелое течение гестоза.

Исследования показали, что генотипу 4b/4b соответствует максимально высокий уровень базаль-

ного NO, тогда как у женщин с генотипом 4a/4a уровень NO в 2 раза ниже. Гетерозиготные формы мутации занимают промежуточное положение по уровню NO.

Таким образом, полиморфизм в интроне 4 гена NOS3-E298D, 4a/4b, связан с повышенным риском развития гестоза. Среди женщин с гестозом, у носителей хотя бы одного аллеля 4a, отмечалось более высокое АД, а у пациенток с генотипом 4a/4a — обнаружена связь с более ранним и более тяжелым гестозом, гипоксией и ЗВУР плода. Полиморфные варианты гена эндотелиальной NO-синтазы ассоциированы с развитием акушерской патологии, такой как гестоз, плацентарная недостаточность, ЗВУР.

Выявление данного полиморфизма имеет наиболее важное значение на ранних сроках беременности. Возможность ранней досимптоматической диагностики любой акушерской патологии позволяет провести профилактическое лечение и не даст гестозу реализоваться.

ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Павлова Т.В.

Россия, г. Казань, Казанская Государственная Медицинская Академия, кафедра акушерства и гинекологии №1

Одной из актуальных проблем современного акушерства является проблема гестоза, причины возникновения которой четко не обозначены. Существуют данные, свидетельствующие о наличии генетической предрасположенности к развитию гестоза. Особенно непредсказуем гестоз у первородящих женщин.

За последние годы изучена группа генов, принимающих участие в метаболизме фолиевой кислоты. В фолатном цикле задействованы разные ферменты. Основной из них — метилентетрагидрофолатредуктаза. Снижение его активности — причина накопления гомоцистеина в организме, который повреждающе действует на эндотелий сосудов и стимулирует тромбообразование. Это приводит к нарушению плацентации и расстройствам фетоплацентарного кровообращения, на поздних сроках беременности — плацентарной недостаточности, задержке внутриутробного развития и хронической гипоксии плода. Один из важных факторов, способствующих увеличению уровня гомоцистеина в крови — наследственная предрасположенность.

Полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы наиболее изучен. Описано две разновидности гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR — обозначаемые как мутация C677T. У лиц, гомозиготных по данной мутации, отмечается термолабильность MTHFR и снижение активности фермента примерно до 35% от среднего значе-

ния. Такая мутация сопровождается повышением уровня гомоцистеина крови, что является риском развития нефропатии у беременных. Повышение частоты аллеля 677T было отмечено при гестозе и при других осложнениях беременности (отслойке плаценты, задержке роста плода, антенатальной смерти плода, дефекты развития нервной трубки плода, «заячья губа», «волчья пасть»). Другой важный аспект мутации MTHFR-C677T — фолат-дефицитная анемия, которая усугубляет гипоксию, течение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и способствует прогрессированию микроциркуляторных расстройств и утяжелению гестоза.

В связи с этим, целью исследования явилось изучить роль генетического полиморфизма гена MTHFR-C677T и дефицита фолиевой кислоты (ФК) в развитии гестоза и других акушерских осложнений (плацентарная недостаточность, ЗВУР и ВПР плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) у первородящих женщин.

Материалы и методы: обследованы 92 первородящие женщины на сроках 27-38 нед.: из них, 37 беременных с разной степенью тяжести гестоза (17 — легкой, 12 — средней, 8 — тяжелой); 35 женщин без клиники гестоза, но из группы высокого риска: с ожирением — 5, гипертоническим синдромом — 9, пиелонефритом — 21; 20 — практически здоровых первородящих женщин.

У всех пациенток, кроме общеклинического обследования с оценкой гемостазиограммы (агрегация тромбоцитов: спонтанная и индуцированная; уровень фибриногена, АЧТВ, МНО, 12a зависимо фибринолиза, АТ III, РКМФ, ПДФ, плазминоген, определение протеина С и S), исследовали кровь методом ПЦР в реальном времени по детекции полиморфизма гена MTHFR-C677T (метилентетрагидрофолатредуктазы), со всеми вариантами мутаций (гомозиготный вариант MTHFR-T677T, гетерозиготный вариант MTHFR-C677T). Методом иммунохемилюминисцентного анализа (ИХА) определяли уровень фолиевой кислоты (ФК).

В контрольной группе первородящих женщин выявлен нормальный вариант гена MTHFR-C677C, показатели гемостазиограммы в пределах нормы. Уровень ФК был снижен у 8 из 20 беременных. У 15 женщин группы риска обнаружен нормальный вариант гена MTHFR-C677C, у 18- гетерозиготный вариант MTHFR-C677T, где аллель T, в сочетании с дополнительными, потенцирующими патологию факторами, увеличивает риск развития осложнений беременности. Все эти женщины имели незначительное снижение уровня ФК в крови. У двух беременных группы риска определили мутантный вариант MTHFR-T677T в сочетании с начальными признаками ДВС-синдрома и снижением уровня ФК в 2 раза. У одной из них выявлен малый порок развития плода (незаращение неба — «волчья пасть») и незначительное повышение в гемостазиограмме плазминогена и фибриногена.

У беременных с гестозом мутация гена MTHFR-C677T всегда сочеталась с резким снижением уров-

ня ФК. Из 17 женщин с гестозом легкой степени у 3 выявлен нормальный вариант гена, 9 беременных имели гетерозиготный вариант МТНFR-C677T, что клинически реализовалось в плацентарную недостаточность, ЗВУР плода I-II ст., у 5 женщин с мутантным вариантом МТНFR-T677T также наблюдали ЗВУР плода II ст., хр. внутриутробную гипоксию, маловодие. В гемостазиограмме всех женщин с легким гестозом было выявлено незначительное повышение D-димера, фибриногена, плазминогена, снижение АТ-III, т.е. начальные признаки ДВС-синдрома.

Среди беременных с гестозом средней степени: у 7 обнаружен мутантный вариант МТНFR-T677T, у 5 — гетерозиготный вариант МТНFR-C677T, у 3 первородящих женщин с тяжелым гестозом выявлен гетерозиготный вариант МТНFR-C677T и у 5-мутантный вариант МТНFR-T677T. У всех этих женщин диагностировали хронический ДВС-синдром, прогрессирование которого у 2 беременных с мутантным вариантом МТНFR-T677T привело к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Итак, сочетание мутации гена МТНFR-T677T с дефицитом ФК у беременных всегда сопровождается хроническим ДВС-синдромом различной степени тяжести и гипертензией. Снижение уровня ФК при нормальном варианте гена МТНFR-C677C во время беременности не приводит к развитию гипертензивного синдрома, но реализуется большей частотой плацентарной недостаточности и ЗВУР плода. Можно полагать, что определение содержания уровня ФК, а также маркеров внутрисосудистого свертывания и маркеров врожденных дефектов системы гемостаза (полиморфизм C677T в гене МТНFR) является прогностически значимым в диагностике развития гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, плацентарной недостаточности, ЗВУР и ВПР плода.

СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОВОДИТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ У ПАЦИЕНТОК С ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ МУТАЦИЕЙ ФАКТОРА V ЛЕЙДЕН И ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ?

Панфилова О.Ю., Макацария Н.А., Макацария А.Д.
Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета ММА имени И. М. Сеченова

Носительство гомозиготной формы мутации фактора V Лейден ассоциировано с тяжелыми тромботическими осложнениями, в том числе во время беременности; в этих случаях эффективность антикоагулянтной профилактики и терапии доказана. Нерешенным вопросом остается необходимость применения низкомолекулярного гепарина при беременности у пациенток с асимптоматическим носительством гетерозиготной формы мутации фактора V Лейден — при неосложненном течении

первой беременности, отсутствии тромботических проявлений вне беременности, но при наличии отягощенного семейного тромботического анамнеза.

Целью работы является демонстрация роли антикоагулянтной профилактики у беременных с гетерозиготной мутацией фактора V Лейден и отягощенным семейным тромботическим анамнезом

В качестве методов исследования мы использовали клинико-гемостазиологическое обследование, контроль коагуляционных параметров

Проведено клинико-лабораторное исследование и ретроспективный анализ 32 случаев беременности пациенток с гетерозиготной формой мутации фактора V Лейден. Первую группу составили 16 пациенток в возрасте от 21 до 30 лет, в анамнезе были неосложненные беременности и роды. Во вторую беременность у 10 пациенток имели место: илеофemorальные тромбозы — в 4 случаях, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — в 6 случаях, синдром задержки роста плода — в 10 случаях. Отягощенный семейный тромботический анамнез выявлялся в 75%.

Вторую группу составили 16 первобеременных женщин с гетерозиготной формой мутации фактора V Лейден (исследование системы гемостаза проводилось в связи с наличием отягощенного тромботического анамнеза у родственников). Все пациентки с начала беременности получали антикоагулянтную профилактику эноксапарином из расчета 0,01 мл на кг массы тела. Беременность протекала без осложнений, родоразрешение было осуществлено через естественные родовые пути, во всех случаях родились живые доношенные дети.

Мы считаем, что носительство гетерозиготной формы мутации фактора V Лейден даже при неосложненном течении первой беременности, отсутствии тромботических проявлений вне беременности, но при отягощенном семейном тромботическом анамнезе является фактором риска акушерских осложнений, что диктует необходимость профилактического применения низкомолекулярного гепарина с начала беременности.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Парейшвили В.В., Еремина М.А.

Иваново

Многочисленные научные исследования в области флебологии и акушерства позволили установить, что одним из широко распространенных экстрагенитальных заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных является варикозная болезнь вен нижних конечностей (Буданов П.В., Лебедев В.А., 2008; Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др., 2001; Стайко Ю.М., Замятина А.В., 2007). Особое значение при указан-

ной патологии имеет развитие плацентарной недостаточности, являющейся ведущей причиной высокого уровня заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на последующих этапах жизни.

Работы, посвященные изучению плацентарной системы при варикозной болезни у женщин, многочисленны. Учитывая недостаточную изученность функционального состояния маточно-плацентарного комплекса, исследование характера его изменений в зависимости от проводимого лечения плацентарной недостаточности (ПН) венотониками является весьма актуальным.

Проведено комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование маточно-плацентарной системы у 100 беременных женщин в сроке гестации 28-30 и 32-34 недели до и после лечения. Основную группу составили 70 беременных с плацентарной недостаточностью при варикозной болезни, которые получали антиагрегантные, антигипоксантные, метаболические препараты и полусинтетический диосмин (Флебодиа 600) — ангиопротектор, обладающий флеботонизирующим и противовоспалительным действием, улучшающий лимфатический дренаж, микроциркуляцию. Контрольная группа включала 30 женщин с ПН, в лечение которых не входил препарат Флебодиа 600.

Функциональное состояние плацентарной системы оценивали при помощи ультразвукового диагностического прибора «Aloka SSD — 3500» (Япония), снабженного доплеровским блоком пульсирующей волны. Ультразвуковое исследование включало фетометрию, оценку сердечной деятельности, дыхательных движений, двигательной активности и тонуса неродившегося ребенка (НР), плацентографию, объем околоплодных вод. Для изучения маточно-плацентарной и плодово-плацентарной гемодинамики регистрировали скорость кровотока в маточных, спиральных артериях, артерии пуповины. Вычисляли средние значения пульсационного индекса (ПИ), индекса резистентности (ИР), систоло-диастолического отношения (СДО) по методике А.Н. Стрижакова, А.Т. Бунина и М.В. Медведева, 1991.

Основная и контрольная группы были абсолютно сопоставимы по возрасту, социальному статусу и сопутствующей патологии.

Результаты эхографических исследований в 28-30 недель беременности выявили отставание данных ультразвуковой фетометрии от разработанных нормативных значений у 20 (28,57%) беременных основной группы. Степень синдрома задержки внутриутробного роста неродившегося ребенка (СЗВРНР) у них была первой, форма — асимметричной. В контрольной группе СЗВРНР первой степени, асимметричной формы обнаружен у 8 (26,67%) пациенток. Каждая вторая женщина с СЗВРНР указывала на повышенную двигательную активность неродившегося ребенка. При акушерском исследовании беременных с СЗВРНР отставание высоты стояния дна матки и размеров окружности живота от нормальных значений для

данного срока беременности выявлено у всех пациенток. Уменьшение толщины плаценты одинаково часто в наших исследованиях имела место у женщин основной и контрольной групп до лечения, что свидетельствовало о ПН. Опережение степени зрелости плаценты по гестационному сроку, сопряженное с угрожающими преждевременными родами, наблюдалось у 28 (40,0%) женщин основной и у 11 (36,67%) контрольной групп. Локальное повышение тонуса миометрия было диагностировано у 20 (28,57%) женщин основной и у 9 (30,0%) контрольной групп.

При анализе гемодинамики в системе мать-плацента-неродившийся ребенок у женщин основной группы нарушения кровотока различной степени тяжести в конце II, начале III триместрах были выявлены в 30 (42,86%) наблюдениях основной и 12 (40,0%) контрольной групп. Они выражались в повышении СДО в маточных артериях и артерии пуповины за счет снижения диастолического компонента кровотока, а также в повышении сосудистой резистентности этих сосудов. Следует отметить, что во всех указанных наблюдениях нарушения гемодинамики были отмечены при синдроме задержки роста неродившегося ребенка.

На фоне терапии плацентарной недостаточности в обеих исследуемых группах выявлена положительная динамика, а именно: по данным УЗИ в основной группе СЗВРНР был нивелирован у всех женщин, в контрольной группе он продолжал иметь место у 5 (16,67%) пациенток. При доплерометрическом контроле нарушение маточно-плацентарного кровотока зарегистрировано только в контрольной группе у 6 (20,0%) обследованных.

Таким образом, диагностические признаки плацентарной недостаточности по данным ультразвуковой и доплерометрической оценки нормализуются при раннем начале терапии ПН с использованием ангиопротектора Флебодиа 600 в комплексе лечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

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

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

Учитывая, что от 54 до 87% женщин определяют различные патологические изменения в молочных железах во время беременности, целью исследования явилось диагностика и ведение пациенток с различными новообразованиями молочных желез во время беременности.

Материалы и методы. При обращении беременных и лактирующих больных в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, онкологами пришлось проводить дифференциальную диагностику рака молочной железы с фибroadеномой в 24 случаях, с лимфоидными опухолями — в 10 случаях, с лимфомой

— в 3 случаях, саркомой молочной железы — в 1 случае. Нами проанализированы 245 случаев рака молочной железы, связанного с беременностью.

Результаты исследования. Рак молочной железы на фоне беременности и лактации. Проанализировано 245 случаев рака молочной железы, диагностированного на фоне беременности 144 (58,8%) на фоне лактации 66 (27%); в течение 1-го года после завершения беременности 35 (14,2%). Контрольную группу составили 268 (48%) больных РМЖ молодого возраста. Основными жалобами беременных и лактирующих больных явились: опухоль в молочной железе в 97%, увеличение молочной железы в размере в 54%, гиперемия кожи в 21%, в 10% отмечалась деформация молочной железы. Клинико-морфологическими особенностями в группе явились: большие размеры опухоли (более 5 см) на момент диагностики рака; повышенная частота метастазирования в аксиллярные и надключичные лимфатические узлы (более 10-ти); высокая частота отечно-инфильтративной формы рака; высокая частота «плохо отграниченных опухолевых узлов»; наличие раковых эмболов в сосудах и лимфатических щелях; инвазия опухоли в дерму; рецептороотрицательный статус опухоли; повышенный индекс пролиферации Ki-67. В 60,6% к моменту лечения диагностируются местнораспространенная и генерализованная формы рака. Гистологический тип опухоли (инфильтративно-протоковый рак), степень злокачественности, мультицентричность опухоли, опухоли с гиперэкспрессией гена Her-2/neu не различаются по частоте в исследуемой и контрольной группах. У беременных пациенток отмечена более высокая частота прерванных беременностей в анамнезе, а среди них число самопроизвольных аборт и высокий процент наследуемых в семье наблюдений РМЖ (10,6% в сравнении с 3,7% в контрольной группе). При лечении беременных больных (без прерывания беременности) использовались: оперативное вмешательство (13 пациенток), химиотерапия (5 пациенток). Наилучшие показатели выживаемости отмечены либо при ранних сроках прерывания беременности (аборт до 12 недель), либо после завершения беременности в срок (37 - 40 недель). При одинаковых стадиях заболевания (I-IIIВ) в исследуемой и контрольной группах больных показатели безрецидивной и общей выживаемости равны.

Фиброаденома и беременность. Фиброаденомы молочных желез наблюдались нами у 24 беременных пациенток. В 85,7% опухоль представляла собой образование округлой формы. В 100% случаев фиброаденомы не имели четких границ. В 14,3% «песочные часы». Наблюдаемые размеры опухоли от 2,5 до 5,5 см в диаметре. Опухоль в 100% случаев оставалась относительно подвижной, безболезненной при пальпации. Кожа над опухолью не изменена. В 71,4% предварительный клинический диагноз «фиброаденома» подтверждался при сонографии молочных желез. В 14,3% при УЗИ ставился дифференциальный диагноз с листовидными опухолями, в 1-м случае с лактирующей аденомой.

Верификация диагноза «фиброаденома» при цитологическом исследовании была получена в 80,9%. В половине наблюдаемых нами случаев мы не отмечали рост образования в течение беременности. В 4-х случаях отмечалось увеличение опухоли на 0,5-0,7 см за время наблюдения. В одном случае опухоль увеличилась в 4 раза за время беременности (с 1,5 см до 6 см), а при гистологическом исследовании имела строение «лактующей аденомы». На фоне беременности оперативное лечение в этой группе больных нами не проводилось.

Листовидные опухоли (ЛО) молочной железы на фоне беременности и лактации. Проанализировано 5 случаев ЛО, диагностированных во время беременности в сроки от 11 недель до 36 недель. В 100% случаев опухоль не имела четких границ. При пальпации определялась бугристая опухоль неоднородной консистенции. Размер образований: от 5 до 20 см в диаметре. Опухоль малоподвижна, в ряде случаев пациентки отмечали болезненность при пальпации, когда опухоль достигала больших размеров, оттесняя окружающие ткани молочной железы. Кожа над опухолью в половине всех случаев была изменена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Во всех случаях пациентки отмечали быстрый рост образования. В 80% клинический диагноз «листовидная опухоль» был поставлен на основании данных сонографии. В случае обращения пациенток с ЛО на фоне беременности при размерах опухоли не превышающих 5 см проводились контрольные осмотры и контрольная сонография молочных желез с интервалом 1 раз в 2-3 месяца от момента обращения до момента завершения беременности. Рост опухоли отмечен в 2 случаях. Однако решение о проведении оперативного лечения отложено до момента завершения беременности. Оперативное лечение во время беременности выполнено 1 пациентке.

ПРОГРАММА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пароконная А.А., Кампова-Полевая Е.Б.

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

Целью настоящего исследования явилось изучение течения рака молочной железы (РМЖ) у женщин, участвовавших в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Материалы и методы: В исследовании представлено 11 наблюдений РМЖ на фоне беременности у женщин детородного возраста, участвовавших в программе ЭКО. Средний возраст больных составил 39,4±3,8 года. Медиана наблюдения за больными составила 30 месяцев (от 2 до 89 месяцев). Из 11 пациенток с проходимыми трубами бесплодие было определено как ановуляторное у 45,5% (n=5) пациенток, связанное с эндометриозом (I, II степени — классификация АОП, 1985 год) у 18,2% (n=2)

(больных; причина неизвестна у 3 (27,3%) больных. Для индукции овуляции применялись препараты рекомбинантного, препараты чХГ, у 2 больных — декапептил-депо, у одной — золадекс. У одной пациентки в анамнезе перенос донорской яйцеклетки. Частота наступления клинической беременности составила 11 (35,5% к 31 циклу ЭКО в группе). Частота невынашивания составила 5 (16,1% на 31 циклов ЭКО в группе). Медиана сроков завершения беременности составила 10 недель (от 4 недель до 40 недель). На сроке до 12 недель самопроизвольный аборт отмечен у 5 пациенток. Прерывание беременности по медицинским показаниям (выявление РМЖ) на раннем сроке выполнено у 1 больной. У 3 из 5 больных прогрессирующая беременность завершена преждевременными родами на сроках: 30, 32 и 35 недель. У 2 — прогрессирующая беременность завершена в срок (40 недель). Рак молочной железы выявлен в 7 из 11 (63,6%) наблюдений на фоне наступления клинической беременности после очередного цикла ЭКО. В 2-х из 11 (18,2%) наблюдений в течение первых 6 и 12 месяцев после последней попытки ЭКО. Двое больных, имевших в анамнезе 3 и 4 цикла ЭКО, самостоятельно выявили неблагополучие в молочной железе (в первом случае пальпируемую опухоль, во втором, — кровянистые выделения из соска и уплотнение в молочной железе), однако к врачу не обратились, осмотр молочных желез врачом не производился и участие в программе ЭКО у этих пациенток было продолжено. Таким образом, две пациентки наблюдали опухоль в молочной железе 13 и 27 месяцев от момента самостоятельной диагностики до момента обращения в РОНЦ. Ни в одном из 11 наблюдений в программу ЭКО не был включен осмотр, пальпация и УЗИ молочных желез.

Результаты исследования. Наблюдение опухоли без лечения составило в группе в среднем 2,8 месяцев (от 1 недели до 27 месяцев). К онкологу пациентки самостоятельно обратились в 73% (n=8). При первичном осмотре начальные стадии РМЖ были диагностированы у 54,5% (n=6) больных, в 45,5% (n=5) диагностирован местнораспространенный РМЖ и генерализованный РМЖ (p=0,677). Метастазы в регионарных лимфатических узлах определялись у 54,5% (n=6) больных, распространение раковых клеток по протокам: в 10%, раковых эмболов по лимфатическим щелям в 40%, а прорастание капсулы метастатических лимфатических узлов - в 30% случаев. Преимущественно в 63,2% (n=7) отмечались рецептороотрицательные опухоли. Случаи семейного рака отмечены у 18,2% (n=2) больных. При анализе ДНК, выделенной из периферической крови и опухолевого материала, проведен скрининг мутаций и однонуклеотидных полиморфных вариантов, характерных для патологии молочной железы: гена BRCA1 — 20 экзона (5382insC) и BRCA2 — 10(N372H) у 6 из 11 пациенток. Мутация гена BRCA1 выявлена у 3 из 6 больных, что составило 50%. У одной больной выявлен однонуклеотидный полиморфизм в экзоне 10- N372H гена BRCA2. Нами не установлена кор-

реляционная зависимость таких признаков как, «длительность лечения от бесплодия», «количество циклов ЭКО» и стадии РМЖ, размеров опухоли и наличия метастазов в лимфатических узлах на момент обращения. За время наблюдения, от отдаленных метастазов умерло 3 пациентки (27,3%) из них одна пациентка с IV стадией РМЖ. У двух больных из 3-х прогрессирование отмечено в первые 2 года от момента завершения лечения. Отдаленными метастазами явились: в первом случае метастазы в печень и кости; во втором, легкие, кости, головной мозг, надключичные лимфатические узлы. IV стадия РМЖ у третьей больной была диагностирована после патоморфологического исследования яичников, удаленных во время операции «кесарево сечение». Опухоль в правом яичнике при проведении ИГХ исследования идентифицирована как метастаз РМЖ. Через 4 месяца от начала лечения у этой же пациентки была выявлена опухоль в контралатеральной молочной железе.

Заключение: Высокая частота местнораспространенной и генерализованной формы РМЖ в группе, а также высокий процент выявления опухоли самостоятельно больными без участия врачей, позволяют говорить о необходимости включения методов УЗИ, а в ряде случаев и маммографии, в программу обязательных мероприятий при планировании ЭКО. Случаи же семейного рака в анамнезе, высокий процент мутаций генов, ответственных за наследственную предрасположенность к раку молочной железы в исследуемой группе, наличие предопухольевых заболеваний у женщины предполагают также консультацию онкогенетика и онколога.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Пахомова Ж.Е., Даминов Р.Ф.

Республика Узбекистан, г. Ташкент, Ташкентская медицинская академия, Городской родильный комплекс №6

Проблема акушерских кровотечений является одной из главных проблем практического акушерства. Более чем у половины беременных с предлежанием плаценты имеет место аномалии ее прикрепления (плотное прикрепление, приращение, вращение). Особую сложность для родоразрешения представляет собой сочетание у беременной рубца на матке после кесарева сечения и предлежания плаценты, а также сочетание ее с приращением или вращением. Наличие этих патологических состояний представляет колоссальную угрозу для жизни женщины, ее будущего ребенка и требует высочайшего профессионализма со стороны акушеров-гинекологов, анестезиологов, перинатологов и др. специалистов.

Целью нашей работы явилась оценка исходов беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты и рубцом на матке после операции кеса-

рево сечение. Нами был проведен ретроспективный анализ 56 историй родов с предлежанием плаценты. Причем, у 29 из них предлежание плаценты сочеталось с рубцом на матке после проведенного кесарева сечения при предыдущем родоразрешении. Частота встречаемости предлежания плаценты у беременных без рубца на матке составила 0.16%, с рубцом на матке - 1.75%. Возраст беременных составил 22.6 ± 3.5 лет. В группы обследованных не входили беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, объемными заболеваниями матки и аномалиями ее развития. Предыдущее кесарево сечение всем женщинам было выполнено при сроке от 28 до 37 нед. беременности. Методика операции была традиционной: в нижнем маточном сегменте с использованием рассасывающего двухрядного непрерывного шва на матке.

Диагноз «предлежание плаценты» был установлен при ультразвуковом исследовании с наполненным мочевым пузырем абдоминальным или влагалищным датчиком. Предлежание плаценты было диагностировано у 42.9% (24) беременных с 15-16 нед. беременности влагалищным ультразвуковым исследованием. У 57.1% (32) женщин диагноз был установлен с 24-28 нед. беременности. Повторные эпизоды кровянистых выделений из половых путей имели место у 66.1 % (37) женщин. В связи с чем у беременных имела место железодефицитная анемия у 62.5% (35), фетоплацентарная недостаточность — у 87.5% (49), задержка внутриутробного развития плода — у 31.1% (18). Кровотечение, возникшее из половых путей, привело к необходимости досрочного родоразрешения при сроке 28-34 нед. беременности у 55.4% (31) женщин. Причем при сроке беременности от 28-32 нед. было родоразрешено 20, при сроке 33-34 нед. -11, при сроке 35-37 нед. — 25 женщин. Перинатальные потери у этого контингента беременных составили 28.6%. (16). Следует сказать, что 32 беременные с предлежанием плаценты находились в стационаре, где им проводилась профилактика респираторного дистресс-синдрома плода, сохраняющая и антианемическая терапия. Кровопотеря при родоразрешении у 34 женщин составила 1 л и более, у 6 беременных — 1.5 л и у 2 женщин — более 2 л. Объем оперативного вмешательства у 27 женщин был кесарево сечение, у 11 — кесарево сечение сочеталось с перевязкой трех пар магистральных сосудов, в связи с гипотонией нижнего сегмента, у 13 — кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки и у 5 — кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков. Выполнение экстирпации матки было произведено у 3 женщин в связи с приращением плаценты. Причем у 2 из них это патология сочеталась с рубцом на матке после кесарева сечения, и именно, этот контингент пациенток имел массивную кровопотерю, что послужило необходимостью проведения перевязки подвздошных артерий. Следует сказать, что выполнение экстирпации матки при приращении плаценты требовало хорошей техники выполнения этой операции и полноценного обеспечения кровью

и препаратами крови, так как всегда имело место нарушение свертывающей системы, характеризующееся быстро развившемся гипокоагуляционным состоянием. Таким образом, высокая частота перинатальных потерь, акушерских кровотечений, инвалидизация женщин репродуктивного возраста, в связи с удалением матки и патологическими нарушениями вследствие массивных кровотечений, ставят эту проблему во главу угла в акушерской практике. Кроме того, аномалии прикрепления плаценты и, особенно, в сочетании с рубцом на матке после кесарева сечения требуют оказания высококвалифицированной специализированной помощи на междисциплинарном уровне. Особый интерес представляет собой возможность диагностики приращения предлежащей плаценты при рубце на матке. Конечно, понятно, что сам факт существования этой крайне сложной акушерской ситуации, требует особых условий для родоразрешения, но качество диагностики до операции во многом будет влиять на исход беременности для матери и плода. Также, решение вопроса диагностики аномалии прикрепления плаценты откроет новые горизонты в разработке тактики родоразрешения и, возможно, сможет обеспечить сохранность матки и, тем самым, репродуктивной функции молодых женщин.

БЕРЕМЕННОСТЬ И «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Пенжоян Г.А.

Россия, Краснодар, ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Проблема лечения беременных с острой хирургической патологией органов брюшной полости является одной из наиболее актуальных в практике общехирургических и акушерских стационаров. Значимость ее обусловлена прежде всего трудностью в своевременной и адекватной диагностике данных заболеваний, стремлением к соблюдению приоритетного принципа медицины «primum non nocere», в данном случае как матери, так и плода.

Наиболее частой острой хирургической патологией у беременных является острый аппендицит. Он встречается в 1-5,5 % случаев, чаще во 2 триместре (44-66%) (Basaran A., 2004). Материнская летальность колеблется от 0,2% при неосложненных формах аппендицита до 16,7 % при перфоративном аппендиците. Частота преждевременных родов при осложненных формах достигает 21%, а антенатальная гибель плода — 5,6% (Alien J.R., 2003). Вторым по частоте следует острый холецистит, который развивается у 0,05-0,1% беременных (Cloptsios C., 2000) и имеет в большинстве случаев калькулезную этиологию (Иванов Л.Д., 1999). Значительно реже встречается острый панкреатит — 1:3000-10000 (Pitchumoni C.S., 1998). Его манифестация приходится чаще всего на 2-3 триместр, при этом деструктивный формы заболевания развивается у 20% заболевших. Материнская смертность при

них достигает 20-30% (Леонов А.Н., 2005), а перинатальная смертность — 38% (Wilkinson E., 2005). Редким хирургическим заболеванием беременных является острая кишечная непроходимость — 1:40000-50000 (Афиногенов П.В., 2000). Она чаще развивается в 3 триместре, носит механический характер, анамнестически почти всегда имеются сведения о перенесенных абдоминальных вмешательствах, сопровождается высокой материнской (50%) и перинатальной (60-75%) летальностью (Chase D.M., 2006).

В 2008-2009 гг. в Городской больнице №2 «КМЛДО» г.Краснодара на стационарном лечении находилось 32 беременных с острым абдоминальным болевым синдромом, поступающих на госпитализацию во 2-3 триместрах. Из них 10 (31,3%) больных были госпитализированы с подозрением на острый аппендицит. В ходе обследования и динамического наблюдения у 4 (40%) из них диагноз был не подтвержден. Остальным беременным была выполнена лапароскопическая аппендэктомия (2 женщины) и аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову (4 женщины). В послеоперационном периоде осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода отмечено не было.

С острым калькулезным холециститом за указанный период было госпитализировано 10 (31,3%) пациенток. В половине случаев лечение ограничилось комплексной консервативной терапией, которая позволила добиться купирования явлений острого холецистита. У 4 пациенток выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у одной — чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗ-контролем с отсроченной холецистэктомией в послеродовом периоде. Осложнения в данной группе также не отмечались.

С острым панкреатитом было госпитализировано 4 (12,5%) пациентки в 3 триместре беременности. Из них у 3 (75%) установлен диагноз острого отечного панкреатита, купированного на фоне проводимого комплексного лечения. У одной пациентки отмечалось фульминантное течение деструктивного панкреатита с образованием на вторые сутки заболевания очагов некроза поджелудочной железы и жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, прогрессирующий эндотоксикоз и гипоксия плода. Это потребовало выполнения экстренного кесарева сечения с последующей экстирпацией матки, дренирования жидкостных скоплений забрюшинной клетчатки (на 4 сутки) с последующей этапной заменой дренажей. Больная с ребенком была выписана из стационара с выздоровлением на 64 сутки.

Острая кишечная непроходимость механического характера была диагностирована 5 (15,6%) пациенток. Консервативные мероприятия оказались эффективными у только у одной из них. Остальным для устранения причины непроходимости была выполнена лапаротомия. Течение послеоперационного периода у всех оперированных женщин было без осложнений. У одной беременной при поступлении произошли самопроизвольные роды мертвым плодом.

Среди больных с абдоминальным болевым синдромом у 3 (9,4%) женщин острая хирургическая патология исключалась (был выявлен острый гепатит).

Таким образом, острая хирургическая патология у беременных во 2-3 триместрах не является редко встречающейся. Она представляет серьезные диагностические и тактические трудности, требует совместной работы специалистов различного профиля. Согласно полученным результатам, в рамках специализированных хирургических стационаров с участием акушеров-гинекологов возможно совершенствование медицинских технологий диагностики и лечения больных данного профиля, что позволяет снизить материнскую и перинатальную смертность.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Перова Т.В., Скворцова М.Ю.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО

По данным Всемирной организации здравоохранения, избыточную массу тела к концу XX века имело около 30% жителей нашей планеты, т.е., около 1,7 млрд. человек. Частота ожирения среди беременных женщин составляет 15,6-20,0%. Нарушения жирового обмена (НЖО) способствуют осложненному течению гестации, увеличивая частоту возникновения гестоза. Последний, протекая на фоне ожирения, имеет ряд особенностей, и уровень протеинурии не всегда своевременно отражает тяжесть его течения. Одним из предикторов развития гестоза является оценка уровня микроальбуминурии (МАУ), как маркера эндотелиальной дисфункции.

Цель: изучение частоты развития микроальбуминурии у повторнородящих с НЖО.

Материалы и методы. В основную группу вошли 80 повторнородящих, разделенных на подгруппы в зависимости от ИМТ: IA подгруппа — 22 пациентки с избыточной массой тела (27,5%), IB подгруппа — 30 женщин с ожирением I степени (37,5%), IC подгруппа — 28 беременных с ожирением II и III степеней (35%). Группу контроля составили 30 беременных с нормальной массой тела. Уровень экскреции альбумина с мочой измеряли колориметрическим методом, на биохимическом автомате Олимпус 2700, фирма Olympus, Япония. Оценку достоверности различий результатов исследования проводили по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты. Средний возраст пациенток в основной и контрольной группе был сопоставим и составил $30,6 \pm 0,5$ лет и $29,1 \pm 0,6$ лет, соответственно ($p > 0,05$).

Всем беременным, находившимся под нашим наблюдением, производилось исследование мочи на уровень экскреции альбумина. Микроальбуминурия

(уровень экскреции альбумина с мочой 30-300 мг/л) была отмечена у 18,2% пациенток с избыточной массой тела, у 46,7% — с ожирением I степени, у 75% — с ожирением II и III степеней, против 13,3% — в группе контроля. При этом, средний уровень экскреции альбумина с мочой составил, $26,6 \pm 1,9$ мг/л и $43,2 \pm 2,5$ мг/л в IB и в IB подгруппах, соответственно. У пациенток с избыточной и нормальной массой тела содержание альбумина в моче составило $17,1 \pm 1,5$ мг/л и $10,4 \pm 1,0$ мг/л, соответственно. После курса лечения гестоза и/или приема мембраностабилизаторов и антиагрегантов средний уровень экскреции альбумина с мочой достоверно снизился у всех беременных с избыточной массой тела, с ожирением I степени и у 82,1% — с ожирением II и III степеней. При этом, средний уровень экскреции альбумина с мочой составил, $24,2 \pm 1,8$ мг/л и $41,1 \pm 2,4$ мг/л в IB и в IB подгруппах, соответственно. У пациенток с избыточной массой тела и группы контроля содержание альбумина в моче составило $13,3 \pm 1,2$ мг/л и $8,5 \pm 0,8$ мг/л, соответственно. У 17,9% беременных из IB подгруппы уровень экскреции альбумина с мочой продолжал возрастать, что клинически сопровождалось нарастанием степени тяжести гестоза.

Мы сравнили частоту и сроки выявления микроальбуминурии и протеинурии у обследованных пациенток. Появление протеинурии во втором триместре нами было отмечено только у пациенток с ожирением: в 10% и 17,9% наблюдений в IB и IB подгруппах, соответственно, со срока 27 недель. В третьем триместре протеинурия была выявлена у каждой третьей женщины с ожирением I степени (30%) и практически у половины — с ожирением II и III степеней (42,9%). У беременных с избыточной и нормальной массой тела она диагностирована в 13,6% и 6,7% наблюдений, соответственно. Следует отметить, что протеинурия в третьем триместре возникла только у пациенток с микроальбуминурией во втором. При этом, микроальбуминурия появилась раньше развития протеинурии на 3 - 4 недели.

Анализ перинатальных исходов показал, что у беременных с НЖО возрастала частота преждевременных родов. Преждевременные роды произошли у 4,5% пациенток с избыточной массой тела, у 10% — с ожирением I степени, у 17,9% — с ожирением II и III степеней, против 3,3% (1 пациентка) — в группе сравнения.

В группе новорожденных у матерей с избыточной массой тела оценка по шкале Апгар составила не менее 7 баллов (7-8 баллов — 31,8% и 8-9 баллов — 68,2%). У новорожденных пациенток с ожирением I степени — 6-7 баллов в 6,7%, 7-8 — в 43,3% и 8-9 баллов — в 50% наблюдений. У 17,9% детей у женщин с ожирением II и III степеней оценка по шкале Апгар составила 6-7 баллов, у 46,4% — 7-8 баллов и у 35,7% — 8-9 баллов. У пациенток из группы контроля дети имели оценку не ниже 7 баллов: 23,3% — 7-8 баллов и 76,7% — 8-9 баллов.

Заключение. Таким образом, уровень экскреции альбумина с мочой является более ранним диагностическим критерием развития гестоза, чем проте-

инурия. МАУ позволяем диагностировать гестоз на доклинической стадии и начинать своевременное лечение.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ГРУППОВОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ ПО СИСТЕМЕ АВО

Перцева Г. М., Борщева А. А., Кудинова Э. Е.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУВПО МЗ и СР РФ РостГМУ, кафедра акушерства и гинекологии №1, ГУЗ СПК РО

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает иммунологический конфликт во время беременности. В ряде случаев иммунологическая несовместимость между матерью и плодом как по резус-фактору, так и по системе АВО, становится причиной развития гемолитической болезни новорожденных. Многочисленные исследования позволили изучить патогенез, клинику, диагностику гемолитической болезни; а также, наметить методы предупреждения резус-сенсibilизации. Иммунопрофилактика резус-сенсibilизации является приоритетным методом снижения перинатальных потерь от гемолитической болезни по резус фактору. В последние годы с целью предупреждения развития гемолитической болезни новорожденных по резус фактору назначают зарубежный препарат Гипер РОУ С/Д иммуноглобулин который, в отличие от отечественного, вводят не только после родов и аборт, но и во время беременности. Однако, несмотря на многочисленные публикации, многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными. Так, в доступной нам литературе мы не нашли данных о применении препарата Гипер РОУ С/Д иммуноглобулина у резус-отрицательных беременных при наличии конфликта по системе АВО, который встречается у 16,05 % беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.

Целью данного исследования явилось определение степени влияния препарата Гипер РОУ С/Д на течение беременности у женщин с иммунологическим конфликтом по системе АВО.

Материалы и методы. Проведён анализ течения беременности, родов, исходы для плода в двух клинических группах. В первую группу (исследуемая) вошли 72 резус-отрицательные женщины с конфликтом по системе АВО. Всем женщинам проводилась иммунопрофилактика введением Гипер РОУ С/Д иммуноглобулина в сроках 28-30 недель беременности. Вторая группа (контрольная) представлена 85 резус-отрицательными беременными с конфликтом по системе АВО без проведения иммунопрофилактики резус сенсibilизации. Возрастной, социальный статус, а также анамнез в обеих группах был приблизительно одинаковым. Всем беременным проводились клинические, лабораторные, иммунологические исследования, УЗИ состояния плода. На протяжении всей беременно-

сти как в исследуемой, так и в контрольной группах, антирезусные антитела не были выявлены. Титр групповых антител в обеих группах колебался в пределах 1:2 - 1:32.

Результаты исследования. Из 72-х женщин первой клинической группы беременность осложнилась анемией легкой степени тяжести у 5(6,94%) пациенток, поздним гестозом средней степени тяжести у 6(8,33%), ФПН у 8(11,1%), у 3(4,18%) беременных была клиника угрожающих преждевременных родов. Все женщины родили через естественные родовые пути. У 69(96,7%) матерей родились дети без признаков гемолитической болезни, у 3 (3,33%) новорожденных была выявлена гемолитическая болезнь, одному ребёнку произведено однократное заменное переливание крови. Из 85 женщин контрольной группы во время беременности у 7 (8,2%) была выявлена анемия, у 11 (12,9%) ФПН, у 8 (9,4%) поздний гестоз, у 5 (5,8%) — клиника угрожающих преждевременных родов. Все 85 женщин родили через естественные родовые пути. Из 85 женщин у 6(7,05%) дети перенесли гемолитическую болезнь. Трое детей нуждались в однократном заменном, переливании крови. Таким образом, анализ течения беременности и родов в обеих клинических группах существенных различий не выявил. Применение препарата Гипер РОУ С/Д иммуноглобулина во время беременности (на 28-30-й неделях) у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови, при сопутствующем иммунологическом конфликте по системе АВ0, ни в одном случае не привело к увеличению титра антител по системе АВ0.

Заключение. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать обязательное проведение иммунопрофилактики резус-сенсibilизации путем введения иммуноглобулина Гипер РОУ С/Д на 28-30-ой неделях беременности, несмотря на наличие групповой несовместимости, поскольку введение данного препарата предупреждает развитие гемолитической болезни по резус-фактору и не ухудшает течение иммунологического конфликта по системе АВ0.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Пестрикова Т.Ю., Ильиных О.Л., Юрасова Е.А.
г. Хабаровск, ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава

Актуальность исследования. В настоящее время проблема прогнозирования исхода беременности при гипотензивном синдроме является недостаточно изученной и требует проведения дальнейших исследований.

Цель исследования: изучить изменения в системе гемостаза у беременных женщин с исходной артериальной гипотонией и обосновать профилакти-

ческие мероприятия, направленные на снижение частоты гестоза.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено ретроспективное исследование течения беременности и родов у 528 женщин, имеющих исходную артериальную гипотонию. В результате проведенного исследования было выявлено, что гестоз диагностируется примерно у каждой 3 беременной с артериальной гипотонией. У 79% беременных женщин, имевших исходную артериальную гипотонию, отмечено наличие варикозного расширения вен ног. На основании вышеизложенного было решено провести более углубленное обследование системы гемостаза у беременных женщин данной категории. Для этого нами были проспективно обследованы 64 беременные женщины, гестационный период у которых протекал на фоне исходной артериальной гипотонии и имеющих варикозное расширение вен ног, вошедших в основную группу (ОГ). В группу сравнения (ГС), мы включили 58 беременных женщин, с нормальным исходным артериальным давлением, гестационный период у которых протекал без осложнений и закончился срочными родами. Изучение параметров гемостаза проводилось в сроки 10-14, 16-20 недель беременности. Для оценки основных параметров системы гемостаза нами были исследованы: подсчет количества тромбоцитов в крови при фазовом контрасте в камере Горяева; адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов экспресс-методом в модификации А. С. Шитикова; манжеточная проба М.П. Кончаловского, Румпель-Леде; активированное время рекальцификации (АВР) и активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ); растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), время свертывания крови по Ли-Уайту, протромбиновый индекс (по А. Квику); фибриноген в плазме по методу Р.А. Рутберг; антитромбин — III методом U. Abildgaard в модификации К.М. Бишевского; XIIa-зависимый фибринолиз по Г.Ф. Еремину и А.Г. Архипову.

Результаты. В соответствии с поставленной целью первоначальное определение гемостаза пациенткам ОГ и ГС проводилось в сроке 10-14 недель. Достоверной разницы исследуемых показателей в обеих группах нами получено не было. При повторном изучении гемостаза в сроке 16-20 недель беременности мы получили данные, свидетельствующие о развитии гиперкоагуляционного синдрома в ОГ. Была выявлена достоверная разница ($p < 0,001$) по результатам манжеточной пробы, которая свидетельствовала о наличии тромбоцитопатии или дисфункции тромбоцитов. Так, в ОГ манжеточная проба была положительной в $50,0 \pm 6,24\%$, резкоположительной в $7,81 \pm 3,35\%$. В ГС положительной и резкоположительной манжеточной пробы зарегистрировано не было. Кроме этого, была отмечена тенденция к уменьшению числа тромбоцитов в ОГ ($p < 0,05$). Адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов была так же достоверно повышена в ОГ ($p < 0,001$), по сравнению с аналогичными показателями в ГС. Сравнивая показатели АВР

и АПТВ у женщин ОГ и ГС, мы получили достоверное укорочение показателей в ОГ ($p < 0,001$). Статистически значимо возрос уровень РФМК в ОГ ($p < 0,001$). Время свертывания крови у женщин ОГ имело достоверную тенденцию к снижению исследуемого показателя ($p < 0,001$). Показатели, характеризующие величину протромбинового индекса, достоверно в ОГ и ГС не различались. В ОГ отмечено повышение уровня фибриногена ($p < 0,05$). Вместе с этим, отмечается значимое снижение одного из мощных антикоагулянтов — антитромбина III ($p < 0,05$), на фоне замедления XIIa-зависимого фибринолиза у женщин ОГ ($p < 0,001$).

С профилактической целью развития гестоза у женщин ОГ нами было проведено лечение курантилом N, в сочетании с диетой при сроке беременности 16-20 недель. Лечение курантилом N проводилось курсом по 25 мг 3 раза в сутки течение 21 дня. Повторное гемостазиологическое обследование проводилось через 10 дней после окончания курса лечения. Анализ результатов основных параметров гемостаза показал, что после курса лечения курантилом N получена положительная динамика: повышение количества тромбоцитов ($p < 0,001$); АВР ($p < 0,001$); АПТВ ($p < 0,001$); время свертывания крови ($p < 0,05$); снижение адгезивно-агрегационной активности тромбоцитов ($p < 0,01$); РФМК ($p < 0,01$); фибриногена ($p < 0,001$). Показатель протромбинового индекса достоверной разницы не имел. Так же была получена достоверная разница, свидетельствующая о повышении активности противосвертывающей ($p < 0,001$) и фибринолитической систем гемостаза ($p < 0,01$).

Выводы: полученные результаты, по нашему мнению, свидетельствуют о том, что использование курантила N после 16 недель беременности позволяет улучшить микроциркуляцию, реологические свойства крови, и снизить частоту гестоза у женщин, имеющих исходную артериальную гипотонию и венозную хроническую недостаточность.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Пестрикова Т.Ю., Косенко Н.А.

Россия, г. Хабаровск, ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность исследования. По данным мировой и отечественной статистики, заболеваемость населения парентеральными вирусными гепатитами (HBV, HCV) имеет стойкую тенденцию к увеличению.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей течения и исходов беременности и родов у женщин с вирусными гепатитами В и С.

Результаты исследования. На основании проведенного ретроспективного исследования нами было установлено, что с 2005 по 2009 года заболеваемость (г. Хабаровск) гепатитом В среди бере-

менных оставалась на одном уровне, а количество беременных с вирусным гепатитом С достоверно ($p < 0,05$) увеличилось. Рост числа беременных с вирусными гепатитами по нашему мнению связан с более тщательным обследованием беременных женщин в женских консультациях и широким распространением этих инфекций среди всей популяции. Изучение особенностей течения гестационного периода у 1337 беременных женщин с установленным диагнозом вирусного гепатита, показало, что частота невынашивания беременности и у них достигала 48,02%, преждевременных родов 11,96%, а гестоза 43,67%; плацентарная недостаточность 100%; синдром задержки роста плода 28,95%; преждевременный разрыв плодных оболочек 46,2%; послеродовые эндометриты 5,78%.

Особенностью течения беременности у женщин с вирусными гепатитами В и С явилась высокая частота воспалительных заболеваний репродуктивной системы (вагиниты 36,55%, цервициты/эндоцервициты 22,15%), обусловленных наличием уреоплазменной инфекции (КОЕ $> 10^4$) 15,93%; микоплазменной инфекцией (КОЕ $> 10^4$) 6,95%; хламидийной инфекцией (КОЕ $> 10^4$) 5,98%; патогенными стафилококками (КОЕ $> 10^4$) и стрептококками (КОЕ $> 10^4$) 5,98%; трихомонадой 5,97%; гонореей 0,74%. Частота бактериального вагиноза составила 28,23%, вагинита кандидозного - 37,99%.

Патологические роды имеют место у 32,98%. Родоразрешение путем операции кесарева сечения было произведено у 26,25%. Показаниями к проведению операций кесарева сечения были: аномалии родовой деятельности (7,32%), несостоятельный рубец на матке после предыдущей операции кесарева сечения (5,16%), угрожающая асфиксия плода (3,88%), тазовое предлежание плода (2,61%), клинически узкий таз (2,24%). Операция ручного обследования полости матки в связи с гипотоническим и атоническим кровотечением, аномалиями прикрепления плаценты была выполнена у 7,5%. Частота массивных акушерских кровотечений составила 2,39%.

Показатель перинатальной смертности составил 9,8%.

В проспективное обследование мы включили 102 женщины, у которых наряду с традиционными методами обследования проводилось определение в сыворотке крови маркеров (антигенов/антител) HBV, HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HB core Ig G/M, anti-HBe Ig G/M, anti-HCV core Ig G/M, anti-HCV NS3, NS4, NS5. Группу сравнения составили 96 женщин, гестационный период и роды у которых протекали без осложнений. Поскольку при проведении ретроспективного исследования нами было выявлено достоверное увеличение у женщин данной категории частоты невынашивания беременности, преждевременных родов, гестоза, мы проводили определение уровня магния в плазме крови у 102 женщин в сроки гестации 10-12; 22-24; 32-34 недели. Полученные результаты свидетельствовали о том, что в сроке гестации 10-12 недель уровень содержания магния в плазме крови соответствовал $0,62 \pm 0,52$ ммоль/л, что было достоверно ниже ($P < 0,05$), чем у женщин

группы сравнения, не имеющих гепатитов, и гестационных период и роды у которых протекали без осложнений. На основании полученных данных, всем беременным с низким содержанием магния в плазме крови мы назначали препарат Магне В6 (действующее вещество - магния лактат) по 2 драже 3 раза в день, в течение 14 дней. Контрольное определение магния в плазме крови проводилось через 2 недели после окончания курса лечения. При выявлении пониженного уровня магния в плазме крови, лечение препаратом Магне В6 продолжалось в периоды 22-24; 32-34 недели. Плановое назначение препарата Магне В6 позволило снизить частоту невынашивания беременности до 23,25%, преждевременных родов до 7,4%, гестоза до 27,5%, плацентарной недостаточности до 73,34%, синдрома задержки развития плода до 12,43%.

Выводы. Женщины, страдающие вирусными гепатитами С и В, относятся к высокой группе риска по перинатальной и материнской смертности, что требует проведения дополнительных методов исследования, позволяющих своевременно корректировать отклонения в течении гестационного периода.

ОЦЕНКА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Петросова Е.А., Пахомова Ж.Е.

Республика Узбекистан, г. Ташкент, Ташкентская медицинская академия, Городской родильный комплекс №6.

Несмотря на значительные успехи в перинатальной и неонатальной медицине, частота преждевременных родов остается на прежнем уровне и является в 50-70% случаев причиной перинатальной смертности. Все это диктует необходимость разработки эффективных методов пролонгирования беременности и возможности рождения полноценного новорожденного. Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) в общей системе гомеостаза организма во многом влияют на развитие патологических процессов и способствуют эффективности проводимой терапии.

Целью нашего исследования явилось изучение свободнорадикальных процессов при различных стадиях преждевременных родов (ПР). Нами были обследованы 64 беременных с ПР при сроке беременности от 28 до 35 недель беременности. Из них у 23 беременных отмечались нерегулярные боли внизу живота (угрожающие ПР), у 21 отмечались регулярные боли внизу живота каждые 5-7 минут и динамика шейки матки (начинающиеся ПР) и у 20 женщин отмечались регулярные боли внизу живота каждые 3-5 минут и раскрытие шейки матки 3 и более см (начавшиеся ПР). Возраст беременных составил от 20 до 35 лет. Первая беременность была у 39% (25), вторая - у 43,8% (28), третья и более — у 17,2% (11). Репродуктивные потери были у 32,8% (21) женщин. Хронический пиелонефрит имел место у 21,9% (14), железодефицитная анемия — у

60,9% (39), хронический аднексит — у 43,8% (28), хронический цервицит — у 29,7% (19), бактериальный вагиноз — у 56,3% (36). Скрининговое обследование на инфекцию, передаваемую половым путем, показало наличие хламидийной, герпетической и цитомегаловирусной инфекции у 82,9% (63) женщин. Контрольную группу составили 20 здоровых беременных при сроке беременности 28-35 недель.

У обследуемого контингента беременных брали кровь натощак и определяли уровень малонового диальдегида (МДА) и молекул средней массы (МСМ), активность ферментов супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КТ).

Результаты проведенных исследований показали, что уровень МДА в группе беременных с угрожающими ПР был 10.65 ± 0.22 нмоль/мл, СОД — 3.99 ± 0.12 УЕ/мл, КТ — 43.79 ± 2.31 мкат/л, МСМ — 0.556 ± 0.011 ОП/мл. В контрольной же группе обследованных эти показатели были значительно ниже: 4.21 ± 0.22 нмоль/мл, 2.23 ± 0.13 УЕ/мл, 23.64 ± 0.13 мкат/л, 0.294 ± 0.016 ОП/мл ($P < 0.05$).

Изучение этих показателей у беременных с различной степенью развития родовой деятельности при ПР показало значительное повышение показателей перекисного окисления липидов (МДА до 12.78 ± 0.25 нмоль/мл) и МСМ до 0.687 ± 0.012 ОП/мл и снижение АОЗ: СОД до 3.12 ± 0.14 УЕ/мл, КТ — до 30.24 ± 1.38 мкат/л при начинающихся родах. Повышение показателей МДА и МСМ, коррелирующее с прогрессированием родовой деятельности, вероятно, связано с усилением стрессовой агрессии на организм женщины и повышением уровня эндогенной интоксикации. Снижение показателей СОД и КТ, возможно, характеризует снижение компенсаторных возможностей АОЗ организма беременной, что в конечном итоге, и приводит к неэффективности токолитической терапии и прогрессированию родовой деятельности при ПР.

Таким образом, можно сказать, что мониторинг процессов ПОЛ и АОЗ при преждевременных родах и различных стадиях развития родовой деятельности, может служить индикатором эффективности проводимой сохраняющей терапией. Включение в комплексную терапию преждевременных родов препаратов, воздействующих на свободнорадикальные процессы, значительным образом повысит ее эффективность и будет способствовать снижению перинатальных потерь.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.

Петрухин В.А., Ахведиани К.Н., Иванкова Н.М.

Россия. Москва. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Одной из важнейших задач, стоящих перед акушерами, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. Частота родоразрешающих операций в современном акушерстве в значительной степени опреде-

ляется показаниями, обусловленными состоянием плода, и расширением показаний к кесареву сечению (КС) при тяжелых формах фетоплацентарной недостаточности (ФПН), задержке внутриутробного роста (ЗВУР), гипотрофии и хронической гипоксии плода. Необходимость применения акушерских щипцов (АЩ) или вакуум-экстрактора (ВЭ) сведена к минимуму. С появлением аппаратов для ВЭ пластиковыми чашечками и кистевым устройством в последней четверти 20-го столетия, отмечается «второе рождение» операции вакуум-экстракции плода (ВЭП), которая по популярности в 21-м веке опережает операцию наложения АЩ и занимает ведущее место среди методов оперативного родоразрешения через естественные родовые пути. В 2009г. в США применение ВЭ составляет 6,3%, тогда как АЩ применялись в 3,4% случаев, КС — в 32%; в Англии — 5,5%, 6,6% и 24,6% соответственно. А в нашей стране эти показатели неутешительны и составляют 17,9%, 0,2% и 0,063%. Низкая частота применения этих родоразрешающих операций в нашей стране, связанная с мнением о высокой частоте травматизма, как для матери, так и для плода, не свидетельствует об отсутствии показаний к ним. Важным фактором является несовершенство инструментов и нередко низкая квалификация акушеров, не владеющих техникой указанных оперативных вмешательств. Показания для операции наложения АЩ можно условно разделить на 2 группы: показания обусловленные состоянием матери (акушерские показания, соматические показания) и показания связанные с состоянием плода. В отличие от операции наложения АЩ, ВЭП требует активного участия роженицы при извлечении плода, поэтому перечень показаний весьма ограничен: слабость потуг, при неэффективной консервативной терапии; гипоксия плода, укорочение второго периода родов при экстрагенитальной патологии роженицы. В МОНИИАГ, начиная с 2006 года, широко используется вакуум-экстрактор «KIWI» (аппарат снабжен силикатовой чашечкой разового пользования). Под нашим наблюдением находились 260 родильниц, которые были родоразрешены оперативно через естественные родовые пути и 263 новорожденных, родившихся с помощью ВЭ и АЩ. У 206 (79,2%) родильниц был применен ВЭ, у 54 (20,8%) — АЩ. Наложение чашечки ВЭ производилось на головку плода, находящуюся в широкой части полости малого таза в 26 (12,6%) случаях, в узкой части — в 92 (44,7%), в выходе малого таза — у 88 (42,7%) рожениц.; АЩ были наложены в 8 (14,8%), 25 (46,3%) и 21 (38,9%) случаях соответственно. Показаниями к наложению ВЭ явились начальные признаки внутриутробной гипоксии плода на фоне хронической в 38 (18,4%) случаях, внутриутробная асфиксия плода в 23 (11,2%) наблюдениях; слабость потуг и длительное стояние головки в одной плоскости — у 61 (29,6%) рожениц, экстрагенитальная патология, требующая ограничения потуг у 84 (40,8%). Показанием к применению АЩ являлись острая гипоксия плода — 35 (64,8%), гестоз тяжелой степени — 12 (22,2%), ос-

ложженная близорукость — 6 (11,1%) и слабость потуг — 4 (7,4%). Всего в обеих группах родились 263 детей (три двойни в группе ВЭ). Из них после ВЭ в состоянии гипоксии родились 52 (25,3%) детей, после применения АЩ — 22 (40%). Во всех случаях острой гипоксии плода имела место патология пуповины: абсолютная ее короткость или тугое обвитие пуповиной шеи плода. 198 (94,7%) детей после ВЭ и 50 (76,5%) после АЩ на 4-7-е сутки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. В тяжелом состоянии родились 3 ребенка (оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 и 6 баллов), что было обусловлено выраженным дистрессом плода в процессе родоразрешения и проявлениями синдрома дыхательных расстройств (СДР) на фоне внутриутробной инфекции (пневмонии), потребовавшего проведения пролонгированной ИВЛ. Перевод на этапное выхаживание потребовался 12 детям после 4 суток жизни с сохраняющейся неврологической симптоматикой: церебральной ишемией и ПИВК 1-й степени. В то же время, ВЭ и наложение АЩ в большинстве случаев применялись в связи с хроническим внутриутробным страданием плода или уже начавшейся асфиксией, что и являлось, по видимому, определяющим фактором постнатальных нарушений у новорожденных. Что касается травматизма при применении АЩ и ВЭ: ни в одном случае при ВЭ не наблюдалось повреждения анального сфинктера, при применении АЩ - в одном случае разрез промежности продлился вниз в разрыв, не затронув анальный сфинктер. При ВЭ разрез промежности произведен у 70,2% женщин, разрывы влагалища наблюдались в 3,3% случаев, дополнительных разрывов промежности не было. У 2-х новорожденных после ВЭ и 3-х после АЩ выявлены кефалогематомы небольших размеров (до 4-5см), не требующие пункции. В этих случаях оперативное родоразрешение было предпринято при головке, стоящей в широкой части полости малого таза. Применение АЩ и ВЭ с соблюдением показаний, условий и техники операции не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода у новорожденных, последующее развитие детей и безопасно для матери.

ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Петрухин В.А., Мравян С.Р., Пронина В.П.,
Фёдорова С.И., Мареева М.Ю.

Россия, Москва, МОНИИАГ, МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского

Целью исследования явилась оптимизация родоразрешения беременных с пороками сердца на основе новых подходов к поликлиническому и стационарному этапам наблюдения.

За 2005-2009 г. обследовано 218 женщин с врожденными или приобретенными пороками сердца, направленных в МОНИИАГ для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности и/или родоразрешения (за 2009 г. — 43 беремен-

ных). У всех беременных проводились клиническое обследование, эхокардиография с оценкой общепринятых показателей гемодинамики, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с изучением вариабельности сердечного ритма (ВСР). Программа наблюдения и подходы к родоразрешению основывались на трёхступенчатой оценке материнского риска, предложенной S.C. Siu. и J.M. Colman (2001).

Беременные с низким риском кардиологических осложнений (септальные дефекты до 2 см в диаметре без высокой лёгочной гипертензии, умеренный стеноз аорты и выраженный стеноз лёгочной артерии, аортальная недостаточность до 2 степени, гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с умеренной обструкцией выносящего тракта, радикальные операции на сердце с хорошим результатом) составили 1 группу (160 пациенток). Они были однократно консультированы кардиологом МОНИИАГ с определением функционального класса сердечной недостаточности (СН) и оценкой ЭхоКГ-параметров. Пациентки 1 гр. были в 93,8% самостоятельно родоразрешены на сроке 38-40 недель беременности. У остальных женщин родоразрешение осуществлялось в эти же сроки кесаревым сечением (КС) по акушерским показаниям. Функциональный класс СН в среднем составил $1,3 \pm 0,3$. Отмечалось тенденция к снижению общей ВСР, росту активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, что отражало изменения симпато-вагального баланса, характерные для нормально протекающей беременности. Беременные с промежуточным риском кардиологических осложнений (большие септальные дефекты, выраженные клапанные и подклапанные стенозы, клапанная недостаточность 2 степени, умеренно выраженный митральный стеноз), ряд паллиативных операций на сердце составили вторую группу (54 женщины). Первая консультация беременных с промежуточным риском осуществлялась кардиологом на возможно наиболее раннем сроке беременности. При высоком функциональном классе СН или субъективном неблагоприятном течении осуществлялась госпитализация в отделение патологии беременных специализированного стационара. Начиная с 26-ой недели беременности (1 раз в 2 недели), проводилось амбулаторное наблюдение кардиологом, и при отсутствии факторов риска (нарастание СН, градиента давления, объёмных параметров ЭхоКГ) пациентки этой группы продолжали консультироваться амбулаторно. При изучении ВСР у пациенток с клапанной недостаточностью было отмечено достоверное (по отношению к нормативным показателям и к параметрам пациенток с незначительным риском осложнений) снижение общей ВСР, тенденция к снижению общей мощности спектра. Родоразрешение осуществлялось путем операции КС на доношенном сроке в 51,9% (за исключением одной пациентки с дородовым излитием околоплодных вод на сроке 30 недель беременности). В 42% произошли самопроизвольные роды, в 6,1% проведено КС по комплексу показаний. Наблюдение за 9 пациентками из группы высокого риска осу-

ществлялось по индивидуальной программе, а родоразрешение в 66% проводилось оперативным путём (у 3 пациенток — самостоятельные роды). У всех пациенток отмечалось достоверное снижение спектральных и временных показателей ВСР. Отсутствие раннего родоразрешения обусловило благоприятные перинатальные исходы (у 2,9% детей оценка по Апгар составила 6-7 баллов, у остальных — 8-9 баллов).

Использование предложенной схемы ведения пациенток с пороками сердца с оценкой количественных ЭхоКГ-параметров клапанной и шунтовой состоятельности, уровня функциональной недостаточности на основании параметров ВСР, переносимости физических нагрузок, а также степени гипоксемии, наличия или риска аритмий позволяет избежать ранее рекомендуемой и часто необоснованной трехкратной госпитализации всех женщин на заранее определённых сроках беременности, их раннего родоразрешения, существенно улучшить перинатальные исходы, снизить частоту оперативного родоразрешения по кардиологическим показаниям (в 2009 г — 9,3% среди всех беременных с пороками сердца).

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Печенкина Н.С., Хлыбова С.В.

Частота сахарного диабета (СД) у беременных, по данным ряда авторов, колеблется от 3% до 12% (Корчагина Е.Е. и др., 2008; Шехтман М.М. и др., 2008; Федотова М.В. и др., 2001). Данные о распространенности гестационного сахарного диабета (ГСД) в России варьируют от 2,4% до 4% (Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., 2006; Бурумкулова Ф.Ф. и др., 2009; Евсюкова И.И., 2006; Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., 2010). Течение СД и ГСД сопровождается многочисленными осложнениями. Ранние репродуктивные потери при СД составляют 30-60% всех беременностей, врожденные пороки развития — 6-12%, синдром задержки развития плода — 6,5-30% (Арбатская Н.Ю., 2003), характерна высокая перинатальная смертность, которая в ряде регионов России достигает 40% (Федотова М.В. и др., 2001). В 67,2% случаев роды у больных с СД заканчиваются операцией кесарево сечение (Скорнякова Л.М. и др., 2007). В последние годы увеличилось количество женщин, страдающих СД разных типов, поэтому данные об особенностях течения беременности и родов у этой категории пациенток представляются актуальными.

Цель исследования: клиническая оценка течения беременности, родов у пациенток с ГСД, диабетом I и II типа в современных условиях.

Методы исследования: был проведен ретроспективный анализ историй родов по архивным материалам Кировского областного клинического перинатального центра за период 2008-2009 гг. В группу 1 (n=31) вошли пациентки с ГСД, в группу 2 (n=11) — с СД I типа 11, в группу 3 (n=8) — с СД II типа.

Средний возраст женщин в группе 1 составил 26,6* лет (* — здесь и далее — различия с группой 2 и 3 достоверны, $p < 0,05$), в группе 2 — 32,3 лет, в группе 3 — 38,6 лет. В группе 1 первобеременные женщины составили 12,9%, а в группах: 2 и 3 первобеременных не было. Средняя масса тела женщин в группе 1 накануне родов составила $85,5 \pm 1,2^*$ кг, рост — $165,2 \pm 1,2$ см, средняя прибавка массы тела за беременность — $14,5 \pm 0,6^*$ кг. Среди обследованных в группе 1 служащие составили: 25,8% (8)*, рабочие — 48,4% (15)*, учащиеся специальных и высших учебных заведений — 6,5% (2), неработающие — 19,3% (6)*. Брак был зарегистрирован у 61,3% (19), в гражданском браке состояли 32,2% (10), одиночками было 6,5% (2) женщин. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100% (31), в том числе: анемия в 83,8% (26)*, сердечно-сосудистая патология в 58,0% (18)*, заболевания мочевыводящей системы в 77,4% (24)*. Хронические урогенитальные инфекции (ХУГИ) были отмечены у 93,5% (29) пациенток. Среди осложнений беременности в группе 1 наблюдались: многоводие — 51,6% (16)*, гестоз легкой степени — 58,0% (18)*, гестоз средней и тяжелой степени — 25,8% (8)*, плацентарная недостаточность (ПН) — 77,4% (24)*, хроническая внутриутробная гипоксия плода — 61,2% (19). В группе 1 операцией кесарево сечение были родоразрешены 61,3% (19)* женщин. Средняя масса тела женщин в группе 2 составила $94,3 \pm 1,8$ кг, рост — $168,3 \pm 1,2$ см, прибавка массы тела за беременность — $6,6 \pm 0,5$ кг. В группе 2 служащие составили: 36,3% (4), рабочие — 27,4% (3), нигде не работали 36,3% (4) женщин. Состояли в зарегистрированном браке 72,6% женщин (8), в гражданском браке — 27,4% (3), одиночек 0,0%. Экстрагенитальная патология встречалась у 100%, а именно: анемия у 72,6% (8), сердечно-сосудистая патология у 81,8% (9), заболевания мочевыводящей системы у 90,9% (10), у всех пациенток отмечалась ангиопатия сетчатки, диабетическая нефропатия и полинейропатия. Женщины группы 2 также имели в анамнезе ХУГИ 90,9% (10). Осложнениями беременности в группе 2 были следующие: многоводие 81,8% (9), гестоз легкой степени 27,4% (3), гестоз средней и тяжелой степени 63,6% (7), ПН 90,9% (10), хроническая внутриутробная гипоксия плода 54,5% (6). В группе 2 операцией кесарево сечение закончились роды у 72,7% (8) пациенток. В группе 3 средняя масса тела женщин составила $114,3 \pm 1,2$ кг, рост — $169,2 \pm 1,1$ см, прибавка массы тела за беременность — $10,6 \pm 0,5$ кг. Среди обследованных женщин группы 3 служащие составили 50,0% (4), рабочие — 25,0% (2), нигде не работали 25,0% (2) женщин. Состояли в зарегистрированном браке 75,0% женщин (6), в гражданском браке — 25,0% (2), одиночек 0,0%. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100%, в том числе: анемия у 75,0% (6), сердечно-сосудистая патология у 75,0% (6), заболевания мочевыводящей системы у 100,0% (8) у всех пациенток отмечалась ангиопатия сетчатки и диабетическая полинейропатия. Женщины группы 3 имели в анамнезе ХУГИ 100,0% (8). Осложнениями

беременности в группе 3 были следующие: многоводие 75,0% (7), гестоз легкой степени 25,0% (2), гестоз средней и тяжелой степени 75,0% (6), ПН 100,0% (8), хроническая внутриутробная гипоксия плода 62,5% (5). В группе 3 операцией кесарево сечение закончились роды у 75,0% (6) пациенток. Таким образом, женщины обеих групп (2-й и 3-й) не отличались как по большинству анализируемых показателей, так и методу родоразрешения. У новорожденных от пациенток группы 1, 2 и 3 отмечались следующие заболевания: нарушение мозгового кровообращения, диабетическая фетопатия, а в группе 2 и 3, кроме того — у каждого второго новорожденного выявлена кардиомиопатия. Таким образом, полученные результаты в проведенном исследовании свидетельствуют о неблагоприятном течении беременности и родов при СД и ГСД.

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Пивкина О.А., Пиховская В.Г.

Россия, г. Хабаровск, МУЗ «Родильный дом №1», женская консультация Центрального района

Особую значимость вагинальный кандидоз приобретает во время беременности в связи со значительной распространенностью данного заболевания в этот период жизни женщины. Так, кандидоз во время беременности встречается в среднем у 30-35% женщин, а в отдельной группе пациенток с эндокринной патологией этот показатель увеличивается до 60%. Число случаев инфекционно-воспалительных поражений у новорожденных, обусловленных грибами рода *Candida*, составляет 15-25,8%. Беременность способствует развитию кандидоза. Это обусловлено изменениями гормонального баланса во время беременности, который в свою очередь изменяет кислотную среду во влагалище и подавляет иммунитет. Кандидоз, как и любая другая инфекция, представляет собой потенциальную опасность, осложняет протекание самой беременности и повышает риск инфицирования плода и новорожденного. Поэтому использование антимикотических препаратов во время беременности у женщин с кандидозным вагинитом представляется актуальным.

Вынашивание ребенка — это время, в течение которого все лекарственные средства назначаются с оглядкой на то, чтобы не навредить плоду. Препараты для лечения кандидоза делятся на системные и местные. Вне беременности системный метод лечения является основным, поскольку основная масса кандид находится именно в кишечнике и отсюда распространяется по всему организму. Однако во время беременности приём системных противогрибковых препаратов сильно ограничен из-за возможных токсичных влияний на плод. Основным методом лечения беременных женщин является применения местных препаратов. Интравагинальный путь терапии более предпочтителен в связи с тем, что в этом случае пре-

парат попадает непосредственно во влагалище, колонизированное грибами. Тем самым достигается высокая эффективность малых доз препарата и исключается системное воздействие на весь организм. По мере возрастания роли грибов, как возбудителей заболеваний осуществлялась разработка и совершенствование средств лечения грибковых инфекций. Несмотря на то, что в настоящее время акушеры-гинекологи имеют в своем арсенале широкий спектр различных антимикотических препаратов, четкая тенденция увеличения числа заболеваемости кандидозной инфекцией служит поводом для поиска новых методов лечения и новых эффективных фармакологических препаратов.

В связи с перечисленным, нами проводилось исследование, целью которого явилось: оценить клиническую эффективность и переносимость сертаконазола (препарат залаин) для лечения острого кандидозного вагинита (КВ) у беременных женщин.

Исследование проводилось на базе женской консультации МУЗ «Родильный дом № 1» г. Хабаровска. Нами были обследованы 248 женщин во время беременности от 20 до 35 лет. Средний возраст женщин составил 27 лет. Соматическая хроническая патология выявлена у 82 % женщин.

Верификация диагноза основывалась на оценке данных анамнеза, жалобах пациенток, клинических проявлениях, рН-метрии влагалищного секрета, бактериоскопии и бактериологии.

Критерием исключения из исследования являлось наличие хронического рецидивирующего кандидозного вагинита и инфекций, передающихся половым путем. Все пациентки были распределены на 2 группы: в 1-ю (основную) группу вошли 128 женщин с КВ, которые получали лечение залаином, «однодневный» курс по 1 свече (300 мг) глубоко в задний свод влагалища на ночь. Во 2-ю группу (сравнения) были включены 120 пациенток, которым проводилось лечение острого КВ пимафуцином, по 1 свече 6 дней. В схемы лечения кандидоза в обеих группах обязательно включали иммуномодуляторы.

Всем женщинам были проведены до лечения и через 1, 8 недель, после окончания терапии, следующие анализы: рН-метрия влагалищного секрета, микроскопия влагалищных мазков, посев влагалищного содержимого. Первое исследование служило базовым значением, результат второго исследования характеризовал клиническую эффективность применявшегося препарата, а третье — частоту рецидивов. Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований.

При повторном визите (через неделю) все пациентки основной группы жалоб не предъявляли. При влагалищном осмотре у 12 (9,4%) женщин наблюдалась слабая гиперемия слизистой влагалища и шейки матки. Через неделю после проведенной терапии у 112 (87,5%) пациенток влагалищный мазок нормализовался: грибы рода *Candida* не определялись, и количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения. У 16 (12,5%) женщин при микроскопии мазков был обнаружен мицелий гриба в незна-

чительном количестве. Данные пациентки на кануне перенесли ОРВИ, или обострение хронического пиелонефрита с применением антибактериальной терапии. Этим женщинам был введен второй вагинальный суппозиторий залаина. При повторном микроскопическом исследовании во всех наблюдениях был получен отрицательный результат.

Через 2 месяца после проведенного лечения 100% женщин жалоб не предъявляли. При проведении микроскопического и культурального исследования содержимого влагалища была выявлена нормализация его биоценоза, грибы и условно-патогенные микроорганизмы не высевались. Проведенный нами ретроспективный анализ показал, что побочных реакций при приеме залаина не наблюдалось.

Результаты лечения острого КВ пимафуцином: через неделю после лечения 104 (86,7%) женщины жалоб не предъявляли. При микроскопии и в посевах влагалищного содержимого *Candida* не определялись, количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения. Клинические проявления КВ сохранялись у 16 (13,3%) женщин и были подтверждены результатами лабораторных исследований: у всех этих пациенток во влагалищном мазке определялись грибы рода *Candida*. Все пациентки получили второй курс лечения пимафуцином — 6 дней. При повторном микроскопическом исследовании во всех наблюдениях был получен отрицательный результат.

Через 2 месяца после лечения 92 (76,7%) женщины жалоб не предъявляли. При проведении микроскопического и культурального исследований грибы рода *Candida* не определялись. У 28 (23,3%) пациенток, не предъявлявших жалоб на первом контрольном визите, вновь появились творожистые выделения и зуд во влагалище. При микроскопии влагалищного содержимого были обнаружены грибы *S. albicans*. То есть через 2 месяца после лечения острого КВ пимафуцином рецидивы были зарегистрированы в 23,3%.

Таким образом, КВ — частое осложнение беременности, лечение обязательно из-за возможного инфицирования плода, осложненного течения родов и послеродового периода. Проведенные нами исследования показали, что интравагинальная антимикотическая терапия препаратом залаин высокоэффективна. Рецидивов КВ через 2 месяца после проведенного лечения у пациенток, получивших залаин не наблюдались, по сравнению с женщинами, пролеченными пимафуцином, при одинаковой клинической эффективности этих препаратов сразу после лечения. По нашему мнению лечение острого КВ у беременных женщин с наличием тяжелых инфекционных заболеваний, иммунодефицитных состояний, нужно проводить залаином дважды с интервалом — 7 дней (пролангированная схема). Высокая клиническая эффективность сертаконазола, короткий курс лечения, удобство применения и хорошая переносимость позволяют считать этот препарат наиболее перспективным в лечении острого вагинального кандидоза у беременных женщин.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ДИАМИНОКИСЛОТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Друккер Н.А.,
Крукиер И.И., Каушанская Л.В.

ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Среди различных азотистых компонентов плацентарной ткани диаминокислоты по своим функциональным свойствам и регуляторным воздействиям занимают весьма важное место. Метаболизм этих аминокислот — сложный процесс, протекающий через ряд промежуточных продуктов, которые служат предшественниками биологически важных соединений, во многом определяющих характер обменных процессов. Поскольку плацента является связующим звеном между организмами матери и плода и обеспечивает трофические потребности последнего, нарушение продукции диаминокислот в этом органе может отразиться на состоянии гомеостаза во всей фетоплацентарной системе.

Целью настоящей работы явилось изучение содержания диаминокислот — лизина, гистидина, аргинина и активности некоторых ферментов их обмена в плаценте и плодных оболочках при физиологической и осложненной беременности.

Исследованы ткани последа: ворсистый хорион, гладкий хорион и амнион 39 женщин 23-29-летнего возраста, составивших 2 группы. В первую группу вошли 22 женщины с неосложненным течением беременности и родов, во вторую — 17 женщин с беременностью, осложнившейся плацентарной недостаточностью (ПН). В экстрактах тканей определяли содержание лизина, гистидина, аргинина методом ионнообменной хроматографии на автоматическом анализаторе ААА-400 «Microtechna» (Чехия). Активность аргиназы определяли по ее способности превращать аргинин в мочевины, об активности NO-синтазы судили по увеличению продукции оксида азота из аргинина. Уровень образованного оксида азота оценивали с помощью ЭПР-спектроскопии мононитрозильных комплексов.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при физиологической беременности на долю общего азота аминокислот в плаценте приходится до 15 % азота диаминокислот, а в гладком хорионе и амнионе эта величина возрастает соответственно до 18 % и 21 %. Последнее объясняется участием производных лизина и аргинина в процессах образования компонентов соединительной ткани, занимающей значительную часть структуры плодных оболочек. При ПН баланс диаминокислот в тканях последа нарушается в результате разнонаправленных изменений их концентраций. Содержание аргинина в плаценте женщин 2-й группы снижено на 27 % по сравнению с аналогичной величиной в контрольной группе. Основными причинами выявленной динамики аргинина являются нарушения активности основных ферментов его обмена: аргиназы и NO-синтазы.

Как показали наши исследования, плацентарная активность аргиназы при ПН возрастает на 35 %. Такая же направленность изменений обнаружена для NO-синтазы, активность которой в плаценте женщин данной группы повышена в среднем на 30 %. Модификация вышеописанных процессов происходит и в плодных оболочках, хотя степень ее менее выражена. Снижение уровня аргинина при ПН, очевидно, имеет определенное значение в генезе этой акушерской патологии, поскольку его производные играют важную роль, прежде всего, в процессах инвазии трофобласта, регуляции фетоплацентарного кровотока, поддержании структуры эндотелиальной ткани. Вышеуказанные ферменты обмена аргинина обеспечивают генерацию мощного вазодилататора — оксида азота, а также образование биоактивных полиаминов, участвующих в регуляции пролиферации и клеточной дифференцировки. Уменьшение содержания аргинина как субстрата этих компонентов, по-видимому, не может не сопровождаться изменением их синтеза и, как следствие, нарушением контролируемых ими реакций. Концентрация гистидина в плаценте при ПН повышена на 29 % относительно таковой в контрольной группе. Это, по-видимому, приводит к увеличению содержания продукта его декарбоксилирования — гистамина. Последний, как известно, является вазоконстриктором, повышение уровня которого будет способствовать снижению плацентарной гемодинамики. Что касается лизина, то количество этой аминокислоты в плаценте при ее недостаточности также возрастает на 25 %. Влияние лизина на метаболические процессы определяется его участием в синтезе карнитина, обеспечении митохондриального окисления жирных кислот, образовании гемоглобина. Важным производным лизина является оксализин, необходимый для синтеза коллагена соединительной ткани. Именно нарушение использования лизина плацентой в указанных процессах при ПН может приводить к накоплению самой аминокислоты и, напротив, к уменьшению содержания продуктов его обмена с соответствующим снижением интенсивности их эффектов. Сопоставление плацентарных коэффициентов отношения аргинин / лизин и аргинин / гистидин свидетельствует о снижении данных показателей при ПН в среднем в 1,5 раза по сравнению с контрольными значениями. В плодных оболочках в условиях ПН также установлены статистически значимые изменения соотношения аминокислот, свидетельствующие об активном участии этих тканей в параплацентарном обмене.

Выявленный дисбаланс диаминокислот нарушает метаболическую и функциональную полноценность плаценты и плодных оболочек, увеличивая вероятность развития осложненной гестации.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, Ki67 И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Подзолкова Н.М., Назарова С.В., Муравина Е.Л., Анташова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО РМАПО, 72 ГКБ Москва, Россия

В последние годы в России отмечен значительный рост количества родов в группе пациенток старше 35 лет (в 1997 г. — 24%, в 2008 г. — 43,2%). Большинство исследователей рассматривают поздний репродуктивный возраст женщины, как самостоятельный фактор риска развития осложнений беременности, родов и послеродового периода, отмечая, что их уровень в данной возрастной группе заметно выше, чем среди более молодых пациенток. Дискуссионным остается вопрос, что именно «возраст яичников» или «возраст матки» является основной причиной высокого процента осложнений.

С целью провести сравнительный анализ содержания рецепторов к прогестерону и эстрогенам, индекса пролиферативной активности и ультраструктурных особенностей миометрия беременных женщин позднего и оптимального репродуктивного возраста для выяснения влияния состояния миометрия на течение беременности и родов, на базе родильного дома ГКБ № 72 г.Москвы у 20 беременных пациенток в возрасте от 35 до 45 лет, составивших основную группу, и 10 беременных моложе 30 лет (от 18 до 29 лет), вошедших в группу контроля, во время операции кесарева сечения осуществлялся забор биоптата миометрия для последующего иммуногистохимического и микроэлектронного исследования. Иммуногистохимическое исследование проводилось пероксидазно-антипероксидазным методом с применением антител к эстроген- и прогестерон-рецепторам фирмы «BIOCARE» (ER Clone SP1, 1:300; PGR Clone SP2, 1:300) и Ki67 фирмы DAKO (clone MIB 1), с предварительным разведением их в Primary Antibody Diluent (Diagnostic BioSystems)). После чего проводилась полуколичественная оценка иммуногистохимического определения рецепторов гормонов, основывающаяся на учете процента позитивных клеток и определения интенсивности их окрашивания. Для определения индекса пролиферации Ki67 подсчитывали процент позитивных клеток в 50 полях зрения $\times 400$. Отдельно производилась изучение ультраструктурных особенностей миометрия с помощью электронно-микроскопического исследования, в ходе которого в двух данных возрастных группах определяли количество микрофиламентов и внутриклеточных органелл, форму ядра, субплазмолемальные уплотнения и контакты, развитие коллагена, васкуляризацию биоптата.

По нашим результатам, в основной группе в заметно большей степени была выражена концентрация рецепторов к эстрогенам. В 60% наблюдений

она составила более 40%. Интенсивность окраски ядер в среднем была равна 1+. В группе контроля в 60% наблюдений процент окрашенных ядер был равен 0, а в оставшихся 40% — крайне низок (15%, при интенсивности окраски 1+). Концентрация рецепторов к прогестерону так же заметно отличалась в двух этих возрастных группах. Процент окрашенных ядер по D.C. Allred в основной группе в 85% превышал 40%, в то время, как в группе контроля в 70% наблюдений этот показатель был ниже 40%. Интенсивность окраски в баллах существенно не отличалась и в среднем составляла 2+.

Индекс пролиферативной активности Ki67 в основной группе в среднем составил 3,3%, а в контрольной — 0,6%. Выявлена корреляция этого индекса с концентрацией рецепторов к эстрогенам, что очевидно связано с тем, что эстроген является индуктором пролиферативной активности миометрия.

Результаты электронно-микроскопического исследования биоптатов миометрия показали, что количество микрофиламентов, субплазмолемальных уплотнений и контактов и васкуляризация миометрия в двух данных возрастных группах не имеют существенных различий. Однако нами отмечено, что в биоптатах миометрия женщин позднего репродуктивного периода в значительно большей степени встречаются внутриклеточные органеллы и сильнее развит коллаген, чаще встречаются клетки с каплями липидов, крупными ядрышками, лизосомами, выражен гладкий эндоплазматический ретикулум, вакуоли. В то время, как в биоптатах миометрия более молодых пациенток, отмечается значительно более правильная форма клеток и ядер, более выраженные микрофиламенты (при их приблизительно равном количестве с биоптатами основной группы), а субплазмолемальные уплотнения и контакты в миометрии молодых пациенток более короткие, без расширений.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что с возрастом миометрий женщин претерпевает как структурные, так и рецепторные изменения, что подтверждает литературные данные о высоком значении «возраста матки» для развития ряда осложнений в течение беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста. Очевидно, что наибольшие изменения касаются именно рецепторного аппарата миометрия, в то время как на ультраструктуру клеток возраст оказывает меньшее влияние.

ПРЕГРАВИДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА

Покусаева В.Н., Масютина О.В., Котикова И.В.
Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В последнее десятилетие резко увеличилось число людей, страдающих ожирением. Проблема ожирения встает и перед акушерами-гинекологами. Прегравидарное ожирение является значимым фактором риска развития таких осложнений беремен-

ности и родов, как гестационный сахарный диабет, невынашивание и перенашивание беременности, гестоз, анемия, слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, макросомия и травматизм плода. В частности, по данным литературы, гестоз у пациенток с ожирением встречается в 2-4 раза чаще, чем у беременных с исходно нормальным весом. Доказано, что увеличение индекса массы тела (ИМТ) до беременности на каждую единицу способствует повышению риска развития гестоза на 8% и, наоборот, снижение ИМТ накануне беременности достоверно сопровождается уменьшением этого риска.

С целью изучения частоты возникновения и особенностей течения гестоза у беременных с избыточной массой тела при различных уровнях ее прибавки нами проведено обследование 145 пациенток, наблюдавшихся в женских консультациях г. Смоленска. Основную группу составили 58 беременных, имевших накануне беременности избыточную массу тела (ИМТ 25-30) или ожирение (ИМТ более 30), в контрольную группу вошли 87 женщин с исходно нормальной массой тела (ИМТ 19-24,5). При обследовании использовались антропометрия, калиперометрия, клинико-лабораторное и акушерское обследование, ультразвуковая фетоплацентометрия, доплеровское и кардиотокографическое исследование.

Проведенный анализ анамнестических данных выявил наличие неблагоприятного преморбидного фона у пациенток с избыточной массой тела и ожирением: эпизоды гипертензии или стойкого повышения артериального давления до беременности имелись у половины беременных (26 — 45,8% и 10 — 12,6%, соответственно, в основной и контрольной группах), бесплодие и нарушения менструальной функции (7 — 12,5% и 2 — 1,9%, соответственно). Обращает на себя внимание, что течение предыдущей гестации у них было осложненным: невынашивание (16 - 29,6%) и гестозы (24 - 43,6%) встречались значительно чаще, при исходно нормальном ИМТ (4 - 3,8% и 24 - 29,3%, соответственно).

В ходе исследования мы также проанализировали гестационный прирост массы тела. Результаты проведенного исследования показали, что пациентки с ожирением в подавляющем большинстве наблюдений набирают лишние килограммы. Прирост массы тела в течение беременности у женщин с исходно избыточной массой тела и ожирением значительно превышал таковые показатели у женщин с исходно нормальной массой тела. Количество беременных с избыточной массой тела и ожирением, у которых за период гестации прирост массы тела превысил рекомендуемую, вдвое превышало количество беременных, имевших изначально нормальную массу тела: 12 (40,4%) в основной и 19 (21,9%) в контрольной группах.

Анализ течения настоящей беременности показал, что гестоз является одним из наиболее частых осложнений у женщин обеих групп. Риск его развития у тучных женщин в 2,5 раза выше по сравнению с пациентками, имевших нормальную массу тела (46 — 80,6% и 23 — 27,0%, соответственно).

Причем, тяжесть гестоза нарастала с увеличением степени ожирения. Гестоз легкой степени тяжести был выявлен у 38 (82,6%) беременных основной и 21 (91,4%) контрольной групп; средней степени тяжести: 6 (13,3%) и 2 (8,6%) беременных, соответственно. Гестоз тяжелой степени (2 — 5,8%) имел место только в группе пациенток с исходно избыточной массой тела и ожирением. Особенности течения гестоза у беременных с ожирением было его раннее начало (на 30-31 неделе), длительное и часто резистентное к проводимой терапии течение. В контрольной группе отмечалось более позднее начало гестоза (на 33-34 неделе) и его благоприятное течение. Лишь у 1 (4,3%) беременной из контрольной группы гестоз был выявлен до 30 недель, у 3 (13,0%) на 30-31 неделе, у 6 (26,0%) на 33-34 неделе, у 13 (56,6%) после 35 недель беременности. В основной группе до 30 недель беременности гестоз был выявлен у 4 (8,6%), в 31-32 недели у 16 (34,7%), в 33-34 недели у 13 (28,3%), после 35 недель также у 13 (28,3%) беременных.

Результаты проведенного исследования четко продемонстрировали, что наряду с прегравидарным ожирением важную роль в развитии гестоза играет гестационная прибавка массы тела. При ее патологическом нарастании риск данного осложнения увеличивается среди женщин с исходно нормальным ИМТ и, наоборот, при оптимальной прибавке веса риск развития гестоза уменьшается даже при исходном ожирении. Количество беременных с гестозом на фоне патологической прибавки массы тела в основной группе составило 12 (100%), в то время как в контрольной группе этот показатель достиг 14 (73%).

Таким образом, полученные нами данные позволяют рассматривать как фактор высокого риска формирования гестоза не только прегравидарное ожирение, но и патологическую прибавку массы тела при беременности. Это диктует необходимость особенно тщательно проводить разъяснительные беседы о правильном питании и рациональной физической активности у пациенток с избыточной массой тела, с ранних сроков проводить комплексные профилактические мероприятия по предупреждению гестоза.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ К АТ К БЕЛКУ S 100 У БЕРЕМЕННЫХ С ПАПИЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Полетова Т.Н., Созаева Л.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

Целью настоящего исследования определение прогностического значения ПВИ — зависимых изменений содержания АТ к S 100 у беременных.

Материалы и методы исследования:

Для изучения частоты встречаемости папилломовирусной инфекции гениталий среди беременных проведен анализ 109 историй болезни.

Всем пациенткам, включенным в исследование, в динамике беременности проведено общеклиническое, лабораторно — инструментальное обследование и иммунохимический анализ.

Определение уровней хорионического гонадотропина, альфа-фетопротеина и плацентарного лактогена проводили методом иммуноферментного анализа на ИФА-анализаторе STSFAX 303+ с использованием тест-системы производства компании «ЗАО ВЕКТОР — БЕСТ».

Молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала и с поверхности шейки матки, проводили путем полимеразно — цепной реакции (ПЦР).

Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате «Technos EASOT Partner» с использованием конвексных датчиков 5,0 и 7,0 МГц.

Кардиотокографию осуществляли с помощью фетального биоманитора «Феталгард 3000» в условиях нестрессового теста положении беременной на боку в течение 40 минут.

Иммунохимический анализ крови на содержание 8 эмбриогенных АТ проводили с помощью твердофазного ИФА и наборов ЭЛИ-П-Комплекс (МИЦ «Иммункулус», Москва) на сроках 6-9 недель беременности. Оценивали содержание ауто-АТ класса IgG к хроническому гонадотропину (ХЧГ), ДНК, фосфолипидосвязывающему b2-гликопротеину I, антиидиотических АТ, связывающих ауто — АТ анти — b2-гликопротеину I, Fc-фрагментам иммуноглобулинов, коллагену, к белку S 100 и белку МР-65.

Содержание разных АТ, отражаемое уровнями их иммунореактивности по отношению к внутреннему контролю, оценивали согласно инструкции производителя. У каждой пациентки вычисляли парциальное повышение содержания ауто — АТ к S 100. Для этого рассчитывали суммарную среднюю иммунореактивность по всем восьми АТ, определяемым с помощью ЭЛИ-П-Комплекс. Полученную величину, принимали за 100% и по отношению к ней рассчитывали относительный индивидуальный уровень иммунореактивности АТ к S100. Величины, превышающие 115%, рассматривали как степень относительного повышения продукции АТ к S100 даже у женщин с генерализованными формами иммуносупрессии.

Статистическую обработку цифровых данных проводили с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования

На основании полученных результатов можно утверждать, что наиболее часто осложнение течения беременности встречались у беременных с ПВИ, причем достоверно чаще ($p < 0,05$) у женщин с повышенным уровнем ау-АТ к белку S 100. Степень воздействия пре- и интегральных факторов риска и осложнений отразились на состоянии детей в раннем неонатальном периоде.

Признаки хронической внутриутробной гипоксии плода, которая проявилась сухими кожными покровами, дистоническим мышечным тонусом, нестойкими рефлексамии были отмечены в 73% случаев.

Характерно, что неврологические нарушения и токсическая эритема встречались исключительно у новорожденных от матерей с ВПЧ - поражением гениталий и повышенным содержанием ау-АТ к белку S100.

Таким образом, ПВИ может рассматриваться как важный этиологический фактор, способный вызывать нарушения гестационного процесса и негативно влиять на состояние здоровья новорожденного, причем механизмы патогенеза отмеченных нарушений связаны в ПВИ- зависимым повышением продукции ау-АТ к белку S100.

Обсуждение:

Важно подчеркнуть, что ПВИ отнюдь не является 100% «гарантией» наличия аномалий в продукции АТ к S100. Приблизительно у 30% обследованных женщин несмотря на присутствие признаков ПВИ, отмечалось нормальное парциальное содержание АТ к S100. Но в то же время, возможно, что патологические изменения в продукции АТ к S100 может быть связано с индивидуальными особенностями наборов гистосовместимости женщин, по-разному презентующих процессированные фрагменты антигенов ВПЧ для распознавания клетками иммунной системы. Так же вызывает интерес тот факт, что у пациенток имелись клинические признаки ПВИ при отрицательных данных ПЦР. Вероятно, аномальное повышение продукции АТ к S100 прямо зависит от активности репликации ВПЧ.

Полученные результаты исследования указывают, на то, что присутствие в организме женщины вирусов папилломы человека часто ведет к избирательным аномалиям в продукции ау-АТ к белку S100, приводит к нарушению гестационного процесса у пациенток.

Выявленные закономерности позволяют думать о целесообразности включения в предгравидную подготовку обследование на ВПЧ и ауто-антитела к белку S100, а так же в курс лечения папиломовирусной инфекции дополнительных иммунокорректирующих мероприятий, направленных на нормализацию вызванных инфекцией иммунных изменений.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Полушкина Е.С.¹, Шмаков Р.Г.¹, Хорошко Н.Д.², Соколова М.А.²

¹Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

²Россия, Москва, Гематологический научный центр РАМН

Беременность у женщин с хроническими миелолипролиферативными заболеваниями (ХМПЗ) характеризуется высокой частотой тромбгеморрагических осложнений, ухудшающих течение заболевания и приводящих к репродуктивным потерям.

В связи с возросшей в последние годы частотой беременностей у данной группы женщин необходимо изучение особенностей системы гемостаза и разработка тактики ведения беременности.

У 33 пациенток с ХМПЗ во время беременности и в послеродовом периоде были изучены основные параметры системы гемостаза, и у 24 пациенток были проведены исследования мутаций генов, сопряженных с наследственной тромбофилией (мутации генов метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), V фактора — Лейдена, протромбина, фибриногена, ингибитора активатора плазминогена-1 (РАI-I), интегринa 2α), гомоцистеина и диагностика антифосфолипидного синдрома (волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела, антитела к кофакторам фосфолипидов). Для оценки информативности факторов риска развития осложнений беременности, характерных для пациенток с ХМПЗ (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия, плацентарная недостаточность, синдром ЗВУР и др.) был проведен статистический анализ методом многофакторной логистической регрессии. В качестве факторов риска развития осложнений беременности были включены: возраст беременной более 35 лет, длительность заболевания, тромбозы и репродуктивные потери в анамнезе, тромбо-, эритро- и лейкоцитоз во время беременности, гипергомоцистеинемия, наследственная тромбофилия, АФС.

Всем пациенткам до начала беременности или сразу после диагностирования ХМПЗ во время беременности была назначена терапия по разработанному алгоритму (циторедуктивная, антиагрегантная, антикоагулянтная, плазмаферез, эритроцитаферез). Среднее число тромбоцитов на момент диагностики беременности у пациенток проспективной группы составило $584,2 \pm 414,8 \times 10^9/\text{л}$ (от 159 до $2000 \times 10^9/\text{л}$). На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика снижения числа тромбоцитов во время беременности с $532,8 \pm 411,8 \times 10^9/\text{л}$ в I триместре до $385,5 \pm 166,6 \times 10^9/\text{л}$ в III триместре. В послеродовом периоде средний уровень тромбоцитов составил $379,5 \pm 136,3 \times 10^9/\text{л}$. В I триместре по данным тромбозаграммы отмечена незначительная гиперкоагуляция в плазменном звене гемостаза (ИТП=13,4±8,1 у.е.), уровень D-димера составил $111,7 \pm 63$ мкг/л. На фоне антиагрегантной терапии отмечено снижение агрегационной функции тромбоцитов, индуцированной АДФ 10-3 и коллагеном, с $48 \pm 18,6\%$ в I триместре до $42,3 \pm 21,8\%$ в III триместре. В конце беременности перед родами у пациенток с ХМПЗ отмечена физиологическая гиперкоагуляция (ИТП=15,6±6,5 у.е.). Уровни физиологических антикоагулянтов на протяжении всей беременности и послеродового периода оставались в пределах нормативных значений. В послеродовом периоде была отмечена гиперкоагуляция (ИТП=18,2±9,4 у.е.), агрегационная функция тромбоцитов, индуцированная АДФ 10-3, сохранялась сниженной — $41,7 \pm 18,3\%$.

У каждой второй пациентки наряду с миелопролиферативным заболеванием определялся тот или иной фактор тромбофилии. Волчаночный антикоа-

гулянт и гетерозиготные аномалии генов МТГФР и РАI-1 выявлены у каждой четвертой женщины (25% беременных), гипергомоцистеинемия — у 17% женщин. Антифосфолипидный синдром был диагностирован у 4 из 24 беременных с ХМПЗ.

При статистическом анализе индекса информативности факторов риска развития осложнений беременности было выявлено, что наличие сопутствующего АФС является наиболее значимым фактором риска у пациенток с ХМПЗ (индекс информативности - 0,14). Следующими важными факторами неблагоприятного прогноза беременности являются тромбозы в анамнезе и тромбоцитоз (0,09 и 0,07 соответственно). Примерно равное значение в развитии осложнений беременности занимают гипергомоцистеинемия, возраст беременной старше 35 лет и наличие репродуктивных потерь в анамнезе (0,05). Меньшее значение играют длительность заболевания, лейко- и эритроцитоз, наследственная тромбофилия (менее 0,04).

Таким образом, у пациенток с ХМПЗ при своевременной и адекватной циторедуктивной терапии и коррекции гемостазиологических параметров во время беременности происходит постепенная нормализация числа тромбоцитов, при этом сохраняется сниженная агрегационная функция. Даже на фоне сниженной агрегационной функции тромбоцитов применение антиагрегантов у данной группы пациенток патогенетически обосновано, так как они улучшают их нарушенную функцию, обусловленную внутрисосудистой агрегацией, тромбообразованием, воздействием минидоз агрегирующих агентов и метаболитов, образующихся в зонах гипоксии. Антифосфолипидный синдром, тромбозы в анамнезе и уровень тромбоцитоза являются наиболее значимыми факторами риска развития осложнений беременности у пациенток с ХМПЗ.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Полянская Р.Т., Кемеж Н.О., Ковалевская О.И.,
Марьянчик И.Д.

Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
факультета

В связи с этим увеличивается и число ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Более половины всех беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин заканчиваются родами, причем удельный вес родов в этой группе беременных из года в год возрастает, что повышает значение профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

В настоящее время многие эксперты считают оптимальным сроком начала химиопрофилактики не 14, а 26-28 недель. Это, по их мнению, способствует сохранению приверженности к терапии поздних сроков беременности (когда риск инфицирования плода, особенно велик), снижению частоты разви-

тия осложнений, связанных с приемом препаратов, и вероятности развития резистентности к препаратам к моменту родов.

Операция кесарева сечения, потенциально снижающая риск передачи ВИЧ от матери ребенку и проводится преимущественно по акушерским показаниям и в соответствии с действующими нормативными документами.

Цель нашего исследования проанализировать течение беременности и родов у ВИЧ-положительных женщин, оценить частоту осложнений беременности и родов у данной категории рожениц.

На базе МУЗ родильного дома №5 г. Красноярск проанализировано 172 истории родов женщин с ВИЧ-инфекцией. Родильницы были разделены на 2 группы. Первую группу составили 34 женщины, которые не получали профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, вторую группу составили 138 женщин, которые получали данную профилактику в соответствии с Приказом №606 МЗРФ (Министерство Здравоохранения Российской Федерации).

На учет по беременности в женскую консультацию в сроках до 12 недель беременности в первой группе встало 5 (14,7%) женщин, в сроке 13-27 недель 7 (21%) беременных, 5 (14,7%) на учет встали в сроке 28-36 недель беременности. 17 (50%) беременных с ВИЧ-инфекцией не стояли на учете в женской консультации. Во второй группе 4 (2,9%) беременных не стояли на учете по беременности в женской консультации, 76 (55,2%) женщин встали на учет в сроке до 12 недель. В сроке 13-27 недель беременности на учет встали 48 (33,3%) женщин и в сроке 28-36 недель 10 (7,3%) беременных соответственно.

Сроки начала профилактики во второй группе были следующими: 14-25 недель беременности — 50 (37,6%), в 26-28 недель беременности начали принимать препараты 32 (23,1%) беременных и 54 (39,3%) женщин в сроках 29-39 недель беременности.

При анализе выявлено: отягощенный акушерский анамнез (ОАА) в первой группе у 21 (61,7%) рожениц, во второй группе — 87 (63,1%); анемия беременной в первой группе — 4 (11,7%), во второй группе — у 65 (47,1%) женщин ($p < 0,05$); гинекологические заболевания в 1-ой группе — 17 (50%), во 2-ой группе у 95 (68,8%) женщин; вирусный гепатит В/вирусный гепатит С — 14 (41,2%) в первой группе, 46 (33,3%) во второй группе; в первой группе экстрагенитальные заболевания — 9 (26,4%), во второй группе — 59 (42,7%).

Во время беременности в первой группе хроническая фетоплацентарная недостаточность диагностирована (ФПН) у 3 (8,8%) беременных, во второй группе — 12 (8,6%). Нарушение гемодинамики по УЗИ в первой группе было у 3 (8,8%), во второй — 12 (8,6%). Угроза самопроизвольного прерывания беременности 4 (11,7) и угроза преждевременных родов у 6 (17%) женщин из первой группы, во второй группе 18 (13%) и 16 (11,5%) соответственно. Гестоз в 1-ой группе 2 (5,8%), во 2-ой 7 (5,07%).

Родов в 1-ой группе было 34 (100%), из них путем

кесарево сечения родоразрешено 14 (41,2%), через естественные родовые пути 20 (58,8%) женщин. Во 2-ой группе родов 138 (100%), через естественные родовые пути 96 (69,5%), путем кесарево сечения родоразрешено 42 (30,5%) беременных.

Осложнения во время родов: в первой группе быстрые и стремительные роды — 5 (14,7%), во второй 16 (11,5%); безводный промежуток более 5 часов в 1-ой группе у 15 (45%) рожениц, во 2-ой у 40 (30%) женщин; первичная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг в 1-ой группе встретилась у 6 (17,6%) рожениц, во 2-ой группе у 22 (15,9%); повреждение мягких тканей, включая эпизиотомию, в 1-ой группе — 11 (32,3%), во 2-ой группе — 45 (32,6%).

Таким образом химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности повышает риск развития анемии на 35,4%, не влияет на течение родового процесса и частоту осложнений в родах.

Большой процент женщин с ВИЧ-инфекцией не стоят на учете по беременности в женских консультациях, либо встают на учет в поздние сроки. Рекомендации о дородовой госпитализации в 38 недель женщинами данной категории не соблюдаются. Роженицы поступают в родильный дом как правило в первом периоде родов или во втором периоде, когда невозможно провести кесарево сечение по рекомендациям центра СПИД. Это в свою очередь повышает риск перинатальной передачи ВИЧ ребенку.

Достаточно большой процент (19,8%) беременных не получают химиопрофилактику.

Для улучшения прогноза течения беременности, родов, перинатального исхода необходимо мотивировать женщин планировать беременность, вовремя вставать на учет по беременности в женскую консультацию, получать химиопрофилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции плоду. Основной груз для достижения данных задач стоит на первичном звене акушерско-гинекологической службы и работах центра СПИД, так как они имеют наиболее тесную связь с данной категорией женщин.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

Полянская Р.Т., Кемеж Н.О., Шмидт А.Р.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, МУЗ родильный дом № 5, Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями занимается решением медико-социальных проблем на территории края, результатом которых является снижение потерь здоровья, инвалидность

и смертность населения от СПИД.

Основными направлениями деятельности центра межведомственное взаимодействие и координация работы по проблеме являются: ВИЧ/СПИДа, проведение мероприятий по профилактике СПИДа среди населения в целом и в группах риска, организация системы мероприятий по предупреждению обеспечения современного уровня перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, оказание медико-психологической помощи, подготовка медицинских кадров и многое другое.

С 1 января 1989 по 1 июня 2010 года в Красноярском крае выявлено 11 675 ВИЧ-инфицированных. В том числе в городе Красноярске - 5209 человек.

Только за текущий год (данные на 01.06.2010 года) диагноз "ВИЧ-инфекция" поставлен 658 жителям края, из них в г. Красноярске выявлено - 211 человек. Каждый третий случай пришелся на лиц возрастной категории 25-29 лет, каждый четвертый — на лиц 30-34 лет, каждый пятый — на лиц возраста 20-24 лет.

МУЗ Родильный дом №5 г. Красноярска является специализированным родовспомогательным учреждением по ведению родов у женщин с ВИЧ-инфекцией.

За период 2007-2009 гг проанализировано 172 истории родов ВИЧ-позитивных родильниц и истории новорожденных, рожденных данными женщинами. Изучена медицинская документация детей в «Краевом центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями».

Целью исследования явилось определить охват перинатальной профилактики передачи ВИЧ инфекции плоду.

Все родильницы были разделены на 2 группы. Первую группу составили 34 (19,8%) женщины, которые не получали профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, средний возраст 25,1±6,5 лет. Вторую группу составили 138 (80,2%) женщин, которые получали профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, средний возраст 26,5±6,5 лет.

Все женщины и дети из 1-ой и 2-ой группы получали профилактику передачи ВИЧ-инфекции ребенку во время родов и период новорожденности препаратами «Вирамун» (нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы) и «Ретровир» (нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы) в соответствии с Приказом №606 МЗРФ «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химио-профилактики ВИЧ».

Несмотря на улучшение показателей проведения перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции, доля беременных получивших трехэтапную АРВП остается низкой. Из общего числа женщин (n=172) профилактику во время беременности и родов получили 138 (80,3%) женщин, 34 (19,7%) женщины получили профилактику только во время родов. Во время беременности одним препара-

том проведена профилактика у 51 (36,6%) женщины, двумя препаратами — у 28 (20,2%) и трехэтапную АРВП получили 59 (42,9%) беременных.

Препаратами выбора для профилактики перинатального заражения ВИЧ-инфекцией плода во время беременности стали нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ) — Тимазид, Эпивир, Никавир, Комбивир, ингибитор протеаз (ИП) — Вирасепт, Калетра (комбинированный препарат: Ламивудин+Зидовудин).

Срок начала перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции плоду во время беременности во 2-ой исследуемой группе распределился следующим образом: в 14-25 недель беременности 50 (37,6%) женщин, в 26-28 недель беременности — 32 (23,1%), в 29-39 недель беременности — 54 (39,3%).

Статистически значимых различий в исходе по ВИЧ-статусу у детей получено не было. 1 (3%) ребенок из первой группы является ВИЧ-положительным, диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 4 (2,1%) детей из 2-ой группы.

В первой группе 15 (44,1%) и 73 (53,3%) детей из второй группы продолжают находиться под диспансерным наблюдением, так как их возраст не достиг 18 месяцев.

Таким образом в г. Красноярске и в Красноярском крае в целом из года в год показатель охвата перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции плоду повышается, соответственно снижаются случаи перинатального заражения детей ВИЧ-инфекцией. Однако остается достаточно большой процент женщин, которые не получают данную терапию во время беременности. Для снижения этих показателей необходимо совершенствовать программы по мотивации женщин к рождению здоровых детей, активно привлекать социальных работников, психологов и врачей акушерско-гинекологической службы.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

Попова Л.С., Цаллагова Л.В., Майсурадзе Л.В.,
Дзагоева Ф.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО СОГМА,
Росздрава, Владикавказ, Россия

Значительную долю в структуре перинатальных осложнений, вплоть до нарушения внутриутробного развития и ранних неонатальных заболеваний составляет инфекционная патология репродуктивной системы матери. Как правило, генитальные заболевания инфекционного генеза сопровождаются дисбиотическими нарушениями.

Целью настоящего исследования было определение степени эффективности комплексной поэтапной медикаментозной терапии в группах риска внутриутробного инфицирования. Под наблюдением находилось 175 беременных во II и III триместрах с клиникой вульво-вагиноза. Средний возраст пациенток составил 26,9 года. В комплекс

обследования вошли классический микробиологический культуральный метод, метод полимеразной цепной реакции, цитологическое и иммунологическое исследования, УЗИ, КТГ плода, доплерометрия фетоплацентарного комплекса. В микроскопической картине вагинального мазка беременных в 100% случаев был выявлен морфотип гарднерелл, положительный аминный тест, изменение pH выше 4,5, что подтверждало диагноз. Результаты культурального исследования подтвердили полимикробную этиологию бактериального вагиноза. Выделено 12 видов строгих анаэробов с особенностью — отсутствием у 8-9% лактобацилл. У 78% обследуемых женщин параллельно установлены изменения состава микрофлоры кишечника, что учитывалось при проведении лечения. Изменения иммунного статуса у 85% обследованных беременных состояло в снижении абсолютного и относительного содержания Т- и В- клеток. Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал об увеличении уровня IgA и IgM. В 70,4% случаев из числа всех беременных диагностировалась угроза прерывания беременности, что свидетельствует о высоком риске внутриутробного инфицирования плода. В 10% случаев в названной группе отмечено многоводие как вероятный результат инфицирования фетоплацентарного комплекса. В 34% случаев имела место задержка внутриутробного развития плода, что подтверждено результатами УЗИ. Согласно ранее составленной схеме беременные с бактериальным вагинозом получали комплексную терапию в виде комбинации 2 % далацина и макромирура. Пациентки с вагинальным кандидозом получали вагинальные аппликации Тантум-Розой. По результатам исследования, у беременных с высоким инфекционным индексом отмечается угнетение функциональной активности иммунокомпетентных клеток и нарушение в системе интерфероногенеза. Последнее послужило основанием для включения в курс комплексной терапии иммуномоделирующего препарата «Кипферон». Во всех случаях лечение больных проводилось в течение 7-10 дней. Выздоровление отмечалось практически у 85% пациенток с купированием клинической симптоматики, отсутствием субъективных жалоб, подтвержденных лабораторно: отсутствие ключевых клеток, окрашенных по Грамму, pH содержимого влагалища менее 4,5, отрицательный аминотест. Более чем у 20% пациенток из числа пролеченных удалось проследить состояние здоровья новорожденных. Ранний неонатальный период у них протекал без клинико-морфологических признаков внутриутробного инфицирования. Новорожденные данной группы находились в условиях совместного пребывания матери и ребенка, выписанные на 4-5 сутки с положительной динамикой веса.

Таким образом, комплексная противовоспалительная терапия с учетом микрофлоры и последующей иммуномоделирующей коррекции позволяет реально предупредить перинатальные осложнения для плода и обеспечить здоровье новорожденного.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЛОДА НАКАНУНЕ РОДОВ

Попова Н.Н., Маклюк А.М., Вострых Н.Н., Ганиковская Ю.В.

Россия, г.Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»

Одной из основных задач современного акушерства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Согласно современным представлениям большинство патологических состояний, приводящих к страданию плода и новорожденного, возникают в период его внутриутробного развития. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности около половины всех случаев и примерно 40-60% хронического страдания плода являются результатом нарушения плацентарного кровотока.

Основной причиной перинатального поражения ЦНС плода и новорожденного является фетоплацентарная недостаточность возникающая, как правило, в результате нарушения маточно-плацентарной гемодинамики. Не вызывает сомнения, что показатели перинатальной смертности и младенческой заболеваемости находятся в прямой зависимости от рационального ведения родов.

Целью настоящего исследования явилось изучение резервных возможностей плода накануне родов и поиск скрининговых маркеров для их оценки.

Для выполнения поставленной цели было обследовано 65 беременных, родоразрешенных через естественные родовые пути. Выделены 3 группы, сформированные при окончательном диагнозе неонатологов у новорожденных при рождении: практически здоровы (n=34), церебральная ишемия — I степени (n=16), церебральная ишемия — II степени (n=15).

Ретроспективно проводилась оценка мозгового и пуповинного кровотока плода накануне родов (38-40 недели беременности). При поступлении беременной в родильное отделение производился забор венозной крови для определения концентрации вазоактивных белков — эндотелин-1, оксид азота, асимметричный диметиларгенин (ADMA). Сразу после рождения производился забор крови из пуповины для определения вазоактивных пептидов и нейроспецифических белков (NSE, S100β). Состояние новорожденного оценивалось по шкале Апгар, проводилась оценка неврологического статуса, нейросонограмма. На 5-е сутки жизни производился забор венозной крови новорожденного для определения концентрации нейроспецифических белков (NSE, S100β).

После формирования групп производилась разработка информативных критериев оценки состояния ЦНС плода, основанных на изучении вазоактивных и нейроспецифических маркеров с показателями фетальной мозговой гемодинамикой для выбора времени и тактики родоразрешения.

Результаты обследования показали, что концентрация вазоактивных и нейроспецифических пеп-

тидов находится в прямой зависимости от состояния мозговой гемодинамики плода накануне родов.

Во II периоде родов происходит увеличение концентрации ADMA и эндотелина-1, отмечается спазм сосудов головного мозга плода, расценивающийся как признак снижения компенсаторно-адаптационных резервов плода.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН-ЖИТЕЛЬНИЦ ЗОБНО-ЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА

Портнова А.В., Горин В.С., Черненко С.В.

Россия, г. Новосибирск, ГОУ ВПО Медицинский университет
Россия, г. Новокузнецк, ГОУ ДПО Институт усовершенствования врачей

Высокая распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в нашей стране предполагает особую актуальность разработки мер профилактики среди различных групп населения. Известно, что во время беременности наблюдается прогрессирование кариеса, ухудшение состояния тканей пародонта, особенно при неудовлетворительной гигиене полости рта, вследствие чего беременные женщины относятся к группе повышенного риска по развитию заболеваний полости рта.

Физиологически протекающая беременность сопровождается изменением всех видов обмена, в том числе кальций-фосфорного и Д-витаминного, возникающего уже с I триместра беременности и нарастающего по мере прогрессирования беременности. В результате трансплацентарного перехода Ca^{2+} и P^{3+} к плоду происходит снижение в крови беременных женщин этих электролитов. Дефицит Ca^{2+} в организме беременной отрицательно влияет на различные виды обмена, усвоение пищи, состояние костей и зубов, свертывающую систему крови и другие системы организма. В период беременности организм женщины испытывает повышенную потребность в витаминах, особенно в витамине Д.

В работах отечественных авторов, изучавших вопросы профилактики кариеса и заболеваний полости рта у беременных, определено потребление Ca^{2+} до 1500 мг в день, а витамина Д — до 600 МЕ в день. Другими авторами показано, что применение во время беременности поливитаминных препаратов, включающих микроэлементы, улучшает минеральный гомеостаз, но не восстанавливает его до нормы, особенно обмен Ca^{2+} .

Кемеровская область относится к зубно-эндемичным регионам, с выраженной антропогенной нагрузкой, где частота гипотиреоза достигает 16-20%. Снижение уровня тиреоидных гормонов, влияющих на физиологические функции, минеральный гомеостаз, метаболические процессы в организме, приводит к увеличению числа осложнений течения беременности и родов, росту выраженной белково-калорийной недостаточности, дефициту витаминов и микроэлементов.

Цель исследования — совершенствование комплекса профилактических мероприятий для беременных женщин- жительниц зубно-эндемичного региона с использованием препарата «Кальций-Д3 Никомед», с оценкой интенсивности кариеса кариеса у женщин в различные сроки беременности и при применении данного препарата для профилактики кариеса

Для решения поставленной задачи проведено клиничко-стоматологическое обследование 112 беременных женщин в возрасте от 18 до 30 лет на базе МУЗ городской стоматологической поликлиники №1 г.Новокузнецка. Всего проведено осмотров- 306, из них первичных-112. Проведено лечебных мероприятий- 224. При исследовании взято 112 проб биоптатов эмали и 112 проб слюны, в последующем они подвергнуты анализу по изучению макро- и микроэлементов в пробах эмали и содержанию химических элементов и ферментов в слюне.

У всех 112 беременных женщин течение беременности было физиологическим, у 64 женщин беременность была первой и у 48 — повторной. Основная группа- 72 беременных, группа сравнения- 40 беременных женщин.

Беременные женщины основной группы посещали занятия по обучению индивидуальной гигиене полости рта с подбором средств гигиены, 1 раз в 3 месяца им проводилась профессиональная гигиена полости рта с покрытием фторидсодержащим лаком зубов, проводили профилактический прием препарата «Кальций-Д3 Никомед». Прием препарата осуществляли по 2 таблетки — в течение 1 месяца во II-м триместре беременности и по 2 таблетки в день, 2 месяца в III-м триместре. При этом исходили из того, что 1 таблетка препарата содержит 1250 мг кальция карбоната, что эквивалентно 500 мг кальция. Беременным женщинам группы сравнения целенаправленные профилактические мероприятия не проводились. Стоматологическое обследование проводили: первый осмотр в I-м триместре и окончательный в 32-36 недель. Клиничко-стоматологическое обследование включало в себя: определение состояния гигиены полости рта с помощью индекса РНР; определение интенсивности кариеса зубов и поверхностей по индексам КПУз и КПУп.; выявление очагов деминерализации визуальным методом (окрашивание 2% водным раствором метиленового синего); оценку состояния тканей пародонта (индекс гингивита). Лабораторное исследование смешанной слюны проводили в те же сроки и после применения курса профилактических мероприятий в 32-36 недель. При биохимическом анализе слюны изучали содержание общего белка, неорганических фосфатов, кальция и активности щелочной фосфатазы.

При проведенном исследовании выявлено, что интенсивность кариеса у беременных в I-м триместре составила $11,6 \pm 0,6$, кариеса поверхностей $-24,4 \pm 0,9$, а в конце III-го триместра беременности индекс КПУз и КПУп достоверно увеличился ($P < 0,05$) до $14,5 \pm 0,9$ и $26,8 \pm 1,1$ соответственно. По мере увеличения срока беременности выявлен

рост очагов деми-нерализации на 22% и увеличение количества очагов деминерализации со средней и высокой степенью окрашивания на 58% и 80%. Исходное состояние полости рта у беременных женщин было неудовлетворительным (индекс РНР равен $2,3 \pm 0,1$), состояние тканей пародонта соответствовало состоянию гингивита средней степени тяжести. По мере прогрессирования беременности концентрация Ca^{2+} в ротовой полости снижается на 29%, а P^{3+} на 19%. Выявлено также снижение реминерализующего потенциала слюны, что подтверждается в увеличении на 42% выхода в биоптат Ca^{2+} из поверхности эмали.

При проведении комплекса профилактики, включающего прием «Кальций-Д3 Никомед», выявлено уменьшение очагов деминерализации эмали на 26% и перераспределению количества пятен с различной степенью окрашивания - на 48% увеличилось число очагов с низкой степенью окрашивания и уменьшение количества очагов со средней и высокой степенью окрашивания. Кроме того, при применении «Кальций-Д3 Никомед» имело место насыщение слюны основными минеральными компонентами, что выразилось в снижении выхода Ca^{2+} из поверхности эмали в биоптат. При применении комплекса профилактических мероприятий имело место улучшение состояния гигиены полости рта на 60% (по индексу РНР) и снижение воспалительных реакций в тканях пародонта.

Применение препарата «Кальций-Д3 Никомед» во время беременности позволяет профилактировать развитие стоматологических заболеваний полости рта и предупреждает развитие осложнений имеющихся заболеваний.

ПРО- И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЕЕ ДИСФУНКЦИИ

Прокопенко В.М., Павлова Н.Г., Арутюнян А.В.
Институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН

Плацента представляет собой орган, который играет динамичную роль в процессах взаимодействия двух организмов — матери и плода. Высокий темп развития плаценты, растущие потребности плода сопровождаются особыми требованиями к метаболическим процессам, лежащим в основе функциональной деятельности плаценты. Исследование особенностей метаболизма в физиологически развивающейся плаценте дает представление о путях координации метаболических процессов в функциональной системе мать-плацента-плод. Один из фундаментальных механизмов биохимической адаптации, сопровождающий метаболическую регуляцию плаценты, связан с системами генерации активных форм кислорода и функциональным состоянием многокомпонентной антиоксидантной защиты. Физиологическая беременность характеризуется развитием окислительного стресса, являющегося одним из центральных механизмов общей системы адаптации к новым условиям организма женщины,

при котором наблюдается сбалансированное состояние прооксидантной и антиоксидантной систем на более высоком уровне. Неспособность системы антиоксидантной защиты (АОЗ) противостоять усилению процессов свободнорадикального окисления приводит к значительному ослаблению метаболической и детоксицирующей функций плаценты. В последнее время увеличивается количество работ, посвященных роли систем генерации активных форм кислорода и антиоксидантной системы в формировании метаболических и детоксицирующих функций плаценты. Однако, многие вопросы, связанные с развитием дисфункции плаценты в условиях окислительного стресса еще весьма далеки от разрешения. В литературе отсутствуют сведения о соотношении систем образования активных форм кислорода (АФК) и их элиминации в разных функциональных зонах плаценты (центральные и периферические участки) при акушерских осложнениях беременных. Самопроизвольное преждевременное прерывание беременности может служить моделью для изучения универсальных механизмов, вызывающих каскад нарушений в метаболизме плаценты и представляющих собой срыв адаптационно-гомеостатических реакций поддержания адекватного обмена между организмами матери и плода.

Целью исследования является оценка состояния про- и антиоксидантной систем в плаценте при физиологической беременности и преждевременных родах для анализа роли процессов генерации активных кислородных метаболитов и системы антиоксидантной защиты в развитии дисфункции плаценты.

Материалом для исследования служили ткани плацент женщин, беременность которых самопроизвольно прервалась в сроки 28-36 недель. Параллельно исследовали плаценты женщин с физиологически протекающей беременностью, завершившейся родами в срок. Образцы ткани готовили из центральной и периферической зон плаценты. Ткань отмывали, разрушали, центрифугировали. В основе получения митохондриальной фракции плаценты лежал метод дифференциального центрифугирования. Для изучения процессов свободнорадикального окисления (СРО) и общей антиоксидантной активности был использован метод регистрации хемилюминесценции. Активность глутатионпероксидазы (ГП) определяли по степени окисления восстановленного глутатиона в присутствии гидроперекиси третичного бутила. Активность глутатионредуктазы (ГР) определяли по убыли НАДФН в реакции с окисленным глутатионом. Определение глутатион-S-трансферазы (Г-S-T) основано на скорости образования GS-2,4-динитробензола в реакции восстановленного глутатиона с 1-хлор-2,4-динитробензолом.

Показано, что при преждевременных родах в митохондриях периферического участка плаценты на фоне повышения уровня интенсивности процессов СРО наблюдается недостаточное увеличение общей буферной емкости АОЗ и значительное ослабление глутатионзависимого звена антиоксидантной за-

щиты, что указывает на развитие окислительного стресса. В митохондриях центрального участка при преждевременных родах не наблюдалось повышения уровня интенсивности процессов СРО, поскольку увеличение общей буферной емкости АОЗ, вероятно, компенсирует недостаточную активность глутатионзависимого звена антиоксидантной защиты. В обогащенной микросомами фракции плаценты при преждевременных родах отмечалось усиление процессов СРО преимущественно в периферической части плацент. Интенсификация СРО в плацентах была наиболее ярко выражена в процессах, связанных, прежде всего, с липидной пероксидацией. Образование АФК в тканях плаценты осуществлялось как СОД-зависимым (присутствие радикалов $O_2\cdot$ и $HO\cdot$), так и СОД-независимым путем (присутствие $ClO\cdot$ радикалов), причем доля участия второго механизма при преждевременных родах была существенно ниже по сравнению с физиологической беременностью. Активность ГП на разных сроках невынашивания была выше в 1,5 — 2 раза, активность Г-S-T ниже в 2,3 раза таковых в плацентах женщин при физиологической беременности. Активность ГР плаценты при невынашивании беременности не отличалась от активности при физиологической беременности. Выявлена прогностическая значимость определения активности ГП и Г-S-T в плацентах женщин и рассчитан прогностический индекс преждевременного прерывания беременности, пороговое значение которого не превышает 1,06.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Протопопова Н.В., Хохлов В.П., Семерников Н.Н., Кондратова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия
Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, Иркутск, Россия

Общеизвестно, что для формирования адаптационных процессов и поддержания необходимого метаболического уровня необходим функциональный энергетический резерв. Беременность является мощным стрессовым фактором для организма женщины. В условиях невозможности организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода, возникает синдром полиорганной функциональной недостаточности, который приводит к патологии фетоплацентарного комплекса.

Цель исследования: Раскрыть закономерности и механизмы адаптационных процессов при неосложненной беременности.

Материал и методы исследования: Для достижения цели исследования обследовано 592 женщины с неосложненным течением беременности. Обследование беременных проводилось в динами-

ке беременности (в сроке 9-14 недель, 23-24 недели и 33-34 недели). В исследовании использовался аппаратно-программный комплекс «Omega - System». Исследования показали, что в условиях неосложненной беременности уровень наиболее эффективного аэробного производства энергии остается стабильной составляющей в общей структуре энергетических метаболических процессов (I триместр: ИнаЭ — $74,7 \pm 0,7$ у.е., ИнаМ — $66,6 \pm 0,6$ у.е.; II триместр: ИнаЭ — $75,3 \pm 0,8$ у.е., ИнаМ — $67,4 \pm 0,7$ у.е.; III триместр: ИнаЭ — $76,3 \pm 0,8$ у.е., ИнаМ — $67,5 \pm 0,7$ у.е.).

Это является необходимо-полезным приспособительным решением проблемы сохранения устойчивости внутренней среды на фоне развивающейся беременности, и, как подтверждение адекватности достигнутых результатов, не наблюдается повышение активности менее эффективного аварийного (анаэробного) пути энергообеспечения (ИнаАЕ в I триместре — $132,7 \pm 1,72$ у.е., III триместре — $127,7 \pm 2,8$ у.е.; ИнаАЕ: в I триместре — $13,3 \pm 0,4$ у.е., III триместре — $12,4 \pm 0,54$ у.е.).

Нейрогуморальные механизмы регуляции обеспечивают необходимый уровень энергообеспеченности метаболических процессов, что подтверждается стабильностью индекса адаптации системы на протяжении всего срока беременности. Таким образом, при неосложненной беременности формируется достаточный функциональный резерв энергетических ресурсов, позволяющих поддерживать необходимый метаболический уровень для сохранения гомеостаза.

Другая категория показателей (качественная) свидетельствует о том, что с увеличением срока беременности все-таки усиливается напряжение в системе энергообеспечения, которое не приводит к срыву адаптационных процессов.

Таким образом, на ранних сроках неосложненной беременности доминирует активность симпатических механизмов регуляции. Поздние сроки характеризуются относительным снижением активности симпатических и увеличением влияния гуморальных механизмов регуляции. Новый тип регуляции отражает напряженность адаптационных процессов и проявляется в изменениях показателя индекса напряжения, который увеличивается к окончанию срока беременности в 2,8 раза.

При неосложненном течении беременности формируется достаточный энергетический ресурс, что подтверждается стабильностью показателей аэробной производительности (индексы аэробной емкости, мощности и эффективности) и тканевого дыхания.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕРИНАТОЛОГИИ

Протопопова Н.В., Павлова Т.И., Павлов А.Б., Шапошникова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия
Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, Иркутск, Россия

В структуре перинатальной и младенческой смертности и заболеваемости особое место занимают преждевременные роды. Около 75% случаев перинатальной смертности приходится на долю недоношенных новорожденных, родившихся до 30 недель беременности. Имеющиеся в распоряжении врача в настоящее время многочисленные разнонаправленные терапевтические мероприятия не всегда эффективны, а иногда и не безопасны для матери и плода.

В связи с этим выбор оптимальной тактики, основанной на доказательной медицине, представляет собой большой практический интерес.

Цель исследования: Оценить эффективность клинического протокола ведения преждевременных родов, основанного на доказательной медицине.

Клинический протокол тактики ведения преждевременных родов включал:

- регионализацию перинатальной помощи;
- применение кортикостероидов;
- препараты сурфактанта;
- применение антибиотиков;
- респираторную поддержку новорожденных;
- улучшенный неонатальный уход.

Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определялась гестационным сроком, состоянием родовых путей, уровнем ЛПУ. На первом уровне в ЛПУ — преждевременные роды возможны, при поступлении беременной в активную фазу родов. Для оказания медицинской помощи новорожденному проводился вызов неонатологической реанимационной бригады.

Профилактика РДС при сроке беременности 24 — 34 недели (1а), проводилась 4 дозами дексаметазона по 6 мг с интервалом в 12 часов.

Токолиз проводился с целью:

- проведения курса профилактики РДС;
- остановки родовой деятельности и перевода беременной на 2-ой или 3-ий уровень.

Для проведения токолиза использовали нифедипин, бета-миметики. Продолжительность токолиза составляла 24-48 часов (1а).

При клинико-лабораторных критериях хориоамнионита токолитическая терапия не проводилась.

При угрожающих преждевременных родах и преждевременном разрыве плодных оболочек протокол включал проведение антибактериальной терапии (1а). Согласно доказательным данным, преждевременные роды сами по себе не являлись абсолютным показанием к кесареву сечению. Проводились роды через естественные родовые пути при отсутствии других показаний к оперативному родоразрешению (с).

Успешное лечение и выхаживание недоношенных новорожденных стало возможным только при открытии отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, оснащенных специальным оборудованием, круглосуточной лабораторной службе, подготовленных медицинских кадрах.

Внедрение клинического протокола в работу лечебно-профилактических учреждений в Иркутской области позволило сконцентрировать преждевременные роды только в ЛПУ, имеющих отделения реанимации новорожденных, 85% всех преждевременных родов проходит в 3 городских и областном перинатальных центрах. В 15% преждевременных родов к оказанию медицинской помощи привлекаются выездные неонатологические бригады.

Выживаемость недоношенных новорожденных с массой тела менее 1000 г, увеличилась до 75%, до 1500 г — до 86%. Показатель ранней неонатальной смертности снизился до 1,5‰.

В областном перинатальном центре в течение 3-х лет отсутствует летальность новорожденных от РДС.

Выводы: Стандартизация медицинской помощи, подготовка медицинских кадров и непрерывное их обучение позволяют снизить смертность недоношенных новорожденных, обеспечить преемственность между учреждениями различного уровня.

БЕРЕМЕННОСТЬ И НАРУШЕНИЯ СНА

Протопопова Н.В., Сахьянова Н.Л., Мадаева И.М., Колесникова Л.И.

Россия, г. Иркутск, Учреждение РАМН НЦ ПЗСРЧ СО РАМН

С наступлением беременности сон меняется у большинства женщин, появляются жалобы на отсутствие чувства отдыха после сна, судороги в икроножных мышцах, увеличение ночных пробуждений [Santiago J.R. et al., 2001; Lee K.A., Zaffke M.E., 2000; Mindell J.A., Jacobson B.J., 2000].

До настоящего времени исследования сна у беременных являются единичными, а результаты крайне противоречивы. Недостаточно изучены нарушения сна у беременных женщин с экстрагениальной патологией, прежде всего с артериальной гипертензией и ожирением.

Поэтому определение нарушений сна у беременных представляет одну из актуальных проблем акушерства и нового перспективного направления в медицине — сомнологии.

Нами проведено анкетирование с помощью расширенного опросника Стэнфордского центра изучения сна 400 беременных, наблюдавшихся в Областном перинатальном центре г. Иркутска в период с 2006 по 2008 г., с последующим проведением ПСГ мониторинга у 31 беременной в 3 триместре.

Распространенность нарушений сна среди беременных была достаточно велика и составила 78 % (312), соответственно 22 % (88) опрошенных отметили отсутствие проблем со сном.

Частота встречаемости клинических проявлений obstructивных нарушений дыхания во время сна составила 39,5 % (158), частота встречаемости

инсомнических расстройств — 66,50 % (266), синдром «беспокойных ног» встречался у 42 % (168) беременных.

По срокам возникновения клинических проявлений ОНДС были распределены следующим образом: 39,2 % женщин указали на их наличие до беременности, в 1 триместре данные жалобы отмечают 10,12 % пациенток, во 2 триместре — 18,98 %, а в 3 триместре — 31,7 % беременных. Следует отметить, что клинические проявления ОНДС сохранялись на протяжении всей беременности до момента родоразрешения независимо от срока возникновения.

Инсомнией страдали 66,5 % исследуемых беременных, до беременности на инсомнию указывали — 20,3% пациенток. По мере прогрессирования беременности инсомнические расстройства также увеличивались: в 1 триместре на них указывали — 14,3% беременных, во 2 триместре — 27,8 %, в 3 триместре 37,6%.

При нарушениях сна у беременных резко возрастает период засыпания — с 14,3 до 44,9 минуты, и уменьшается продолжительность ночного сна — с 8,7 до 7,8 часа.

Основным клиническим симптомом нарушений сна у беременных была повышенная дневная сонливость, которую отмечали 69,39% пациенток.

Ночные пробуждения у беременных, как правило, были связаны с учащенным мочеиспусканием. Пробуждения более 4 х раз наиболее часто отмечали беременные с ОНДС, указывая причиной — заложенность носа и затрудненное дыхание во время ночного сна.

На чувство тревоги и беспокойства во время беременности предъявляли жалобы 52,25 % всех обследованных пациенток.

Следующим этапом мы провели ПСГ исследование по стандартной методике у 31 беременной в III триместре, которые распределились следующим образом:

1-я группа — 9 беременных с артериальной гипертензией, ожирением без СОАС.

2-я группа — 13 беременных с артериальной гипертензией, ожирением и СОАС.

Группу контроля на данном этапе исследования составили 9 беременных женщин без артериальной гипертензии, ожирения и СОАС.

При анализе структуры сна по результатам ПСГ-мониторинга было выявлено достоверное увеличение продолжительности поверхностного сна в обеих группах с одновременным снижением длительности глубоких стадий и ФБС по сравнению со здоровыми беременными, что является проявлением грубой фрагментации и изменением структурной организации сна.

Латенция ко сну и показатель WASO (Wake After Sleep Onset) является достоверно сниженной в группе женщин с СОАС по сравнению с остальными группами. Таким образом, ПСГ выявил объективные показатели изменения качества сна.

Реакции ЭЭГ-активаций (arousal) и количественные характеристики паттерна дыхания (ин-

декс храпа и индекс апноэ\гипопноэ) также имеют достоверные различия со значимыми изменениями у беременных с СОАС, так индекс апноэ/гипопноэ составил 18 событий/час, индекс храпа — 65 событий/час, снижение сатурации — на 12 % от исходного уровня во время сна, что подтверждает развитие гипоксемии у матери во время ночного сна.

Таким образом, проведение ПСГ мониторинга всем обследуемым беременным женщинам позволило выявить нарушения структурной организации сна и его патологических феноменов.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Проخورова О.В.

Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия

Научные данные и клиническая практика свидетельствуют, что не менее 50-55% состояния здоровья индивидуума определяется особенностями образа его жизни, в который включаются психоэмоциональное состояние, характер питания, уровень физической активности, влияние профессиональных и бытовых вредностей. Значение этих гигиенических факторов и характер их влияния на состояние здоровья матери и плода изучены недостаточно. Цель исследования: выяснение влияния различных перинатальных факторов, включая медицинские, гигиенические и психологические на развитие тяжелого гипоксического состояния у новорожденных.

В группу обследованных вошли 150 женщин, у которых родились дети с оценкой по шкале Апгар от 6 до 1 балла. Исследование проводилось методом сплошной выборки в ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга. В качестве методического обеспечения были использованы метод полуструктурированного интервью, анкетирование и анализ медицинской документации. Возраст опрошенных от 18 до 34 лет. Беременность у них завершилась в сроках от 36 до 40 недель, при этом роды были срочными в 92,0% случаев и преждевременными — в 8%. Диагнозы, поставленные новорожденным, включали следующие патологические состояния: сочетанная гипоксия плода средней степени тяжести (72,0%) и тяжелой степени (28,0%), кардиореспираторный дистресс-синдром (12,0%), внутриутробное инфицирование (12,0%), внутриутробная интоксикация (4,0%), недоношенность (8,0%), порок развития плода (4,0%), отек головного мозга (4,0%), гипотрофия (4,0%), синдром дезадаптации (4,0%).

У беременных были выявлены следующие виды экстрагенитальных заболеваний: патология желудочно-кишечного тракта — в 45%, болезни сердечно-сосудистой системы — в 24%, мочевыделительной системы — в 20%, органов чувств — в 16%, заболевания эндокринной и нервной системы — по 8% соответственно. Все соматические заболевания находились в состоянии ремиссии без признаков декомпенсации. Течение беременности сопровож-

ждалось наличием преэклампсии легкой степени в 68,0%, преэклампсии среднетяжелой и тяжелой степени в 4,0%, другие виды патологии беременности (угроза прерывания беременности, предлежание плаценты и т.д.) были отмечены в 28,0%. Оценка состояния плода выявила наличие хронической фетоплацентарной недостаточности (28,0%), хронической гипоксии плода (40,0%).

Анализ влияния на течение беременности производственных факторов показал: отсутствие вредных в 36,0%, наличие негативных факторов химического происхождения в 12,0%, физических факторов, включая систематическую работу с использованием компьютера — в 28,0%, хронические стрессовые воздействия в — 28,0%, физическое переутомление — в 4,0%. У пациенток было отмечено наличие вредных бытовых привычек на протяжении всей беременности: периодическое употребление алкоголя в I, II и III триместрах (12,0%, 16,0% и 8,0% соответственно), систематическое курение (24,0%, 4,0% и 12,0% соответственно). При этом до беременности периодически употребляли алкоголь — 80,0% женщин, а систематически курили — 52,0%.

При данной беременности придерживались принципов здорового питания всего 8,0% женщин, остальные 92,0% имели нарушения в виде употребления острых, соленых, жирных, жареных блюд, продуктов “новых” технологий, сладких, мучных, сдобных продуктов и высокоаллергенных фруктов и соков из них. При этом сладкие мучные и сдобные блюда употреблялись беременными в 80,0% случаев. Все женщины по рекомендации врача женской консультации регулярно на протяжении практически всей беременности употребляли витамины и микроэлементы для беременных (поливитамины, иодомарин, витамины E и C, фолиевая кислота, MgB6, препараты Ca и Fe). С профилактическими и лечебными целями при беременности женщины получали различные медикаментозные препараты от 56,0% в I триместре до 88% во II и III триместрах.

Выводы.

Влияние гигиенических факторов на течение гестационного процесса и перинатальные исходы в исследуемой группе беременных явилось достаточно существенным, оно оказало серьезное влияние на тяжесть гипоксического состояния новорожденных.

Использование витаминов и минеральных препаратов с целью профилактики акушерских осложнений и улучшения состояния плода и новорожденного при ведении беременных в женской консультации, по нашим материалам, не смогло обеспечить оптимального состояния новорожденных.

Необходимо формирование алгоритмов методологического и организационного характера, способных минимизировать воздействие негативных гигиенических факторов и максимально использовать возможности влияния позитивных, оздоравливающих гигиенических факторов на течение гестационного процесса и исход родов.

Требуется осуществлять разработку научных направлений и целевых программ, проведение образовательных мероприятий для врачей акуше-

ров-гинекологов по вопросам валеологии, включая проблемы влияния гигиенических факторов в акушерстве и перинатологии.

ВЛИЯНИЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ПРЕНАТАЛЬНЫМ РИСКОМ

Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Актуальность нашего исследования обусловлена высокими показателями заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности, отражающих состояние здоровья матери, течение беременности и родов, которые зависят от суммарного действия факторов перинатального риска. Несомненно, что перинатальные потери связаны с осложнениями как в течение беременности, так и родов. Данное исследование показывает важность мониторинга факторов риска в течение родов у всех беременных, независимо от того к какой группе перинатального риска они относятся. Недоучет интранатального прироста, даже у женщин с низким пренатальным риском, что часто связано с субъективным отношением врачей к этой категории женщин, приводит к неправильной тактике ведения родов и к осложнениям у новорожденных.

В связи с этим целью нашего исследования явилось улучшение исходов беременности и родов путем оценки интранатального прироста и его влияния на исход родов.

Материалы и методы. Объектом статистического исследования явились: 120 женщин с низким пренатальным риском, родившие ребенка в период с января по август 2008 г. в клиническом родильном отделении при ГКБ № 29 г. Москвы, и их новорожденные в период пребывания в родильном доме. Для оценки факторов риска в родах была использована таблица балльной оценки интранатальных факторов риска, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов. Для определения силы влияния интранатальных факторов риска на исход родов был проведен корреляционный анализ (корреляция рангов Спирмена (R)). В нашем исследовании выявлена сильная корреляционная связь между интранатальными факторами риска и осложнениями в раннем неонатальном периоде ($R=0,71$). Для оценки исходов родов у новорожденных был введен индекс неонатальных осложнений — «ИНО» — интегральный показатель (сумма баллов) осложнений в раннем неонатальном периоде и применявшихся лечебных мероприятий. Был проведен подсчет ИНО для каждого новорожденного. Для анализа влияния интранатальных факторов на течение раннего неонатального периода все новорожденные были разделены на группы ИНО. В

первую группу ИНО включены новорожденные, у которых не было осложнений (0 баллов), она была самая многочисленная — 58 (48,3%). Во вторую группу отнесены новорожденные, у которых сумма баллов была меньше чем среднее значение ИНО в общей группе новорожденных ($8,8 \pm 2,4$), т.е. от 1 до 9 баллов, их было — 53 (44,2%). В третью группу вошли новорожденные с ИНО, превышающим среднее значение в группе — 10 и более баллов, их было 9 (7,5%).

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе исследования оказалось, что тщательный подсчет суммы баллов пренатального риска — это, в прямом смысле, полдела, потому что основную роль в исходе беременности и родов играют интранатальные факторы риска, меняя распределение рожениц по группам перинатального риска. После пересчета суммы баллов факторов риска в родах у женщин с низким пренатальным риском, стратификация рожениц по группам риска изменилась коренным образом: третья часть женщин вышла из группы низкого риска (каждая пятая — 21,7%, вошла в среднюю группу риска, а 7,5% — в группу высокого риска). В структуре интранатальных факторов риска, влияющих на исход родов на первом месте — несвоевременное излитие околоплодных вод (59,2%), на втором — острая гипоксия плода (33,3%), на третьем месте — мекониальная окраска околоплодных вод (15,8%), реже встречались аномалии родовой деятельности (6,7%), еще реже патологический прелиминарный период (4,2%). Среднее значение суммы баллов факторов интранатального риска составило 4,5, минимальное значение 0, максимальное — 30 (!) баллов. Основным критерием реализации интранатальных факторов риска являются исходы родов у новорожденных, основанием этому явилась, как было сказано выше, сильная корреляционная связь между интранатальными факторами и осложнениями новорожденных. Основными интранатальными факторами (осложнения в родах), оказывающие наиболее статистически значимое влияние на частоту осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде, были: острая гипоксия плода ($R=0,6$); обвитие пуповины ($R=0,5$); мекониальные околоплодные воды ($R=0,4$); длительный безводный промежуток ($R=0,4$); родовое излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки ($R=0,31$); аномалии родовой деятельности ($R=0,3$), причем более сильная корреляционная связь выявлена с дискоординированной родовой деятельностью, чем со слабостью. После интранатального пересчета суммы баллов перинатального риска, было выявлено, что среднее значение суммы интранатальных факторов риска в первой группе ИНО (здоровые новорожденные) составило 1,0; во второй группе ИНО — 6,3; в третьей (наиболее тяжелые дети) — 16,7 (!). Для клинического использования важно не столько абсолютное значение баллов интранатальных факторов риска, а его отношение к сумме пренатальных факторов риска, выраженное в процентах, т.е. интенсивность прироста баллов в течение родов (интранатальный прирост).

По данным нашего исследования у женщин с изначально низким пренатальным риском, но за счет интранатальных факторов «перешедших» в группу высокого перинатального риска (более 25 баллов), и с интранатальным приростом более 150%, почти 66,7% детей родились в асфиксии (III группа ИНО).

Выводы. Большое влияние на исход родов оказывают интранатальные факторы риска. В процессе родов любые отклонения от нормального их течения должны быть оценены в соответствии со шкалой факторов риска. Сумма баллов перинатального риска должна быть пересчитана и определен интранатальный прирост даже у женщин с изначально низким пренатальным риском.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НИЗКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО РИСКА С УЧЕТОМ БАЛЛЬНОГО СКРИНИНГА

Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Актуальность нашего исследования обусловлена: во-первых, высоким показателем заболеваемости новорожденных, отражающим как состояние здоровья матери, так и течение беременности и родов, которые зависят от суммарного действия факторов перинатального риска, а во-вторых, отсутствием четких представлений об особенностях течения беременности у женщин с низким пренатальным риском.

Целью исследования явилась оценка исходов беременности у женщин с низким пренатальным риском и определение вклада антенатальных факторов риска в развитие перинатальной заболеваемости у новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы. Объектом статистического исследования явились 120 женщин с низким пренатальным риском, родившие ребенка в период с января по август 2008 г. в клиническом родильном отделении при ГКБ №29 г. Москвы, и их новорожденные в период пребывания в родильном доме. Всем беременным проводился подсчет пренатальных факторов риска (1 скрининг — при первой явке, 2 скрининг — в 28-32 недели, 3 скрининг — в конце беременности). Для подсчета количества баллов использовали шкалу оценки перинатальных факторов риска, разработанную коллективом авторов на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов». При градации риска исходили из данных, полученных в исследовании С.А. Князева (2003): низкая степень — менее 15 баллов, средняя — 15-25, высокая — более 25 баллов. В нашем исследовании осложнения у новорожденных выявлены у 62 (51,6%) матерей. В структуре перинатальной заболеваемости учитывались: врожденные пороки развития, гипоксические поражения ЦНС,

аспирационный синдром, кефалогематома, ВУИ и т. д. Оценивались мероприятия, проводимые в раннем неонатальном периоде, продолжительность пребывания в стационаре, перевод на второй этап выхаживания. Таким образом, для оценки исходов родов у новорожденных был введен индекс неонатальных осложнений — «ИНО» — интегральный показатель (сумма баллов) осложнений в раннем неонатальном периоде и применявшихся лечебных мероприятий. Был проведен подсчет ИНО для каждого новорожденного, в результате чего получился диапазон значений от 0 до 23,4 балла. Все новорожденные были разделены на группы ИНО. В первую группу ИНО включены новорожденные, у которых не было осложнений (0 баллов), она была самая многочисленная — 58 (48,3%). Во вторую группу отнесены новорожденные, у которых сумма баллов была меньше чем среднее значение ИНО в общей группе (8,8±2,4), т.е. от 1 до 9 баллов, их было — 53 (44,2%). В третью группу вошли новорожденные с ИНО, превышающим среднее значение в группе — 10 и более баллов, их было 9 (7,5%). У них наблюдались тяжелые осложнения, потребовавшие реанимационных мероприятий в раннем неонатальном периоде.

Полученные результаты и их обсуждение. Среднее значение балльной оценки пренатального риска у женщин к концу беременности составил 7,3±0,3 балла. Однако динамика изменений среднего значения пренатального риска была следующей: при первом скрининге — 3,3 балла, при втором оно увеличилось на 1,4 балла и составило 4,7 балла, а при третьем — увеличилось на 2,6 балла, и составило 7,3 балла. Динамика изменения среднего балла пренатального риска была неравномерна, что связано со значительным вкладом в сумму баллов осложнений беременности в третьем триместре. В структуре антенатальных факторов риска преобладают осложнения беременности — 55,5%, четвертую часть занимают факторы осложненно-го акушерского анамнеза — 24,7%, восьмью — экстрагенитальные заболевания 12,9%, и наименьшая часть приходится на социально-биологические факторы — 6,8%. У беременных с наибольшей суммой баллов пренатальных факторов риска, несмотря на то, что они входили в группу низкого риска, вероятность заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде наиболее высока. Для I и II групп ИНО среднее значение суммы баллов антенатальных факторов составляет 7, для III группы — уже 11 баллов. В нашем исследовании факторы отягощенного акушерского анамнеза, осложнений беременности оказали более статистически значимое влияние на частоту осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде, чем экстрагенитальные заболевания. Наиболее весомыми среди них были: паритет (R=0,4); искусственный аборт в анамнезе (R=0,2), (в анамнезе он встречается у 24,2% женщин, а каждая пятая женщина сделала аборт перед первыми предстоящими родами), токсемия (R=0,2) — он встречался у 16,6% женщин, анемия, осложняющая течение беремен-

ности (R=0,3), выявленная у 32,5%, причем анемия средней степени наблюдалась у 9,2% женщин; хроническая плацентарная недостаточность (R=0,3) — у 15,8%, вагинит (R=0,2) — у 53,3% (p<0,005).

Вывод. Большая доля факторов пренатального риска возникает во время беременности, в силу осложнений ее течения, преимущественно в III триместре, поэтому вопрос о принадлежности беременной к той или иной группе риска решается после третьего скрининга.

НЕКОТОРЫЕ ОСТРОФАЗОВЫЕ БЕЛКИ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТО- ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МНОГОВОДИЕМ

Ренге Л.В., Ботвиньева И.А., Баженова Л.Г.,
Калинина С.Ф., Чирикова Т.С., Зорина Р.М.

Кафедра акушерства и гинекологии, НИЛ иммунологии ГОУ ДПО «НГИУВ Росздрави», МЛПУ «Зональный Перинатальный центр», Новокузнецк

Этиология и патогенетические механизмы многоводия многообразны и до конца не ясны. Общеизвестно, что в качестве основных причин многоводия могут быть внутриутробное инфицирование плодного яйца, фето-плацентарная недостаточность, иммунопатология беременности. Вегетация патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в родовых путях беременных и рожениц является реальным фактором риска развития внутриутробного инфицирования плода и новорожденного, клиническими проявлениями которого является наличие фето-плацентарной недостаточности и многоводия. Вместе с тем, данные отклонения от нормального течения беременности не могут быть признаны абсолютными диагностическими критериями наличия внутриутробного инфицирования плода. В настоящее время широко рассматривается диагностическая и прогностическая роль ряда острофазовых белков и провоспалительных цитокинов при инфекционных осложнениях в акушерской практике.

Целью нашей работы было изучение уровней острофазовых белков: альфа2-макроглобулина (МГ), альфа1-антитрипсина (АТ) и лактоферрина (ЛФ) в крови 90 беременных с фето-плацентарной недостаточностью и многоводием в сроке беременности 38-40 недель. Все беременные были разделены на 2 группы, в зависимости от балльной оценки новорожденного по шкале Апгар. В первую группу вошли беременные, родившие детей с оценкой по Апгар 8-10 баллов. Во вторую группу вошли беременные, родившие детей в асфиксии, с оценкой по Апгар 5-7 баллов. Каждая из групп была представлена 3-мя подгруппами, в зависимости от видового состава микроорганизмов, вегетировавших в родовых путях обследованных во время беременности. У беременных первых подгрупп в крови выявлены IgG — антитела к хламидиям в титре 1:40-1:80 в I-II триместрах беременности. Однако клиниче-

ских проявлений урогенитальной хламидийной инфекции во время беременности не установлено и специфическое лечение не проводилось. У беременных вторых подгрупп беременность протекала на фоне санированного бактериального вагиноза. И, наконец, третьи подгруппы были представлены беременными, перенесшими во время беременности вагинальный кандидоз. Перед родами была установлена полная эрадикация всех возбудителей перенесенных инфекций. В качестве контроля использовалась сыворотка крови 15 здоровых женщин с доношенной неосложненной беременностью, роды у которых протекали без осложнений и закончились рождением здорового ребенка с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Концентрации МГ и АТ в крови определялись методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток против данных белков, уровень ЛФ - методом ИФА с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест».

Как показали наши исследования, концентрации МГ и ЛФ в крови пациенток, перенесших во время беременности вагинальный кандидоз и бактериальный вагиноз, были сопоставимы в соответствующих подгруппах обеих групп обследованных, то есть, не зависели от балльной оценки рожденных детей и не отличались от показателей здоровых беременных. Напротив, уровень АТ в крови беременных данных подгрупп, был статистически значимо (или близко к значимым значениям) повышен, по сравнению с контрольными значениями, но также не зависел от состояния новорожденного. Исключение составили пациентки, в крови которых определяли антитела к хламидиям во время беременности. Максимальные значения МГ ($3,21 \pm 0,2 \text{ г/л}$; $p=0,004$), АТ ($4,18 \pm 0,28 \text{ г/л}$; $p=0,001$) и особенно ЛФ ($6,06 \pm 0,56 \text{ мкг/мл}$; $p=0,0007$), в сравнении с контролем (МГ - $2,45 \pm 0,21 \text{ г/л}$; АТ - $2,59 \pm 0,2 \text{ г/л}$; ЛФ - $3,79 \pm 0,43 \text{ мкг/мл}$), установлены в крови данных подгрупп беременных только в случае рождения ими детей в тяжелой асфиксии. Беременные с титрами противохламидийных антител, родившие здоровых детей имели следующие показатели острофазовых белков (МГ — $2,49 \pm 0,26 \text{ г/л}$; АТ — $3,8 \pm 0,39 \text{ г/л}$, $p=0,007$; ЛФ — $2,28 \pm 0,35 \text{ мкг/мл}$). Как показали дальнейшие результаты морфологического метода исследования плацент, у 80% беременных с высокими показателями лактоферрина в крови, родивших детей с низкой оценкой по шкале Апгар, гистологически верифицирован хориоамнионит, либо плацентит.

Таким образом, наличие в крови беременных женщин IgG-антител к хламидиям в титрах (1:40-1:80), при отсутствии клинических проявлений урогенитальной инфекции и лабораторного подтверждения персистенции возбудителя, требует обязательного проведения дальнейших диагностических мероприятий на определение уровня острофазовых белков при доношенной беременности. Внедрение в клиническую практику доступного и недорогого метода определения в крови беременных перед родами сывороточного лактоферрина

позволит выявить беременных группы высокого риска наличия внутриутробной инфекции плода и новорожденного. Это позволит своевременно начать лечение внутриутробной инфекции, и будет являться адекватным методом профилактики тяжелых форм внутриутробного инфицирования плода и новорожденного.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И БЕЛКОВОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ ТОКСИКОЗЕ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Рогожина И.Е., Грицак Е.Е.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО «Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского» Росздрава

Emesis gravidarum (рвота беременных) является одним из частых форм патологий I половины беременности, патогенез которой до настоящего времени остается не изученным.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи тяжести проявлений заболевания, состояния системы гемостаза и изменений белкового спектра крови при указанной патологии.

Белковый спектр крови изучен с использованием общепринятых спектрофотометрических методов исследования, для оценки состояния системы гемостаза использовали традиционные показатели: протромбиновый индекс, время рекальцификации плазмы, АПТВ, время фибринолиза, содержание в крови фибриногена. Под наблюдением находились 46 беременных со сроком гестации от 5 до 12 недель, которые были разделены на три группы. 1-ю группу составили 16 беременных с легким течением патологии, 2-ю группу — 15 беременных со среднетяжелым течением рвоты беременных, 3-ю группу -15 беременных с тяжелым течением патологии. Контрольную группу составили 20 беременных в аналогичные сроки беременности с неосложненным течением гестации.

Как оказалось, при легком течении *emesis gravidarum* отмечены гипоальбуминемия и гиперальфаглобулинемия, отсутствовали сдвиги со стороны содержания фибриногена и показателей коагуляционного потенциала крови. По мере утяжеления клинических проявлений патологии по 2-й группе наблюдения имели место гипоальбуминемия, гиперальфаглобулинемия, возрастание уровня фибриногена в крови, сочетающееся с развитием гиперкоагуляционных сдвигов. Максимально выраженные нарушения белкового спектра крови в виде диспротеинемии и гиперкоагуляционных сдвигов отмечены в 3-й группе наблюдения у женщин с тяжелым течением *emesis gravidarum*.

Таким образом: характерными проявлениями *emesis gravidarum* являются системные метаболические расстройства в виде гипоальбуминемии и диспротеинемии, сочетающиеся с формированием гиперкоагуляционных сдвигов. Интегративные показатели коагуляционного потенциала и белкового

спектра крови могут быть использованы в качестве объективных критериев оценки тяжести течения *emesis gravidarum*.

ПУТИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Романова Е.Ю., Линева О.И., Волова Л.Т.,
Лимарева Л.В., Миякова М.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования, ЦНИЛ
Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия

Исследования последних десятилетий представили убедительные доказательства в пользу эндотелиальной дисфункции, как триггерного фактора основных акушерских осложнений. Несмотря на развитие медицинских технологий, гестоз остается одной из важнейших проблем современного акушерства, а частота осложнений гестоза среди причин материнской смертности составляет 11,4-12%. Вместе с тем, недостаточно четко установлено, как меняется концентрация продуктов липопероксидации и показатели окислительного стресса, нуждаются в дальнейшем рассмотрении вопросы медикаментозной активизации системы эндогенных антиоксидантов при беременности, осложненной гестозом 2 половины беременности.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи между клиническими проявлениями гестоза, полиморфизмом мутации гена *MTHFR Ala222Val (C-677-T)*, а также оценка эффективности комплексной терапии с применением антиоксидантов на параметры «оксидантного стресса» у пациенток с гестозами.

Были обследованы 65 беременных в сроке 28-39 недель гестации с гестозами средней степени тяжести, имеющие отеки, протеинурию и повышение АД, с выделением 35 беременных, получавших комплекс метаболических антиоксидантных средств, включая S- аденозил-L-метионин (основная группа).

Помимо общепринятых лабораторных и функциональных методов исследования в акушерстве проведено молекулярно-генетическое исследование для изучения генетического полиморфизма гена фолатного обмена *MTHFR Ala222Val (C-677-T)* с помощью ПЦР-диагностики, развернутое биохимическое исследование сыворотки крови, анализировались параметры расширенной коагулограммы, иммунохимическое определение сывороточного гомоцистеина (ГЦ). Материалом для изучения ПОЛ и антиоксидантной активности служила сыворотка крови и гемолизат эритроцитов, уровни субстратов (активность каталазы, СОД, глутатионредуктазы, глутатион, МДА, диеновые конъюгаты) оценивались спектрофотометрией до и после проведения комплексного лечения.

Гомозиготная мутация гена *MTHFR Ala222Val (C-677-T)* отмечена у 11,7% из числа обследованных беременных, гетерозиготная мутация — у

23,5%. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) выявлена у 14,3% беременных, причем 50% случаев ГГЦ составили пациентки с гетерозиготной мутацией гена *MTHFR* и ни в одном случае с гомозиготной мутацией.

Показатели гемостазиограммы в основной группе имели минимальные отклонения с тенденцией к нормокоагуляции после проведения комплексной антиоксидантной терапии (активированное время рекальцификации 57+2", ПТИ 103+5,2%, тромботест IV, фибриноген 4,2+1,3 г/л, толерантность к гепарину 10+2', эуглобулиновый фибринолиз 150-200').

Проведенные исследования продемонстрировали наличие метаболических нарушений в виде активации свободнорадикального окисления и снижения антиоксидантной активности при беременности, осложненной гестозом средней степени тяжести. Вместе с тем эффективность комплексной антиоксидантной терапии в основной группе подтверждалась положительной динамикой в системе глутатиона эритроцитов (повышение с 0,096 до 0,11 мкм/мг), повышением активности глутатион-редуктазы (с 70,77 до 91,99 мкм/мг Нб в час), снижением активности СОД при стабильном уровне белка (с 309,05 до 290,49 у.е./мг белка), активацией каталазы (со 115,41 до 136,94 ммоль/мг Нб). Показатель малонового диальдегида (МДА), аналогично диеновым конъюгатам, продемонстрировал снижение содержания недоокисленных липидных перекисей, составив 0,043 опт/ед. до и 0,039 опт/ед. после лечения. (Диеновые конъюгаты составили соответственно 0,57 опт/ед. и 0,51 опт/ед.).

Назначение комплекса антиоксидантов с включением S- аденозил-L-метионина среди беременных, имевших гипергомоцистеинемию, также имело положительное действие на состояние антиоксидантной системы и стабилизацию клеточных мембран, выразившееся в повышении активности каталазы в 1,8 раза, глутатион-редуктазы в 1,3 раза, снижении содержания ТБК-АП в 1,5 раза.

Клиническая эффективность назначения препаратов, подтверждалась снижением частоты признаков внутриутробной гипоксии плода по данным акушерского УЗИ, УЗДГ и КТГ, все беременные из основной группы родоразрешены не ранее 38-39 недель.

Данные, полученные нами у 35 беременных с гестозами при применении антиоксидантов (кокарбоксилаза, рибофлавин, липоевая кислота) свидетельствуют об их высокой эффективности, а назначение в комплексной терапии S- аденозил-L-метионина, обладающего способностью нивелировать индукцию свободнорадикальной патологии благодаря участию в трансаминировании фосфолипидов клеточных мембран, является патогенетически оправданным, начиная с 24 недель беременности.

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ TOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Романовская В.В., Кузнецов П.А., Бахарева И.В.,
Ганковская Л.В., Макаров О.В.

Россия, г. Москва, Российский Государственный Медицинский
Университет

Среди проблем современного акушерства преждевременные роды занимают одно из первых мест, так как именно они определяют перинатальную заболеваемость и смертность. Более трети преждевременных родов происходят вследствие инфицирования и преждевременного разрыва плодных оболочек (ППРО). Иммунологическая защита против различных инфекционных патогенов осуществляется в результате скоординированной работы врожденной и адаптивной систем иммунитета. Распознающими рецепторами врожденной иммунной системы являются TLRs, которые экспрессируются клетками эпителия, трофобласта, а также макрофагами, дендритными клетками и др. Изменения TLRs определяют особенности индивидуального воспалительного ответа на инфекцию. В связи с этим особый интерес представляет изучение TLRs, как маркеров прогнозирования осложнений беременности.

Целью нашей работы явилось изучение изменения экспрессии генов TLR2 и TLR4 эпителиальными клетками слизистой цервикального канала и клетками плаценты у беременных с ППРО и преждевременными родами.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 87 беременных и новорожденных. Все обследованные были разделены на 3 группы. 1-ю основную группу составили 32 беременные с признаками угрожающих преждевременных родов и ППРО, в сроках 26-34 недель. Во 2-ю группу сравнения вошли 25 беременных с признаками угрожающих преждевременных родов, беременность закончилась срочными родами. 3-ю группу контроля составили 30 пациенток с физиологическим течением беременности завершившейся рождением живых доношенных новорожденных. РНК из клеток плаценты и клеток слизистой цервикального канала выделяли с помощью метода кислото-фенольной экстракции. Методом полимеразной цепной реакции в реальном времени был определен уровень экспрессии генов TLR2 и TLR4 (кафедра иммунологии РГМУ).

Результаты. У здоровых беременных экспрессия эпителиальными клетками гена TLR2 превышала уровень экспрессии гена TLR4 в девять раз (TLR2 $1,87 \pm 0,35 \times 10^5$ копий гена, TLR4 $0,21 \pm 0,05 \times 10^5$) ($p < 0,05$). Это можно объяснить более широким спектром микробных лигандов, распознаваемых TLR2, а также его димеризацией с TLR1 и TLR6. В группе сравнения отмечалась незначительное повышение экспрессии гена TLR2.

Нами была отмечена взаимосвязь высокого уровня экспрессии гена TLR2 эпителиальными

клетками цервикального канала и клетками плаценты с развитием ППРО. У пациенток, входящих в основную группу, уровень экспрессии гена TLR2 клетками плаценты и эпителиальными клетками цервикального канала превышал нормативные в 5 и 19 раз соответственно. Изменения экспрессии TLR4 было недостоверно.

Заключение: Таким образом, более детальное изучение молекулярных механизмов системы врожденного иммунитета позволит на современном патогенетически обоснованном уровне решать проблему снижения частоты возникновения ряда осложнений беременности. Повышенная экспрессия гена TLR2 эпителиальными клетками цервикального канала является чувствительным тестом, позволяющим выделить группу риска по возникновению ППРО и преждевременных родов.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ

Рубцова С.В., Бурдули Г.М., Сокологорский С.В.,
Баев О.Р.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность: В настоящее время широко распространенным методом обезболивания в акушерстве является эпидуральная анальгезия (ЭА). Однако до настоящего времени вопрос о влиянии ЭА на течение родового акта, состояние матери и плода остается недостаточно изученным. По некоторым данным ЭА увеличивает общую продолжительность родов в основном за счет первого периода (Gerli. S и соавт 2010). И.С. Царегородцев (2008) обнаружил, что дети родившиеся у матерей, которым в качестве анестезиологического пособия в родах проводили эпидуральную анальгезию, имели более низкие оценки по шкале Апгар на 1 минуте за счет снижения мышечного тонуса. Напротив, Н.Д. Токобаев (2008) показал, что оценки по шкале Апгар у новорожденных при использовании эпидуральной анальгезии в родах выше, чем в группе без нее.

Цель исследования: анализ особенностей клинического течения и исхода родов в условиях применения ЭА.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 300 историй родов за период с 2008 по 2009 года. Роженицы разделены на две группы: I группа 172 (57,3%) пациентки, для обезболивания которым в родах применяли ЭА, из них первородящие 110 (71%) женщин, повторнородящие — 62 (42,8%). II группа — 128 (42,7%) женщин, в родах у которых ЭА не применяли. Из них 45 (35,2%) первородящие, 83 (64,8%) повторнородящие. Проведение ЭА начинали в активную фазу родов при установившейся родовой деятельности. Пункцию проводили на уровне L II — L III под местной анестезией, в положении лежа на боку. Использовали препарат нарופן 0,2%. Статистическую обработку

проводили с использованием критерия Стьюдента, с2-теста и определения отношения рисков.

Результаты и обсуждение: При сравнительном анализе обнаружено, что в группе с ЭА, длительность родов у первородящих составила $533,9 \pm 137,3$ мин, у повторнородящих $409,9 \pm 89,2$ мин, тогда как во II группе $470,9 \pm 101,2$ мин и $362,1 \pm 94,9$ мин, соответственно ($p > 0,05$). Продолжительность 1-го периода родов в группе с обезболиванием родов методом ЭА у первородящих составил $500,5 \pm 136,6$ мин повторнородящих $384,2 \pm 86,3$ мин, а в группе без ЭА у первородящих $439,3 \pm 103,8$ мин, повторнородящих $333,3 \pm 96,4$ мин ($p > 0,05$).

Продолжительность периода потуг не выходила за пределы физиологических значений: у первородящих $23,8 \pm 11$ мин и $23,6 \pm 7,4$ мин, у повторнородящих $18,2 \pm 4,5$ мин и $16,9 \pm 4,2$ мин, соответственно. 3-й период родов достоверно не различался, однако отмечена тенденция укорочения 3-го периода на фоне ЭА. Оценка новорожденных по шкале Апгар, вес и масса по изученным группам достоверно не отличались.

Таким образом, длительность первого периода и общая продолжительность родов, как у первородящих, так и повторнородящих с эпидуральной анальгезией была больше в среднем на 14%, однако разница не была статистически значима.

Следует отметить, что в 12 наблюдениях у женщин с эпидуральной анальгезией в родах развилась слабость родовой деятельности, тогда как во второй группе данное осложнение встретилось только у 5 женщин. Острая гипоксия плода развилась в 14 наблюдениях у женщин с эпидуральной анальгезией и 4 — без нее. Статистический анализ показал, что при применении ЭА риск развития слабости родовой деятельности в 2,6 раза, а острой гипоксии плода в 1,7 раза выше, чем без ее использования.

Закключение: Таким образом, при проведении эпидуральной анальгезии продолжительность родов статистически значимо не меняется. Однако ее применение увеличивает риск развития слабости родовой деятельности и вероятности острой гипоксии плода, что необходимо учитывать при ведении родов и разработке новых методик регионарной анальгезии.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕРТЫХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Руденко М.Г., Слепуха Н.В., Слепуха О.С.

Молдова, г.Тирасполь, ГУ РЦМиР

Россия, г.Серпухов, ГУ родильный дом

Актуальность. Несмотря на постоянный поиск новых методов прогнозирования и ранней диагностики осложнений пуэрперального периода, количество послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний в настоящее время не только остается достаточно высоким (Кулаков В.И. с соавт., 1999; Пекарев О.Г., 2004), но и увеличивается их удельный вес в структуре причин материн-

ской смертности (Токова З.З., Мекша Ю.В., 2005; Савельева Г.М., 2006; Тутьнина О.В., Егорова А.Т., 2007). Высокая частота послеродовых инфекций, трудности раннего выявления и лечения диктуют необходимость поиска простых, доступных и малоинвазивных методов их диагностики (Бородашкин В.В., 2005; Самчук П.М. с соавт., 2005; Новикова С.В. с соавт., 2007).

На современном этапе для послеродового эндометрита характерно преобладание стертых форм, значительное уменьшение выраженности общих признаков воспалительного процесса при сохранении местных симптомов, редкая генерализация и меньшая, продолжительность заболевания (Горин В.С. с соавт., 2001; Пекарев О.Г., 2004; Бородашкин В.В. с соавт., 2006, Баев О.Р. с соавт., 2007).

С учетом вышеизложенных особенностей нами было решено изучить роль общеклинического анализа крови в доклинической диагностике послеродового эндометрита как рутинного метода исследования.

Цель исследования заключалась в определении возможности доклинической диагностики стертых форм послеродового эндометрита на основании общеклинического анализа крови, являющегося обязательным для всех родильниц, и сравнении информативности различных его показателей (ЛИИ, уровень лейкоцитов и СОЭ).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 129 родильниц после родов через естественные родовые пути. В 1-ую группу включены 59 родильниц, у которых после выписки из акушерского стационара развился эндометрит (стертая форма), а во 2-ую — 70 родильниц с гладким течением пуэрперального периода. Всем родильницам в акушерском стационаре на 1-3-и сутки производили общеклинический анализ крови. За всеми женщинами в течение 42 суток осуществляли динамическое наблюдение. ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) определяли по формуле Кальфа-Калифа. Диагностировали эндометрит на основании жалоб, объективного, бимануального, ультразвукового и лабораторного исследования, а в случае выполнения вакуум-аспирации — на основании гистологического исследования. Все родильницы с послеродовым эндометритом были госпитализированы в гинекологическое отделение ГУ РЦМиР г.Тирасполь в течение 2008-2009гг. Средний возраст пациенток составил $21 \pm 0,8$ лет.

Результаты и обсуждение. С учетом данных общеклинического анализа крови изучены ЛИИ, уровень лейкоцитов периферической крови и скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Было выявлено, что ЛИИ в 1-ой группе оказался повышенным у 40 родильниц (68%), а во 2-ой группе — у 27 (39%); ЛИИ находился в пределах нормы (0,3-1,5) у 19 родильниц (32%) 1-ой группы и у 43 (61%) 2-ой группы. Средний уровень ЛИИ в 1-ой группе составил 2,17, а во 2-ой — 1,92. Таким образом, у большинства родильниц с последующим развитием клинической картины стертого эндометрита имеется повышение ЛИИ на 1-3-и сутки

пурперия, что отражает начальный уровень развивающейся интоксикации.

Классические показатели, отражающие протекание воспалительной реакции — уровень лейкоцитов периферической крови и СОЭ — оказались значительно менее информативными, что, вероятно, связано с наличием иммунодефицита в послеродовом периоде. Так, ускоренная СОЭ в 1-ой группе отмечена у 23 родильниц (39%), а во 2-ой — у 39 (56%); СОЭ в пределах нормы для соответствующих суток послеродового периода в 1-ой группе зарегистрирована у 36 родильниц (61%) и у 31 (44%) 2-ой группы. Количество родильниц с лейкоцитозом в обеих группах оказалось равным (3 женщины) и редко встречаемым явлением. В 1-ой группе это 5%, а во 2-ой — 4%, у остальных родильниц уровень лейкоцитов не превышал норму.

Температурная реакция в обеих группах была практически одинакова до выписки из акушерского стационара и не превышала значений субфебрильного уровня.

Выводы. Таким образом, из вышеизложенного следует, что доклиническая диагностика стертых форм послеродового эндометрита возможна при тщательном изучении общеклинического анализа крови. Наиболее информативным является ЛИИ, рассчитанный по формуле Кальф-Калифа, который у большинства родильниц выше нормы уже на 1-3-и сутки пурперия в отличие от женщин с неосложненным течением послеродового периода. Это позволяет включить таких родильниц в группу риска по реализации эндометрита с последующим динамическим наблюдением и проведением необходимых лечебных мероприятий. Лейкоцитоз и ускорение СОЭ оказались в прогностическом плане менее информативны, чем ЛИИ. Следовательно, с целью оценки течения послеродового периода и ранней диагностики стертых форм эндометрита наиболее целесообразным является расчет ЛИИ.

РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ И ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Румянцева В.П., Баев О.Р.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Минздравсоцразвития РФ

Актуальность. Перенашивание беременности представляет собой патологическое состояние, при котором отсутствует достаточная зрелость шейки матки, своевременно не развивается родовая деятельность, а также часто ухудшается состояние плода, вплоть до его гибели. При этом неонатальная заболеваемость и смертность в 6 раз выше, чем у доношенных новорожденных. До настоящего времени не выработаны четкие критерии, определяющие тактику ведения пациенток с перенашиванием беременности, остаются спорными вопросы о сроке беременности, при котором необходимо приступать к подготовке шейки матки и индукции родов.

Целью данной работы явилась оценка целесообразности и эффективности родовозбуждения у пациенток с тенденцией к перенашиванию беременности и выявление основных факторов, влияющих на успешность индукции родов у данной группы пациентов.

Материалы и методы: нами были обследованы 29 пациенток в возрасте от 21 до 35 лет с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода и индуцированными родами. Во всех случаях показанием к проведению родовозбуждения явилась тенденция к перенашиванию беременности. Средний срок гестации на момент родовозбуждения составил 41,0 нед. Состояние шейки матки перед родовозбуждением оценивали с помощью шкалы Burnhill (в модификации Е.А.Чернуха). Большинство пациенток (72,4%), которым проводили индукцию родов, имели недостаточно зрелую шейку матки (оценка от 4 до 6 баллов). Шейка матки была оценена как зрелая (7-10 баллов) у 20,7% обследованных. Оценка равная 3 баллам и, соответственно, незрелая шейка матки была у 2 беременных (6,9%). Родовозбуждение проводили путем амниотомии или с помощью последовательного применения аналога простагландина Е2 (динопростона) и амниотомии. В последнем случае, средний интервал времени между интрацервикальным введением 0,5 мг динопростона и амниотомией составлял 3 часа. Выбор метода родовозбуждения основывался на состоянии зрелости шейки матки: при наличии зрелой шейки матки использовали амниотомию, при незрелой и недостаточно зрелой — последовательное применение динопростона и амниотомии. В исследуемой группе пациенток в 74% наблюдений обезболивание родов проводили с помощью эпидуральной анальгезии, остальным пациенткам обезболивание не потребовалось. Статистический анализ данных проводили с помощью показателей отношения рисков (relative risk, RR), отношения шансов (odds ratio, OR), модифицированной формулы Haldane для малых чисел, вычисления средних величин.

Результаты исследования. В группе обследованных пациенток средний интервал от начала индукции до родоразрешения у первородящих женщин составил 8,5 ч, у повторнородящих — 5,9 ч. В связи с развитием первичной слабости родовой деятельности внутривенное назначение динопроста с целью ее коррекции потребовалось в 38% случаев. Риск развития первичной слабости был в 1,3 раза выше у пациенток, имеющих незрелую и недостаточно зрелую шейку матки перед началом индукции родов. Применение окситоцина, как метода терапии вторичной слабости родовой деятельности, имело место в 21% наблюдений. У четырех из 6 пациенток окситоцин был назначен только во втором периоде родов. Пяти из 29 женщин было произведено кесарево сечение в срочном порядке. Только у 1 пациентки показанием к операции послужило отсутствие эффекта от родовозбуждения, в остальных наблюдениях — аномалии родовой деятельности и гипоксия плода. Риск кесарева сечения статистически зна-

чимо возрастал при наличии недостаточно зрелой шейки матки перед проведением родовозбуждения ($RR = 5,6$). При сравнении эффективности родовозбуждения в зависимости от срока беременности были выявлены следующие закономерности. Риск кесарева сечения у пациенток с индуцированными родами при сроке беременности ≥ 41 неделе был в 4 раза выше, чем при сроке беременности менее 41 недели. Риск наличия хронической гипоксии плода, выявленной на основании меконияльной окраски околоплодных вод, был в 2 раза выше при сроке беременности ≥ 41 неделе. В исследуемой группе пациенток все дети родились в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила 6 баллов у 1 ребенка (3,4%), 7 баллов у 6 (20,7%), 8 баллов у 22 новорожденных (75,9%), на 5 минуте средняя оценка была равна 8,7 баллов.

Выводы: 1. Эффективность индукции родов у пациенток с перенашиванием беременности составила 96,6%. 2. Проведение родовозбуждения при увеличении гестационного срока более 41 недели сопровождалось повышением риска хронической гипоксии плода и оперативного родоразрешения, что определяет целесообразность преиндукции и индукции родов в сроке беременности 40-41 неделя. 3. Состояние шейки матки является основополагающим фактором, влияющим на успешность индукции родов. Следовательно, при наличии показаний к родовозбуждению необходимо проводить подготовку шейки матки к родам с целью достижения максимальной ее зрелости.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (ГНБ) В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К., Афанасьева Е.И.

Кыргызская Республика, г. Бишкек

Национальный Центр охраны материнства и детства,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия

Цель проведенного исследования — определение эффективности эфферентной терапии в предупреждении ГНБ у женщин в условиях экологического неблагополучия.

Исследование проводилось в г. Бишкеке в течение последних 20 лет, относящихся к числу экологически неблагополучных. По данным ранее проведенных нами исследований частота ГНБ в нем составляет 18,2%, в том числе 65,4% — сочетанных с экстрагенитальной патологией.

Наиболее часто беременность осложнялась ГНБ у женщин с патологией мочевыделительной системы (МВС) — 58,7%, с наличием эндокринной патологии (63%), с хронической артериальной гипертензией (ХАГ — 69,0%), с патологией гепато-билиарной системы (ГБС — 29,7%) и анемией (ЖДА — 25,4%) 5.

На первом этапе исследования определены особенности клинических проявлений сочетанных ГНБ у 165 женщин экологически неблагополучного региона (ЭНР) (основная группа) и у 145 женщин относительно благоприятного региона (БР), достоверно отличающихся загрязнением атмосферного воздуха.

По данным Госагентства гидрометеорологии КР в воздушной среде ЭНР в период наблюдения женщин показатели ПДК диоксида серы (DS) равнялись $0,06 \pm 0,0036$, диоксида азота (DA) $2,4 \pm 0,13$, оксида азота (OA) $3,6 \pm 0,37$, азота (A) $1,30 \pm 0,29$ и формальдегида (F) $6,47 \pm 0,39$ и достоверно превышали соответствующие показатели благополучного региона (DS $-0,04 \pm 0,0092$), DA — $(1,48 \pm 0,074)$ (+++), OA $(2,06 \pm 0,6)$ (+), A $(0,49 \pm 0,065)$ (++) и F $(4,3 \pm 0,37)$ (+++).

Сравниваемые группы женщин были репрезентативны по возрасту и структуре фоновой соматической патологии.

У женщин основной группы установлена достоверно большая частота ГНБ (соответственно 22,2% и 11,3 %)(++), раннее начало (РН) их у 60,6% в сравнении с 24,1% (+++), тяжелая приэклампсия (ТПЭ) диагностирована у 49,7% и 24,2% (+++), ФПН — у 78,8% и 42,8% (+++), ЗВУР — у 60,6% и 26,2% (+++), досрочное родоразрешения (ДР) у 24,2% и 16,6% случаях, абдоминальные роды (АР) 28,5% и 15,9% (++) , рождение детей в асфиксии 48,5% и 30,3% (+++), перинатальные потери (ПС) -10,4% и 4,8%.

$P < 0,5(+)$; $< 0,01$ (++) , $< 0,001$ (+++).

На основании полученных данных сделан вывод о том, что тяжесть клинических проявлений ГНБ определяется не только сопутствующей соматической патологией, но и интенсивностью антропогенного воздействия.

Вторым этапом исследования является попытка предупредить развитие ГНБ у женщин группы риска. Проспективному наблюдению подвергнуто 170 беременных женщин ЭНР, в том числе 70 — с ЖДА, 60 — с патологией мочевыделительных систем 15 — с эндокринным, 10 — с гепато-билиарной системой, 10 — с хронической артериальной гипертензией и 5 — с пороками сердца.

При этом проводилось лечение фоновой патологии и коррекция питания 42 женщин в (24,5 %, в преконцепционном периоде, у 55 (32,1) в I и у 73 (43,1%) — во II триместре беременности).

В качестве универсального энтеросорбента использовали Nutry-Cleans, витаминно-минерального комплекса после выведение ксенобиотиков — витобаланс — 2000, антиоксиданта Вит Е, других БАД, назначаемых в зависимости от вида сопутствующей патологии.

Контрольную группу составили 165 наблюдаемых нами женщин без проведения профилактических мероприятий.

Установлена достаточно высокая эффективность проведенных лечебно профилактических мероприятий у женщин основной группы в сравнении с кон-

трольной, проявившаяся в получении более низких показателей, проявившаяся в снижении частоты ГНБ в 1,4 раза, РН ГНБ — в 1,9 раза, случаев ТПЭ -2,7 раза, ФПН — 2,4, ЗВУР — 2,1, асфиксия и гипоксии плода 1,5 раза.

При отсутствии достоверной разницы частоты досрочного и оперативного родоразрешения ПС снижена в 3,4 раза.

Таким образом, соблюдение принципа выведения ксенобиотиков из организма женщин, проживающих в условиях высокой антропогенной нагрузки, методами эфферентной терапии (энтеросорбции) с последующим введением витамина - минеральных комплексов, антиоксидантов и иммуномодуляторов и одновременным лечением сопутствующей экстрагенитальной патологией позволяет с высокой эффективностью предотвратить осложненное течение гестационного процесса, в том числе и ГНБ. Наиболее высокий эффект получили у женщин с преконцепционной подготовкой.

ЭКЛАМПСИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Савельева Г.М., Шалина Р.И., Куртенок Н.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Эклампсия остается серьезным осложнением не только для плода, но и для матери. Проанализированы 62 истории родов с тяжелым гестозом и 51 с эклампсией, которые произошли в родильных домах г. Москвы за период 2006-2008 гг.

Наиболее частыми осложнениями у пациенток с эклампсией были: поражение головного мозга (49 %), острая почечная недостаточность (15,6 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (15,6 %), отек легких (21,6 %), НЕЕЛР-синдром (7,8 %), сепсис (15,6 %). Шесть из 51 пациенток погибли, причинами смерти явились: кровоизлияние в головной мозг (2), острая почечно-печеночная недостаточность (2), септические осложнения (2).

У большинства пациенток эклампсия произошла во время беременности — у 43,1 %, у 27,4 % — во время родов, у 29,4 % — после родов. Из симптомов, сопутствующих эклампсии (артериальная гипертензия, протеинурия, отеки) у 58,5 % присутствовали 3 симптома, у 24,7 % — два симптома, у 16,8 % — один, степень выраженности их была различной. Цифры АД до приступа эклампсии у большинства пациенток (66,7 %) составляли 130/90 — 150/100 мм рт.ст., у 25,5 % была выраженная артериальная гипертензия (АД > 160/110 мм рт.ст.), у 7,8 % при исходной гипотонии АД до эклампсии не превышало 130/90 мм рт.ст. Протеинурия различной степени была отмечена у 74,5 %, у 25,5 % белок в моче не определялся. Отеки были различной степени тяжести: анасарка — у 43,1 %, умеренные отеки — у 11,8 %, отеки голеней — у 7,8 %, у 37,2 % — не указано наличие или отсутствие отеков.

Пациентки, у которых эклампсия развилась во время беременности, по клиническим проявлениям отличались от тех, у которых эклампсия развилась во время и после родов. Для эклампсии во время беременности характерно: появление отеков, гипертензии и/или протеинурии на ранних сроках беременности; высокие цифры АД $\geq 160/110$ мм рт.ст., протеинурия ≥ 5 г/24 часа; диурез < 500 мл/24 часа; симптомы, предшествующие эклампсии (головная боль, боли в эпигастрии); ЗРП. Особенности эклампсии во время родов являются отсутствие выраженных отеков, гипертензии и протеинурии, молодой возраст (16-20 лет); первые роды; крупный плод, длительные роды; отсутствие адекватного обезболивания родов.

Важно, что у 88,2 % пациенток были симптомы, непосредственно предшествующие конвульсиям (головная боль, нарушение зрения, боли в эпигастрии). Только у 11,8 % их не было, или они были не отмечены.

Анализ историй родов пациенток с тяжелым гестозом и эклампсией выявил следующие ошибки в ведении этих пациенток: недооценка состояния и отсутствие учета симптомов преэклампсии — 85,2 %, недостаточная и неадекватная противосудорожная терапия — 50,5 %, полипрагмазия — 56 %, большие объемы вводимой жидкости, с преобладанием коллоидов (в том числе в послеродовом периоде) — 25,4 %, неадекватное обезболивание в родах — 82,7 %, неадекватная терапия в послеродовом периоде — 87 %.

На современном этапе основным методом лечения и профилактики судорог является применение сульфата магния. Разработан протокол применения, включающий в себя нагрузочную дозу 4-6 грамма в течение 15-30 минут, поддерживающую инфузию 1-3 грамма в час и, при необходимости, дополнительное введение 2 граммов за 2-3 минуты. Анализ историй родов показал, что данный протокол соблюдали только в 15 % наблюдений. Из антигипертензивных препаратов, считающихся эффективными для интенсивной терапии тяжелого гестоза и эклампсии — гидралазина, лабеталолла, нифедипина, в нашей стране доступен только последний. При пероральном приеме препарата обычно применяется 10 мг нифедипина через 20-30 мин до достижения желаемого эффекта, максимальная доза — 30 мг. Объем и состав инфузионной терапии должны определяться параметрами гемодинамики, состоянием микроциркуляции, уровнем гематокрита, концентрацией белка в сыворотке крови, состоянием глазного дна. Нагрузочная доза составляет 80 мл/час, поддерживающая — 40 мл/час. Коллоидные растворы применяются при операции кесарева сечения с целью уменьшения общего объема инфузии. В настоящее время эклампсия не является строгим показанием к искусственной вентиляции легких (ИВЛ). ИВЛ у пациенток с эклампсией проводят при некупирующимся приступе эклампсии, коме, аспирационном синдроме, полиорганной недостаточности, родоразрешении и тромбоцитопении < 75-80 000/мм³. В настоящее

время вопрос о методе родоразрешения при тяжелых формах гестоза, в частности, эклампсии является решенным. Предпочтение отдается кесареву сечению.

Таким образом, эклампсия, в силу сопутствующих ей тяжелых осложнений, продолжает оставаться актуальной проблемой. Снижение частоты эклампсии и ее осложнений определяется своевременной диагностикой и лечением состояний, предшествующих ее развитию. Чрезвычайно важным является соблюдение разработанных протоколов ведения пациенток с тяжелым гестозом и эклампсией.

РОЛЬ ГИПЕРПРОДУКЦИИ АУТОАНТИТЕЛ К ИНСУЛИНУ И ИНСУЛИНОВЫМ РЕЦЕПТОРАМ В ГЕНЕЗЕ ГЕСТАЦИОННЫХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Савельева И.В.

Омская государственная медицинская академия, Омск

В настоящее время исследователи различных областей клинической медицины все чаще обращают внимание на изучение проблемы метаболического синдрома (МС) как одной из основ множества социально значимых патологических состояний. История изучения МС начинается с 1968 года, когда В.Н. Серов впервые ввел понятие «послеродовый нейроэндокринный синдром», дав его объяснение. В 1999 году ВОЗ были приняты критерии диагностики МС: наличие сахарного диабета тип 2 и/или инсулинорезистентности (ИР) и двух любых следующих симптомов — артериальная гипертензия, дислипидемия, абдоминальное ожирение, микроальбуминурия.

Пристальное внимание ученых всего мира стало уделяться также иммунологическим взаимодействиям матери и плода. Аномальные уровни антител, как специфических (антитиреоидные, антиовариальные и др.), так и неспецифических (антикардиолипиновые, антинуклеарные, анти-ДНК, волчаночный антикоагулянт) могут привести к клинически выраженным или к субклиническим изменениям, либо предшествовать развитию болезни. Повышенный синтез многих аутоантител нередко является причиной патологии беременности. Если такие «поломки аутоиммунитета» происходят в организме матери, то, соответственно, изменяются и условия внутриутробного развития плода. Гиперпродукция антиинсулиновых антител неизбежно ведет к генерализованным нарушениям углеводного, белкового, жирового и энергетического обменов, глубина которых прямо зависит от соотношений между антител-блокированными и свободными рецепторами. Закономерности, выявленные в работах отечественных исследователей позволяют говорить о трансплацентарно переносимых аутоантителах к инсулину и инсулиновым рецепторам как о повреждающих факторах, влияющих на развитие всех функциональных систем плода, в первую очередь, нервной, что обуславливает тяжесть состояния новорожденного не только в раннем неонатальном и постнатальном периодах, но и в более старшем возрасте.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение роли аутоантител к инсулину и инсулиновым рецепторам в генезе гестационных и перинатальных осложнений при МС у беременных.

Было обследовано 87 беременных, страдающих метаболическим синдромом (основная группа). Наблюдение за беременными осуществлялось на базе МУЗ «Клинический родильный дом № 6» г. Омска, начиная с первых недель гестации и до родоразрешения. Иммунологические исследования проводились на основе метода иммуноферментного анализа, начиная с I триместра, до 3 раз за беременность. Для оценки ИР использовался индекс Саго: отношение глюкозы (в ммоль/л) к инсулину (в мкМЕ/мл) в плазме крови натощак. Критерием наличия ИР считается значение индекса менее 0,33.

Группу контроля составили 50 соматически здоровых беременных. Изолированная гиперпродукция антител к инсулину выявлена у 12 (13,79 %) беременных с МС (основная группа, подгруппа I А), к инсулиновым рецепторам — у 11 (12,64 %) (основная группа, подгруппа I Б), сочетанная гиперпродукция АТ выявлена у 7 (8,05 %) пациенток (основная группа, подгруппа I В). У 57 беременных с МС гиперпродукции аутоантител к инсулину и инсулиновым рецепторам выявлено не было (II подгруппа основной группы). В контрольной группе гиперпродукции аутоантител также не выявлено.

Предполагая патогенетическую роль материнских аутоантител к инсулину и инсулиновым рецепторам в генезе гестационных и перинатальных осложнений, мы провели анализ течения беременности и исходов родов для матери и плода при МС. Основным клиническим симптомом в динамике наблюдения пациенток с МС явилось угрожающее прерывание беременности, которое имело место у 63 (72,41 %) беременных основной группы (в группе контроля указанный показатель составил 26,0 %, то есть в 2,5 раза реже). При этом указанное осложнение встречалось у 100 % беременных подгрупп I А, Б и В и у 33 (57,89 %) беременных II подгруппы основной группы. Поздний гестоз имел место у 53 (60,92 %) обследованных основной группы и вновь у беременных I подгруппы в 100 % случаев, а у пациенток II подгруппы — в 42,59 % случаев. При ультразвуковом исследовании синдром задержки развития плода (СЗРП) диагностирован у 47 (54,02 %) пациенток с МС, причем достоверно чаще данное осложнение встречалось в I подгруппе (83,33 %). СЗРП в 100 % наблюдений сопровождал присоединение позднего гестоза. Результаты доплерометрии у беременных с различными симптомами МС свидетельствуют, что у 22 (25,28 %) беременных имело место снижение плодово — пла-

центарного кровотока в различные сроки гестации. Параллельно в III триместре проводилось кардиографическое исследование, согласно которому у 12 (40,00 %) беременных I подгруппы — признаки гипоксии плода. У большинства новорожденных от матерей I подгруппы основной группы в раннем неонатальном периоде преобладали синдромы гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы.

Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным рекомендовать всем беременным, страдающим МС, обследование на наличие антител к инсулину и инсулиновым рецепторам. Возможно, с целью снижения перинатальных осложнений, в комплекс профилактических мероприятий будет необходимо включать методы неспецифической коррекции аутоиммунных нарушений, включающих антиоксиданты и эфферентные методы лечения — это цель наших дальнейших исследований.

НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ЭМБРИОНСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В ГЕНЕЗЕ ФЕТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Сагамонова К.Ю., Палиева Н.В., Клепикова А.А.,
Заманская Т.А., Золотых А.А.

Россия, Ростов-на-Дону, Центр репродукции человека и ЭКО

Нарушенная секреция эмбрионспецифических белков может явиться провоцирующим фактором для скрыто протекающих патологических процессов в организме при беременности. Крайним проявлением полного несоответствия гравидарных изменений в органах и системах материнского организма и потребностей плода является его антенатальная гибель.

Цель исследования: сравнительное изучение содержания эмбрионспецифических белков в сыворотке крови у женщин с физиологическим и крайне осложненным течением беременности, а также оценка их значимости в ранней диагностике и прогнозировании антенатальных потерь.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 3 клинические группы: 1 контрольная группа (39 беременных с физиологическим течением гестации); 2 и 3 группу составили 133 пациенток с антенатальными потерями (из них 67 женщин, беременность которых остановилась в развитии в первом триместре и 66 обследуемых с антенатальной гибелью плода во втором и третьем триместрах гестации).

Содержание эмбрионспецифических белков определялось в сыворотке крови пациенток клинических групп иммуноферментным методом с использованием наборов фирм «Monobind Inc.»(USA), BIOSERV Diagnostics (Германия), IMMUN DIAGNOSTIK (Европа), ООО «Вектор-Бест» (Россия), R&D Systems (USA).

Полученные результаты. Установлено, что у здоровых беременных отмечается достоверное увеличение продукции PAPP-A. Уровень PAPP-A в I

триместре составил 2,4 (1,3-5,1) mIU/ml, во II триместре — 12,8 (10,9-17,1) mIU/ml, в III триместре — 20,0 (16,1-25,8) mIU/ml. При неразвивающейся беременности концентрация PAPP в I триместре была достоверно меньше — 1,3 (0,7-3,7) mIU/ml, $p=0,036204$, чем в контроле. В то же время при антенатальной гибели плода во II-III триместрах, достоверных отличий обнаружено не было. В интенсивности продукции $\alpha 2$ — микроглобулина фертильности (АМГФ) по мере прогрессирования беременности у пациенток с осложненным и неосложненным течением гестации достоверные отличия не регистрировались. Противоположная ситуация обнаруживалась при анализе содержания трофобластического $\beta 1$ -глобулина (ТБГ) и плацентарного лактогена (ПЛ) — маркеров плодовой части плаценты. В контрольной группе исходный уровень ТБГ в I триместре составил 58810 (22775-86530) нг/мл, ко II триместру установлено увеличение концентрации данного белка в 4 раза ($p=0,000622$) к III триместру — в 5,5 раза ($p=0,000007$). При неразвивающейся беременности в I триместре, содержание ТБГ было в 3,6 раза ниже ($p=0,010288$). При антенатальных потерях плода во II и III триместрах статистически значимых отличий не выявлено. При анализе содержания ПЛ установлено, что при физиологическом течении в I триместре концентрация ПЛ составила 0,8 (0,3-1,8) mg/l. Ко II триместру произошло увеличение секреции ПЛ в 5,7 раза ($p=0,000010$), к III триместру — в 12,4 раза ($p=0,000003$). В группе контроля и у пациенток с неблагоприятными исходами, статистически значимые отличия были установлены лишь у обследуемых с неразвивающимися беременностями. У последних, уровень ПЛ был в 2,7 раза ниже, чем в контроле ($p=0,040057$). У беременных с антенатальной гибелью плода во II и III триместрах, статистически значимых отличий не установлено. Иная направленность изменений была отмечена в продукции фактора роста плаценты (ФРП) и альфа-фетопропротеина (α -ФП). У беременных с благоприятными исходами отмечалось усиление продукции ФРП. В I триместре концентрация ФРП составила 49,4 (30,5-61,8) пг/мл, во II — увеличилась в 4 раза ($p=0,000284$), а к III триместру — в 12,7 раза ($p=0,000004$). У беременных неразвивающимися беременностями уровень ФРП был достоверно ниже - 26,5 (17,6-36,4) пг/мл, $p=0,013590$, чем в контроле. При антенатальной гибели плода во II и III триместрах концентрация ФРП была также достоверно ниже - соответственно 72,9 (44,5-178,8) пг/мл ($p=0,023456$) и 396,1(372,5-507,8) пг/мл ($p=0,034869$). При изучении секреции α -ФП установлено, что благоприятному течению беременности свойственно ее увеличение от 8,8 (6,3-21,7) нг/мл в I триместре, до 48,2 (38,0-76,6) нг/мл ($p=0,000284$) - во II и 224,2 (176,6-267,6) нг/мл ($p=0,000003$) - в III триместрах. У пациенток с неразвивающейся беременностью концентрация α -ФП в 10-12 недель была в 1,9 раза ниже, чем в контроле и составила 4,6 (2,7-5,1) нг/мл, $p=0,010122$. Напротив, у беременных с антенатальной гибелью плода во II

триместре, концентрация α -ФП была выше - 224,1 (155,0-522,8) нг/мл, $p=0,000309$ по сравнению с контролем. У пациенток с антенатальными потерями в III триместре уровень α -ФП также был выше, однако статистически значимых отличий обнаружено не было.

Заключение. Снижение PAPP-A, ТБГ, ПЛ, ФРП, α -ФП у пациенток с неразвивающейся беременностью указывает на крайнюю степень истощения адаптивных механизмов в ранние сроки гестации что, по-видимому, и определяет патогенез данной патологии. В то же время отсутствие статистических отличий в продукции PAPP-A, АМГФ, ТБГ, ПЛ у беременных с антенатальной гибелью плода, а также выявление достоверно значимых разнонаправленных изменений секреции ФРП и α -ФП указывает на иные патогенетические механизмы поздних антенатальных потерь и обосновывает целесообразность включения ФРП и α -ФП в алгоритм обследования беременных группы высокого акушерского и перинатального риска.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Саидова Р.А., Гусейнова З.С., Першина Е.В.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ, Московская Медицинская академия им. И.М. Сеченова, Россия, г. Москва

Актуальность: Проблема невынашивания беременности остается актуальной до настоящего времени, несмотря на большое количество исследований. Известно, что до 10 недель гестации закладывается основа для успешного завершения беременности, а 96,8% самопроизвольных прерываний приходится на срок 8-10 нед (Simpson J.L., 1987). По данным литературы, определение уровня стероидных гормонов и хорионического гонадотропина в сроке 9-10 недель беременности свидетельствует об уже состоявшейся беременности или может дать прогноз ее исходе (Rodger L., 1998).

Целью настоящего исследования явилось совершенствование принципов подготовки к беременности и профилактики синдрома потери плода у пациенток с гиперандрогенией.

Материалы и методы исследования: В работе представлены результаты исследования 119 беременных в возрасте от 21 до 41 года (средний возраст $29,07 \pm 0,93$ лет), поступивших в гинекологическое отделение ГКБ №67, Медицинский Женский Центр г. Москвы за период с 2005-2010г.г. с признаками угрозы прерывания беременности в сроке от 5-6 до 9-10 недель. Пациенткам проводили ультразвуковое исследование, определяли концентрацию в сыворотке крови прогестерона (P), эстрадиола (E2), тестостерона (T), тестостерон свободного (Тсв.), дигидротестостерона (ДГТ), а также соотношений P/E2, T/E2, ДГТ/E2, Тсв./E2 и хорио-

нического гонадотропина (ХГЧ). Также проводилось исследование системы гемостаза (гемостазиограмма) и исследование на наличие генетических форм тромбофилии. По данным гормонального исследования все пациентки были распределены на 3 группы: I группа- 73 беременных с гиперандрогенией; II группа -34 беременных без гиперандрогении (контрольная группа); III группа-12 беременных с неразвивающейся беременностью.

Результаты: Наиболее часто (в 61,35 % случаев) среди пациенток с эндокринными формами невынашивания беременности выявляются женщины с гиперандрогенией ($T > 3,5$ нмоль/л, при $T < 2$ нмоль/л в группе без гиперандрогении), у которых имеются нарушения репродуктивной функции (85,7%) и различные соматические заболевания (54,79%), преимущественно болезни эндокринной системы (66,7%), то есть сочетание генетических, эндокринных и метаболических нарушений. При подготовке к беременности пациенток с гиперандрогенией, кроме восстановления функций репродуктивной системы (коррекция НЛФ и стимуляция овуляции у больных с ановуляторными нарушениями) целесообразно проводить нормализацию показателей андрогенного метаболизма (тестостерона общего и свободного, андростендиона и дигидротестостерона). У 37% пациенток с невынашиванием беременности и гиперандрогенией на сроке 5-6 недель гестации выявляется сниженный уровень эстрадиола ($E2 = 1616,2 \pm 304,27$ пмоль/л при $2404,13 \pm 269,12$ пмоль/л в группе контроля) и прогестерона ($P = 59,86 \pm 18,7$ нмоль/л при $79,43 \pm 6,25$ нмоль/л в группе контроля). Отставание сонографического срока беременности от календарного по данным УЗИ (19%), пониженный уровень ХГЧ в сроке 8-10 недель гестации ($ХГЧ = 56253 \pm 18591$ мЕД/мл при 137400 ± 41000 мЕД/мл в группе контроля), отсутствие прироста (или снижение) уровня эстрадиола после 8 недели беременности ($E2 = 3477,55 \pm 1054,43$ пмоль/л при $7640 \pm 820,85$ пмоль/л в группе контроля) в сроке 9-10 недель гестации). Невынашивание беременности у большинства женщин с гиперандрогенией (63%), связано с состоянием абсолютной ($E2 = 3251 \pm 831,1$ пмоль/л при $2404,13 \pm 269,12$ пмоль/л в группе контроля на 5-6 недель гестации) и относительной ($P/E2 = 24,22 \pm 7,32$ при $39,88 \pm 3,34$ в группе контроля) гипоестрогении при нормальном уровне прогестерона ($P = 80,07 \pm 24,78$ нмоль/л при $79,43 \pm 6,25$ нмоль/л в группе контроля). У пациенток данной группы выявляются в I триместре у 16,7% беременных низкая плацентация, а во II триместре у 44% беременных повышение тонуса матки и ИЦН, что требует адекватной коррекции. Высокий уровень β ХГЧ ($216237,2 \pm 19025,28$ мЕД/мл) на сроке 9-10 недель гестации определяет благоприятный прогноз развития беременности у этих пациенток. У больных с неразвивающейся беременностью к 8 недели гестации сохранялись достоверно значимые высокие показатели соотношений тестостерона/эстрадиола. Соотношение T/E2 на сроке 5 недель беременности у пациенток III группы

повышен по сравнению со II группой и составил $3,8 \pm 0,51$ (в II группе $1,757 \pm 0,45$, $p < 0,05$), на сроке 8 недель беременности составил $2,83 \pm 0,56$ (в II группе $1,028 \pm 0,15$, $p < 0,01$).

Заключение: У больных с гиперандрогенией необходимым условием благоприятного развития и прогноза беременности являются не только и не столько абсолютные показатели уровня стероидных гормонов — эстрадиола, прогестерона, тестостерона, сколько соотношения гормонов, особенно тестостерона и эстрадиола, а также динамика прироста основных стероидных гормонов и β ХГЧ на сроках с 5 по 9-10 неделю беременности. В развитии раннего и позднего фетальных периодов решающее значение приобретают состояние системы гемостаза (генетические формы тромбофилии и АФС), а также инфекционные факторы.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Салов И.А., Тарасенко Ю.Н., Хворостухина Н.Ф., Михайлова Ю.В.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава

Гнойно-септические заболевания послеродового периода — одна из актуальных проблем современного акушерства во многих странах. Послеродовый эндометрит является наиболее распространенной формой послеродовой инфекции и вместе с тем одной из основных причин развития генерализованных форм инфекции, обуславливающих материнскую смертность (Кулаков В.И., 2001; Чернуха Е.А., 2005).

Цель исследования: изучить факторы риска и особенности клинического течения послеродового эндометрита для повышения эффективности профилактических мер.

По данным городского комитета здравоохранения г.Саратова, в 2009 году было зафиксировано 7572 родов, из них 70,5 % были патологическими. Показатель частоты гнойно-септических осложнений среди рожениц в раннем послеродовом периоде составил 2,5%. Нами был проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни рожениц, госпитализированных в гнойно-септическое отделение МУЗ 1 ГКБ. Возраст рожениц варьировал от 16 до 37 лет. Всем пациенткам при госпитализации было проведено полное клинико-лабораторное обследование. Пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от времени, прошедшего с момента родоразрешения до поступления в стационар. В I группу вошли пациентки с манифестацией явлений эндометрита в течение 2 недель с момента родов ($n=27$), во II — в течение 2-4 недель ($n=22$), в III — в течение 4-6 недель ($n=9$).

Анализ гинекологического анамнеза всех групп выявил, что в 56,9% ($n=33$) случаев у пациенток

имелся хронический сальпингоофорит, в 27,6% ($n=16$) хронический эндометрит, в 27,6% ($n=16$) — эрозия шейки матки, в 3,5% ($n=2$) — пельвиоперитонит, фибромиома матки в 3,4% ($n=2$). Акушерский анамнез в 49,92% ($n=29$) случаях был отягощен абортми, из которых 25,8% ($n=15$) — искусственные, в 12,06% ($n=7$) — самопроизвольный выкидыш, в 10,36% ($n=6$) — неразвивающаяся беременность, в 1,72% ($n=1$) пузырный занос.

Предпосылками развития послеродового эндометрита явились такие осложнения гестации, как пиелонефрит (5,17%), анемия (39,6%), кольпит (20,68%), угрожающее прерывание беременности (25,9%), угроза преждевременных родов (22,4%), гестоз (18,96%). Факторами риска возникновения послеродового эндометрита являются оперативные вмешательства: амниотомия (17,3%), эпизиотомия (17,3%), кесарево сечение (39,6%), ручное обследование полости матки (13,8%), выскабливание полости матки по поводу остатков плацентарной ткани в раннем послеродовом периоде — 5,17% ($n=3$). Осложнения по течению беременности и родового акта не были выявлены у 5,17% ($n=3$). В I группе частота родов через естественные родовые пути составила 62,9% ($n=17$), путем операции «кесарево сечение» — 37% ($n=10$), соответственно во II группе — 48% ($n=10$) и 52% ($n=12$), в III группе — 77,8% ($n=7$) и 22,2% ($n=2$).

Среди пациенток преобладали жалобы на повышение температуры тела до $38,5 - 39,5$ С (в I группе — 77,7%, $n=21$; во II — 22,7%, $n=5$); боли разной степени выраженности в нижних отделах живота (в I группе — 92,6%, $n=25$; во II — 90,9%, $n=20$; в III — 88,8%, $n=8$), обильные кровянистые выделения из половых путей (в I группе — 7,4%, $n=2$; во II — 4,5%, $n=1$; в III — 33,3%, $n=3$), гнойные лохии (в I группе — 7,4%, $n=2$; во II — 40,9%, $n=9$; в III — 66,6%, $n=6$), субъективные симптомы интоксикации имели место в I группе — в 22,2%, $n=6$ и во II — 18,2%, $n=4$. Результаты ультразвукового исследования позволили выявить остатки плацентарной ткани у 3-х пациенток I группы (11,1%), 2-х — во II группе (9,0%) и 3-х в III группе (33,3%). Инфильтрация послеоперационного рубца на матке имела место у 3 пациенток I группы (11,1%), 1 пациентки — во II группе (4,54%). По данным сонографии, признаки эндометрита обнаружены в 92,6% ($n=25$) среди пациенток I группы, 90,9% — ($n=20$) II группы и 100% случаев ($n=9$) — III группы. Лохиометра была диагностирована в 3,7% ($n=1$) случаев в I группе, в 4,54% ($n=1$) — II группы, в 11,1% ($n=1$) — среди пациенток III группы.

Микроскопия отделяемого из цервикального канала позволила выявить явления кольпита в 100% случаев во всех группах. При бактериологическом исследовании содержимого цервикального канала в I группе в 37% высевались энтерококки, в 29,6% — коринебактерии, в 11,1% — стрептококки и стафилококки, среди пациенток II группы в 40,9% энтерококки, в 31,8% — стафилококки, в 9,1% — стрептококки; в III группе в большей части посевов отмечался рост стафилококков 44,4%, энтерококки и кишечная палочка высевались в 22,2% случаев.

Необходимо отметить, что профилактическая антибактериальная терапия после родов путем операции кесарево сечение проводилась во всех случаях, в то же время, профилактика ГСИ у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути имела место лишь в 13,8%, хотя патологическое течение родов было отмечено у 44,9% родильниц.

Таким образом, выявление групп риска по развитию послеродовых гнойно-септических осложнений, проведение превентивного курса антибактериальной терапии при патологическом течении родов является основополагающим моментом профилактики.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Салов И.А., Маршалов Д.В., Лысенко Л.В.,
Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

Проблема материнской смертности и репродуктивного здоровья женщин остается одной из самых актуальных на современном этапе. Акушерские кровотечения являются основной причиной материнской смертности, составляя в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина — 42%, и как фоновая — до 78%. В то же время, патологическая кровопотеря в родах и послеродовом периоде оказывает неблагоприятное влияние на последующее здоровье женщины.

Цель работы: Повышение эффективности лечебной помощи при акушерских кровотечениях в раннем послеродовом периоде.

Осуществление надежного маточного гемостаза является залогом благоприятного исхода родов и здоровья женщины.

Предлагаемый нами способ остановки маточного кровотечения включает локальное механическое и медикаментозное воздействие на матку с помощью введенного в ее полость устройства, состоящего из внутриматочного баллонного катетера, из тонкой эластичной резины, протяженностью не менее суммарной длины полости матки и длины влагалища, трубчатого закругленного на дистальном конце эластичного элемента с длиной, сравнимой, но не менее суммарной длины полости матки и длины влагалища, уложенных на внешней поверхности баллона ирригационных и дренажных трубок из мягкого эластичного формодержащего материала, длина которых несколько превышает длину трубчатого элемента для доставки и опоры баллонного катетера с возможностью выхода за пределы родовых путей наружу — из влагалища. Дистальные концы трубок выполнены закругленными и на поверхности их нанесены отверстия для выхода и сбора содержимого. Со стороны проксимального конца трубок на каждой из них установлены запирающие (переключающие) элементы. Трубки предназначе-

ны для медикаментозного воздействия и визуального контроля за гемостазом.

В отличие от способа, предложенного В.Е.Радзинским с соавт. (2007), для нагнетания стерильной жидкости в баллон используем конструкцию, состоящую из герметичного резервуара соединенного с манометром, на конце которого расположена помпа для нагнетания давления. Манометр предназначен для регистрации изменения давления в баллоне катетере, по которому судят об изменениях тонуса в матке.

Разработанный способ применялся в 34 случаях развития гипотонических маточных кровотечений, 4 случаях коагулопатических кровотечений. В одном из них, в связи с развитием матки Кювелера, баллонный гемостаз служил предоперационным этапом лечения, с последующим выполнением эмболизации маточных артерий.

Медико-социальный эффект предлагаемого способа заключается в возможности остановить кровотечение при простоте заявляемого устройства, позволяющего сохранить матку при массивных гипотонических и атонических кровотечениях, а в ряде случаев позволяющего увеличить время предоперационного этапа, необходимого для транспортировки пациентки в специализированный стационар за счет уменьшения темпа и объема кровопотери.

В дальнейшем, для повышения эффективности оказания лечебной помощи при акушерских кровотечениях в раннем послеродовом периоде, была использована световая коагуляция сосудов плацентарной площадки. Данная методика использовалась в 17 наблюдениях, с помощью светового цифрового фотокоагулятора LC 250 D производства Германии в комплектации с зондами для открытой хирургии. Показанием к применению метода были недостаточный гемостаз в зоне плацентарной площадки после выполнения ручного отделения последа (n=9), ручного обследования полости матки (n=4) и множественных поверхностных разрывов слизистой влагалища (n=4).

При осуществлении гемостаза плацентарной площадки коагуляция осуществлялась в импульсном режиме с продолжительностью от 0,5 до 2,0 секунд, что позволило оказать минимальное термическое воздействие на эндометрий и слизистую влагалища (температура воздействия 50-60 градусов С). Площадь коагуляции соответствовала площади плацентарной площадки, причем гемостаз осуществлялся с помощью многократных воздействий на зону площадки, путем последовательного перемещения зонда (32-40 фотокоагуляции), что увеличило продолжительность процедуры до 1,5-3,5 мин.

Метод световой фотокоагуляции оказался эффективным в достижении гемостаза в зоне плацентарной площадки и зоне повреждения слизистой влагалища, что позволило уменьшить продолжительность кровотечения и объем кровопотери, сократить количество оперативных пособий, по сравнению с группой пациенток, которым данная методика не применялась.

Таким образом, предложенные новые технологии в лечении акушерских кровотечений являются достаточно эффективными, позволяющие достичь не только надежный гемостаз, но и сохранить репродуктивную функцию женщин.

АНАЛИЗ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БЕЛГОРОДСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКБ СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА В 2009 ГОДУ

Самборская Н. И., Лебедева О. П., Пахомов С. П., Родяшина О. А., Липшеева З. К., Москаленко Н. К.
Россия, г. Белгород, Белгородский государственный университет, Белгородский Перинатальный Центр ОКБ Св. Иоасафа.

Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания в настоящее время занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Существующие на сегодня современные методы диагностики, профилактики и лечения послеродовых воспалительных осложнений недостаточно эффективны, число гнойно-септических осложнений остается стабильно высоким. Кроме того, послеродовые инфекционные заболевания напрямую влияют на репродуктивное здоровье женщины. Послеродовый эндометрит часто приводит к бесплодию и невынашиванию беременности. Акушерский перитонит, развившийся на фоне послеродового эндометрита, является показанием для экстирпации матки, что делает невозможным дальнейшее выполнение женщиной репродуктивной функции. Все это делает своевременную диагностику, профилактику и лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний одной из ведущих задач в сохранении репродуктивного здоровья населения.

Цель работы: оценить эффективность диагностики и лечения послеродовых гнойно-септических осложнений в стационаре высокой степени риска — Белгородском Перинатальном центре ОКБ Св. Иоасафа.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов в Белгородском Перинатальном Центре ОКБ Св. Иоасафа за 2009 год. Проведен статистический анализ 4997 историй родов с помощью карт выкопировки клинико-статистических данных, куда были включены анамнез, данные ультразвукового, бактериоскопического, бактериологического исследования, результаты прямой иммунофлюоресценции и иммуноферментного анализа. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты. Было установлено, что частота послеродового эндометрита в 2009 году достоверно снизилась по сравнению с предыдущим годом и составила 2,6 ‰ (в 2008 году — 6,5 ‰). Это связано с увеличением использования антибиотиков широкого спектра действия — цефалоспоринов III и IV

поколения и карбопенемов, а также обязательным бактериологическим посевом из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам у всех женщин, поступающих в отделение патологии беременности.

Лохиометра (которую, по мнению В.С. Горина с соавт.(2009), можно расценивать как моносимптомно протекающий эндометрит) была выявлена у 151 пациентки (3,03 % от общего числа родов), по поводу чего в 120 случаях (77,4 %) проводилось выскабливание полости матки, в 35 случаях (22,6 %) — вакуум-аспирация полости матки.

При бактериологическом исследовании преобладал гемолитический стрептококк (19,35 %), затем кишечная палочка (17,4 %), золотистый стафилококк (11,0 %), клебсиелла (7,8 %), энтерококк (7,1 %), другие виды микроорганизмов (8,4 %). В 29,0 % случаев микрофлора при бактериологическом исследовании не высевалась. Хламидии, микоплазмы и уреоплазмы были выявлены у 65 пациенток (41,9%). Диагноз бактериального вагиноза согласно критериям Amsel были установлен у 16,1% пациенток.

Выделенная микрофлора была устойчива к природным пенициллинам (65,5 %), аминопенициллинам (20,0 %), цефалоспорином I (30,1 %) и II (22,7 %) поколения, фторхинолоном (19,1 %), аминогликозидам гентамицину (40,1 %) и амикацину (9,1 %), ванкомицину (0,9%). Устойчивость к 3 и более группам препаратов отмечалась в 20,0 % случаев. Не было выявлено ни одного случая антибиотикорезистентности к карбапенемам.

Было установлено, что только в 60,6% случаев лечение проводилось с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, так как в случае поступления пациентки в роды результаты бакпосева были готовы после выписки женщины из стационара.

В 78,1% случаев данные объективных методов исследования были подтверждены данными гистологического исследования плаценты (признаки гнойного хориодецидуита), что еще раз подтверждает важную диагностическую роль экспресс-исследования последа.

Таким образом, частота послеродовых гнойно-септических заболеваний в Белгородском Перинатальном Центре ОКБ Св. Иоасафа имеет тенденцию к снижению, что связано с увеличением частоты применения новых поколений антибиотиков широкого спектра действия. Однако с целью улучшения выявления возбудителей послеродовых гнойно-септических заболеваний необходимо оптимизировать технику сбора материала для бактериологического исследования. Посев необходимо брать в пробирку с транспортной средой (тиогликолевая среда, Stuart transport medium, транспортная среда Кери-Блэйра и др.), что увеличит высеваемость возбудителя.

Учитывая высокую частоту выявления антибиотикорезистентных штаммов, необходимо провести оценку целесообразности антибиотикопрофилактики, а не антибиотикотерапии после оперативного

родоразрешения, так как она может способствовать селекции нозокомиальных штаммов микроорганизмов.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Саттаров Т.В., Нуруллина Д.В., Мусин М.Р.,
Копанец Л.В., Киселева Э.Я.

Россия, г. Казань, Клиника медицинского университета

Камнем преткновения и источником многих споров и разногласий среди анестезиологов многих школ и направлений является анестезия при операции кесарева сечения. Причин к тому довольно много: возрастание удельного веса пожилых «первородящих», успехи в других областях здравоохранения, что позволяет беременеть и рожать с серьезной патологией различных органов и систем и тому подобное. Тем не менее, при разборе анестезиологической летальности отмечено, что основной причиной серьезных осложнений является либо невозможность интубации трахеи с последующей гипоксемией, либо аспирация желудочного содержимого с развитием синдрома Мендельсона. Как видно, эти осложнения напрямую связаны с проведением общей анестезии, то есть первоначально — с вводным внутривенным наркозом. Причины повышенного риска общей анестезии во многом объясняется физиологическими изменениями во время беременности. Прежде всего, повышенный риск аспирации желудочного содержимого. Частота трудных интубаций в акушерстве составляет 1:250-300 случаев, в отличие от 1:2500-3000 случаев у больных с общехирургическом профилем.

Суммируя все вышесказанное, можно заключить, что при беременности риск общей анестезии существенно повышен, а проведение её технически сложнее в силу ряда причин. Поэтому методом выбора для анестезии по поводу кесарева сечения в нисходящем порядке являются следующие методики — спинальная анестезия, эпидуральная анестезия и общая анестезия.

В Клинике медицинского Университета предпочтение в последнее время отдается именно регионарной анестезии. По статистике за истекший год 57 % операций кесарева сечения выполняются с применением именно этого метода обезболивания. При urgentных операциях предпочтение отдается спинальной анестезии, при плановом оперативное вмешательстве, в основном, - эпидуральной анестезии. Общая анестезия используется при следующих видах состояний: острая гипоксия плода, некоррегированная гиповолемия, антифосфолипидный синдром с длительным применением прямых антикоагулянтов, тенденция к кровотечению, потенциально значительная кровопотеря при операции, отказ роженицы и др.

По результатам проведенного анализа осложнений при регионарной анестезии не было.

Таким образом, на современном этапе развития акушерской помощи при операции кесарева сече-

ния наиболее перспективными методами анестезиологического пособия являются регионарные методы обезболивания.

НАРУШЕНИЕ СНА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сахьянова Н.Л., Хажеева А.Е., Протопопова Н.В.
Кафедра акушерства и гинекологии, Иркутский государствен-
ный медицинский университет, Иркутск, Россия
Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и
репродукции человека Сибирского отделения РАМН, Иркутск,
Россия

Сон — физиологическое состояние, периодически сменяющее бодрствование и характеризующееся у человека отсутствием сознательной психической деятельности и значительным снижением реакций на внешние раздражители. С наступлением беременности сон меняется у большинства женщин, появляются жалобы на отсутствие чувства отдыха после сна, судороги в икроножных мышцах, увеличение ночных пробуждений. Определение взаимосвязи нарушений сна и осложненного течения беременности представляет одну из актуальных проблем акушерства и нового направления в медицине — сомнологии.

Цель исследования: Установить структуру нарушений сна у беременных; взаимосвязь нарушений сна и осложнений беременности.

Материалы и методы исследования: Проведено анкетирование 400 женщин. Анкетирование проведено с помощью расширенного опросника Стэнфордского центра изучения сна.

В результате анкетирования 400 беременных выявлено, что 78% опрошенных женщин указывали на нарушение сна. Нарушения сна были представлены в виде трех основных патологических состояний: инсомния (66,5%), синдром беспокойных ног (42%), обструктивные нарушения дыхания во время сна (39,5%). На инсомнию до наступления беременности указывали 20,3% пациенток. По мере прогрессирования беременности инсомнические расстройства увеличивались: в I триместре на них указывали 14,3% беременных, во II триместре — 27,8%, в III триместре — 37,6%.

Основным клиническим симптомом нарушений сна у беременных была повышенная дневная сонливость, которую отметили 69,4% пациенток.

Ночные пробуждения, как правило, были связаны с учащенным мочеиспусканием, заложенностью носа и затрудненным дыханием во время ночного сна.

Нарушение сна у беременных сопровождалось длительным периодом засыпания (44,9 мин). При отсутствии нарушений сна период засыпания составлял 14,3 мин ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность ночного сна составляла $8,7 \pm 1,0$ часа, что достоверно превышало продолжительность ночного сна у беременных с инсомнией и синдромом беспокойных ног.

При изучении осложнений течения беременности нами установлено, что преэклампсия раз-

вивалась у каждой 5-ой беременной, самопроизвольное прерывание беременности и угрожающие преждевременные роды у каждой 4-ой беременной с нарушением сна.

Для оценки состояния плода мы использовали комплекс современных методов исследований. Анализ КТГ, проводимый с 34 недель беременности показал, что патологический тип КТГ регистрировался у каждой четвертой пациентки с нарушением дыхания во время сна. При нарушении дыхания во время сна у беременных, в терминальных ветвях артерии пуповины показатели СДО, ИР и ПИ были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациенток с инсомнией и отсутствием нарушений сна, что свидетельствовало о наличии плацентарной недостаточности, нарушении кровообращения в маточно-плацентарном круге. Результаты доплеровского исследования кровотока в интраабдоминальном отделе вены пуповины при патологическом типе КТГ указывали на достоверное снижение скорости кровотока при патологическом типе КТГ, что является доказательством гипоксемии плода у беременных с нарушениями дыхания во время сна.

Плацентарная недостаточность по данным гистологического исследования при нарушении дыхания во время сна была диагностирована у 34,4%, что было в 2,5 раза больше, чем в группе инсомний.

Выводы:

Нарушения сна у беременных представлены тремя патологическими состояниями и их сочетанием, встречаются у 78% беременных.

Частота нарушений сна увеличивается по мере развития беременности.

Нарушения дыхания во время сна у беременных повышают частоту осложнений беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Сахьянова Н.Л., Мадаева И.М., Протопопова Н.В., Колесникова Л.И.

Россия, г. Иркутск Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН.

Высокая частота осложнений беременности и исходов родов требует поиска новых путей ранней диагностики и профилактики акушерских осложнений. Мультидисциплинарность подхода новой дисциплины в медицине — медицины сна дает возможность по иному взглянуть на некоторые патогенетические звенья формирования патологических состояний у беременных, что позволит на ранних этапах проводить патогенетическую профилактику данных состояний не только матери, но и плода.

Наиболее значимым патологическим состоянием сна является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), приводящий к снижению оксигенации матери и который, по данным ряда авторов, встречается у 11,5 - 85 % беременных [Izci B. et al., 2005; Pien G.W., 2005]. Определение взаимосвязи нару-

шений дыхания и осложненного течения беременности представляет одну из актуальных проблем акушерства и нового перспективного направления в медицине — сомнологии.

Цель нашего исследования состояла в установлении роли нарушений дыхания во время сна в формировании осложненного течения беременности и исходов родов.

Нами проведен клинический сравнительный анализ с целью выявления особенностей течения беременности и исходов родов у 246 беременных ($28,5 \pm 7,2$ года), которые были разделены на 2 группы:

1-я группа — 88 беременных с артериальной гипертензией и ожирением, без клинических проявлений обструктивных нарушений дыхания во время сна.

2-я группа — 158 беременных с артериальной гипертензией, ожирением и клиническими проявлениями обструктивных нарушений дыхания во время сна.

Следующим этапом мы провели полисомнографическое исследование по стандартной методике (ПСГ) у 31 беременной в III триместре, которые распределились следующим образом:

1-я группа — 9 беременных с артериальной гипертензией, ожирением без СОАС.

2-я группа — 13 беременных с артериальной гипертензией, ожирением и СОАС.

Группу контроля на данном этапе исследования составили 9 беременных женщин без артериальной гипертензии, ожирения и СОАС.

Наблюдение за развитием беременности, состоянием плода проводилось с ранних сроков гестации при динамическом наблюдении в амбулаторных условиях, в отделении патологии беременных, акушерских отделениях Областного перинатального центра г Иркутска.

Полисомнографическое исследование проводилось с использованием системы GRASS-TELEFACTOR Twin PSG (Comet) с усилителем As 40 с интегрированным модулем для сна SPM-1 (USA).

Нами установлено, что у беременных с СОАС преэклампсия развивалась у каждой третьей пациентки 38,6 %. Преэклампсия легкой степени в 2,6 раза чаще осложняла течение беременности при СОАС, и составляла 29,7%.

Угроза прерывания беременности статистически чаще встречалась у беременных с СОАС 52 % в 1 и 2 триместрах беременности, в 44 % в 3 триместре. Патологический тип КТГ регистрировался у каждой четвертой пациентки с СОАС (25,48 %).

Оценка кровотока в терминальных ветвях артерии пуповины показала, что у беременных с СОАС показатели СДО, ИР и ПИ достоверно выше, что подтверждает наличие плацентарной недостаточности, нарушения кровообращения в маточно-плацентарно-плодовом круге. Достоверное снижение скорости кровотока в интраабдоминальном отделе вены пуповины при патологическом типе КТГ является доказательством внутриутробной гипоксии плода у беременных СОАС.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода была диагностирована у 30,61 % беременных, из них у 18,18 % женщин из группы без СОАС, и 37,58 % в группе беременных с СОАС.

Плацентарная недостаточность в группе с СОАС была диагностирована у 34,39 %, что было в 2,5 раз больше, чем в группе без нарушений дыхания во время сна.

Беременность заканчивалась преждевременными родами у каждой третьей пациентки (27,2 %) с СОАС, что было связано с развитием преэклампсии, плацентарной недостаточностью, дистрессом плода. При оценке осложнений родов (дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, обвитие пуповины, первичная и вторичная слабость родовой деятельности) статистически значимой разницы в исследуемых группах нами не выявлено.

Наши исследования показали, что беременные с СОАС, артериальной гипертензией и ожирением, являются группой риска реализации осложнений беременности. Нарушения маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики наиболее выражены при СОАС, что является основанием для включения беременных в группу высокого перинатального риска.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С.,
Семенова С.С.

Россия, г. Москва, ГУЗ МОПЦ, МОНИИАГ

Актуальность данной темы не вызывает сомнений, так как удельный вес инфекционных и инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) в общей патологии человека составляет около 70% от всех заболеваний, регистрируемых в популяции. Среди причин неблагоприятных исходов беременности для матери, плода и новорожденного ведущее место принадлежит инфекционным заболеваниям. Лечение генитальных инфекций во время беременности должно быть этиотропным, иммунопатогенетическим, комплексным, направленным на профилактику гестационных осложнений и патологии плода и новорожденного. Возможности терапии инфекционных заболеваний при беременности ограничены, поэтому продолжается поиск оптимальных схем лечения, максимально эффективных и безопасных для матери и плода. Элиминация бактериальной инфекции достигается путем назначения антибактериальной терапии. С учетом наличия в большинстве случаев хронической инфекции большое значение имеет применение иммуномодулирующих средств. С целью иммунокоррекции в акушерстве широко применяются препараты интерферона- α и β (ИФН). Основные функции ИФН- α и ИФН- β направлены на ограничение вирусной инфекции в организме, а именно, они ингибируют репликацию вируса. ИФН- α — наиболее широко используемый в клинической практике,

который играет роль «первой скрипки» среди интерферонов в гинекологической, урологической и дерматовенерологической практике. Целью данного исследования явилось оценить эффективность и безопасность применения генферона в комплексном лечении инфекций, передающихся половым путем (ИППП) у беременных. Проведено обследование и наблюдение 62 беременных в возрасте 18-42 лет во втором и третьем триместрах гестации с выявленными ИППП. Обследование проводилось с помощью общеклинических, бактериологического, иммунологического методов. ИППП выявлялись методом ПЦР-диагностики. Иммуноферментным методом в вагинально-цервикальном секрете определяли содержание иммуноглобулинов классов IgG, IgM, IgA и SIgA. Обследованные беременные были разделены на две группы в зависимости от вида применяемой терапии: I группу составили 32 пациентки, которые для лечения ИППП получали вильпрафен 500 мг 2 раз в день в течение 10 дней перорально и генферон в виде свечей 250000 МЕ вагинально 2 раза в сутки в течение 10 дней. II группу составили 30 беременных, которые получали вильпрафен по аналогичной схеме и вагинально — плацебо. В результате исследования беременные обеих групп были сравнимы по возрасту ($26,2 \pm 1,4$ и $15,4 \pm 2,1$ лет) и экстрагенитальной патологии. Бактериологическое и ПЦР - исследования показали, что лишь у 9 (30,0%) женщин I группы и у 7 (21,9%) беременных II группы был выявлен один вид возбудителя: хламидии (11,29 и 4,83%), уреоплазмы (29,03% и 41,9%), микоплазмы (19,35% и 16,12% соответственно). В остальных случаях наблюдались различные сочетания бактериально-вирусной инфекции. Второй триместр беременности был осложнен угрозой прерывания — у 9 (28,12%) и 18 (59,8%) женщин, водянкой беременности — 5 (16,7%) и 6 (17,7%), умеренным многоводием — 3 (9,3%) и 2 (6,6%), умеренным маловодием — 1 (3,12%) и 1 (3,3%) в I и II группах соответственно. В третьем триместре основными осложнениями гестации были: гестоз легкой и средней степени — у 6 (20%) и 7 (21,9%) беременных, угроза преждевременных родов — 3 (9,3%) и 5 (16,6%), синдром задержки развития плода — фетоплацентарная недостаточность — 1 (3,26%) II группы соответственно. По данным ультразвукового исследования диффузные изменения плаценты отмечались в 14 (43,75%) и 10 (33,3%), «раннее старение» плаценты — в 6 (18,8%) и 7 (23,3%), низкая плацентация — в 2 (6,25%) и 1 (3,3%) случаях в обеих группах соответственно. На фоне ИППП у всех беременных в вагинально-цервикальном секрете выявлены иммуноглобулины всех изотипов, средние концентрации которых составили: SIgA $3,5 \pm 0,5$ мкг\мл; IgA $38,1 \pm 1,6$ мкг\мл; IgM $11,5 \pm 0,9$ мкг\мл; IgG $1028,6 \pm 46,5$ мкг\мл. У пациенток I группы наблюдалось значительное увеличение содержания иммуноглобулина SIgA до $7,9 \pm 1,1$ мкг\мл, уменьшение IgG до $623,4 \pm 18,4$ мкг\мл; у беременных II группы уровень секреторного иммуноглобулина после лечения достоверно не изменился ($3,3 \pm 0,7$ мкг\

мл), а содержание иммуноглобулина IgG уменьшилось незначительно ($998,4 \pm 39,6$ мкг/мл). Следует отметить, что изменения секреторного SIgA являются наиболее значимыми для оценки эффективности терапии. Его увеличение было более выраженным у женщин, принимавших генферон. Эти данные являются убедительным свидетельством положительного влияния иммунокорректирующей терапии генфероном на состояние местного иммунитета. Таким образом, применение генферона в комплексном лечении ИППП у беременных оказывает положительное влияние на состояние местного иммунитета и способствует повышению эффективности противомикробной терапии.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХОЛЕСТАЗОМ

Сидорова И.С., Мурашко А.В., Середина Т.А.

Россия, Москва, кафедра акушерства и гинекологии №1 ММА им. И.М. Сеченова

Холестаз беременных по литературным данным в России встречается в 0,5 — 1 %. В нашем исследовании частота холестаза за последние 2,5 года составила 0,7%. Прогноз для матери обычно благоприятный, симптомы проходят через 8 — 15 дней после родов. Однако, для плода при ХБ имеется высокий риск антенатальной смерти плода, частота перинатальных потерь составляет в среднем 4,7 %. Отмечают также возрастание частоты гипоксии плода, задержки роста плода, недоношенности, что обуславливает значимость данной проблемы.

Цель исследования — изучить особенности клиники, лабораторных данных, течения беременности и исхода ее для матери и плода у пациенток с холестазом.

В нашем исследовании частота холестаза за последние 2,5 года составила 0,7%.

Обследовано 26 беременных, возраст которых от 22 до 37 лет (средний возраст 29+5 лет). У 35% в анамнезе хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, в одном случае гепатит А в 6 лет. Первородящие составили 85%, повторнородящие (вторые роды) — 15 %. В шести случаях (27%) беременность наступила после ЭКО. Многоплодная беременность (двойня) у шести (27%), причем в одном случае наступила самопроизвольно. В первом триместре 30% всех обследованных получали гестагены.

Длительность течения от двух недель до восьми, не всегда выявлялась корреляция между длительностью течения и степенью тяжести холестаза. Срок начала заболевания чаще всего — 33-34 недели, в трех случаях до 28 недель, имело место тяжелое течение этого осложнения беременности: в одном из них в сроке 32-33 недели наступила антенатальная смерть плода (по данным КТГ и доплерометрии отклонений не отмечено), в двух других случаях в связи с нарастанием степени тяжести холестаза досрочное родоразрешение соответствовало в сроки 34-35, 36-37 недель. Преждевременные роды у 19%, своевременные роды преимущественно

в сроки 37-38 недель у 62%, в 39-40 у 19%. Путем кесарева сечения родоразрешены 42%, из них у 19% первостепенное значение в показаниях имел прогрессирующий холестаз. Новорожденные оценены по шкале Апгар 8-9; 8-8; 7-8; и в одном случае 6-8 баллов, у 25% гипотрофия; у 10% дети маловесные к сроку рождения.

Наиболее частыми изменениями в лабораторных данных были:

повышение активности щелочной фосфатазы — $648,5 + 40,6$ (превышение нормы в 16 раз, максимально высокий показатель — 1344);

повышение активности аминотрансфераз:

АЛТ — $246,2 + 17,4$ (выше нормы в 6,1 раз, максимальное значение — 534);

АСТ — $147,6 + 10,2$ (в 3,7 раза выше нормы, максимальное значение 314).

Уровень билирубина лишь в одном случае был несколько выше нормы: общий — 26,7; прямой — 13,5.

Обращали внимание изменения в гемостазиограмме: тенденция к повышению уровня фибриногена — $6,05 + 1,4$, максимальное значение — 8,74;

повышение РКФМ — $0,790 + 0,02$, максимально — 1,000; агрегация тромбоцитов не нарушена.

Основным патогенетически обоснованным лечением была урсодеооксихолевая кислота (урсофальк), для коррекции гемостаза использовали низкомолекулярный гепарин (фраксипарин).

Комплексное лечение позволило стабилизировать лабораторные показатели и пролонгировать беременность, вследствие этого улучшить перинатальные исходы для плода. Однако, имевший место один неблагоприятный исход для плода свидетельствует о необходимости разработки новых методов оценки и прогнозирования жизнедеятельности плода.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Сидорова И.С., Мурашко А.В., Сонич М.Г., Федорова Е.В.

Россия, Москва, кафедра акушерства и гинекологии №1 ММА им. И.М. Сеченова

С целью определения взаимосвязи между полиморфизмом генов тромбофилий (MTHFR C677T, MTRR A66G, G20210A, PAI-1, гликопротеина Gp-1a тромбоцитов, фибриногена, гликопротеина Gp-11a тромбоцитов, FV Leiden) и развитием патологии беременности нами было обследовано 25 беременных в возрасте от 24 до 37 лет (средний возраст 31 ± 5 лет). Пациентки имели в анамнезе: синдром потери плода в разные сроки беременности, плацентарную недостаточность, гестоз средней и тяжелой степени. В процессе наблюдения собирался анамнез, проводилось клинико-лабораторное обследование, мониторинг гемодинамических показателей, УЗИ, доплерометрическое исследование кровотока, КТГ, выявление генетических форм тромбофилий методом полимеразной цепной

реакции. Нами оценивались исходы беременности, особенности течения послеродового периода, состояние новорожденного. Было проведено морфологическое исследование плаценты.

У всех женщин была выявлена мультигенный полиморфизм генов тромбофилии, особенностью, которой являлось преобладание в общей структуре полиморфизма гена «675 4G/5G» PAI-1, причем его гомозиготной формы в 80% случаев. Кроме того у 60% пациентов имела место мутация MTHFR C677T, в 1% сочетании с мутацией FV Leiden, у 15% беременных было выявлено сочетание с АФС и в 20% с Ат к ХГЧ.

Из перенесенных заболеваний обращала внимание высокая частота патологии щитовидной железы (у 80%), ССС- у 20%, фиброзно-кистозная мастопатия у 35%, нарушения менструального цикла (по типу олигоменореи) отмечены у 35% пациентов, бесплодие у 25%. В анамнезе синдром потери плода наблюдался у 25%, ПОНРП — у 1 пациентки, тяжелый гестоз у 25%, плацентарная недостаточность у 43%.

Течение данной беременности осложнилось в 1 триместре угрозой прерывания в 90%, во 2 триместре — у 60%, угрожающие преждевременные роды имели место у 65%. У половины

пациенток развилась плацентарная недостаточность, гестоз различной степени тяжести у 35%. По данным функциональных методов нарушения доплерометрических показателей отмечалось у 61,6%, из них у 38,5% только маточно-плацентарного кровотока и у 23% также и плодового. У всех 25 женщин беременность завершилась рождением живого ребенка, но в 30% роды были преждевременными в сроки 34-36 недель. 30% новорожденных были недоношенными, 25% были гипотрофичными и у 28% отмечена гипоксически-ишемическая энцефалопатия. На фоне проводимой антитромботической терапии НМГ (низкомолекулярными гепаринами) ни в одном случае не наблюдалось послеоперационных тромбозомболических осложнений. По результатам гистологического исследования плаценты отмечалось диссоциированное развитие ворсинчатого дерева (55%), дефицит специализированных терминальных ворсин (35%), а также нарушение материнского кровотока с гиперкоагуляцией крови и с недостаточным притоком материнской крови в межворсинчатое пространство (75%).

Согласно полученным нами данным указанные формы тромбофилии играют роль в патогенезе осложнений беременности (гестоз, плацентарной недостаточности, ВЗРП), причем, по-видимому, вследствие эндотелиопатии, микротромбозов и гипофибринолиза, что в свою очередь нарушает процессы имплантации blastocysts, инвазии трофобласта и плацентации и в дальнейшем приводит к развитию указанных акушерских осложнений. Патогенетически обоснованная профилактика с использованием НМГ, антиоксидантов и витаминов, начатая при беременности, позволяет улучшить течение гестационного процесса и перинатальные исходы.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Скворцова М.Ю., Перова Т.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО

В настоящее время ожирение относится к числу наиболее социально значимых заболеваний. Возрастает частота ожирения и среди беременных женщин (15,6-20,0%). Нарушение жирового обмена (НЖО) способствует развитию гестоза, для ранней диагностики которого необходимо комплексное обследование, включающее изучение параметров центральной гемодинамики матери (ЦГМ).

Цель: изучение параметров центральной гемодинамики у беременных с НЖО.

Материалы и методы. Основную группу составили 80 повторнородящих, которые были разделены на подгруппы в зависимости от ИМТ до настоящей беременности: 1А подгруппу составили 22 пациентки с избыточной массой тела (27,5%), 1Б подгруппу — 30 с ожирением I степени (37,5%), 1В подгруппу — 28 с ожирением II и III степеней (35%). В группу сравнения вошли 30 повторнородящих с нормальным ИМТ. Измерение параметров центральной гемодинамики производилось с помощью монитора импедансной кардиографии Niccorno (Medis, Германия) по методу Кубичека. Оценку достоверности различий результатов исследования проводили по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты. В нашем исследовании преобладали женщины оптимального репродуктивного возраста. Средний возраст беременных в основной группе составил $30,6 \pm 0,5$ лет, а в контрольной группе — $29,1 \pm 0,6$ лет ($p > 0,05$).

Изучение средних уровней АД в группах показало достоверное их увеличение при нарастании степени НЖО. Так, систолическое артериальное давление в группе беременных с избыточной массой тела составило $127,9 \pm 2,6$ мм рт.ст., у пациенток с ожирением I степени — $132,5 \pm 2,2$ мм рт.ст., у беременных с ожирением II и III степеней — $138,9 \pm 2,0$ мм рт.ст., против $117,2 \pm 0,6$ мм рт.ст. (в группе контроля). Уровень диастолического артериального давления был равным $79,9 \pm 2,2$, $84,9 \pm 1,7$ и $89,9 \pm 1,3$ мм рт.ст. в 1А, 1Б и 1В подгруппах, соответственно, против $73,8 \pm 0,5$ мм рт.ст. (в группе контроля). Сердечный выброс (СВ) в группе контроля составил $7,5 \pm 0,2$ л/мин, повышался в 1А подгруппе до $8,3 \pm 0,4$ л/мин, а в подгруппах 1Б и 1В снижался до $7,2 \pm 0,3$ л/мин и $6,4 \pm 0,3$ л/мин, соответственно. Сердечный индекс уменьшался по мере нарастания степени выраженности НЖО и был равным $4,1 \pm 0,2$, $3,9 \pm 0,1$ и $3,3 \pm 0,1$ л/мин/м² в 1А, 1Б и 1В подгруппах, соответственно, против $4,2 \pm 0,1$ л/мин/м² — в группе сравнения.

Значение ОПСС возрастало при увеличении ИМТ. Так, у пациенток из группы контроля оно составило $855,8 \pm 22,1$ дин·сек/см⁵, у беременных с избыточной массой тела — $922,5 \pm 30,2$ дин·сек/см⁵,

при ожирении I степени — $1072,9 \pm 42,7$ дин \times сек \times см $^{-5}$, а при ожирении II и III степеней — $1201,4 \pm 43,9$ дин \times сек \times см $^{-5}$.

На основании полученных данных нами были выявлены следующие типы центральной гемодинамики: у беременных с избыточной массой тела в 18,2% наблюдений был выявлен гиперкинетический тип гемодинамики, в 81,8% — нормокинетический; при ожирении I степени у 20% пациенток отмечен гиперкинетический тип ЦГМ, у 70% — нормокинетический и у 10% — гипокинетический; у беременных с ожирением II и III степеней в 17,9% наблюдений диагностирован гиперкинетический тип ЦГМ, в 53,6% — нормокинетический и в 28,6% — гипокинетический. В группе контроля у 83,3% женщин был выявлен нормокинетический тип гемодинамики, а в 16,7% наблюдений — гиперкинетический.

В зависимости от типа ЦГМ пациенткам были назначены препараты с различным механизмом действия: беременным с нормокинетическим типом гемодинамики — стимулятор центральных $\alpha 2$ — адренорецепторов, с гипокинетическим — блокатор кальциевых каналов, с гиперкинетическим — селективный β -блокатор.

У повторнородящих с избыточной массой тела средний вес детей составил $3610,2 \pm 85,1$ г, что практически не отличалось от группы контроля ($3536,7 \pm 70,2$ г). У пациенток с ожирением I степени данный показатель составил $3820,2 \pm 85,6$ г, а у женщин с ожирением II и III степеней средний вес был достоверно ниже и составил $3210,2 \pm 83,6$ г. У всех детей оценка по шкале Апгар была не менее 6 баллов. У новорожденных пациенток с ожирением I степени — 6-7 баллов — в 6,7%, 7-8 — в 43,3% и 8-9 баллов — в 50% наблюдений. У 17,9% детей у женщин с ожирением II и III степеней оценка по шкале Апгар составила 6-7 баллов, у 46,4% — 7-8 баллов и у 35,7% — 8-9 баллов. У новорожденных у матерей с избыточной массой тела оценка по шкале Апгар составила не менее 7 баллов (7-8 баллов — 31,8% и 8-9 баллов — 68,2%). В группе контроля дети имели оценку 7-8 баллов в 23,3% и 8-9 баллов в 76,7% наблюдений.

Заключение. Увеличение средних значений артериального давления и ОПСС у повторнородящих с ожирением было связано с большим количеством развития гестоза у данной группы беременных. При этом, для более эффективного лечения, гипотензивная терапия должна назначаться с учетом типа центральной гемодинамики матери.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Скорнякова Л.М., Скорняков А.А.

Россия, г.Ставрополь, ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»

Патологическая локализация плаценты в области перешейка представляет высокий риск тяжелых акушерских осложнений и создает реальные условия для возникновения смертельно

опасных массивных акушерских кровотечений. Преимущественным методом родоразрешения является операция кесарева сечения. Несмотря на своевременную диагностику предлежания плаценты, техническую подготовленность медицинского персонала к операции, трудно предсказать объем кровопотери. Этому способствует и частое сочетание патологии локализации плаценты с патологией прикрепления ее (плотное прикрепление, вращение ворсин хориона в миометрий). В последнее пятилетие отмечается увеличение как предлежания, так и вращающихся плаценты.

Целью нашего исследования явилось: изучение особенностей течения беременности, техники оперативного родоразрешения и использования кровесберегающих технологий при предлежании плаценты. Под нашим наблюдением находились 47 беременных и родильниц с предлежанием плаценты, родоразрешенных операцией кесарева сечения. Мы разделили их на 3 группы: в первую группу вошли 33 пациентки, операция у которых выполнена с предварительной перевязкой ВПА и последующим прошиванием кровотокающих сосудов плацентарного ложа. Вторая группа объединила 6 пациенток с шеечно-перешеечной локализацией плаценты и вращением ворсин хориона в миометрий. В этой группе с целью остановки кровотечения пришлось выполнить гистерэктомию. Третья группа — 8 пациенток с предлежанием плаценты и отсутствием трудностей при отделении плаценты, родоразрешенных обычным кесаревым сечением. Пациентки всех групп были сопоставимы по территориальному признаку, возрасту, антенатальным факторам риска акушерских осложнений.

Из анализа документации выявлено, что большинство беременных проживали в сельской местности, и только третья часть пациенток была жительницами города. Общепринято, что возраст старше 35 лет является фактором риска. По нашим данным, только 19,1% беременных были старше 35 лет, половина беременных была в возрасте 15-29 лет. Первородящих было 21,2%, первобеременных 17,1%, вторые роды предстояли 59,7%, третьи роды — 19,1%. Во всех группах одинаково часто встречались медицинские аборт (до 60%), самопроизвольные аборт (до 11%); неразвивающаяся беременность (до 11%). Замечательно, что отсутствие абортов не исключает патологию прикрепления и вращающихся плаценты. Так, 34% пациенток отрицают медицинские аборт. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто отмечены: патология сердечно-сосудистой системы (38,35%); инфекционные заболевания (27,7%), заболевания глаз (23,4%) и эндокринопатии (10,6%). Из гинекологических заболеваний преобладали инфекционно-воспалительные — 19,3%. Рубец на матке после перенесенной ранее операции был только у 14,9% пациенток. Из осложнений беременности отмечены: угроза прерывания беременности (82,9%); анемия беременных (19,1%); ХФПН (46,9%), инфекции при беременности (17%), гестоз (14,9%). Кровянистые выделения отметили только 61,7% исследуемых, причем одина-

ково часто во всех триместрах беременности. 38,3% беременных не регистрировали кровопотери при беременности. Более того, почти у каждой третьей предлежание плаценты диагностировано только в третьем триместре (28,1%). Средняя кровопотеря в первой группе составила 1500 мл, во второй группе 2300 мл, в третьей — 800 мл. У каждой третьей интраоперационно вводилась аутоплазма, у каждой второй выполнена реинфузия аутологичных эритроцитов с помощью аппарата Cell-Saver. Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии.

Полученные нами данные свидетельствуют об отсутствии специфических факторов риска при патологии локализации и прикрепления плаценты. Хирургический гемостаз предпочтительно проводить в два этапа с обязательным выполнением перевязки ВПА, использованием кровесберегающих технологий.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ РОДРАЗРЕШЕНИЮ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Скрябин Е.Г., Кукарская И.И., Решетникова Ю.С.
Россия, г. Тюмень, ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

В клинической практике нередко возникают ситуации, когда акушеры-гинекологи направляют на консультацию к ортопедам беременных женщин, имеющих в анамнезе заболевания и последствия травм костно-мышечной системы. Часто одной из целей консультации является определение способа родоразрешения. Особенно это относится к тем случаям, когда женщины ранее лечились по поводу переломов костей и разрывов сочленений таза, переломов позвоночника. Консультируют ортопеды и беременных с врожденной и приобретенной патологией тазобедренных суставов, диспластическими и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. От клинического опыта и уровня квалификации ортопеда нередко зависит то, с какими рекомендациями женщина вернется к лечащему акушеру, в том числе и о способе ее родоразрешения.

К сожалению, ведущие акушеры-гинекологи и действующие медицинские стандарты не дают четких рекомендаций о том, каким путем — естественным или оперативным — следует родоразрешать беременных с той или иной тяжелой ортопедической патологией.

Располагаем опытом динамического наблюдения и лечения 850 беременных женщин с тяжелыми заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Патология у исследуемых женщин была представлена следующими заболеваниями: спондилолистез нижних поясничных позвонков I-IV степени тяжести, сколиотическая бо-

лезнь позвоночника с реберным горбом различной степени выраженности, остеохондроз с корешковой симптоматикой, консолидированные переломы и разрывы костей и сочленений таза, консолидированные переломы тел позвонков, врожденные аномалии развития нижних поясничных позвонков и крестца, артроз тазобедренных суставов различной этиологии и степени тяжести. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, результатов клинического исследования, анализа имеющихся на руках у беременных медицинских документов (выписные эпикризы, рентгенограммы и томограммы, заключения смежных специалистов).

На основании 14-летнего опыта оказания амбулаторной и стационарной помощи беременным женщинам с различной ортопедической патологией считаем, что в ряде случаев костно-мышечная патология у них может явиться показанием к проведению планового оперативного родоразрешения. К такой ортопедической патологии, прежде всего, следует отнести:

- спондилолистез LV позвонка IV степени тяжести и его спондилоптоз при доношенной беременности;
- кососмещенный таз при диспластическом или идиопатическом сколиозе IV степени тяжести с локализацией дуги искривления (первичной или компенсаторной) в поясничном отделе позвоночника;
- деформация тазового кольца, вследствие неправильно консолидированных переломов костей таза, в том числе с внедрением элементов вертлужной впадины и головки бедренной кости в полость таза (таз Отто-Хробока) при доношенной беременности;
- деформация тазового кольца, как следствие не леченного или невправленного врожденного (одно- или двухстороннего) вывиха бедра при доношенной беременности;
- заболевания и последствия травматических повреждений тазобедренных суставов, проявляющиеся болевым синдромом, хромотой, ограничением их функции (прежде всего, сгибания и наружной ротации) более чем на половину от нормального объема;
- заболевания позвоночника (посттравматические или инволютивные) с фиксированным патологическим кифозом в грудно-поясничном отделе позвоночника, проявляющиеся корешковым болевым синдромом в конце третьего триместра гестации;
- застарелый невправленный вывих копчика или не правильно консолидированный его перелом, при которых копчик занимает положение по отношению к крестцу под углом в 90° при доношенной беременности;
- разрыв лонного сочленения, полученный женщиной в предыдущих родах и проявляющийся при настоящей беременности болью и хрустом в лоне, быстрой утомляемостью при ходьбе, неуверенной походкой, расхождением лонных костей более 10 миллиметров;

Окончательное решение о пути предстоящего родоразрешения беременных, имеющих в анамнезе заболевания и последствия травм костно-мышечной системы, принимают акушеры-гинекологи, нередко коллегиальным путем. Ортопед в подобных ситуациях может выступать лишь в качестве консультанта. От взаимодействия этих специалистов нередко зависит то, насколько беременные женщины будут благоприятно, без костно-суставной боли, вынашивать беременность и то, каким путем они будут рожать.

МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И СКРЫТЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА

Смурыгина В.В., Макацария А.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ ММА им. И.М. Сеченова

Актуальность: существует много противоречивых точек зрения на генез массивных акушерских кровотечений, что затрудняет выработку единой тактики их лечения.

Цель: изучение возможной взаимосвязи между невыявленными до беременности скрытыми нарушениями свертываемости крови и массивной геморрагией в родах.

Материалы и методы: исследования: были обследованы 70 женщин с массивными акушерскими кровотечениями в анамнезе. 1 группа: ретроспективная группа, 45 женщин с массивными акушерскими кровотечениями в анамнезе. 2 группа: проспективная группа, 25 беременных женщин с массивными акушерскими кровотечениями в анамнезе, обследованные и получавшие терапию с I, II или III триместра беременности. Контрольную группу составили 130 беременных с физиологическим течением гестационного процесса.

Возраст обследованных колебался от 19 до 47 лет.

Под массивным акушерским кровотечением понималось кровотечение во время беременности, родов и послеродового периода с кровопотерей более 1000 мл или более 5% массы тела.

Среди обследованных 13(18,6%) пациенток оказались первобеременными и 55(78,6%) повторобеременными, 21(30%) пациенток были первородящими и 49(70%) пациенток — повторнородящими.

Методы исследования: пациенткам I группы и II группы мы проводили обследование на предмет наличия антифосфолипидных антител, полиморфизмов генов гемостаза, тромбозластографию, обследование количества и функциональной активности тромбоцитов, исследование на количественное содержание антигена фактора Виллебранда в плазме крови, а также количественное определение активности фактора Виллебранда в плазме крови.

В исследовании не включались женщины с нарушением функции печени (хронические и острые гепатиты, циррозы и пр.), а также женщин с коагулопатиями лекарственного генеза. Исследование

системы гемостаза производилось спустя промежуток времени, составивший от 2 месяцев до 5 лет.

В одном случае грубых нарушений свертываемости крови практически не выявлялось.

У подавляющего большинства женщин из I и II групп — 67(95,7%) был выявлен тот и/или иной скрытый дефект гемостаза по сравнению с 14(10,7%) в контрольной группе здоровых женщин ($p < 0,005$).

В соответствии с выявленными нарушениями гемостаза были сформированы три подгруппы:

а) с изолированным нарушением функции тромбоцитов: 18(25%) обследованных женщин, включая болезнь Виллебранда у 7(10%), из них I типа у 4(5,7%), Па типа у 2(2,9%), IIb типа у 1(1,4%) и недифференцированные формы тромбоцитопатий у 11(15,7%) женщин (критериями являлись: снижение агрегации тромбоцитов на одном из индукторов менее 25, структурная гипокоагуляция (ИТП менее 20), удлинение времени закрытия мембраны на аппарате PFA-100 коллаген/эпинефрин более 160сек., коллаген/АДФ более 121 сек). По сравнению с контрольной группой — недифференцированные формы тромбоцитопатии выявлены у 5(3,8%) женщин ($p < 0,05$). Ни одного случая болезни Виллебранда в контрольной группе выявлено не было.

б) с изолированной генетической или мультигенной тромбофилией: 23(32,9%) обследованных женщин, из них генетическая тромбофилия выявлена у 18(25,7%), мультигенная тромбофилия (сочетание генетической тромбофилии с циркуляцией АФА) у 5(7,4%), изолированной циркуляции АФА выявлено не было. При выявлении мутации MTHFR 17(24,3%) женщинам проводилось определение гомоцистеина в плазме крови, повышение гомоцистеина выявлено у 6(8,6%) женщин. В контрольной группе гипергомоцистеинемия выявлена у 2(1,5%) женщин, в обоих случаях легкой степени ($p < 0,05$). В контрольной группе здоровых беременных женщин тромбофилия выявлена у 9(6,9%) женщин, из них генетическая тромбофилия выявлена у 4(3,8%), изолированная циркуляция антифосфолипидных антител у 3(2,3%), мультигенная тромбофилия выявлена у 1(0,8%) ($p < 0,05$).

с) с сочетанием тромбофилических и геморрагических дефектов гемостаза: 26 (37,1%) женщин. Из них: сочетание болезни Виллебранда с генетической тромбофилией выявлено у 1(1,4%) пациентки из I группы, сочетание мультигенной тромбофилии с недифференцированными формами тромбоцитопатий выявлено у 2(2,9%), сочетание генетической тромбофилии с недифференцированными формами тромбоцитопатий выявлено у 23(32,9%) пациенток.

В соответствии с выявленным нарушением 25 пациенткам из ретроспективной группы проводилась патогенетическая профилактика и терапия коагулопатии. У женщин с исходной тромбоцитопатией во время последующей беременности и родов рекомендовалось исключение антикоагулянтов, антиагрегантов, анальгетиков, транквилизаторов, седативных препаратов, а также заместительная терапия свежемороженой плазмой в конце II

периода родов или непосредственно перед операцией кесарево сечение. У женщин с выявленной генетической или приобретенной тромбофилией при ведении гестационного процесса использовались с ранних сроков низкомолекулярные гепарины, антиоксиданты, витамины. При выявлении сочетанных нарушений тромбофилической и геморрагической направленности, при возникновении лабораторных и клинических признаков хронического ДВС-синдрома в сочетании с нарушением маточно-плацентарного кровотока и гестоза, применялся НМГ (фраксипарин) в дозах до 0,6 мл до 35 недель гестации включительно, при родоразрешении у данной группы женщин применялась свежезамороженная плазма в конце II периода родов или непосредственно перед операцией кесарево сечение. Ни одного случая повторного массивного кровотечения во время родов или операции кесарево сечение отмечено не было. Во всех случаях беременность завершилась рождением живого ребенка. Средняя масса новорожденных составила 3246±480г

Заключение: Согласно результатам исследования исходные нарушения свертывания крови являются одним из важнейших факторов риска массивных акушерских кровотечений, о чем свидетельствуют наши данные, что подтверждается тем, что в проспективной группе, несмотря на повторные кровотечения в анамнезе, при дифференцированной профилактике не наблюдалось ни одного случая кровотечения в родах или при операции кесарево сечение.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Сокологорский С.В., Бурлев А.В., Кокоев Э.Б., Герасимов Ю.А., Ильина П.В., Шифман Е.М.
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В последние десятилетие спинально-эпидуральная анестезия (СЭА) становится все более популярной в немалой степени благодаря теоретической возможности нивелирования недостатков, как спинальной, так и эпидуральной анестезии по отдельности. В нашем отделении анестезиологии и реанимации накоплен значительный опыт применения центральных нейроаксиальных блокад, в том числе и СЭА при абдоминальном родоразрешении.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности использования различных вариантов центральных нейроаксиальных блокад при операции кесарева сечения.

Материал и методы исследования. Ретроспективно, случайным образом было отобрано 70 наркозных карт пациенток, которым была выполнена спинальная анестезия (СА) при кесаревом сечении (КС), 100 наркозных карт пациенток с эпидуральной анестезией (ЭА) и 100 наркозных карт пациенток получивших СЭА. Критериями

исключения послужили: преэклампсии любой степени тяжести; массивная кровопотеря (свыше 30% ОЦК); возраст пациентки — старше 45 лет; наличие экстрагенитальной патологии, послужившей показанием к оперативному родоразрешению.

Всем роженицам проводилась инфузионная подготовка 0,9% раствором хлорида натрия в объеме 500 мл. Пункция эпидурального пространства и спинномозговая пункция проводились на уровне L2-L3 в положении на боку. При выполнении СА вводили изобарический 0,5% раствор бупивакаина в количестве 3,15±0,428 мл. Пункция и верификация эпидурального пространства при ЭА проводилась иглой Tuохи 19G. После введения тест-дозы — лидокаина 1% — 3,0 мл и отсутствии признаков спинального распространения раствора, проводилась катетеризация эпидурального пространства, и вводилось 18,27±1,89 мл 0,75% раствора ропивакаина. СЭА проводилась по методике «игла-через-иглу» наборами фирмы «Portex» и заключалась в интратекальном введении 2,41±0,251 мл 0,5% изобарического раствора бупивакаина с последующей катетеризацией эпидурального пространства. Во всех случаях роженицам проводили перманентную ингаляцию увлажненного кислорода 3-4 л/мин.

Мониторный контроль осуществляли различными модификациями анестезиологических мониторов фирм Datex (Финляндия) и Nihon Kohden (Япония). Интраоперационный мониторинг включал в себя регистрацию ЭКГ с подсчетом частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение артериального давления (АД) неизвазивным осциллометрическим методом каждые 2 мин до извлечения плода и каждые 5 мин в последующем, пульсоксиметрию (SpO₂) и частоту дыхательных движений (ЧДД) (с ЭКГ электродов)

Исследуемые группы не имели достоверных различий по возрасту, росто-весовым характеристикам, паритету и сроку гестации ($p > 0,05$).

Все оперативные вмешательства были выполнены по традиционной методике из доступа по Пфаненштилю. Не отмечено достоверных межгрупповых отличий в длительности операции и кровопотере: СЭА — 54,79 ± 17,23 мин и 716,1±180,64 мл; ЭА — 53,08±14,43 мин и 687,6±198,79 мл; СА — 53,45±18,465 мин и 693,5±188,70 мл. В то же время интервал «пункция - разрез кожи» в группе эпидуральной анестезии статистически значимо отличался от двух других групп — ЭА — 35,58±5,64 мин; СА — 14,75±4,19 мин и СЭА — 14,15±4,97 мин соответственно.

Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. Статистический анализ не выявил значимых межгрупповых отличий.

Параметры гемодинамики (АД систолическое, диастолическое и ЧСС) и пульсоксиметрии анализировались на исходном этапе, через 5, 10 и 15 мин после введения анестетика, во время разреза кожи, извлечения плода, ушивания матки, в конце операции и в палате интенсивной терапии.

При анализе выяснилось, что ни параметры периферической гемодинамики, ни значения пуль-

соксиметрии не имели статистически значимых межгрупповых отличий ни на одном из этапов исследования ($p > 0,05$ U — критерий Манна-Уитни).

Заключение. При небольшой продолжительности оперативного родоразрешения СЭА в используемом нами варианте не имеет преимуществ перед спинальной анестезией, за исключением возможности использования послеоперационной эпидуральной анальгезии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОЛОНГИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ

Соловова Л.Д.

ММУ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Самара, Россия

Субхорионическая гематома (субхорионическое кровотечение) — специфическое патологическое состояние, возникающее на ранней стадии беременности (обычно в I триместре), которое развивается в результате частичной отслойки хориальной пластинки от подлежащей децидуальной оболочки при генетически нормальном плодном яйце и проявляется в виде кровоизлияния и скопления крови (гематомы) в субхорионическом пространстве. Важно отметить, что субхорионическая гематома составляет около 18% всех случаев кровотечения в I триместре беременности.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения дидрогестерона в комплексной терапии лечения угрозы прерывания беременности в I триместре с образованием ретрохориальной гематомы.

Для реализации поставленной цели нами проведено проспективное сравнительное обследование 60 беременных, поступивших на стационарное лечение с клиникой угрозы прерывания на сроке 6-13 недель беременности. Средний возраст женщин составил $27,2 \pm 2,3$ года с индивидуальными колебаниями от 18 до 36 лет. Подавляющее большинство женщин (69%) были повторнородящими. Отягощающий соматический анамнез выявлен из 50 беременных (92,6%). Все женщины отмечали высокий инфекционный индекс (детские инфекции, ОРВИ, грипп, тонзиллит и т.д.), тяжелых экстрагенитальных заболеваний выявлено не было.

Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен перенесенными воспалительными заболеваниями (75,2%), нарушениями менструальной функции с установленной недостаточностью лютеиновой фазы цикла (51,3%), искусственными абортами (30%), привычным невынашиванием (22,9%). Все женщины были обследованы согласно отраслевым стандартам при данной патологии с учетом их коррекции на региональном уровне. Беременные получали стандартную квалифицированную терапию с обязательным назначением ампициллина. Мы разделили женщин на 2 однородные группы по 30 человек, пациенткам второй группы был допол-

нительно назначен дидрогестерон на 20-40 мг до 16 недель беременности и транексамовая кислота по 250 мг 2-3 раза в сутки 5 — 7 дней.

При клиническом обследовании у всех женщин констатированы симптомы угрожающего прерывания беременности (боли внизу живота и пояснице, незначительные кровянистые выделения из половых путей, наличие повышенного тонуса миометрия по данным УЗИ и пальпаторно). Изучение эхографических особенностей развития эмбриона и экстраэмбриональных структур позволило выявить маловодие, задержку роста эмбриона и малые размеры плодного яйца, а также наличие ретрохориальной гематомы, расположенной как нормально, так и супрацервикально. В результате проведенного лечения у 22 пациенток I клинической группы (73%) клиника угрозы невынашивания купировалась через 14 ± 2 дня, исчезновение ретрохориальной гематомы произошло через $31 \pm 3,3$ дня; в восьми наблюдениях в связи с прогрессированием процесса произведено выскабливанием полости матки (гистологически установлен хронический эндометрит). У всех 30 пациенток (100%) второй клинической группы, получавших дидрогестерон, транексамовую кислоту, клиника угрозы невынашивания купировалась через $7 \pm 1,5$ дней, ретрохориальная гематома исчезла через $21 \pm 2,6$ дней, в настоящее время беременность прогрессирует и плод развивается нормально.

Таким образом, образование ретрохориальной гематомы у больных с угрозой прерывания беременности связано с хроническим аутоиммунным эндометритом, дефицитом прогестерона и нарушениями системы гемостаза, что диктует необходимость включения помимо антибиотиков дидрогестерона и транексамовой кислоты в программу комплексной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА

Солопова А.Е.¹, Сеницын В.Е.¹, Huisman T. AGM.²

¹ Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ММА имени И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

² Детская клиника Университета, г. Цюрих, Швейцария

Врожденные пороки развития (ВПР) центральной нервной системы — широкая группа патологий, занимающая второе место в структуре аномалий развития плода (26%, ВОЗ) и характеризующая высокой частотой младенческой смертности и детской инвалидизации, обусловленной выраженной неврологической симптоматикой. «Золотым стандартом» антенатальной диагностики ВПР плода является ультразвуковое исследование (УЗИ). Однако существует ряд ограничений метода, в т.ч. выраженное ожирение беременной, наличие рубцовых изменений передней брюшной стенки, маловодие и др., что определяет необходимость поиска высокоинформа-

тивных направлений уточняющей диагностики. Магнитно-резонансная томография (МРТ) — наиболее информативный и безопасный метод неинвазивной диагностики патологий ЦНС. Современные технологические возможности позволяют получать изображения с использованием сверхбыстрых последовательностей, добиваясь эффекта «заморозки плода», что обеспечивает четкую, детальную визуализацию структур головного и спинного мозга.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка возможностей МРТ и УЗИ в антенатальной диагностике ВПР ЦНС плода.

Материалы и методы. В исследование были включены 43 пациентки с признаками патологии развития ЦНС плода по данным УЗИ и 6 беременных из группы высокого риска (ВПР ЦНС плода в анамнезе) или неоднозначными результатами скринингового УЗИ (невозможностью четкой визуализации тех или иных мозговых структур плода). Средний возраст беременных составил 28 лет (от 19 до 41 лет), средний срок гестации 23.8±5.1 неделя (интервал 20 — 38 недель). МР-исследования проводили на 1.5T МР-томографе GE Signa Execute II (General Electric Healthcare, Milwaukee, USA) с использованием 8-канальной фазированной поверхностной катушки. Ориентация изображений и срезов велась относительно положения плода. Для получения высококачественных тонкосрезовых T2-ВИ использовались сверхбыстрые последовательности: HASTE; SSFSE в трех ортогональных плоскостях. Дополнительно применялись sT1-FFE в сагиттальной плоскости. Кроме того, для визуализации жидкостных структур и оценки количества амниотической жидкости МР-фетогграфии с использованием усиленных T2-взвешенных изображений (SSFSE последовательности с увеличенным фактором ускорения (ETL)) с различной толщиной срезов. Все беременные отслежены в катамнезе, окончательный диагноз был установлен по данным аутопсии/«золотого стандарта» оценки патологии новорожденного постнатально.

Результаты. Частота выявленных пороков ЦНС у исследуемых плодов распределилась следующим образом: аномалии вентрикулярного комплекса — 34,6%, врожденные пороки конечного мозга — 24,5%, дефекты нервной трубки — 18,4%, множественные пороки ЦНС — 8,2%, кистозные поражения — 4,1%. В 5-ти наблюдениях (10,2%) результаты МРТ были расценены как нормальные, соответствующие сроку гестации, что позволило исключить наличие патологии ЦНС (диагностированной по УЗИ), у 2-х плодов и снять подозрения у 3-х плодов из группы высокого риска.

Согласно полученным данным, чувствительность МРТ в диагностике ВПР ЦНС плода составила — 93,2%, специфичность — 100%, диагностическая точность метода — 93,9%, предсказательная точность положительных результатов — 100%, предсказательная точность отрицательных результатов — 62,5%.

В 51,02% наблюдений результаты МРТ плода полностью соответствовали УЗИ; результаты МРТ

внесли дополнительную информацию к данным УЗИ в 26,5%, что в 10,2% повлекло существенные изменения дальнейшей тактики ведения беременности; в 22,4% УЗ-диагноз был изменен на принципиально иной по результатам МРТ. Проведение МР-исследования позволило уточнить причины гидроцефалии и наличие сопутствующих дефектов нейронального развития, четко визуализировать структуры задней черепной ямки при аномалии Денди-Уокера, церебеллярной гипоплазии, мальформации Арнольда Киари II, дифференцировать агенезию, гипо- и дисплазии мозолистого тела, выявить ассоциированные нарушения, в т.ч. кровоизлияния.

Выводы. МРТ является высокоинформативным методом диагностики нарушений внутриутробного развития ЦНС плода, позволяющим уточнить и дополнить результаты УЗ-скрининга. Применение магнитно-резонансной томографии в качестве метода верификации существенно улучшает качество антенатальной диагностики ВПР ЦНС плода, что позволяет более взвешенно оценить перспективы беременности, выбрать адекватную тактику ведения беременности и последующего лечения новорожденного.

КЛИНИЧЕСКИЙ ТЕСТ-ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИИ

Степанова Р.Н., Косова А.С., Тарасова Л.П.

Россия, г. Орел, ФГОУ Орловский госуниверситет

Поздний гестоз и в 21 веке остается значимой проблемой здравоохранения. Ежегодно поздний гестоз осложняет беременность у 1,5 — 8 млн. женщин развивающихся стран и у 50 — 370 тыс. женщин экономически развитых стран. Эклампсия является одной из пяти лидирующих причин материнской и перинатальной смертности. По данным ВОЗ (2006) в развивающихся странах эклампсия послужила причиной гибели 40 % матерей и 70 % — плодов и новорожденных (развивающиеся страны). В РФ уровень материнской смертности, ассоциированной с эклампсией, также высок и исчисляется в 11,8 — 14,8 % от всех случаев гибели матерей. Более того, медикаментозное лечение больной с тяжелыми формами гестоза по-прежнему представляет трудноразрешимую задачу, так как не всегда удается контролировать артериальное давление, у них возможны субкапсулярные гематомы печени, острая почечная недостаточность, отек головного мозга; их новорожденные (часто недоношенные) нуждаются в ИВЛ, в инфузионной и нутритивной поддержке. Между тем, изменить эту удручающую статистику и редуцировать неблагоприятные материнские и перинатальные исходы возможно отбором беременных в группу высокого риска с последующим проведением превентивных мероприятий. Однако, несмотря на экстенсивные исследования проблемы позднего гестоза, до настоящего времени

отсутствуют достаточно эффективные способы прогнозирования эклампсии.

Цель исследования — определение прогностической ценности клинического теста с поворотом тела — roll-over тест. Положительным считали тест, если при повороте из положения лежа с левого бока на спину диастолическое артериальное давление (ДАД) повышалось не менее, чем на 20 мм рт. ст. Тестированы 107 первобеременных женщин в сроки 28 — 32 нед. гестации. Все исследованные не страдали почечными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, не принимали вазоактивных и гипотензивных лекарственных средств. У 9 (8,4 %) женщин в III триместре беременность осложнилась тяжелой нефропатией и преэклампсией.

Тест оказался позитивным у 13 (12,1 %) женщин; у 3 (33,3 %) из них развился тяжелый гестоз. Относительный риск развития эклампсии у беременных с позитивным roll-over тестом составил 4,4, CI (уровень доверия 95 %) 2,4 — 8,7; чувствительность прогноза составила 33 %, специфичность — 90 %; положительная прогностическая ценность — 23 %, отрицательная — 93%. При определении значимости различий между числом женщин с позитивным и негативным roll-over тестом использовались критерием хи-квадрат, при этом различия оказались достоверными — $p \leq 0,05$.

Таким образом, у 12,1 % исследованных женщин roll-over тест оказался положительным и у 23 % развилась клиническая картина тяжелой нефропатии и преэклампсии.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У ПЛОДА

Степанькова Е.А., Лукина Н.В.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики; ОГУЗ «Смоленская областная клиническая больница».

Частота врожденных и наследственных заболеваний, значительную часть которых составляют хромосомные аномалии (ХА), в структуре детской заболеваемости и смертности за последние годы не снижается. В большинстве случаев ХА возникают в результате спорадических мутаций de novo. Основным методом пренатальной диагностики (ПД) хромосомных болезней плода является кариотипирование. Однако проведение инвазивных манипуляций сопровождается определенным уровнем пренатальных потерь, что требует формирования среди беременных групп высокого риска ХА у плода.

С целью определения эффективности комбинированного пренатального скрининга (ПС) проанализировано течение и исходы беременности 59 пациенток с ХА плодов (20) и новорожденных (39). Возраст варьировал от 18 до 43 лет, в среднем 29,3±6,5 лет. До 35 лет было 43 (72,9%) пациент-

ки, а старше 35 — 16 (27,1%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечен у 38 (64,4%) беременных в виде инфекций, передающихся половым путем (19 — 50,0%), кист яичников (8 — 21,0%) хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (6 — 15,8%), бесплодия (5 — 13,2%). Соматический анамнез у 24 (40,7%) отягощен заболеваниями мочевыделительной (10 — 41,7%), эндокринной (8 — 33,3%) и сердечно-сосудистой (6 — 25,0%) систем. У всех изучены генеалогический анамнез, особенности течения беременности. У 37 определены в сыворотке крови в 15 — 20 недель концентрации альфафетопротеина (АФП) и свободной β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) на тест-системах фирмы «Wallac Oy» методом иммунофлуорометрии. Расчет индивидуального риска рождения детей с синдромом Дауна (СД) и Эдвардса (СЭ) проводился на программе «Life Cycle» с учетом возраста пациенток, их анамнеза, уровня АФП и β -ХГЧ и пороговой величины риска 1:250. У 51 выполнено ультразвуковое сканирование на аппарате SONOACE 8800 в скрининговые сроки 10 — 14, 20 — 24 и 32 — 34 недели. 22 пациенткам с высоким риском ХА плода проведен кордоцентез и кариотипирование по лимфоцитам пуповинной крови.

Как изолированный маркер возрастной риск ХА плода отмечен у 4 (6,8%) беременных, отягощенный генеалогический анамнез — у 2 (3,4%). Угроза прерывания с малых сроков наблюдалась у половины пациенток, а острые инфекционные заболевания в I триместре перенесены каждой четвертой. У 27 (73,0%) беременных биохимические маркеры ХА проявились снижением АФП в 22 (81,5%) и повышением β -ХГЧ в 19 (70,4%) наблюдениях, низким уровнем обоих показателей — в 2 (7,4%). По программе высокий риск СД выявлен у 19 (70,4%) женщин, а СЭ — у 1 (3,7%).

Эхографические маркеры (ЭГМ) ХА плода, представленные пороками развития, обнаружены у 21 (41,2%) пациентки в виде аномалий сердечно-сосудистой системы (10 — 47,6%); центральной нервной (3 — 14,3%); опорно-двигательного аппарата (3 — 14,3%); мочеполовой (2 — 9,5%); единственной артерии пуповины (2 — 9,5%); лица (1 — 4,8%). «Мягкие» признаки ХА плода выявлены у 35 (68,6%) женщин в виде гипоплазии/аплазии носовой кости (14 — 40,0%), пиелоктазии (12 — 34,3%), укорочения трубчатых костей (11 — 31,4%), увеличения толщины воротникового пространства (9 — 25,7%), вентрикуломегалии (4 — 11,4%), аномальной формы головы (4 — 11,4%), гиперэхогенного кишечника (3 — 8,6%), гиперэхогенного фокуса в желудочках сердца (2 — 5,7%), кист сосудистых сплетений головного мозга (1 — 2,9%). Единичные ЭГМ ХА отмечены в 9 (25,7%) наблюдениях, а сочетанные — в 26 (74,3%). У 12 (34,3%) беременных зарегистрировано 2 - 3 маркера ХА, а у 14 (40,0%) — 4 и более ЭГМ ХА. Аномальное количество околоплодных вод и задержка внутриутробного развития плода проявились в 10 (28,6%) и 5 (14,3%) наблюдениях соответственно.

Высокий риск ХА по комбинированному ПС, явившийся показанием для пренатального карิโอ-типирования (ПК), выявлен у 16 (72,7%) пациенток в виде генеалогических и ЭГМ (1 — 6,2%), биохимических и ЭГМ у женщин до 35 лет (7 — 43,8%) и старше 35 лет (8 — 50,0%). Изолированные ЭГМ ХА были поводом для ПК у 6 (27,3%) наблюдавшихся. У 2 беременных цитогенетический анализ плодов не получен по техническим причинам. ПК не выполнено 37 женщинам, родившим ребенка с ХА, в связи с неполным объемом ПС (25 — 67,6%); отказом от ПК (7 — 18,9%); отсутствием факторов риска (5 — 13,5%). Проведенный анализ ХА подтвердил, что доминирующим показанием к ПК являются ЭГМ как изолированно (у 22,0% СД, 50,0% СЭ, 100,0% синдрома Патау и триплоидии), так и в сочетании с другими признаками (у 48,0% СД и 50,0% СЭ). Возрастной риск отмечен у 30% СД и 25% СЭ. ХА плодов послужили причиной их элиминации с согласия у 18 пациенток, у 1 произошел самопроизвольный аборт. У 39 новорожденных диагноз ХА подтвержден цитогенетическим анализом.

Таким образом, комбинированный ПС способствует обоснованному формированию группы беременных высокого риска для инвазивной диагностики, что позволяет своевременно диагностировать и предотвратить рождение детей с ХА, снизить детскую заболеваемость и инвалидность по причине врожденной патологии.

БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ

Стрижаков А.Н.

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

Научные достижения в современном акушерстве и перинатологии привели к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода. Беременность высокого риска — это такая беременность, при которой опасность болезни или смерти матери или новорожденного до или после родов выше, чем обычно. Основными патологическими процессами в течении гестации, обуславливающими высокий перинатальный риск, являются: фетоплацентарная недостаточность — 30,6%; потеря беременности — 20,0%; внутриутробная инфекция — 10,0%; переношенная беременность — 11%; тазовое предлежание — 3,5%.

Среди них ведущее значение принадлежит плацентарной недостаточности, которая, будучи частым осложнением беременности (от 14 до 22%), сопровождается гипоксией, задержкой внутриутробного развития плода и является одной из наиболее частых причин перинатальной заболеваемости (до 60%) и смертности.

В решении проблемы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности

особое значение имеют ранняя диагностика, прогнозирование и выбор рациональной тактики ведения различных осложнений беременности и родов. Используются следующие методы исследования: клинико-анамнестическое обследование, обследование на генитальные инфекции, иммунологические исследования, исследование гемостаза, эхография эмбриона/плода и оценка экстраэмбриональных структур, плаценты и околоплодных вод, доплерометрия кровотока в маточно-плацентарных (маточные и спиральные артерии, межворсинчатые кровотоки) сосудах; плодово-плацентарных (артерия пуповины и ее терминальные ветви) сосудах; плодовых сосудах (артериях и венах); исследование экстраэмбрионального кровотока (кровооток в желточном протоке и желточном мешке); эхокардиография и доплерэхокардиография плода, кардиотокография, инвазивные методы диагностики. С появлением учения о факторах роста, которые определяют развитие плаценты, наметилось новое направление в изучении плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода. Есть основания считать его перспективным, так как факторы роста, являясь основными переносчиками митогенного сигнала клеток, способны стимулировать или тормозить рост тканей, в том числе железистой, и кровеносных сосудов.

Снижение уровня инсулиноподобного фактора роста I типа на сроке 16-22 недель наблюдается при формировании синдрома задержки развития плода: I степени — на 26,57%, II степени — на 27,54%, III степени — на 40,58%. При развитии СЗРП III степени уровень этого фактора роста с третьего триместра беременности прогрессивно снижается на 55,05% ниже физиологического. Снижение уровня инсулиноподобного фактора роста I типа является прогностическим показателем СЗРП тяжелой степени. Исследование сосудисто-эндотелиального фактора роста показало, что при субкомпенсированной плацентарной недостаточности отмечается повышение его уровня в 3 раза по сравнению с нормой. При критическом состоянии плода уровень СЭФР в 3,5 раза превышает нормативные показатели. Сосудисто-эндотелиальный фактор роста является ранним маркером гипоксического состояния плода: его уровень $\geq 67,12$ пг/мл в 16-22 недели и 121 пг/мл в 23-29 недель, указывает на высокий риск развития декомпенсированной плацентарной недостаточности. Низкие показатели ФРП ($\leq 133,67$ пг/мл в 16-22 недели и $\leq 177,4$ пг/мл в 23-29 недель) указывают на развитие суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности. У беременных с субкомпенсированной плацентарной недостаточностью наблюдается снижение показателей фактора роста плаценты на 47,16 — 67,81%. При критическом состоянии плода с выраженной гипотрофией и гипоксией уровень фактора роста плаценты снижен на 52,57%-72,84% на протяжении гестации. У беременных с последующим развитием критического состояния плода с 16-22 недели наблюдается повышение в 4 раза уровня растворимого рецептора сосудисто-эндотелиальных факторов роста первого

типа. В 23-29 недель средний уровень рецептора достигает максимальных значений и превышает нормативные показатели в 4,6 раза. Значения рецептора $\geq 9,48$ нг/мл в 16-22 недели и 11,15 нг/мл в 23-29 недель указывают на развитие декомпенсированной плацентарной недостаточности. После проведения комплексной патогенетической терапии плацентарной недостаточности уровни факторов роста приближаются к физиологическим показателям. Эффект терапии зависит от гестационного срока, на котором начато лечение: в 23-29 недель происходит увеличение уровня фактора роста плаценты на 56%, в 30-36 недель — на 35%, а в 37-40 недель — лишь на 13%. При отсутствии нормализации показателей всех факторов роста отмечалась неэффективность лечения и прогрессирование плацентарной недостаточности с синдромом задержки роста плода тяжелой степени и критическим состоянием плодово-плацентарной гемодинамики.

Таким образом, индивидуализированный подход к оценке состояния плода при беременности высокого риска с использованием современных высокотехнологичных методов исследования позволяет существенно снизить частоту репродуктивных потерь, суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности, снизить перинатальную заболеваемость и избежать перинатальных потерь.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Стулова С.В.

г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

Нарушение биоценоза гениталий является широко распространенной проблемой во всем мире и существенно повышает его этиологическую роль в проблеме акушерской и перинатальной патологии. Это обуславливает актуальность изучения, своевременной диагностики, лечения и профилактики дисбиозов гениталий (Радзинский В.Е., 2009).

Нозологические формы дисбиоза влагалища у женщин в I триместре беременности не классифицированы и недостаточно изучена его распространенность.

Цель работы — изучение биоценоза влагалища у беременных в ранние сроки гестации и клинико-микробиологическая характеристика нозологических форм дисбиоза влагалища.

Состояние биоценоза влагалища изучено у 158 пациенток при взятии на учет по беременности. Проведен также ретроспективный анализ 127 амбулаторных карт этих же пациенток на предмет обращаемости женщин к гинекологу в прегравидарном периоде.

Всем беременным при взятии на учет (6-8 нед.) проводили скринирующие тесты (критерии Амсела) и микроскопию нативных и окрашенных метилено-

вым синим, по методу Грама вагинальных мазков. Для исключения ИППП применялась ПЦР диагностика.

Ретроспективный анализ обращаемости к гинекологу по данным амбулаторных карт 127 женщин выявил, что до наступления настоящей беременности бактериальным вагинозом (БВ) страдали 30,7%, кандидозным вагинитом 12,6%, а нарушением биоценоза на фоне ИППП — 8,6% пациенток.

Клинико-микробиологическое изучение биоценоза влагалища в I триместре беременности выявило, что у 32,9% из 158 женщин определялся нормоценоз, у остальных диагностирован: промежуточный тип — у 17,7%, БВ — у 29,8%, кандидозный вагинит (КВ) — у 16,5%, а нарушение биоценоза на фоне ИППП — у 3,1% пациенток.

Беременные с нормоценозом и промежуточным типом биоценоза субъективных жалоб не предъявляли. Таких женщин было 50,6%.

Клинические проявления БВ у всех пациенток (47) сопровождались жалобами на бели различной степени интенсивности. По результатам скринирующих тестов у них были выявлены критерии БВ: гомогенные бели сероватого или белого цвета, pH влагалищных выделений колебался в пределах 4,9—6,0, аминный тест был положительным у 39 женщин. При микроскопии вагинальных мазков, было выявлено, что микробная обсемененность была массивной у 24 пациенток, у остальных умеренной, у 33 количество лейкоцитов не превышало 2—5 в поле зрения, а у 6-х лейкоцитарная реакция отсутствовала, «ключевые клетки» обнаружены у 43 пациенток.

Клинические проявления КВ у 26 (16,5%) беременных в значительной степени зависели от варианта бактериально-грибковых ассоциаций. Субъективные жалобы на обильные творожистые выделения и зуд в половых органах предъявляли все пациентки. По результатам скринирующих тестов у них получены следующие данные: выделения творожистые, белого цвета, налеты бело-желтого цвета на слизистой влагалища и шейки матки, pH влагалищных выделений колебался в пределах 4,8—5,6, аминный тест у всех женщин был отрицательным, псевдоэрозия шейки матки выявлена у 6 беременных. Микроскопическая картина мазков при КВ зависела от сформировавшегося варианта бактериально-грибковых ассоциаций.

Клиническая картина КВ при I варианте бактериально-грибковой ассоциации с сохранением лактофлоры (у 23,1% беременных) характеризовалась классическими симптомами КВ: субъективные жалобы на творожистые выделения без запаха, объективные симптомы — творожистые выделения, налеты, гиперемия слизистой влагалища и шейки матки.

Клиническая картина КВ при II варианте бактериально-грибковой ассоциации на фоне полимикробной микрофлоры, резкого снижения морфологических типов *Lactobacillus* (вплоть до полного отсутствия), наличия «ключевых клеток» и лейкоцитарной реакции (у 34,6% беременных) характеризовалась признаками бактериального вагиноза

у всех обследованных, в отличие от классической картины БВ, имелась воспалительная реакция слизистой влагалища, выделения не имели характерных консистенции и запаха.

Клиническая картина КВ при III варианте бактериально-грибковой ассоциации при значительном снижении морфологических типов *Lactobacillus* на фоне умеренной полимикробной микрофлоры и лейкоцитарной реакции (42,3% беременных) определялась усиленной воспалительной реакцией в очагах поражения, выраженным отеком и разрыхлением слизистой влагалища, у 6 пациенток выявлялись эрозивно-язвенные элементы и гнойные налеты на слизистой влагалища и шейки матки, у 5 — отмечалось вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки цервикального канала, у 6 — определялась псевдоэрозия шейки матки.

Клинические проявления нарушений биоценоза на фоне ИППП у 5 (3,1%) женщин в I триместре беременности сопровождались жалобами на некоторое усиление выделений из половых путей, периодический зуд вульвы и влагалища. По результатам скринирующих тестов у них не выявлялись критерии БВ: бели мутноватого желто-белого цвета, рН влагалищных выделений колебался в пределах 4,4 — 5,1, аминный тест у всех 5 женщин был отрицательным, псевдоэрозия шейки матки выявлена у одной беременной. Микроскопическая картина мазков соответствовала воспалительному типу, т. е. на фоне смешанной флоры в образце отмечается присутствие большого количества эпителиальных клеток и лейкоцитов.

Таким образом, дисбиоз влагалища у беременных в ранние сроки гестации характеризуется выше описанными нозологическими формами.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Д-ДИМЕРА

**Суворова Г.С., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.,
Новичков Д.А.**

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

В настоящее время в общей структуре репродуктивных потерь существенное место занимает внутриутробная гибель плода (несостоявшийся выкидыш)- МКБ-10. Длительная внутриутробная задержка погибшего плодного яйца отрицательно сказывается на последующей репродуктивной функции, угрожает не только здоровью, но и жизни женщины, в первую очередь, за счет возможных геморрагических осложнений.

В настоящее время установлено, что независимо от причин вызвавших гибель плода, патологическая кровопотеря при несостоявшемся выкидыше связана, в основном, с развитием острой и подострой фазы ДВС синдрома. Несмотря на то, что патоморфологические механизмы развития и течения ДВС

синдрома на сегодняшний день достаточно хорошо изучены и понятны, лабораторная его диагностика остается сложной и неоднозначной. Одним из наиболее новых и информативных тестов, используемых в лабораторной диагностике ДВС синдрома, является исследование уровня D-димера. D-димер специфически отражает деградацию фибрина и в определенной мере служит индикатором течения ДВС синдрома.

Целью настоящего исследования являлась разработка метода прогнозирования развития подострой формы ДВС-синдрома у женщин с несостоявшимся выкидышем.

Для оценки значимости D- димера в прогнозировании вероятности перехода хронической формы ДВС в подострую под наблюдением находилось 26 женщин с внутриутробной гибелью плода при сроках гестации, соответствующих II-III триместрам беременности. У всех пациенток исходно имели место нарушения гемостаза, соответствующие хронической форме ДВС-синдрома. Критерием включения в данную группу служило наличие трех и более неблагоприятных факторов преморбидного фона (возраст женщины более 35 лет, ожирение II-III ст., заболевания сердечно-сосудистой системы, аборт в анамнезе и др.), в связи с тем, что при их наличии риск прогрессирования ДВС наиболее высок. В качестве группы контроля выступали 16 женщин с нормальным течением беременности.

Было установлено, что во всех случаях при замершей беременности и наличии признаков хронической формы ДВС регистрировалась повышенная концентрация D-димера в крови. Если при нормальном течении беременности концентрация D-димера составила 583,4+21,6 нг/мл, то при задержке погибшего плода до трех недель — 720,6 + 31,4 нг/мл, более трех недель — 754,2 +21,8 нг/мл. Наличие неблагоприятных факторов преморбидного фона также приводило к существенному увеличению уровня D-димера. На фоне двух-трех факторов его величина составила 743,6 + 26,8 нг/мл, при четырех-пяти — 813,9 + 26,3 нг/мл, а при шести и более возрастала до 843,7 +18,7 нг/мл. Таким образом, результаты исследования уровня D-димера в полной мере подтвердили наличие хронического ДВС- синдрома в обследуемой группе женщин. Дальнейшее наблюдение в течение пяти дней за указанным контингентом беременных позволило выявить у 10 из них прогрессирование ДВС-синдрома. Признаками подострой формы ДВС служили: снижение концентрации фибриногена крови до 1,15 г/л, тромбоцитопения — до 95×10^9 /л, удлинение показателей суммарной активности факторов свертывания крови АПТВ — от 42,0 до 54,6сек, ВРП — от 113,6 до 181,7 сек, уменьшение ПИ от 86,1 до 41,3 %, увеличение плазменной концентрации ПДФФ до $11,3 \times 10^{-3}$ М и концентрации эндогенного гепарина от 0,2 до 0,6 мкг/мл, понижение интенсивности агрегации тромбоцитов при стимуляции АДФ 1×10^{-3} М от 27,5 до 18,6%, снижение активности фибрин-стабилизирующего фактора XIII до 74,3 + 8,6%.

Динамическое наблюдение за уровнем D-димера в крови беременных женщин позволило установить, что основным признаком прогрессирования ДВС служит большой размах колебаний содержания D-димера в крови беременных. За пять дней наблюдения при нормальном течении беременности различие между минимальным и максимальным уровнем D-димера в крови беременных женщин не превысило 50,3 нг/мл. В группе беременных при отсутствии отрицательной динамики в выраженности ДВС синдрома минимальная величина D-димера составила 691,5±30,6 нг/мл; максимальная — 816,8±26,7 нг/мл, т.е. различия выражались величиной равной 125,8 нг/мл. В тех случаях, когда в ходе беременности отмечался переход хронической формы ДВС в подострую минимальные значения D-димера составили 640,6±31,2 нг/мл, а максимальные 1004,2±2,48 нг/мл. Таким образом, колебания уровня D-димера за пять дней наблюдения в этом случае превысили 360,8 нг/мл.

Таким образом, колебания D-димера при нормальном течении беременности варьировали в пределах 15-20% от среднего уровня, при хроническом ДВС синдроме составили 30-40%, а при переходе хронической формы в подострую превышали 80%. С учетом полученных результатов можно сделать заключение, что изменение D-димера в течении трех дней наблюдения на 50% и более является прогностически неблагоприятным признаком перехода хронической формы ДВС в подострую стадию у беременных женщин с несостоявшимся выкидышем.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ

**Сытова Л.А., Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю.,
Кулида Л.В.**

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Росмедтехнологий»

Особый интерес представляют механизмы защиты слизистых оболочек репродуктивного тракта женщин. До конца не изучены факторы, препятствующие распространению восходящей инфекции, что особенно актуально у беременных женщин. Перед родами в шейке матки усиливается лейкоцитарная инфильтрация, преимущественно полиморфно-ядерными нейтрофилами. Следует особо отметить, что активированные нейтрофилы и макрофаги являются источниками провоспалительных цитокинов, коллагеназы, эластазы и других энзимов, способных расщеплять белки экстрацеллюлярного матрикса, способствуя созреванию шейки матки. Не ясна роль фагоцитирующих клеток (нейтрофилов и макрофагов) в защите слизистых оболочек, а также в подготовке шейки матки к родам. В связи с этим проведен анализ характера

инфицированности родовых путей и функциональной активности полиморфноядерных нейтрофилов на системном уровне у беременных с различной степенью «зрелости» шейки матки. Исследуемую группу составили 78 женщин при сроке беременности 38 - 40 недель. Все женщины были первобеременными, без тяжелой экстрагенитальной патологии, сочетанных форм гестоза и рубцовых изменений шейки матки. Зрелость шейки матки оценивалась по шкале Бишопа. Из исследуемой группы исключались беременные с клинической картиной цервицита, кольпита и бактериального вагиноза. Функциональная активность нейтрофилов оценивалась в периферической венозной крови цитохимическим методом бессубстратного восстановления нитросинего тетразолия до формазана по методу Park и соавт. (1987). Мазки из половых путей женщин для обзорной цитологии окрашивались гематоксилином и эозином, а бактериоскопическая диагностика проводилась с использованием дополнительной окраски по Граму. Непосредственное выявление антигенов HSV-2 типа, CMV, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum осуществлялось методом прямой и непрямой иммунофлюоресценции с использованием набора моноклональных антител, меченных флюоресцеинизотиоцианатом.

Из 78 обследованных беременных женщин у 26 диагностирована «незрелая», у 30 — «созревающая» и у 22 — «зрелая» шейка матки. Анализ полученных результатов показал, что у беременных женщин с различной степенью «зрелости» шейки матки показатели спонтанного НСТ — теста имели достоверные отличия. В группе с «незрелой» шейкой матки гранулы формазана были обнаружены в 29±1,2% нейтрофильных лейкоцитов с индексом активации — 0,78, при «созревающей» шейке матки — в 9±1,5% (индекс активации — 1,29) и при «зрелой» шейке матки — в 36±1,1% (0,64). В мазках из цервикального канала с «незрелой» шейкой матки определялось скудное и умеренное количество бактериальной флоры, среди которой преобладали палочковые формы (73,03%). Количество нейтрофильных лейкоцитов не превышало 8-10 клеток в поле зрения. При «созревающей» шейке матки в мазках из эндоцервикса также доминировала палочковая флора, но частота встречаемости последней превышала соответствующий показатель в мазках при «незрелой» шейке. Среди эпителиальных клеток с умеренно выраженными дистрофическими изменениями обнаруживались лейкоциты, количество которых в 2-2,5 раза превышало соответствующий показатель в группе с «незрелой» шейкой матки. В мазках из цервикального канала при «зрелой» шейке доминировала смешанная, пневмококково-палочковая, флора (52,3%) на фоне значительного количественного увеличения нейтрофильных лейкоцитов (до 20-30 клеток в поле зрения). Основная масса лейкоцитов свободно располагалась в интерцеллюлярных зонах, 1/3 — на уровне мембран контактировала с бактериальной флорой и лишь в единичных случаях в нейтрофильных лейкоцитах определялись признаки незавер-

шенного фагоцитоза. По данным прямой и непрямой иммунофлюоресценции достоверных различий по частоте выявления вирусных, хламидийных и уреоплазменных антигенов в исследуемых группах не наблюдалось. При различных степенях зрелости шейки матки в 25-30% случаев диагностирована герпетическая и в 15-20% — уреоплазменная инфекции. Хламидиоз обнаружен у 10-13% исследуемых женщин. При этом в перинуклеарной зоне эпителиальных клеток цервикального канала определялись ретикулярные тельца хламидийного типа, что является цитологическим подтверждением неактивной формы хламидиоза.

Таким образом, в мазках со слизистой оболочки цервикального канала с одинаковой частотой, независимо от степени зрелости шейки матки, диагностируются инфекции, передающиеся половым путем. Среди инфекций данного типа преобладает герпетическая и уреоплазменная, которые у большинства женщин сочетаются с бактериальной флорой. Определение в периферической крови женщин в сроке гестации 38-40 недель показателей спонтанного НСТ-теста, равных и превышающих 56%, позволяет с высокой точностью говорить о созревании шейки матки и подготовке организма к родам. Увеличение количества нейтрофильных лейкоцитов в мазках со слизистой оболочки цервикального канала при «созревающей» и «зрелой» шейке матки на фоне отсутствия цитологических признаков воспаления является дополнительным подтверждением структурной перестройки, обеспечивающей подготовку репродуктивного тракта к родам.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ДИАБЕТЕ

Таджиева В.Д., Измайлова Ф.А., Косырева Е.И., Албутова М.Л.

ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет, ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, г. Ульяновск, Россия

Новорожденные с диабетической фетопатией рождаются чаще от матерей с плохо компенсированным диабетом во время беременности. Диабетическая фетопатия у ребенка может быть первым проявлением материнского сахарного диабета.

Целью нашего исследования являлось изучение частоты и степени выраженности признаков диабетической фетопатии (ДФ) и перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом (ГСД), а также особенности течения их раннего неонатального периода.

Проанализированы 26 историй развития новорожденных. От матерей с гестационным сахарным диабетом родилось 26 детей, подвергнутых общему клиническому, УЗИ исследованию и лабораторной диагностике.

В зависимости от наличия фенотипических признаков ДФ беременные были разделены на 3 группы: I группа — 14 женщин, дети которых не имели

признаков ДФ, II группа — 7 пациенток, дети у которых родились с признаками умеренно выраженной ДФ, III группа — 5 беременных родивших детей с выраженными признаками ДФ.

Новорожденных, родившихся без фенотипических признаков диабетической фетопатии (I группа) было больше в сравнении с детьми II и III групп. В удовлетворительном состоянии родилось 17 (64,6%). Все они были выписаны домой. Новорожденных, состояние которых было расценено, как среднетяжелое (по степени поражения ЦНС) было 7 (26,9%). Среди них, отмечалось преобладание детей II и III групп (имевших фенотипические признаки диабетической фетопатии) над новорожденными I группы. В тяжелом состоянии родилось 2 (8,5%) ребенка. В последующем новорожденные II- III группы были переведены на второй этап выхаживания.

Преимущественное большинство новорожденных (62,2%) были доношенные, зрелые, 30,8% новорожденных родилось в сроки до 36 недель беременности, один ребенок родился мертвым.

Заслуживает внимание, что 6 недоношенных новорожденных по массе тела соответствовали размерам доношенного плода, что следует рассматривать как признак ДФ.

При рождении оценка по шкале Апгар была в пределах 7-8 баллов (75%), причем в состоянии асфиксии различной степени тяжести родилось 7 детей (25%).

Признаками ДФ считались значительно большая масса тела новорожденных, чем у здоровых женщин с тем же сроком гестации. Характерно увеличение подкожно-жирового слоя на туловище, лунообразное лицо, багрово-синюшный цвет кожных покровов, гипертрихоз, пастозность, отеки на ногах, пояснице. После рождения детей в первые три часа отмечалась гипогликемия. Симптомами поражения ЦНС являлись синдром угнетения ЦНС, гипоксическо-ишемическое поражение мозга, причем у детей из II группы женщин признаки поражения ЦНС позволили оценить их как среднетяжелое, в тяжелом состоянии родились 2 детей из III группы, у которых преобладали признаки поражения ЦНС.

Таким образом, у новорожденных III группы возрастала вероятность поражения ЦНС, что являлось predisposing фактором для нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С РЕЗУСОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тамазаева Х.Н.

Россия, Махачкала

Ведущую роль в развитии гипертонической болезни (ГБ) играют нарушения гемодинамики, начинающиеся с центральных сосудов и заканчиваю-

щиеся микроциркуляторным руслом, что влечет за собой недостаточную перфузию микрососудистой сети и, в конечном счете, приводит к развитию гипоксии. Осложненное резус-сенсibilизацией течение беременности нередко становится причиной гипоксических состояний плода различной степени тяжести, как вследствие анемии и метаболических нарушений, развивающихся при гемолитической болезни, так и выраженных изменений в плаценте.

Целью исследования являлась оценка состояния кровотока в системе мать-плацента-плод у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови и ГБ.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 69 беременных с Rh-отрицательной принадлежностью крови в сочетании с ГБ (Rh(-)+ГБ). В 1 группу сравнения объединены 60 пациенток с Rh-отрицательной принадлежностью крови (Rh(-)), во 2 группу сравнения — 60 беременных с гипертонической болезнью (ГБ), 50 здоровых беременных женщин были обследованы в качестве контрольной группы.

Нами производилась доплерометрическая оценка кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии. Согласно классификации нарушений маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного кровотока (ППК) А.Н. Стрижакова и соавт. (1992), выделялись три степени тяжести гемодинамических нарушений.

Результаты и их обсуждение. При обследовании женщин, выявлено, что у женщин с Rh-отрицательной принадлежностью крови и ГБ происходит повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины плода. Однако оно менее выражено, чем в 1 группе сравнения, в которой иммунологическая несовместимость по Rh-фактору не осложнена сопутствующей гипертонией. Установлено, что в группе с Rh-отрицательной принадлежностью крови и гипертонической болезнью фетоплацентарная недостаточность развивается как по типу первоначальных изменений плодово-плацентарного кровотока, так и по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс пуповины и аорты плода.

Так, среди 60,9% обследованных в основной группе с выявленными изменениями показателей кривых скоростей кровотока (КСК) той или иной степени, гемодинамические нарушения с первичным вовлечением плодово-плацентарного звена кровотока наблюдались у 14,6% беременных, тогда как первоначальные изменения гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне обнаруживались у 30,4%. В 1 группе сравнения, наоборот, из 51,7% беременных с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) соответствующие изменения кровотока наблюдались в 33,4% и 8,3% случаев. Таким образом, при наличии гипертонической болезни, в большинстве случаев, изменения гемодинамики в МППК начинаются с нарушений в маточно-плацентарном бассейне, при резус-конфликтной беременности без

ГБ — по типу первоначальных изменений плодово-плацентарного кровотока.

Но в 12,2% случаев изменения кровотока не соответствовали тяжести заболевания в основной группе. Фактором, объясняющим нормальные показатели КСК при ГБП, является изменение состава крови плода (анемия, гипопропротеинемия, снижение вязкости), что облегчает ее пассаж через сосуды.

Наибольшую диагностическую ценность имеет доплерометрическая оценка кровотока в средней мозговой артерии плода, и именно она является решающей в тактике перехода от неинвазивных методов оценки степени тяжести ГБП к инвазивным. В основной группе отмечается значительное повышение скорости кровотока в средней мозговой артерии плода, которая коррелирует с тяжестью анемии при ГБП. У 4,9% в основной группе, а также у 3,3% в 1 группе сравнения при проведении доплерометрического исследования выявлено снижение индексов сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии. Это говорит о сниженной плацентарной перфузии вследствие тяжелой гипоксии. Новорожденные от этих пациенток были рождены со среднетяжелой и тяжелой степенью ГБП, с задержкой внутриутробного развития плода 1-2 степени.

Заключение. Нами выявлено, что при беременности у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови в сочетании с ГБ происходит повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины плода, то есть имеются нарушения как в маточно-плацентарном, так и в плодово-плацентарном кровотоке. Наиболее выраженные нарушения плодово-плацентарного кровообращения, свидетельствующие о декомпенсированной плацентарной недостаточности, отмечены у женщин с резус-конфликтной беременностью в сочетании с ГБ II стадии.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С А(Н1N1) 2009

Тарбаева Д.А., Иоцефсон С.А., Загородняя Э.Д., Анохова Л.А.

Россия, г.Чита, Читинская медицинская академия

В 2009 году мир столкнулся с пандемией гриппа, вызванной вирусом Н1N1. При зарегистрированных ранее эпидемиях и пандемиях гриппа среди беременных регистрировалась более высокая заболеваемость и смертность в сравнении с остальной популяцией женского населения. Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы у беременных с гриппом А(Н1N1)2009.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй родов и историй их новорожденных 16 женщин, у которых был обнаружен вирус А(Н1N1).

Результаты исследования. Средний возраст заболевших гриппом А(Н1N1) составил 24,6±1,1 года, при этом соотношение первородящих к повторноро-

дядим было 1:1. Срок беременности при поступлении в среднем составил $35,5 \pm 1,8$ недель. Интервал от появления первых симптомов гриппа до госпитализации составил в среднем $3,5 \pm 1,1$ дня. В клинической картине отмечались типичные синдромы «сезонного гриппа». У всех беременных грипп А(Н1N1)2009 протекал в тяжелой форме с развитием вирусно-бактериальной пневмонии. Причем 10 (62%) из них перенесли пневмонию среднетяжелой степени и тяжелой у 38%, среди которых у 4 (25%) беременных с развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых. Из фоновых заболеваний встречались пиелонефрит — у 8 женщин, анемия — 8, ожирение — 6, гипертоническая болезнь — 2, сахарный диабет — 1, гломерулонефрит — 1. При сборе анамнеза выяснено, что ни одна из пациенток до беременности не была привита от сезонного гриппа. Кроме того каждая вторая из этих женщин курила. Из акушерских осложнений чаще всего наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность (ПН), причем в субкомпенсированной форме у 15 (94%), декомпенсированной — в 1 случае (6%). Манифестация гестоза отмечена у 5 женщин (31%), из них в легкой форме у 3 женщин (18%), средней и тяжелой степени по 1 случаю (6%). У 3 женщин течение гриппа привело к угрозе прерывания беременности. Маловодие встречалось у 8 женщин (50%), многоводие — у 1 (6%), ПОНРП — 2 (12%). Беременность закончилась срочными родами у 13 (81%), 3 женщины родили преждевременно (19%). Родоразрешены через естественные родовые пути 12 женщин (75%), абдоминальным путем — 4 (25%). В родах отмечались несвоевременное излитие околоплодных вод у 9 женщин, дефект последа у 2 рожениц. В послеродовом периоде наблюдалась гематометра в 3 случаях. С выздоровлением выписано 10 женщин (62%), у 6 женщин (38%) сформировался поствоспалительный пневмофиброз.

Нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде не отмечено только у 2 детей, родившихся доношенными от женщин с пневмонией без дыхательной недостаточности. У остальных детей имела место следующая патология: врожденная пневмония у 2 (12%) новорожденных, церебральная ишемия у 11 (69%), гипербилирубинемия у 3 детей (19%), вегетовисцеральный синдром у 5 (31%), РДС — 1 (6%), геморрагический и судорожный синдром — по 2 случая (12% и 12%). Трансплацентарного пути передачи вируса плоду не было обнаружено. Окончательно отрицательное воздействие нового вируса на плод и его характер могут быть установлены на основании дополнительных исследований.

Выводы: 1. Беременные женщины являются группой высокого риска по развитию гриппа и вызванных им серьезных осложнений в виде пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, плацентарной недостаточности. 2. В настоящем наблюдении каждая пациентка имела преморбидный фон (заболевания почек, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, курение). 3. Трансплацентарного пути передачи вируса плоду не было обнаружено, однако 85% новорожденных имели нарушения в неонатальном периоде.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ФАГОЦИТОЗ И СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

Таюпова И. М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Нами была определена фагоцитарная активность лейкоцитов (ФАЛ) у 44 беременных женщин в сроках гестации от 22 до 39 недель. Все обследованные пациентки имели дефицит железа в латентной форме, а также собственно железodefицитную анемию (ЖДА) различной степени тяжести. Лабораторная диагностика железodefицита основывалась на определении содержания следующих гематологических показателей: снижении гемоглобина (Hb) менее 110 г/л, эритроцитов менее $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цветового показателя (ЦП) менее 0,85, гематокрита менее 33%, эритроцитарных индексов.

Исследования параметров красной крови были проведены на гематологическом анализаторе КХ-21N фирмы «Sysmex» (Япония), представляющим собой автоматический многопараметрический счетчик крови. Диагностические параметры обмена железа включали в себя определение содержания сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), латентной или ненасыщенной железосвязывающей способности сыворотки (НЖСС), коэффициента насыщения трансферрина железом.

Для характеристики бактерицидной фазы фагоцитоза было проведено исследование НСТ-теста у беременных с дефицитом железа. Изучение функциональной активности лейкоцитов с помощью реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ) позволяет выявить наличие «метаболического взрыва», который возникает в нейтрофильных гранулоцитах в связи с процессом фагоцитоза. Осуществление фагоцитоза гранулоцитами сопровождается резким увеличением потребления кислорода, интенсификацией гексозомонофосфатного шунта и образованием перекиси водорода в этих клетках. При контакте крови с раствором НСТ стимулированные в процессе фагоцитоза лейкоциты поглощают тетразолий и восстанавливают его в темно-синий формазан. С помощью этой пробы можно выявить энзиматические дефекты клеточного иммунитета, ведущие к дисфагоцитозу. В нашем исследовании базальный НСТ-тест характеризовался незначительными отклонениями от нормальных показателей ФАЛ — 0,36-0,71, составляя в среднем $0,51 \pm 0,04$ усл. ед (норма 0,4-0,7 усл. ед.). В то же время показатели стимулированного НСТ-теста были несколько снижены и составили 0,43-0,8 усл. ед. (в среднем $0,56 \pm 0,03$ усл. ед.).

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что сидеропения вызывает заметное снижение стимулированного НСТ-теста. Депрессия НСТ-теста коррелирует с уровнем показателей ФАЛ, вызывая угнетение фагоцитоза. Было вы-

явлено снижение процентного содержания ФАЛ до 43-54% (норма 50-60%) при ЖДА любой степени тяжести, причем степень снижения не зависела от степени тяжести анемии.

Изменение фагоцитарной активности лейкоцитов взаимодействует с содержанием железа сыворотки крови, т.е. является непосредственно следствием иммунодефицита. Следовательно, можно предположить, что восстановление ФАЛ произойдет после проведения курса лечения анемии и восстановления параметров железа.

Не вызывает сомнения тот факт, что при ЖДА происходят изменения гуморального иммунитета, в частности, касающиеся содержания иммуноглобулинов всех трех классов. Установлено, что параметры IgM существенно не изменялись у беременных, имеющих латентный дефицит железа, а также анемию легкой и средней степени тяжести. Показатель IgM был выше только у больных ЖДА легкой степени тяжести, когда его значения достигали 2,58 г/л (норма 0,79-1,57 г/л), а при усугублении анемии IgM имел тенденцию к снижению, хотя и оставался немного повышенным по сравнению с показателями здоровых. Показатель IgG максимально снижался у беременных с ЖДА средней степени тяжести (до 3,01 г/л), у беременных с ЖДА легкой степени тяжести (Hb в пределах 109-90 г/л) он составлял 9,55 г/л, что практически в 2 раза ниже нормы, чем у здоровых лиц (10-18 г/л). Концентрация IgA у беременных с ЖДА легкой и тяжелой степени также была снижена (0,55-2,22 г/л) по сравнению с таким показателем у здоровых лиц.

Назначение препаратов железа является главным компонентом терапии дефицита железа. Тем не менее, при лечении ЖДА необходимо назначить женщине строго сбалансированную диету, в которой в достаточном количестве и в оптимальных сочетаниях содержатся необходимые пищевые ингредиенты. Важно учитывать не только содержание железа в том или ином пищевом продукте, но и степень его адсорбции. Лечение ЖДА должно быть продолжено до конца беременности для предупреждения дефицита железа у плода. Наилучшим образом эффективность терапии контролируется по уровню трансферрина и ферритина сыворотки крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДИОСМИНОМ

Тезиков Ю. В., Фролова Н.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

Функциональная несостоятельность плаценты приводит не только к увеличению перинатальной смертности, но и обуславливает высокую частоту самоотеческой и инфекционной заболеваемости новорожденных, служит причиной нарушений физического и умственного развития ребенка. Это и служит основанием для поиска новых методов диагностики и лечения плацентарной недостаточности (ПН). Целью нашего исследования явилась оценка результативности лечения данного осложнения бе-

ременности с применением вазоактивных препаратов, в частности, диосмином. В исследование были включены 122 пациентки с плацентарной недостаточностью, диагностированной в сроки 28-34 недели гестации. 62 пациентки 1 группы в дополнение к традиционной терапии применяли диосмин 600 мг 2 раза в сутки в течении 1 месяца. 60 беременных 2 группы сравнения получали традиционную терапию: актовегин, курантил, гинипрал, поливитамины. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, социальному статусу, паритету, сопутствующей патологии. Контроль результативности лечения осуществлялся в динамике на 15 сутки от его начала, на 30 сутки, учитывались исходы беременности. В результате проведенного лечения было отмечено улучшение течения беременности в обеих группах, однако в основной группе отмечен ряд интересных, с нашей точки зрения, особенностей. Во-первых, в основной группе у 95% женщин с повышенными индексами кровотока после проведенного курса лечения плодово-плацентарный кровоток нормализовался, а у 60% показатели приблизились к нормативным уже через 2 недели от начала лечения. В группе сравнения подобные изменения наблюдались в 86% и 32% случаев соответственно. Следовательно, уже через 15 дней от начала лечения у пациенток, получавших комплексное лечение с включением диосмина, нормализация кровотока отмечена в 2 раза чаще, при этом в равной степени улучшались ультразвуковые параметры фетоплацентарного комплекса и нормализовались маркеры апоптоза, клеточной пролиферации и клеточного энергообеспечения. К 15 суткам от начала лечения отмечалось нормальное содержание в сыворотке крови беременных фактора некроза опухоли альфа (ФНО α) и плацентарной щелочной фосфатазы, при положительных сдвигах в содержании фактора роста плаценты и лимфоцитов с фенотипом CD95+. К 30 суткам данные показатели соответствовали условной верхней границе, характерной для компенсированной плацентарной недостаточности. Во 2 клинической группе тенденция к нормализации ультразвуковых и лабораторных показателей отмечена только к концу курса терапии, за исключением ФНО α , снижение которого в 1,5 раза наблюдалось к 15 суткам лечения. По окончании лечения уровень маркеров апоптоза, клеточной пролиферации и энергообеспечения соответствовал в среднем условной нижней границе компенсированной плацентарной недостаточности, за исключением ФНО α , который достоверно не отличался от нормальных значений. После проведенного лечения в основной группе все случаи субкомпенсированной ПН соответствовали компенсированной ПН, в группе сравнения данная степень тяжести сохранялась у 30% женщин. В 56% случаев в основной группе дети с диагностированной ранее ЗВР родились с нормальной массой тела, тогда как в группе сравнения таких случаев было достоверно меньше — 33%. При морфологическом и морфометрическом исследовании плаценты оказалось, что компенсаторно-приспособительские реакции, являющиеся показателями

степени адаптации плода и плаценты к неблагоприятным условиям, присутствовали достоверно чаще в основной группе — 92% против 72% случаев в группе сравнения. При анализе исходов беременностей оказалось, что у женщин, получавших диосмин, ниже частота оперативного родоразрешения по показаниям со стороны плода, асфиксии новорожденных при рождении, ВЗРП, перевода детей на второй этап выхаживания, осложненного течения раннего неонатального и послеродового периодов. В основной группе у 80% беременных с гестозом уменьшались проявления отека синдрома, в контрольной группе — у 54%. Ни у одной женщины основной группы с варикозным расширением вен нижних конечностей, геморроем не наблюдалось прогрессирования заболевания. Данный процесс имел место у 36% женщин 2 клинической группы. Таким образом, в комплексной терапии ПН целесообразно применять ангиопротектор и венотоник диосмин, так как отмечено достоверное улучшение плодово-плацентарного кровотока, нормализация процессов запрограммированной клеточной гибели, клеточной пролиферации, энергообеспечения и компенсаторных реакций в плаценте, что способствует рождению детей с лучшими морфофункциональными характеристиками. Полученные эффекты являются следствием синергического действия диосмина, других вазопротекторов и препаратов метаболического действия.

РОЛЬ ЭХОГРАФИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Титченко Л.И., Климова И.В., Новикова С.В.,
Петрухин В.А., Павлович И.В., Лысенко С.Н.

Россия, г. Москва, Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (МОНИИАГ).

В современном акушерстве, одной из наиболее важных и актуальных проблем является проблема инфекционных осложнений у матери и плода. В связи с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью новорожденных с внутриутробным инфицированием (ВУИ) продолжается разработка достоверных признаков ВУИ, как врачами акушерами-гинекологами, так и врачами ультразвуковой диагностики. Частота перинатальной инфекционной патологии у детей с ВУИ колеблется от 11 до 45%. Для своевременной профилактики заболеваемости новорожденных и инфекционных осложнений у родильниц к настоящему времени разработаны диагностические ультразвуковые критерии, позволяющие предположить наличие инфекционного процесса у плода. Однако их диагностическая ценность не превышает 40%.

Цель исследования: определение эхографических маркеров ВУИ у плодов, которым после рождения был выставлен диагноз внутриутробной пневмонии.

Материалы и методы: Исследования проводились на ультразвуковом сканере Voluson-730.

Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов 64 истории родов женщин, родоразрешенных в акушерской клинике МОНИИАГ, закончившихся развитием внутриутробной пневмонией у новорожденных. Контролем служила группа из 30 беременных, дети, родившиеся от которых имели удовлетворительное состояние. Диагноз внутриутробной пневмонии был верифицирован рентгенологически и бактериологически. Средний возраст пациенток составил 30 лет, а средний гестационный срок родов составил 36 недель. Анализ анамнеза течения данной беременности показал, что хроническая экстрагенитальная патология была выявлена у 52,5% пациенток. Наиболее часто встречаемой патологией были хроническая инфекционная патология (22,1%) — заболевания почек, ЖКТ, нейроинфекции, сикоз, заболевания сердечно-сосудистой системы (16,2%), заболевания эндокринной системы (21,6%). Все женщины были обследованы лабораторно. Патологический мазок (более 2 степени чистоты) обнаруживался у 27, 3% беременных, из них у половины выявлялся кандидоз или бактериальный вагиноз. В общем анализе крови у обследованных пациенток патологических изменений не выявлено.

Более половины (63,9%) пациенток были родоразрешены путем операции кесарева сечения как по акушерским, так и экстрагенитальным показаниям.

При анализе ультразвуковых данных пациенток выявлено: аномальное количество околоплодных вод в группе с внутриутробной пневмонией: маловодие — 22,2% пациенток, многоводие — 13,9%. В группе контроля маловодие выявлено у 6,7%, многоводие в контрольной группе не обнаружено ни у кого. Изменения со стороны плаценты: группа пневмоний — утолщение плаценты у 17,2%, истончение плаценты у 6,9%, у такого же количества пациенток (6,9%) выявлялось раннее созревание плаценты. В группе контроля — утолщение плаценты у 3,3%, истончение плаценты у 23,3%, раннее созревание плаценты у 10%. Обвитие пуповины вокруг шеи плода не является признаком инфицирования, но, возможно, могло быть отягчающим фактором в родах для, возможно инфицированного, плода. Этот признак обнаруживался у 22,2% беременных группы пневмоний и у 40% беременных группы нормы.

Таким образом, ультразвуковые признаки, выявляемые при внутриутробном инфицировании плода неспецифичны, и не позволяют об этом судить с достаточной долей уверенности. Заключение о возможном внутриутробном инфицировании по данным ультразвукового исследования следует выносить на основании обнаружения комплекса признаков, обнаруживаемых со стороны плаценты, оболочек и анализа состояния внутренних органов плода. Наряду с клиническими данными ультразвуковое исследование даст основание врачу провести дополнительное лабораторное и микробиологическое исследование беременной женщины и ее внутриутробного плода.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Титченко Л.И., Буянова С.Н., Чечнева М.А.,
Климова И.В.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия

Постоянное увеличение процента абдоминального родоразрешения в последние годы не всегда приводит к улучшению перинатальных показателей, а распространенность и доступность оперативных родов создает ряд новых проблем, в том числе — планирование и пролонгирование следующей беременности у пациенток, перенесших кесарево сечение.

Целью исследования явилось прогнозирование осложнений беременности у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Обследовано 25 пациенток с несостоятельностью рубца на матке: 3 пациентки в 1 триместре беременности, 22 — на этапе планирования. Сведения о предыдущих операциях только со слов пациенток, выписки о показаниях, особенностях операции и послеоперационного периода отсутствовали. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте было выполнено в сроки от 1 года до 5 лет до момента исследования, как в плановом порядке, так и по экстренным показаниям. 6 из обследованных пациенток перенесли повторное кесарево сечение, 2 — с иссечением первого рубца, 4 — без иссечения зоны прежнего рубца. Течение послеоперационного периода только в 3 случаях осложнилось субинволюцией матки, по поводу чего пациентки пребывали в стационаре до 10-11 суток послеоперационного периода.

Методы исследования: трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование, трехмерная реконструкция.

В 3 наблюдениях в 1 триместре выявлен несостоятельный рубец на матке. 1 пациентка перенесла корпоральное кесарево сечение, 1 — кесарево сечение по Штарку. Несостоятельность определялась в виде разрыва корпорального рубца с пролабированием плодного яйца под серозной оболочкой матки. В 2 случаях выявлено резкое истончение рубца с сохранением миометрия не более 2 мм, втяжением наружного контура. Произведено прерывание беременности и пластика нижнего маточного сегмента. Признаки несостоятельности рубца вне беременности проявлялись в виде деформации наружного контура матки в нижнем сегменте и на уровне перешейка, втяжения серозной оболочки, резком истончении миометрия, «ниши» со стороны полости матки или деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии. Наличие «ниши» со стороны полости во всех случаях подтверждено при гистероскопии. В 11 случаях произведена операция, подтверждена несостоятельность рубца, лечение - иссечение рубца и пластика нижнего сегмента при лапаротомии

или лапароскопическим доступом. Остальные пациентки в связи с высоким риском отказались от планирования беременности на данном этапе.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом при оценке поздних послеоперационных осложнений, своевременная диагностика которых позволяет избежать высокого риска разрыва матки по несостоятельному рубцу.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ

Тихомирова О.В., Назаров С.Б., Москвина Е.А.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново, Россия

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности наблюдения за беременными женщинами в I триместре с физиологическим течением гестации с использованием неинвазивных методов обследования и с учетом исходного, функционального состояния организма. Проводилось комплексное обследование беременных женщин в I триместре, используемое на практике для определения «биологического возраста», основанного на множественной линейной регрессии и ориентированного на качественную оценку состояния здоровья. (Войтенко В.П., и др., 1984). В данной методике используются информативные показатели оценки деятельности основных систем организма, имеющие высокую корреляцию с возрастом, а также доступность и простоту определения. Мы учитывали, что расхождение между календарным и биологическим возрастом, позволяющее оценить темпы старения и функциональные возможности индивида, неоднозначны в разные фазы процесса старения. В молодых группах скорости возрастных сдвигов незначительны. Определять биологический возраст имеет смысл у лиц старше 35 лет. Поэтому мы взяли за основу комплексную методику определения «биологического возраста», но оценивали не конечный результат, а рассматривали информативность каждого отдельного физиологического показателя функционального состояния организма женщин в I триместре беременности как индивидуального биомаркера.

Материал и методы исследования. Было обследовано 85 женщин, из которых контрольную группу составили небеременные соматически здоровые женщины — 16 пациенток в возрасте 20 - 24 года и 15 пациенток в возрасте 30 - 34 года. В первой основной группе было 30 беременных женщин с физиологическим течением гестации на сроках от 9 до 12 недель в возрасте 20 -24 года. Во второй основной группе были 24 беременные женщины с фи-

зиологическим течением гестации на сроках от 9 до 12 недель в возрасте 30-34 года. Таким образом, основные группы отличались между собой только по возрастному принципу.

У обследованных определялись функциональные показатели, характеризующие деятельность основных органов и систем организма. Систолическое, диастолическое и пульсовое давления, а также скорость распространения пульсовой волны по артериям эластического и мышечного типов явились биомаркерами сердечно-сосудистой системы. Жизненная емкость легких, время задержки дыхания на вдохе и выдохе оценивали работу органов дыхания. Аккомодация глаза, определяемая по расстоянию ближней точки зрения, характеризовала зрительную функцию, слуховой порог при звуковом сигнале частотой 4000 Гц — систему слухового анализатора, статическая балансировка на одной ноге — работу вестибулярного анализатора. Тест самооценки здоровья позволял пациенткам самостоятельно дать субъективную оценку своему здоровью на данный момент времени с учетом наступившей беременности. Символьно-цифровой тест Векслера представлял собой психологическую проверку зрительно-моторной реакции, оценивающей невербальный интеллект. В совокупность выше перечисленных показателей входила также масса тела на момент обследования и до наступления беременности.

Результаты исследования. Средний возраст основных групп составил — $21,83 \pm 1,56$, $31,54 \pm 1,53$ и достоверно не отличался от среднего возраста контрольных групп — $22,56 \pm 1,15$ ($p > 0,05$), $32,00 \pm 1,69$ ($p > 0,05$).

При анализе полученных нами данных в возрастной группе 20 - 24 года у беременных женщин отмечалось достоверное снижение количества набранных баллов в символьно-цифровом тесте Векслера, оценивающего зрительно-моторную реакцию, на 8% ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой небеременных женщин. В основной группе имелось также уменьшение времени задержки дыхания на глубине вдоха на 10% ($p < 0,05$), в тоже время отсутствовало достоверно значимое изменение жизненной емкости легких. В возрастной группе 30-34 года у беременных при сравнении с контрольной группой выявлено уменьшение скорости распространения пульсовой волны по сосудам мышечного типа, оценивающей эластические свойства сосудов среднего калибра и существенно зависящей от тонуса периферических сосудов, на 6% ($p < 0,05$).

У беременных женщин в возрастной группе 30-34 года, при сравнении с более молодой возрастной группой 20-24 года, отмечалось: повышение скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа на 11% ($p = 0,001$), снижение аккомодации глаза на 10% ($p < 0,01$), уменьшение времени статической балансировки на одной ноге на 21% ($p < 0,01$), уменьшение количества набранных баллов в символьно-цифровом тесте Векслера на 10% ($p < 0,01$).

Таким образом, наше исследование выявило зависимость отдельных функциональных показателей состояния организма беременных женщин в I триместре от возраста.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ

Толокнов Б.О., Маркина И.В., Махова Е.Е.,
Мартышина А.А, Лисаев Д.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина,
кафедра онкологии ФПДО МГМСУ,
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Основным контингентом больных трофобластической опухолью являются молодые женщины, которые находятся в социально активном и репродуктивном возрасте, поэтому современная стратегия лечения этих пациенток заключается не только в том, чтобы излечить, но и сохранить репродуктивную функцию.

Наши наблюдения за излеченными пациентками показали, что после исчезновения всех признаков заболевания и проведения профилактических курсов химиотерапии, пациенткам показано в течение определенного времени предохранение от несвоевременной беременности. В этом плане, по нашему мнению, наиболее оптимальным методом является пероральная гормональная контрацепция (марвелон, новинет, ярина, жанин и т.д.), которая одновременно регулирует функцию яичников, которая может быть нарушена как в связи с перенесенным заболеванием, так и проведенной химиотерапией.

Наиболее благоприятным сроком для наступления желанной беременности после проведенного лечения является: для пациенток получавших лечение по поводу I-II стадии — 1 год, а для пациенток III — IV ст. — 1,5 — 2 года.

Нами проанализирована судьба 310 пациенток с различными стадиями трофобластических опухолей, которые лечились в последние годы и не были прооперированы, а получали только химиотерапию. У 280 из них (90,3%) восстановился менструальный цикл в различные сроки после окончания химиотерапии. Беременность наступила у 221 из них (71%), а у 181 (65%) из них беременность закончилась родами в срок — здоровыми доношенными детьми.

Однако, в связи с тем, что эти пациентки не были прослежены в плане течения беременности, родов и оценки состояния новорожденных, совместно с НЦ АГиП им. В.И.Кулакова по этой проблеме была проведена исследовательская работа.

После обследования и лечения в РОНЦ им. Н.Н.Блохина с различными формами трофобластической болезни в Центр акушерства и гинекологии было направлено 32 пациентки (23 — без химиотерапии и 9 после химиотерапии).

Течение беременности, родов и оценка состояния новорожденных проводилась по современным методикам. При анализе состоявшейся беременности было выявлено, что наиболее часто у данного контингента пациенток наблюдалась угроза прерывания беременности — у 13 (40%) забеременевших в первый год после перенесенной трофобластической болезни. Кроме того, у большинства женщин отмечались различные осложнения беременности — у 19 пациенток (60%) в виде гестоза, анемии, пиелонефрита и задержки развития плода. Родоразрешение через естественные родовые пути произошло у 24 женщин, а путём операции кесарева сечения — у 8 женщин. Из числа родившихся детей, было 17 мальчиков и 15 девочек. У некоторых детей были выявлены незначительные отклонения от нормы, однако после соответствующей коррекции все дети были выписаны домой.

В результате проведенных исследований было отмечено, что течение беременности, родов и здоровье детей, рождённых от матерей, перенёвших трофобластическую болезнь, практически не отличается от аналогичных данных в общей популяции.

В заключение необходимо отметить, что женщины, перенесшие доброкачественные и злокачественные формы трофобластической болезни, могут стать счастливыми матерями при условии совместного наблюдения и ведения беременности акушерами - гинекологами и онкогинекологами.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Торопкина Е.Л.¹, Агаркова Л.А.¹, Логвинов С.В.², Габитова Н.А.¹, Мустафина Л.Р.^{1,2}

Россия, г. Томск,

¹НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук,

²ГОУ ВПО Сибирский Государственный медицинский университет Росздрава

Плацентарная недостаточность является универсальной реакцией на различные патологические процессы у беременных женщин и в ряду гестационных осложнений, развивающихся при гиперандрогении, занимает не последнее место. Чаще всего ее диагностируют лишь в III триместре беременности, когда лечебные мероприятия не дают должного эффекта ввиду наступления необратимых изменений. Поэтому ранняя функциональная диагностика изменений маточно-плацентарного комплекса на фоне гиперандрогении представляется актуальной, учитывая важнейшее значение плаценты в обеспечении оптимальных условий развития плода в антенатальном периоде.

Цель. Выявление ранних ультразвуковых и доплерометрических признаков формирующейся плацентарной недостаточности с последующим морфологическим изучением структурных измене-

ний в плаценте у женщин с гиперандрогенией во II триместре беременности.

Проведено обследование 52 женщин, поступивших для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке 20-22 нед беременности. Все пациентки были поделены на две группы: 1-ую группу (основную) составили 26 женщин со смешанными формами ГА, 2-ую (контрольную) — 26 соматически здоровых женщин с неосложненным течением беременности. Возраст обследованных женщин — от 16 до 42 лет. Всем женщинам перед прерыванием беременности проводили ультразвуковую фетометрию, оценку количества околоплодных вод, пренатальную диагностику задержки внутриутробного развития плода, а также определение локализации, структуры и толщины плаценты. При помощи доплера оценивали маточно-плацентарную и плацентарно-плодовую гемодинамику. Все плаценты после отделения взвешивали для определения плацентарно-плодового соотношения, вырезали фрагменты из центральной, краевой и парацентральной зон, фиксировали в 12% нейтральном формалине и по общепринятой методике заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. С помощью окулярной сетки Автандилова определяли удельные объемы (%) структурных компонентов плацентарной ткани. Полученные результаты обрабатывали по правилам непараметрической статистики с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Достоверность различий между показателями контрольной и основной групп принимали при уровне значимости $p < 0,05$. Для получения информации о тесноте связи между ультразвуковыми и морфологическими параметрами производился подсчет линейной корреляции Спирмена.

При ультразвуковом исследовании фетометрические показатели у всех обследованных соответствовали нормативам для данного срока гестации. В основной группе значимо чаще отмечалось неблагоприятное расположение плаценты по отношению к внутреннему зеву (боковое — 23,1%, краевое — 19,2%, центральное — 15,4%), низкая плацентация (19,2%). У данных пациенток наблюдались ультразвуковые признаки плацентарной недостаточности (увеличение толщины плаценты — 38,5%, неоднородность структуры — 53,9%, кальцинаты — 46,2%), а также патологические изменения (кисты — 7,7%, дополнительная доля плаценты — 23,1%, ретрохориальная гематома — 11,6%, расширение краевого синуса — 23,1%, повышенный тонус матки — 46,2%, признаки преждевременного созревания плаценты — 46,2%). У 42,3% беременных с гиперандрогенией имелись признаки истмико-цервикальной недостаточности. При доплерометрическом исследовании пациенток основной группы наблюдались нарушения маточно-плацентарного кровотока IA степени (50%) и фето-плацентарного кровотока IB степени (15,4%). Плацентарно-плодовый коэффициент был увеличен в 1-й группе и составил $0,42 \pm 0,002$ (контроль — $0,36 \pm 0,010$; $p < 0,005$). При гистологическом исследовании в

плацентах основной группы отмечалось диссоциированное развитие котиледонов, преждевременное формирование синцитио-капиллярных мембран, формирование синцитиальных почек, ангиоматоз терминальных ворсинок. В краевых зонах отдельных плацент основной группы встречались отдельные ворсины, полностью окруженные фибрином, нередко с отложениями солей кальция, а также очаги кровоизлияний с дистрофически измененными ворсинами в их толще. При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая зависимость между неблагоприятным предлежанием плаценты и появлением в ней кальцинатов ($r=0,32$; $p=0,02$). Прямая зависимость отмечалась также между повышенными значениями кривых скоростей кровотока и появлением кальцинатов ($r=0,43$; $p=0,002$), значительным удельным весом фибриноида ($r=0,32$; $p=0,02$) и наличием кровоизлияний ($r=0,34$; $p=0,015$).

Таким образом, во II триместре беременности у женщин с гиперандрогенией выявлялась плацентарная недостаточность с начальными признаками декомпенсации, что делает возможной ее диагностику и профилактику еще до появления клинических симптомов.

СЕМИОТИКА, РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГЕСТОЗЕ

Трещева Н.Д., Семушина У.И., Петрикайте О.П.,
Сурина Е.А.

Северный государственный медицинский университет, г.
Архангельск

Гестоз до настоящего времени остается наиболее актуальной проблемой современного акушерства, являясь ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования — изучить семиотику, клинические варианты течения, особенности родоразрешения, перинатальные исходы у женщин с тяжелым гестозом.

Материал. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, состояния новорожденных у 57 пациенток с тяжелым гестозом, родоразрешенных в условиях ОАРИТ родильного дома. Первородящих женщин было 52,6%, первородящих — 75,0%. На диспансерном учете по беременности состояло 98,0% пациенток, большинство (80,7%) встали на учет своевременно. Большинство женщин (93,0%) имели от 1 до 4 факторов риска развития гестоза: экстрагенитальная патология (84,2%), юный или поздний репродуктивный возраст (21,2%), никотиновая зависимость (14,1%), гестоз при предыдущей беременности (21,4%), неблагоприятный социальный и семейный статус (35% женщин не состояли в браке). Частота экстрагенитальной патологии: заболевания мочевыделительной системы (52,2%), сердечно-сосудистая патология (48,2%), анемия — 40,1%, метаболические

и эндокринные нарушения (26,2%). У всех женщин беременность протекала с осложнениями, в 66% случаев проводилась госпитализация. Каждая третья женщина, поступившая в дальнейшем с тяжелым гестозом в ОАРИТ роддома, была до этого «пролечена» по поводу гестоза и выписана.

В 58% случаев беременные были переведены в ОАРИТ из отделения патологии беременности в связи с ухудшением состояния по гестозу, остальные (42%) доставлены из дома, одна из них — с приступом эклампсии. У всех пациенток, согласно общепринятым критериям диагностики был гестоз тяжелой степени (АД равное 160/110 мм рт ст и более, протеинурия 3 г/л и более, наличие мозговых симптомов, HELLP-синдром, судороги). Жалобы предъявляли 56% женщин: головную боль отмечали 58% пациенток, диспептические нарушения — 40% (тошнота, изжога, рвота), нарушения зрения — 18,7%. Частота сочетанного гестоза — 84,2%. Моносимптомных форм нами не зарегистрировано, у 88% пациенток — триада симптомов. У половины беременных (51%) при поступлении в ОАРИТ — клиническая картина классической преэклампсии (мозговая симптоматика), у одной — эклампсия.

Более детальный сравнительный анализ клинической картины гестоза, родоразрешения и перинатальных исходов проведен в двух группах: первая группа — 22 пациентки с ранним началом гестоза (родоразрешены в сроки от 30 до 36 недель), вторая — 35 пациенток с более поздним началом гестоза (родоразрешены в сроки от 37 до 40 недель).

У большинства пациенток стартовым явился отечный синдром, затем присоединились АД и/или протеинурия. В обеих группах частота патологической прибавки массы тела и видимых отеков существенно не отличались, однако во второй группе видимые отеки появились в среднем на 5 недель позднее (соответственно 30,1 и 35,3 нед.). В обеих группах частота распространенных отеков в 2 раза выше, чем локальных.

Частота артериальной гипертензии (АГ) в обеих группах соответственно составила 100% и 97,1%. Частота прегестационной АГ, при среднем показателе равном 15%, оказалась выше в первой группе (22,7% и 11,7% соответственно). В среднем срок появления гестационной АГ во второй группе отстает на 7 недель (соответственно 29,5 и 36,5 нед.). В первой группе частота САД, равного 160 мм рт ст и более, в два раза выше, а частота ДАД, равного 110 мм рт.ст и более, в 1,5 раза выше в первой группе.

Протеинурия не зарегистрирована лишь у 4 беременных с тяжелым гестозом. Протеинурия менее 0,3 г/л во второй группе появилась на 5 недель позднее (соответственно 28 и 33,4 нед.). Протеинурия 0,3 г/л и выше, которую принято трактовать как признак гестоза, в обеих группах появилась в среднем через три недели после стартовой протеинурии (31 и 36,5 нед. соответственно). Частота тяжелой протеинурии (более 3 г/л) выше в первой группе (соответственно 36,4% и 25,8%)

Таким образом, сравнительная оценка семиотики в двух группах четко демонстрирует существен-

ную разницу в средних сроках появления основных компонентов триады гестоза, а также большую частоту выраженной АГ и протеинурии у беременных первой группы. В группе с ранним началом гестоза выше частота клинического варианта с внезапным началом и быстрым темпом прогрессирования. Для пациенток второй группы более характерен клинический вариант с неярко выраженной симптоматикой, медленным темпом прогрессирования и резким ухудшением незадолго до родов. В 1 группе выше частота хронической плацентарной недостаточности (соответственно 77,2% и 22,8%), хронической гипоксии плода (50% и 11,4%), задержки развития плода (59,0% и 17,1%).

Длительность комплексного лечения и подготовки к родоразрешению пациенток в ОАРИТ варьировала от 6 часов до 5 суток. Преждевременные роды (в сроки от 30 до 36 недель) состоялись в 39%, срочные (от 37 до 40 недель) — в 61% случаев. Большинство пациенток — 36 (63,2%) родоразрешены кесаревым сечением (КС), остальные — 21 (36,8%) через естественные родовые пути. Частота кесарева сечения в группе преждевременных родов — 100%. Ведущее показание к КС — необходимость родоразрешения по тяжести гестоза при неготовности родовых путей, а также по показаниям со стороны плода. Вид анестезии при абдоминальном родоразрешении — СМА или сочетание СМА и ЭА. Все роды через естественные родовые пути велись под эпидуральной анальгезией.

Родилось 58 детей (одна двойня): доношенных — 35, недоношенных — 23. Масса тела новорожденных варьировала от 1000 до 4050 г. Доля детей с массой от 1000 до 1499 г составила 13,8%, с массой от 1500 до 1999 г — 15,5%. Среди недоношенных детей масса тела соответствовала гестационному возрасту лишь у 22%, преобладали дети маловесные для гестационного срока (78%). В группе доношенных детей наоборот — маловесные составили 23%, дети с нормальной массой — 77%. Интересно отметить, что диагноз ЗРП в первой группе был выставлен в 59,0% случаев, во второй — в 17%, в целом в 33,3%. Фактически родилось маловесных к сроку 40,3%, т.е. в обеих группах беременных имела место недостаточная диагностика задержки развития плода. В структуре заболеваемости доношенных детей преобладали: спинальная ишемия, ЗРП, кардиопатия, желтуха; у недоношенных — ЗРП, РДС, спинальная ишемия, ВУИ. случаев перинатальной смертности не было.

Заключение. Все пациентки с тяжелым гестозом имели от 1 до 4 факторов риска. У 84% беременных гестоз был сочетанным. Лидирующая экстрагениальная патология: заболевания мочевыделительной системы, сердечно-сосудистые заболевания, анемия, эндокринопатии. В клинической картине тяжелого гестоза преобладала классическая триада и преэклампсия; моносимптомные формы не зарегистрированы. Гестоз проявлялся различными симптомами, разным сроком их появления и темпом прогрессирования. Любая форма гестоза может быть весьма коварной, быстро прогрессировать,

приводить к развитию осложнений. Полученные результаты подтверждают необходимость считать важным критерием тяжести гестоза начало его развития. Наиболее тяжелое течение с быстрым темпом прогрессирования и выраженным страданием плода выявлено в группе беременных с ранним началом гестоза. Стартовым признаком гестоза в большинстве случаев явился отечный синдром. При решении вопроса о начале развития гестоза следует учитывать наличие видимых отеков в сочетании с патологической прибавкой массы тела, а также появление даже незначительной протеинурии.

АЛЛЕЛЬНЫЕ И ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ В ГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Тришкин А.Г., Артымук Н.В., Пустыльняк В.О.²,
Айнетдинов Д.С., Колядов В.А.¹

Россия, г. Кемерово. ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Росздора, Кемеровское областное патологоанатомическое бюро¹,
г. Кемерово, НИИ Молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, г. Новосибирск²

Метаболизм эстрогенов (Е) осуществляется двумя основными ферментативными системами: система синтеза и деградации Е. Е образуются путем конверсии андрогенов в результате сложной цепи биохимических преобразований. Ключевую роль в конечной цепи превращений играет фермент ароматаза (цитохром P450 19-го семейства, CYP19). Система деградации Е, осуществляемая цитохромом P450. В последние годы доказана роль таких форм цитохрома P450, как CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, которые окисляют Е с образованием субстратов для 2-й фазы метаболизма ксенобиотиков. Дальнейшая утилизация метаболитов гормонов осуществляется с помощью сульфотрансферазы (SULT). Любое нарушение в одной из этих систем вызывает изменение в содержании Е, что может быть одной из главных причин возникновения злокачественных опухолей, а так же возможно плацентарной дисфункции [Бочкарева Н.В., Коломиец Л.А., Кондакова И.В., и др., 2004; Watanabe J., 1999; Berstein, L.M., 2001]. На основании полученных к настоящему моменту данных можно прийти к заключению, что носительство определенных аллелей генов метаболизма Е способно влиять на реализацию репродуктивной программы, в частности на формирование плацентарной недостаточности (ПН) различной степени тяжести.

Оценить значимость аллельных и генотипических вариантов генов, кодирующих ферменты метаболизма Е: CYP1A1, CYP1A2, CYP19 и SULT1A1 у женщин с хронической ПН различной степени тяжести.

В исследование включено 242 пациентки. Исследование проводилось в два этапа. На I эта-

пе проведен анализ результатов морфологического исследования плаценты, который позволил установить гистологические признаки ПН и степень ее компенсации. На втором этапе проведено определение генетического полиморфизма генов метаболизма Е. В качестве объекта исследования были использованы клетки букального эпителия женщин имеющих морфологические признаки ПН, и здоровых женщин. Группа исследования составила 138 женщин с ПН, из которых 26 пациенток с субкомпенсированной формой и 104 пациентки без морфологических признаков ПН (контрольная группа). Амплификацию специфических участков исследуемых генов проводили методом ПЦР. Генотипирование проводили методом ПДРФ-анализа (полиморфизм длины рестрикционных фрагментов) продуктов ПЦР специфических участков генома. Статистическую обработку результатов проводилась с помощью программы SISA (<http://home.clara.net/sisa/>), ППП «Microsoft Excel 2007» и (ППП) «Statistica for Windows 6.0». В качестве критерия, определяющего, является ли исследуемый признак фактором риска заболевания, было использовано отношение шансов. Исследование проведено при поддержке Гранта Президента РФ МК-1149.2009.7.

Частоты мутантного аллеля С гена СYP1A1 достоверно отличались у группы женщин с хронической ПН в сравнении с контролем: ОШ=2,4 ($p=0,008$). Так же была обнаружена тенденция к различию в частоте встречаемости гетерозиготного генотипа Т/С между группами ОШ=1,96 ($p=0,09$). Гены СYP1A1 принадлежат к подсемейству 1А и кодируют фермент арилуглеводородгидроксилазу, который катализирует первый шаг в метаболизме полициклических ароматических углеводородов и гетероциклических аминов. У человека и животных подсемейство СYP1А представлено двумя отдельными членами: СYP1A1 и СYP1A2. СYP1A1 в больших количествах локализован в микросомальной фракции печени и катализирует образование некоторых форм гидроксиметаболитов Е2 и Е1 [Zhu and Conney, 2006]. При анализе полиморфных вариантов исследуемых генов у женщин с субкомпенсированной ПН были выявлены достоверные различия в частоте встречаемости гетерозиготного генотипа Т/С в гене СYP1A1 (ОШ=3,37; $p=0,03$). Анализ полиморфных вариантов генов СYP1A2, СYP19, SULT1A1 у женщин с ПН не показал достоверных изменений частоты встречаемости, как мутантных аллелей, так и генотипов по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, исследование генетического полиморфизма генов, кодирующих ферменты метаболизма Е у женщин с хронической ПН показало, что пациентки с мутантным аллелем С гена СYP1A1 имеют повышенный риск развития хронической ПН, а женщины с гетерозиготным генотипом Т/С в исследуем гене — развитие субкомпенсированной формы ПН. Нуклеотидная замена Т на С приводит к смене аминокислоты — Пе на Val, что в свою очередь вызывает увеличение активности фермента,

это может, является особенностью метаболизма Е вне беременности. Во время беременности изменение активности фермента может приводить к нарушению метаболизма гормонов, конечным исходом которых в последствии становятся морфологические изменения в плаценте с развитием ПН.

ДОПОЛНЕНИЕ К АЛГОРИТМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА НА ВНУТРИУТРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Трошина И.Н., Кузнецова В.А., Полянчикова О.Л.
Россия, г.Тверь, МУЗ Родильный дом №2.

Внутриутробные инфекции (ВУИ) занимают от 10 до 61% в структуре младенческой смертности, и относятся к группе заболеваний, диагностика которых связана с определенными трудностями. В связи с этим до настоящего времени отсутствуют четкие данные о частоте внутриутробных инфекций. Отсутствие специфических клинических проявлений, возможность появления вирусно-вирусных, вирусно-бактериальных и вирусно-бактериально-грибковых ассоциаций делают проблему точной верификации возбудителя и определения адекватных подходов к диагностике полиэтиологичной перинатальной инфекции особенно актуальной.

Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики внутриутробных инфекций у беременных с факторами риска.

Обследовано 120 беременных женщин с внутриутробной инфекцией. Из них — 40 пациенток с доношенной беременностью (1 группа) и 80 — с преждевременными родами в срок гестации 32-36 недель (2 группа). Контрольную группу составили 20 беременных с физиологически протекающей беременностью, завершившейся своевременными родами. Диагноз внутриутробной инфекции верифицировался на основании общеклинических и лабораторных данных — ПЦР, ИФА. Наряду с этим, в крови беременных определялись биохимические показатели, позволяющие оценить интенсивность перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид — МДА) и антиоксидантную активность крови (АОА).

При обследовании беременных 1-ой группы установлено, что наиболее частыми возбудителями ВУИ явились стрептококки (24%), сочетание стрептококка с цитомегаловирусной и грибковой инфекциями выявлено в 16% случаев, хламидийная — в 16%, ее сочетание с грибковой и уреоплазменной инфекциями, герпетической, ЦМВ и грибковой встречалось одинаково часто — в 10% случаев. У пациенток 2-ой группы выявлено, что стрептококковая инфекция встречалась значительно чаще и составила 46%. Сочетание стрептококковой инфекции с токсоплазменной, цитомегаловирусной и герпетической инфекциями наблюдалось в 26% случаев. Хламидийная инфекция с токсоплазменной,

цитомегаловирусной и герпетической была диагностирована у 18% женщин, а ее сочетание с токсоплазменной и цитомегаловирусной и грибковой инфекциями составило 10%. Ведущими факторами риска на развитие ВУИ у женщин обеих групп явилась соматическая патология — пиелонефрит, хронический бронхит — а также, кольпит.

При определении содержания конечного продукта перекисного окисления липидов — малонового диальдегида (МДА) — установлено, что его концентрация в крови беременных женщин 1-ой и 2-ой групп увеличена по сравнению с физиологически протекающей беременностью в 1,7 — 2 раза. У 30% беременных 1-ой группы и 67% 2-ой группы концентрация МДА была значительно выше среднестатистических показателей и превышала контрольные показатели в 2,8 раза.

Повышение интенсификации свободнорадикального окисления при ВУИ сочеталось со снижением общей антиоксидантной активности крови, наиболее выраженным у беременных 2-ой группы. Если у пациенток 1-ой группы она была снижена на 27%, то у женщин 2-ой группы — на 50%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что внутриутробные инфекции независимо от возбудителя сопровождаются интенсификацией перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной активности крови, а показатели, отражающие эти процессы, могут быть использованы при обследовании беременных женщин на внутриутробную инфекцию.

О РОЛИ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В СТРУКТУРЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Удодова Л.В., Шапошникова Е.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, Астраханская Государственная Медицинская Академия, Астрахань, Россия

На современном этапе развития акушерской науки проблема акушерских кровотечений остается актуальной. Новые методы диагностики причин акушерских кровотечений, усовершенствование методов лечения внесли ощутимые результаты, но всё таки материнская смертность остаётся достаточно высокой, т.к. ежегодно в мире умирают от акушерских кровотечений более 120 тысяч женщин.

Учитывая актуальность проблемы в исследовании решались следующие задачи: определить частоту и причины акушерских кровотечений в г.Астрахани за 2005-2009г; выделить основные группы среди беременных, имеющих высокую степень риска по развитию кровотечений, обусловленных преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП); изучить морфологические изменения в плаценте при ПОНРП, сопоставить их с течением гестационного процесса и родов.

Цель исследования — определить возможность профилактических мер по снижению кровотечений, обусловленных ПОНРП.

Для решения задач проведен анализ 412 историй родов и статистических отчетов, осложненных акушерскими кровотечениями и 125 историй с ПОНРП за 2005-2009 гг по МУЗ КРД г.Астрахани. По данным анализа частота акушерских кровотечений колеблется от 2,3% до 3,4% и за последние 2008-2009 года остается стабильной. Гипотонические кровотечения составляют 0,6% (к числу родов) или 17%-17,5% к числу кровотечений. Отмечается снижение частоты гипотонических кровотечений в сравнении 2005г с 2009г на 8%-9%. В последовом периоде количество кровотечений уменьшилось с 0,07% до 0,02%, частота послеродовых кровотечений остается стабильной (от 0,1% до 0,2%). Отмечается снижение коагулопатических кровотечений с 0,09% до 0,03%. Кровотечения, обусловленные предлежанием плаценты увеличились на 0,4% (к общему количеству родов). ПОНРП за последние 5 лет наблюдалась в 1%-1,4% случаев (к общему количеству родов) и не имеет тенденции к уменьшению, а в структуре акушерских кровотечений составляет 44,4%-46%.

Принимая во внимание, что в структуре акушерских кровотечений ПОНРП занимает первое место и не имеет тенденции к снижению, был проведен углубленный анализ 125 случаев данной патологии. По возрасту беременные распределились: от 18 до 21 года-16,4%, от 22-26 лет-22,3%, от 27 до 31 года-36,4%, от 32-36 лет 15,2%, от 37 до 41 и более -9,4%. Жительниц города- 83,5%. На диспансерном наблюдении в женской консультации состояло 85,8%. Первобеременных 27,5%, повторнбеременных-72,5%, с отягощенным акушерским анамнезом (артифициальные и самопроизвольные аборты, операции кесарева сечения)-77% пациенток. Выявлена экстрагенитальная патология: у 52,5% железодефицитная анемия I-III степени, хронический пиелонефрит у 25%, НЦД у 22% женщин, нарушение жирового обмена II-III степени-12,5% пациенток. У каждой второй выявлены гинекологические заболевания инфекционного генеза (кольпиты, аднекситы, метроэндометриты). Гестационный процесс осложнен гестозами в 57% наблюдений, патологией амниона у 17,5%, угрозой прерывания беременности в 25% в I половине беременности и в 19% во II-ой. Хроническая фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 54% наблюдений, хроническая гипоксия плода-37,6%, острая гипоксия плода в 15,2% наблюдений. ПОНРП развилась в 51,6% на 37-40 недели гестации. В 94,2% роды завершились путем операции кесарево сечения. В полном объеме проводилась инфузионная терапия, восполнение ОЦК, коррекция системы гемостаза, симптоматическая терапия. Программа реанимационных мероприятий проводилась на современном уровне, летальных исходов не имелось.

При исследовании плацент от пациенток с ПОНРП выделены следующие патоморфологические изменения: кровоизлияние в децидуальную пластинку -40%, в межворсинчатое пространство-34,6%, сосудистая патология ворсин (незрелость ворсин, гиалиноз сосудов) в 36,6%,

массивное отложение солей в 21%. В 32,5% выявлены изменения воспалительного характера (хориоамнионит, децидуит, продуктивный виллизит). Патоморфология плаценты при ПОНРП свидетельствует о сосудистой патологии на фоне склеротических и дистрофических изменений. Процесс патологии ворсин имел длительный характер, т.к сочетался процесс старения ворсин и сосудистого русла с компенсаторными реакциями. Выявленные воспалительные изменения возникали у пациенток, имевших инфекционный премоорбидный фон.

Таким образом: частота акушерских кровотечений колеблется от 2,3% до 3,4%. На фоне снижения гипотонических, послеродовых и коагулопатических (ДВС) кровотечений отмечается рост кровотечений, обусловленных патологией плаценты. Пациенток, относящихся к группе риска по развитию акушерских кровотечений при ПОНРП следует считать беременных с гестозами, угрозами прерывания беременности, экстрагенитальной патологией, генитальной инфекцией, с отягощенным акушерским анамнезом. Имеющиеся в плаценте патоморфологические изменения свидетельствуют о сосудистых, дистрофических и воспалительных процессах, обусловленных осложнениями беременности. При ПОНРП существует угроза жизни, здоровья матери и плода. Пути снижения этой угрозы должны включать: прегравидарную подготовку пациенток с экстрагенитальной и генитальной патологией; проведение профилактики и современного лечения гестозов; лечение экстрагенитальных и генитальных заболеваний, инфекций мочеполового тракта; учитывая характер патологии плаценты необходимо использовать современные методы оценки маточно-плацентарно-плодового кровотока, состояние коагуляционного потенциала крови беременных, с целью своевременного и адекватного назначения препаратов, улучшающих маточно-плацентарное кровообращение. Оценка состояния маточно-плацентарного кровообращения (доплерометрия, УЗИ) позволяет своевременно родоразрешать беременных, угрожаемых по ПОНРП.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**Уракова Н.А., Соколова Н.В., Колесникова А.М.,
Медведева Е.Г.**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, ГОУ ВПО
«Ижевская Государственная Медицинская Академия»
Росздрава, г. Ижевск, Россия

Преждевременные роды являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и до 75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных. Перинатальная смертность у недоношенных

новорожденных в 33 раза выше, чем у доношенных детей. Частота данной патологии, несмотря на усовершенствование методов диагностики и лечения, остается на прежнем уровне.

Исследование направлено на выявление прогностически значимых факторов риска преждевременных родов как на момент постановки на учет, так и в течение настоящей беременности.

Материалы и методы исследования: диспансерные карты беременных, истории родов; для оценки состояния плода использовались кардиотокография плода, ультразвуковой метод и доплерометрия сосудов матки, пуповины и плода.

Проведен анализ архивного материала Родильных домов № 3, №5, №6 города Ижевска за 2008 - 2009 годы. Методом случайной выборки нами отобраны 216 историй с преждевременными родами и 72 истории родов женщин, родивших в срок. В основной группе с преждевременными родами средний возраст составил 27,51 года (от 13 до 43 лет), в группе сравнения — 26,24 года (от 16 до 38 лет). Преимущественно на роды поступали женщины в возрасте от 19 до 30 лет, что в основной группе составило 137 наблюдений (63,43%), в группе сравнения 52 женщин (72,22%). Старше 30 лет на роды поступило 84 беременных (38,89%) среди группы с преждевременными родами и 17 женщин (23,61%) родивших своевременно. Беременные младше 18 лет в группе сравнения было 2 человека (2,78%), в группе преждевременно родивших — 11 женщин (4,23%). Первородящие составили 109 (50,46%) и 41 (56,94%) женщина в основной и группе сравнения соответственно. Свершившимся родам в основной группе предшествовало 1-2 аборта у 70 женщин (32,41%), более двух аборт — 21 женщин (9,72%), внематочная беременность у 4 родивших (1,85%), самопроизвольный выкидыш в 32 случаях (13,81%), имелись неразвивающиеся беременности у 20 человек (9,26%), предыдущие роды закончились преждевременно у 35 женщин (16,20%). В группе сравнения менее двух аборт в анамнезе у 20 (27,78%) и более двух у 5 (6,95%) женщин, внематочная беременность в 2 случаях (2,78%), самопроизвольный выкидыш в трех наблюдениях (4,17%), неразвивающаяся беременность у 2 женщин (2,78%)., преждевременные роды предшествовали данной беременности у 1 женщины (1,39%). В основной группе отмечена высокая частота вредных привычек — 25,93%, в группе сравнения этот показатель составил лишь 9,72%. В группе с преждевременными родами 49 (22,69%) женщин страдали курением, причем имели стаж привычки более трех лет. Большинство беременных — 153 человека (70,83%) в группе преждевременно родивших не имели высшего образования, при этом в группе срочных родов этот показатель составил 51,38%.

При ретроспективном анализе здоровья беременных обращает на себя внимание широкая распространенность сопутствующих заболеваний, в группе сравнения этот показатель составил 97,62%, а в основной группе — 100%. Среди структуры преобладали сердечно-сосудистые заболевания — 61,64%

и 42,86%, заболевания почек — 34,25% и 30,95%, анемия беременных у 54,11% и 64,29%, ОРЗ в период гестации — 42,47% и 42,86%, наличие инфекций передающимся половым путем у 71,92% и 73,81% в группе женщин с преждевременными родами и группе сравнения соответственно.

При ведении настоящей беременности маловодие зафиксировано в группе с преждевременными родами в 29 случаях (13,43%), в группе срочных родов в 3 случаях (4,16%). Диагноз хронической фетоплацентарной недостаточности поставлен в группе преждевременно родивших женщин в 104 случаях (48,15%), в группе срочных родов — 21 наблюдение (29,16%). Начальные признаки гипоксии плода при кардиотокографическом исследовании выявлены у 84 плодов, что составило 38,89% среди группы наблюдения, в группе сравнения этот показатель — 32 наблюдения (44,44%); признаки хронической гипоксии зафиксированы у 55 плодов (25,46%) и в 12 наблюдениях (16,67%) в группе преждевременно родивших и срочных родах соответственно.

В заключении нами сформирован социальный портрет женщин, позволяющий отбирать пациентов в группу риска на преждевременные роды. Женщина, чаще других рожаящая преждевременно, представляет собой беременную со среднеспециальным образованием, работающая на не престижной работе либо безработная, со стажем курения более 3 лет, имеющая сопутствующие заболевания, данной беременности предшествовало выскабливание полости матки при аборте, неразвивающейся беременности или самопроизвольном выкидыше. При обследовании таких женщин необходимо обращать внимание на наличие хронической плацентарной недостаточности, признаки хронической гипоксии плода и маловодие при ультразвуковом исследовании.

ВАРИАбельность Сердечного Ритма Матери и Плода при Гематогенном Инфицировании Плодного Яйца с Локализацией Инфекционного Агента на Уровне Плацентарного Барьера

Фанасков С.В., Гребнева И.С.

МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевск,
Управление здравоохранения администрации г. Прокопьевска

Введение. Внутриутробное гематогенное инфицирование является фактором риска развития различных патологических состояний плода и новорожденного, но инфицирование беременной не всегда приводит к развитию инфекционного процесса у плода, что во многом обусловлено защитными функциями плаценты.

Цель исследования — изучение регуляторных процессов в системе мать-послед-плод при материнской стадии инфицирования плодного яйца.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе родильного

дома городской больницы №1 г. Прокопьевска в период 2007-2009гг. Под наблюдением находилось 150 беременных женщин в сроке гестации 32-40 недель, из них у 47 выявлено инфицирование гематогенными инфекциями, при морфологическом исследовании последа обнаружены воспалительные изменения с локализацией инфекционного агента на уровне плацентарного барьера (основная группа). Группу сравнения составили 103 случая неинфицированной беременности (у женщин клинически и лабораторно не было выявлено инфицирования, при морфологическом исследовании последа отсутствовало инфекционное поражение). Критериями включения в основную группу было наличие во время беременности клинических признаков гематогенных инфекций (ВПГ, ЦМВ, гепатиты В,С и др.); наличие морфологических эквивалентов инфекционного процесса на уровне плацентарного барьера. Критериями исключения было наличие тяжелой соматической патологии, отягщенного акушерского анамнеза, тяжелого гестоза, резус-конфликтной беременности, многоплодия, курения. Анализ вариабельности сердечного ритма проведен в соответствии с Единными стандартами Европейского Кардиологического общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии. Статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение. При неинфицированном плодном яйце (группа сравнения) показатели регуляции кардиоритма матери в исходном состоянии характеризовались «правильным» спектром с преобладанием VLF-компонента. В абсолютных значениях компоненты спектра составили: VLF — $79,67 \pm 15,62$ у.е., LF — $12,84 \pm 3,24$ у.е., HF — $5,75 \pm 2,55$ у.е. Нормоадаптивное состояние отмечено в 84,4%, гипердаптивное — в 12,6%, гиподаптивное — в 3%. Отмечалась хорошая реактивность на функциональные пробы и эффективные восстановительные процессы. Математические показатели представлены следующим образом: Mo — $0,64 \pm 0,03$ с; ИН — $82,98 \pm 17,56$ у.е. Спектральные показатели кардиоритма плода в исходном состоянии характеризовались «правильным» спектром с преобладанием VLF-компонента — $31,18 \pm 5,63$ у.е. LF составил $1,48 \pm 0,91$ у.е., HF — $0,82 \pm 0,38$ у.е. В исходном состоянии нормоадаптивное состояние отмечено у 82,5%, гипердаптивное — у 17,5%, гиподаптивное состояние зарегистрировано не было. Отмечалась адекватная реакция на нагрузочную пробу у матери и хорошие адаптационные возможности в восстановительный период. Наиболее информативными математическими показателями баланса вегетативной регуляции были Mo — $0,52 \pm 0,01$ с и ИН — $275,84 \pm 41,52$ у.е. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода выявлена статистически значимая прямая, сильная корреляция ($r=0,84$; $p=0,001$).

При материнской стадии воспалительных изменений в плаценте показатели регуляции кардиоритма матери в исходном состоянии характе-

ризовались «правильным» исходным профилем, в котором отмечалось относительное преобладание LF-компонента спектра над HF. В абсолютных значениях компоненты спектра составили: VLF — $74,84 \pm 14,68$ у.е., LF — $18,24 \pm 1,74$ у.е., HF — $8,03 \pm 4,69$ у.е. В исходном состоянии в 34,04% отмечено нормаадаптивное состояние, в 38,3% — гиперадаптивное, в 27,66% — гипоадаптивное. Сохранялась хорошая реакция на функциональные пробы и эффективные восстановительные процессы. Математические показатели представлены следующим образом: Мо $0,62 \pm 0,01$ у.е., ИН $128,16 \pm 31,59$ у.е. Спектральные показатели регуляции кардиоритма плода в исходном состоянии характеризовались «правильным» спектром с преобладанием VLF-компонента. Компоненты спектра составили: VLF $182,47 \pm 21,1$ у.е., LF — $63,32 \pm 7,41$ у.е., HF — $24,95 \pm 2,66$ у.е. В исходном состоянии нормаадаптивное состояние составило 36,15%, гиперадаптивное — 36,15%, гипоадаптивное — 27,7%. Отмечалась адекватная реакция на нагрузочную пробу у матери и хорошие адаптационные возможности в восстановительный период. Математические показатели баланса регуляции составили: Мо — $0,72 \pm 0,01$ с и ИН — $391,82 \pm 16,7$ у.е. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода выявлена статистически значимая прямая, сильная корреляция ($r=0,78$; $p=0,001$).

Заключение. Полученные результаты предполагают трофотропную направленность адаптационных процессов матери как при неинфицированном плодном яйце, так и локализации инфекционного агента на уровне плацентарного барьера. При носительстве инфекций поддержание оптимального уровня компенсаторно-приспособительных реакций обеспечивается напряжением механизмов адаптации. Показатели кардиоритма плода свидетельствуют о функциональном равновесии регуляторных влияний на сердечный ритм, высоком уровне устойчивости, предполагают благоприятный исход беременности.

ПЛАЦЕНТА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Фанасков С.В., Гребнева И.С.

МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевск, Россия

Важнейшим фактором развития внутриутробного инфицирования является период беременности, в котором происходит первичное инфицирование беременной или активация инфекционного процесса. Так, в I триместре беременности риск инфицирования составляет 15%, во II триместре — 45%, в III триместре — 70%.

Цель: изучить частоту послеродовых и неонатальных инфекционных осложнений во взаимосвязи с морфологией последа при гематогенном инфицировании плодного яйца.

Материалы и Методы исследования: исследование проводилось на базе МУЗ «Городская больница №1» г. Прокопьевска в период за 2007-2009 годы. Основную группу (I группа) составили 133 пациентки с признаками гематогенного инфицирования плодного яйца при морфологическом исследовании последа. Группу сравнения (II группа) составили 103 беременных с отсутствием признаков инфицирования плодного яйца. Критериями включения в I группу было наличие у беременной клинических и лабораторных признаков гематогенной инфекции, обнаружение в последе воспалительных изменений. Критериями исключения были лабораторное подтверждение влагалищных инфекций, инфекции мочевыделительной системы, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания в стадии суб- и декомпенсации, многоплодная беременность. Морфологическое исследование плаценты проводилось по стандартной методике в гистологической лаборатории патологоанатомического бюро г. Прокопьевска.

Результаты и их обсуждение: при проведении морфологического исследования последа материнская стадия распространения инфекционного процесса была диагностирована в 72 случаях, последовая — в 48, плодовая — в 13. При материнской стадии распространения воспалительного процесса было выявлено сочетание следующих процессов: воспалительных (базальный децидуит — 51 (75,1%), хориодецидуит — 17 (25,1%); компенсаторных — у 36 (52,9%); инволютивно-дистрофических — у 68 (100%); циркуляторных нарушений — у 40 (58,8%); нарушение процесса созревания хориона — у 42 (61,8%). Относительный риск поражения на этой стадии составляет в I группе $OR = 1,4$, во II — $OR = 0,09$ (при $OR < 1$, вероятность = 0). При этом вероятность развития воспалительного поражения последа составляет 58,3%. Адекватная воспалительная реакция на уровне плацентарного барьера предотвращает дальнейшее распространение возбудителя, плод страдает от гипоксической недостаточности плаценты, вовлеченной в воспалительный процесс. Это реализуется рождением детей с задержкой развития (ЗВУР) в 19 (27,9%), морфофункциональной незрелостью в 10 (14,7%), анемией — в 10 (14,7%), отечно-геморрагическим синдромом — в 17 (25%), поражением ЦНС — в 18 (26,8%), экзантемой — в 5 (7,4%) случаях.

При последовой стадии распространения воспалительного процесса морфологическое исследование плацент выявило сочетание следующих процессов: воспалительных (хориоамнионит — 35 (72,91%), хориодецидуит — 37 (77,08%), интервиллузит — 30 (62,5%), виллузит — 24 (50%), базальный децидуит — 37 (77,08%); компенсаторных — у 35 (72,91%); инволютивно-дистрофических — у 43 (89,6%); циркуляторных нарушений — у 30 (62,5%); нарушение процесса созревания хориона — у 31 (64,6%). Относительный риск поражения на этой стадии составляет в I группе $OR=9,1$, во II — $OR=0,08$ (при $OR < 1$, вероятность = 0). При этом вероятность развития воспалительного поражения последа составляет 90,1%. Между изменениями в плаценте и со-

стоянием здоровья новорожденных отмечается тесная взаимосвязь. Проявляется это рождением детей со ЗВУР в 41(85,4%) случае, морфофункциональной незрелостью — в 6 (12,5%), недоношенностью — в 13 (27,1%), анемией — у 13 (27,1%), отечно-геморрагическим синдромом — у 22 (45,8%), синдромами поражения ЦНС — у 48 (100%), экзантемой — у 18 (37,5%), гипербилирубинемией — у 14 (29,1%), СДР — у 21 (43,7%), гипертермией — у 37 (77,9%), пневмониями — у 3 (6,2%), поражением сердца — у 16 (33,3%), патологией ЖКТ — у 17 (35,4%), гепатоспленомегалией — у 19 (39,5%) новорожденных. Данные проявления подтверждают не только внутриутробное инфицирование, но и его реализацию в виде локальных форм инфекций.

При плодовой стадии распространения воспалительного процесса морфологическое исследование плацент родильниц выявило сочетание следующих процессов: воспалительных (хориоамнионит — 13 (100%), хориодецидуит — 8 (61,53%), интенвиллузит — 7 (53,84%), виллузит — 8(61,53%), базальный децидуит — 5 (38,46%), флебит 11 (84,61%), артериит — 10 (76,92%), фуникулит — 10 (76,92%); компенсаторных — у 11 (84,61%); инволютивно-дистрофических — у 11 (84,61%); циркуляторных нарушений — у 13 (100%); нарушение процесса созревания хориона — у 8 (61,53%). Относительный риск поражения на этой стадии составляет в I группе $OR=10,61$, во II — $OR=0,93$ (при $OR<1$, вероятность = 0). При этом вероятность развития воспалительного поражения последа составляет 89,36%. Между изменениями в плаценте и состоянием здоровья новорожденных отмечается прямая зависимость. Проявляется это рождением детей со ЗВУР в 10 случаях (76,92%), недоношенностью — в 3 (23,07%), отечно-геморрагическим синдромом — у 9 (69,23%), синдромами поражения ЦНС — у 13 (100%), экзантемой — у 8 (61,53%), гипербилирубинемией — у 10 (76,92%), СДР — у 7 (53,84%), гипертермией — у 9 (69,23%), пневмониями — у 3 (23,07%), поражением сердца — у 11 (84,61%), патологией ЖКТ — у 5 (38,46%), гепатоспленомегалией — у 11 (84,61%) новорожденных. Данные стадия распространения воспалительных изменений характеризуется тотальным поражением всех элементов плодного яйца и свидетельствует о вовлечении в инфекционный процесс не только матери и последа, но и о развитии генерализованной инфекции у плода.

Выводы: исследование позволяет предположить, что частота послеродовых и неонатальных инфекционных осложнений зависит от распространенности воспалительного процесса в последе.

ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В XXI ВЕКЕ

Фаткуллин И.Ф.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Сегодня, казалось бы, решены принципиальные вопросы операции кесарева сечения. Достигнут

консенсус в части большинства показаний, противопоказаний и условий выполнения операции. Отработаны вопросы обезболивания, методики наложения швов и шовного материала, профилактики гнойно-воспалительных осложнений и др. Вместе с тем эта операция, как и любая хирургия, не стала совершенно безопасной для матери и плода.

Мы полагаем, что дальнейшее развитие проблемы может пойти по пути разработки «бережных» методик операции с целью предупреждения родового травматизма плода, уменьшения кровопотери и травматичности для матери, а также стабилизации частоты этой операции (при тревожной тенденции ее роста в конце XX века) за счет изменения структуры показаний.

В опубликованных ранее работах (И.Ф.Фаткуллин, Ф.И.Фаткуллин) и докладах (В.Е.Радзинский, И.Ф.Фаткуллин) нами развивалась идея нового подхода к внедрению бережной и изящной методики кесарева сечения с извлечением маловесного плода в целом плодном пузыре. Было показано, что бережное извлечение плода благодаря созданию т.н. «гидравлической защиты» обеспечивает хорошие перинатальные результаты и снижение младенческой заболеваемости среди детей, родившихся с низкой массой тела. Реальное уменьшение родового травматизма позволяет рекомендовать эту методику и оправдывает риски, связанные с продолжающимся и в принципе обоснованным ростом частоты оперативных родов при недоношенной беременности.

Заслуживает внимания наш опыт применения кесарева сечения в плодном пузыре при многоплодной беременности. Небольшие размеры детей, перерастянутая матка с хорошо сформированным нижним сегментом способствуют выполнению этой операции. Основные ее этапы заключается следующем. После лапаротомии (по Джоэл-Кохену или Пфанненштилю) разрез на матке осуществляется скальпелем до плодовых оболочек, не повреждая их, затем продолжается ножницами дугообразно в поперечном направлении под контролем двух пальцев введенных между стенкой матки и оболочками, на длину, достаточную для извлечения плода. Производится осторожное отслаивание плодного пузыря первого плода от стенок матки рукой, выведение головки плода из полости матки, извлечение его в целом плодном пузыре до плечевого пояса или целиком, вскрытие оболочек, пересечение и клеммирование пуповины. Извлечение второго плода в пузыре, как правило, не бывает затруднительным даже при его тазовом предлежании или поперечном положении. Условием операции является бережное и плавное надавливание ассистентом на дно матки через переднюю брюшную стенку, исключая чрезмерное повышение давления в плодном пузыре и его разрыв. Реализация принципа извлечения плода в целом плодном пузыре при иных акушерских ситуациях представляется нам весьма перспективной.

Серьезной является проблема кровопотери, которая даже при неосложненной операции в 1,5-2 раза, а риск кровотечения многократно превышает

таковые при родах. Наряду с правильным учетом факторов риска, хорошей хирургической техникой, предоперационное введение транексамовой кислоты (за 30 минут до разреза) позволяет существенно уменьшить кровопотерю. Показаниями для ее назначения являются операции среднего и высокого риска по кровотечению (патология плаценты, повторное кесарево сечение, недоношенная беременность, многоплодие и др.), а также состояния, при которых кровопотеря должна быть минимальной (анемия, пороки сердца и др.). Транексамовая кислота отличается низким риском тромботических осложнений, присущих другим антифибринолитическим препаратам.

При расширении показаний к абдоминальному родоразрешению при тазовом предлежании плода, преждевременных родах, высоком перинатальном риске, стабилизация частоты кесарева сечения может быть достигнута за счет ее снижения у женщин с рубцом на матке, миопией, при аномалиях родовой деятельности, внедрении современных технологий программированных родов, вакуум экстракции плода, информативных методов оценки состояния плода и др.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Фаткуллин И.Ф., Ахмадеев Н.Р.

Россия, г. Казань, КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии №2

Поиск адекватных методов родоразрешения при многоплодной беременности имеет особую актуальность, т.к. это, как правило, роды недоношенными и/или маловесными плодами. Одним из предлагаемых вариантов является родоразрешение путем операции кесарева сечения в целом плодном пузыре.

За период с 2007 по 2009 года в родильном отделении МУЗ ГКБ №7 г. Казани произошли 9381 роды, из них 105 двойней (1,12%). Монохориальных моноамниотических было — 8 (8%), монохориальных биамниотических — 61 (58%), бихориальных биамниотических — 36 (34%). Путем операции кесарева сечения было родоразрешено 43 беременных (40,9%) чаще по сочетанным показаниям. Тазовое предлежание первого плода встретилось в 18 случаях (41,9%), поперечное положение второго плода в 4 случаях (9,3%) и всегда сочеталось с тазовым положением первого плода, беременность отягощенная гестозом средней и тяжелой степени — 9 (20,9%), хроническая внутриутробная гипоксия одного из плодов — 7 (16,3%), роды, осложнившиеся упорной первичной слабостью родовой деятельности — 6 (14%), рубец на матке после кесарева сечения — 5 рожениц (11,6%), анамнез, отягощенный бесплодием и применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) — 5 случаев (11,6%), высокой боковой надрыв плодного пузыря при неподготовленных родовых путях — 1

(2,3%), патологический прелиминарный период — 1 (2,3%). Также были один случай частичной отслойки нормально расположенной плаценты первого плода при бихориальной двойне и один случай антенатальной гибели второго плода из бихориальной биамниотической двойни. Преждевременные оперативные роды были у 18 беременных (41,9%).

Во время 12 операций кесарева сечения была использована методика извлечения детей в целом плодном пузыре. Данная методика позволяет снизить силу травматического воздействия на плод во время извлечения из полости матки. Применение данной методики при многоплодной беременности не представляет больших сложностей, т.к. плоды имеют относительно низкую массу тела, хорошую подвижность, а нижний сегмент матки как правило тонкий.

Всего в целом плодном пузыре было извлечено 14 плодов, из них парами 4 ребенка. Один из плодов погиб антенатально, мацерировался и был извлечен в целом плодном пузыре целиком вместе с плацентой, что позволило избежать попадания детрита в операционную. Публикация тезисов «МАТЬ И ДИТЯ 2010», Ф.И.О.рану и брюшную полость.

Тяжесть состояния новорожденных зависела от степени недоношенности и незрелости. Недоношенные дети, рожденные в плодном пузыре находились на ИВЛ в среднем на 14 часов меньше, чем извлеченные обычным методом. Необходимость ИВЛ была обусловлена синдромом дыхательных расстройств. Доношенные дети в ИВЛ не нуждались. Продолжается изучение отдаленных результатов.

Предварительные результаты исследования позволяют предположить, что методика извлечения плодов при двойне в целом плодном пузыре позволяет снизить интенсивность реанимационных мероприятий для незрелых и недоношенных новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Федоренко О.А., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.

Россия, г. Томск, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

Среди причин патологии репродуктивной функции женщин весьма значима роль гиперандрогении (ГА) — патологического состояния, обусловленного изменением секреции андрогенов, нарушением их метаболизма и связывания на периферии. Беременность возникает в основном при так называемых стертых проявлениях ГА, которые составляют от 4 % до 11 % в общей популяции. Достиagnутые успехи в ведении беременности при ГА не исключают внутриутробной гибели плода вследствие плацентарной недостаточности (ПН) в критические сроки гестации. Одним из патогенетических звеньев ПН независимо от ее генеза является нарушение маточно-плацентарного кро-

вотока на уровне микроциркуляции, которое во многом обусловлено изменением реологических и коагуляционных свойств крови матери. Избыток андрогенов во время беременности ведет к газу и склеротическим изменениям в микроциркуляторном русле, вследствие чего ухудшается кровоток в маточно-плацентарных сосудах и межворсинчатом пространстве.

Целью исследования явилось выявление особенностей агрегатного состояния крови беременных с избытком андрогенов.

Проведено проспективное открытое исследование в параллельных группах 88 беременных 18—35 лет в 30—34 недели гестации с ПН, обусловленной гиперандрогенией. Комплекс исследований включал анализ системы регуляции агрегатного состояния крови. Обследованы беременные с впервые выявленным во время гестации повышенным уровнем андрогенов, источник которого не был установлен, и к моменту исследования имевшие компенсированную и субкомпенсированную формы ПН. Исключались из исследования беременные с экстрагенитальными заболеваниями, перинатально значимыми инфекциями и те, у кого в дальнейшем развился гестоз средней и тяжелой степени и/или изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Пациенты в группах были идентичны по возрасту, социальным и анамнестическим данным. Оценку выраженности гирсутизма проводили по шкале Ферримана-Голлвея. Исследование гормонального профиля: 17КС, ДГЭАС, тестостерон, 17-гидроксипрогестерона (17-ОН), кортизол — методом иммуноферментного анализа набора реагентов ANTHOS2020 (Австрия), «Стероид ИФА-ДГЭА-сульфат» и «Стероид ИФА-тестостерон-01» «Алкор-Био» (Санкт-Петербург). Коагулологические исследования по следующим позициям: сосудисто-тромбоцитарный гемостаз; коагуляционный гемостаз: АПТВ, ПТВ, общий фибриноген, стимулированный эуглобулиновый лизис фактором XIIa, РФМК, антиромбин III — с помощью коагулометра «Минилаб-701», анализатора агрегации тромбоцитов «БИОЛА» (Россия); определение параметров структурной и хронометрической коагуляции на аппарате «АРП-01» (НПО «Меднорд», Томск).

При анализе показателей системы гемостаза к концу II — началу III триместра беременности было установлено состояние тромбофилии у пациенток с гиперандрогенией (без значимых различий между группами беременных с ГА), характеризующееся активацией тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного звеньев гемостаза. Поэтому проведение терапии сулодексидом, направленной на нормализацию агрегатного состояния крови у беременных с ПН на фоне ГА, патогенетически обосновано и эффективно.

Проведено исследование системы агрегатного состояния крови в сравниваемых группах до проведения терапии плацентарной недостаточности.

Анализ полученных данных у беременных с гиперандрогенией позволил прийти к заключению о существенных различиях состояния коагуляци-

онного потенциала крови у здоровых и имеющих гиперандрогению беременных. Несмотря на то, что во всех трех клинических группах наблюдалась структурная и хронометрическая изокоагуляция, в группах с ГА все изучаемые показатели приближались к верхней границе гестационной нормы, в то время как в контрольной группе исследуемые показатели соответствовали средним значениям. Это определило статистически значимые различия между исходными показателями беременных с гиперандрогенией и контрольной группы. Значимых различий в группах беременных с гиперандрогенией не наблюдалось.

Таким образом, при плацентарной недостаточности на фоне гиперандрогении к концу II — началу III триместра в 100 % случаев определяется состояние тромбофилии, характеризующееся активацией тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного звеньев гемостаза

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА И ЭСТРАДИОЛА НА РАЗВИТИЕ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Федорович О. К.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии КГМУ, г. Краснодар

По мнению ряда авторов, в 80-90% случаев аномалии родовой деятельности (АРД) развиваются у практически здоровых женщин без видимых причин (Чернуха Е.А., 2001)

Биологический цикл беременности тесно связан с циркадианными и цирканнуальными ритмами различных функций организма (Заславская Р.М., 1991).

Основным осциллятором биологического ритма человеческого организма является эпифиз (Цвелев Ю.В., Малинин В.В., 2004). Ведущим гормоном эпифиза, влияющим на хронозависимое функционирование различных органов и систем, является мелатонин (МТ).

Неоднозначны взаимодействия МТ с половыми стероидами. Несмотря на неуклонное повышение уровня МТ в течение беременности, также растёт и уровень эстрадиола (Э2), концентрация которого перед родами в 50-100 раз превышает показатели начала беременности (Фанченко Н.Д. и соавт., 1984).

Нас заинтересовал вопрос о связи развития АРД с уровнем секреции МТ и Э2.

Ретроспективно было проанализировано 437 историй физиологических родов (первородящих женщин 264 (60,41%), повторнородящих 173 (39,59%). Средний возраст рожениц с физиологическим течением родов 24±5 года. С целью выявления связи развития АРД с уровнем секреции МТ и Э2 было проведено проспективное исследование, в которое вошли 120 женщин в латентной фазе родов и беременных с дородовым отхождением около-

плодных вод. Все испытуемые были разделены на 4 равные группы:

1-ая — контрольная группа с физиологической родовой деятельностью (ФРД) -30 рожениц.

2-ая группа — с дородовым излитием околоплодных вод (ДОВ) -30 беременных, из них у 24 самостоятельно начались роды в течение 8 часов безводного промежутка времени, а у 6 пришлось прибегнуть к медикаментозному родовозбуждению.

3-я группа — со слабостью родовых сил (нами учитывалась только первичная слабость родовой деятельности (ПСРД)) - 30 рожениц.

4-я группа — с дискоординацией родовой деятельности (ДРД) -30 рожениц.

Сократительную активность матки определяли кардиотокографом «Corometrics» (Англия), уровень МТ в сыворотке крови рожениц методом иммуноферментного анализа (Melatonin ELISA на иммуноферментном анализаторе «Multiskan Flow» (Англия), уровень Э2 методом конкурентного иммуноферментного анализа.

Проведенные исследования показали, что характер аномалий родовой деятельности, связанный с нарушением сократительной деятельности миометрия, зависит от сочетания различных уровней мелатонина и эстрадиола в сыворотке крови. 84,42% всех физиологических родов начинаются во II фазе предполагаемого менструального цикла, что объясняется снижением секреции эпифизом мелатонина в эту фазу цикла. Длительность родов обратно пропорционально зависит от уровня секреции мелатонина в сыворотке крови. В период максимального выделения мелатонина эпифизом с 2 до 4 часов ночи длительность родов достоверно больше, чем в дневной промежуток времени с 14 до 16 часов, когда синтез мелатонина меньше.

В латентную фазу родов, независимо от характера родовой деятельности, а также при дородовом излитии околоплодных вод, ритмы секреции мелатонина и эстрадиола прямо противоположны друг другу. В ночное время суток уровень мелатонина максимальный, а уровень эстрадиола минимальный, и наоборот. Для каждого вида аномалий родовой деятельности характерно индивидуальное сочетание уровней мелатонина и эстрадиола в латентную фазу родов или при дородовом излитии околоплодных вод, проявляющееся нарушением сократительной деятельности миометрия и степени раскрытия шейки матки.

Связь аномалий родовой деятельности с уровнем секреции мелатонина и эстрадиола выражается в различной эффективности сократительной деятельности миометрия и степени раскрытия шейки матки при разном сочетании уровня этих гормонов.

Таким образом выявление тесной связи между развитием АРД с уровнем секреции МТ и Э2 является основой развития новых методов диагностики, профилактики и лечения нарушений сократительной деятельности матки.

АНЕСТЕЗИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С МУЛЬТИСИСТЕМНОЙ АТРОФИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Флока С.Е., Ходжаева З.С., Шифман Е.М., Сокологорский С.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Мультисистемная атрофия (МСА) — дегенеративное заболевание центральной нервной системы, рассматриваемое в настоящее время как отдельная нозологическая форма. В литературе нам не удалось встретить описания случаев наблюдения за течением беременности и проведением анестезии операции кесарева сечения у женщин, страдающих мультисистемной атрофией.

Клиническое наблюдение. Повторнородящая 40 лет поступила в отделение невынашивания беременности ГУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. В 2007 г. выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ). Выставлен диагноз: Нейродегенеративное заболевание: Мозжечковая атрофия. Амбулаторно проведен курс неспецифической метаболической терапии. Эффекта не отмечалось. В 2008 г. после первой попытки ЭКО у пациентки наступила беременность, завершившаяся в 12 недель остановкой развития. При дополнительном обследовании выявлена сочетанная форма наследственной тромбофилии, изменения иммунного и интерферонового статусов с повышенным содержанием агрессивных киллерных клеток, нарушение гемодинамики матки. На этапе подготовки к беременности проводилась гормональная терапия гестагенами во вторую фазу цикла. Третья беременность у пациентки наступила спонтанно. В 21 неделю беременности произведена хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности. В сроке 24-25 недель беременности стала отмечать нарастание шаткости при ходьбе, перестала самостоятельно ходить по улице, по квартире передвигалась с опорой на стену. В последние полтора месяца появилась осиплость голоса, стала обращать внимание на поперхивание жидкой пищей, преходящая тахикардия, ортостатические реакции. В отделении осмотрена неврологом. Диагноз: Мультисистемная атрофия (спорадическая оливопонтocerebellарная атрофия): умеренная дизартрия, псевдобульбарные нарушения, легкий тетрапарез, выраженная мозжечковая атаксия; ухудшение. Осмотр глазного дна не выявил изменений. При проведении электроэнцефалографии регистрировались умеренно выраженные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции срединных структур. Отчетливой очаговой патологии и эпилептической активности не отмечалось. Выполнена повторная МРТ головного мозга: МР-признаки системного дегенеративного процесса срединных структур мозга и выраженной дегенерации мозжечка.

Консультация генетика: данных за семейный характер дегенеративного заболевания головного мозга не получено. Учитывая, ухудшение течения неврологического процесса на фоне беременности принято решение о родоразрешении путем операции кесарева сечения в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. В сроке 38 недель произведено кесарево сечение. В условиях операционной, в положении на боку в промежутке L3-L4 произведена спинальная пункция и введено 14 мг 0,5% гипербарического раствора бупивакаина. Затем выполнена катетеризация эпидурального пространства. Катетер проведен краниально. Родилась живая доношенная девочка массой 3090г, ростом 51 см, фенотип ребенка без особенностей. В послеоперационном периоде проводилась эпидуральная анальгезия посредством фракционного введения в эпидуральный катетер 0,2% раствора ропивакаина по 10 мл.

У нашей пациентки заболевание началось с симптомов вегетативной недостаточности, носивших преходящий характер, и легких нарушений координации. В последующем нарастала пирамидно-экстрапирамидная симптоматика, усилившаяся в конце второго триместра беременности. Через четыре месяца после родов: женщине определена вторая группа инвалидности. С трудом передвигается в пределах квартиры, сохраняется дизартрия. За ребенком ухаживает няня.

В доступной литературе мы не нашли данных по обезболиванию операции кесарева сечения у данной категории пациентов. Однако существуют единичные наблюдения при ряде состояний, характеризующихся сходной клинической симптоматикой, в частности наличием бульбарных нарушений. Так, Тео, Gou, Woon в 2001г. привели описание наблюдения обезбоживания гистерэктомии у больной с прогрессирующей спиноцеребеллярной атрофией. В 2007г. Rofaeel A., Balki M., Carvalho J.S. опубликовано наблюдение по обезболиванию операции кесарева сечения в аналогичной ситуации. Общая анестезия в таких случаях несет в себе потенциальный риск из-за возможной аспирации желудочным содержимым и гипоксии в послеоперационном периоде. Методом выбора в подобных ситуациях становятся нейроаксиальные методы обезбоживания.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

**Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Барбанчик И.А.,
Раздобедина И.Н.**

Актуальность: Роды при многоплодной беременности часто сопровождаются осложнениями. Среди них первичная и вторичная слабость родовой деятельности, ПРПО, выпадение петель пуповины, мелких частей плода, ПОНРП первого и второго плода, а также коллизия плодов при тазовом пред-

лежании первого и головном предлежании второго плода. Таким образом, большое влияние на перинатальный исход оказывает выбор тактики родоразрешения при многоплодной беременности.

Цель: Определить оптимальную тактику ведения родов в зависимости от срока гестации, предлежания плодов, типа плацентации, предполагаемой массы плодов и оценить перинатальные исходы.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе акушерского физиологического отделения ГУЗОО ОКБ Омского областного Перинатального центра. Были проанализированы 42 истории родов женщин с многоплодной беременностью за период с 2009г. Средний возраст пациенток 26 лет. Все женщины разделены на 2 группы: I группа (30): родоразрешенные путем операции кесарева сечение, II группа (12): роды велись через естественные родовые пути.

Результаты: Процент кесарева сечения при многоплодной беременности составил 71,4%. В первой группе средняя масса плодов составила 2548,533 г, во второй группе 2603,75 гр. Оценка по шкале Апгар у новорожденных менее 7 баллов в первой группе встречалась у 14 родоразрешенных (46,6%), из них у одного из двойни 8 (26,6%) и у обеих детей 6(20%); во второй группе 1 из двойни (7,1%). Недоношенные дети в первой группе родились у 5 женщин (16,6%), доношенные у 25 (83,3%). Во второй группе доношенные новорожденные у 10 родильниц (83,333%), у 2 (16,6%) — недоношенные. Все двойни были диагностическими в обеих группах. Монохориальными были 12 двоен из первой группы (40%) и 5 из второй (41,6%). Продолжительность родов, при их ведении через естественные родовые пути составила в среднем 9 часов 23 минуты, при этом оба плода были в головном предлежании у 10 (83,3%) рожениц и у 2 (16,6%) первый плод в головном, а второй в тазовом предлежании. Первородящие в первой группе — 16 (53,3%), во второй — 6 (50%), повторнородящие в первой группе — 14 (46,6%) во второй — 6 (50%). Среди соматической патологии ведущее место занимает анемия — в первой группе у 22 женщин (73,3%), во второй — у 6 (50%). А также часто встречаются: артериальная гипертензия — 2 (6,6%) и 3 (25%) соответственно, ожирение 5 (16,6%) и 2 (16,6%) соответственно, варикозная болезнь нижних конечностей 5 (16,666%) и 1 (8,3%) соответственно и хронический пиелонефрит 2 (6,6%) и 2 (16,6%) соответственно. Имеет место значительное число осложнений беременности: гестоз наблюдается у 17 (56,6%) беременных в первой группе, в том числе средней степени 4 (13,3%) и во второй группе гестоз легкой степени у 4 (33,3%), плацентарная недостаточность у 11 (36,6%) женщин в первой группе, из них в стадии субкомпенсации у 7 (23,3%), а во второй группе у одной (8,3%), задержка развития плода у 6 (20%) в первой группе. Кровоточность во время оперативного родоразрешения составила в среднем 661,666 мл в первой группе и 250 во второй. Гемо- и плазматрансфузия потребовалась только во время проведения кесарева сечения и в

первые часы после операции. Гемотрансфузия проводилась у 11 женщин (36,6%), плазматрансфузия — у 8 (26,6%). В то же время полное плотное прикрепление плаценты было только во второй группе у 2 (16,6%) рожениц. Диагноз гематометра был выставлен 1 роженице (3,3%) после оперативного родоразрешения. Расширение объема операции до ампутации и экстирпации матки потребовалось 2 женщинам (6,6%). 12 (40%) двоен выписаны под наблюдение участкового педиатра в первой группе и 9 (75%) — во второй. Остальные дети переведены в детские стационары для дальнейшего наблюдения и лечения. Среди патологии новорожденных наиболее часто встречалась церебральная ишемия: у 24 (80%) двоен из первой группы и у 8 (66,6%) из второй. Также отмечались: морфо-функциональная незрелость у 12 (40%) двоен в первой группе и 6 (50%) — во второй, конъюгационная гипербилирубинемия у 8 (26,6%) и 6 (50%) соответственно, врожденные пороки сердца у 3 (9,99%) двоен из первой группы. Антенатальная гибель одного из плодов у 1(3,3%) женщины в первой группе.

Заключение: Оптимальный метод родоразрешения при головном предлежании обоих плодов — роды через естественные родовые пути, при поперечном положении первого плода — кесарево сечение. Тазовое предлежание первого плода у первородящих — также показание к операции. При головном предлежании первого плода и тазовом предлежании второго методом выбора служат роды через естественные родовые пути. При ведении родов через естественные родовые пути необходимо осуществлять тщательное наблюдение за состоянием пациентки и постоянно контролировать сердечную деятельность обоих плодов. Роды при многоплодии предпочтительно вести в положении роженицы на боку во избежание развития синдрома сдавления нижней полой вены. После рождения первого ребенка проводят наружное акушерское и влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации и положения второго плода. Целесообразно также проведение УЗИ. При продольном положении плода вскрывают плодный пузырь, медленно выпуская околоплодные воды; в дальнейшем роды ведут как обычно. Во время многоплодных родов обязательно проводят профилактику кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ ПУПОВИНЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Барбанчик И.А., Ильиных И.М.

При наличии патологии пуповины возможно развитие и ухудшение перинатального исхода. При большинстве видов патологического строения пуповины или ее локализации отмечают хроническую или острую гипоксию плода из-за сдавления пуповины и в итоге частичной или полной окклюзии просвета ее сосудов.

Цель: определить оптимальную тактику ведения родов при наличии у роженицы аномалий пуповины и определить степень влияния патологических состояний пуповины на перинатальный исход.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе акушерского физиологического отделения ГУЗОО ОКБ Омского областного Перинатального центра. Были проанализированы 40 истории родов женщин с патологией пуповины за 1 квартал 2010 года. Все роженицы разделены на 2 группы: 1 — роды велись через естественные родовые пути, 2 — путем операции кесарево сечение.

Результаты: средний возраст женщин составил 30 лет. Из них первородящие в первой группе — 9 (30%) и повторнородящие — 21 (70%), во второй группе — 2 (20%) и 8 (80%) соответственно. Все новорожденные были доношенными. Среди патологических состояний пуповины выявлены в первой группе: однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода — 11 (36,6%), однократное тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода — 15 (50%), двукратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода — 1(3,3%), абсолютно короткая пуповина — 2 (6,6%), ложный узел пуповины — 1 (3,3%). Во второй группе: однократное тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода -5 (50%), двукратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода 30 (30%), трехкратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода -1 (10%), истинный узел пуповины. Средняя продолжительность родов составила 6 часов 57 минут. Кровопотеря в родах составила в среднем 173,3 мл. Во время оперативного родоразрешения — 500 мл. Среди сопутствующей соматической патологии наиболее часто в первой группе встречались: анемия — 17 (56,6%), ожирение — 8 (26,6%), миопия — 5 (16,6%), хронический пиелонефрит 4 (13,3%), дистрофия миокарда 3 (10%), НЦД по гипотоническому типу — 2 (6,6%). Во второй: анемия — 6 (60%), ожирение 2(20%), миопия -2 (20%) Из акушерско-гинекологического анамнеза известно, что в первой группе медицинские аборт были ранее у 7 (23,3%) женщин, хронический аднексит — у 3 (10%) беременных, бесплодие — у 3 (10%), эрозия шейки матки у 3 (10%) женщин, миома матки — у 2 (6,6%) и у 2 (6,6%) беременных при предыдущих родах выявлено полное плотное прикрепление плаценты с последующей ревизией полости матки. Во второй группе самопроизвольные выкидыши в анамнезе были у 4 (40%) женщин, медицинские аборт — у 1 (10%) В первой группе отмечались следующие осложнения беременности: преждевременный разрыв плодных оболочек — 18% (60%), гестоз легкой степени — 15 (50%), угрожающий самопроизвольный выкидыш — 11 (36,6%), плацентарная недостаточность — 4 (13,3%), ранний токсикоз беременных — 4 (13,3%), крупный плод — 3 (10%) резус-отрицательная принадлежность крови у 3 (10%) беременных. Во второй группе: гестоз у 3 (30%) беременных, плацентарная недостаточность — у 4 (40%), угрожающий самопроизвольный выкидыш — у 3 (30%). Ультразвуковое исследование в стационаре перед родами в первой группе проводи-

лось 23 (76,6%) беременным и выявлены следующие отклонения от нормы: обвитие пуповиной шеи плода — 15 (65,2%), маловодие — 5 (21,7%), снижение ФПК — 1 (4,3%), многоводие — 1 (4,3%). Средняя масса новорожденных составила 3484,4 грамм, средний рост — 52,5 см. Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов у 4 (13,3%) новорожденных в первой группе. Во второй группе — у 1 (10%) В первой группе большинство новорожденных — 25 (83,3%) находились на режиме совместного пребывания с матерью в палате, и во второй группе 9 (90%). Выписаны домой 29 (96,6%) детей в первой группе, переведен в другой стационар для последующего наблюдения и лечения 1 (3,3%) ребенок. Все дети из второй группы выписаны домой (100%) Среди патологических состояний, выявленных у новорожденных с стационаре были в первой группе: церебральная ишемия I степени — 6 (20%), морфофункциональная незрелость — 3 (10%), аномалии развития сердечно-сосудистой системы — 3 (10%), конъюгационная гипербилирубинемия — 1 (3,3%). Патология новорожденных во второй группе: церебральная ишемия I степени — 3 (30%), врожденные пороки сердца — у 2 (20%) детей. Средняя продолжительность пребывания матерей и детей в стационаре после родов составила 3,9 дня, после кесарева сечения 5,2 дня.

Заключение: Изолированное однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода практически не влияет на перинатальный исход. Возможны кратковременные децелерации в конце II периода родов (фаза прорезывания головки). Ложные узлы пуповины отрицательного влияния на плод не оказывают. При короткой пуповине специфическим считают затяжной II период родов, возможен разрыв пуповины с кровотечением из ее сосудов и отслойка плаценты вследствие натяжения пуповины. Родоразрешение путем операции кесарева сечение необходимо в случае наличия признаков острой гипоксии плода.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Фролова М.В.

Россия, Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является актуальной проблемой современного акушерства и перинатологии. В настоящее время считается, что, начиная с момента имплантации важнейшую роль в развитии фето-плацентарного комплекса и в поддержании его нормального функционирования играют реакции врожденного и адаптивного иммунитета. Известно, что при СЗРП параметры иммунного статуса беременной женщины претерпевают значительные изменения [Кудряшова

А.В., 2006; Hanh-Zoric M., et al., 2002; Omu A.E., et al., 2004]. Однако, при СЗРП более подробно исследованы особенности функционирования ЕК и Т-лимфоцитов, в то время как фенотип и функциональная активность В-лимфоцитов исследованы недостаточно. В связи с этим целью проводимого исследования было изучить фенотип, параметры дифференцировки и функциональной активности В-клеток при беременности осложнившейся СЗРП. Проводили иммунологическое обследование беременных женщин в 32-36 недель гестации. Все обследованные женщины при ретроспективном анализе были разделены на 2 группы: без СЗРП (45 женщин) и с СЗРП (38 женщин). В периферической крови методом проточной цитофлюориметрии в общей популяции лимфоцитов определяли: содержание В-клеток с фенотипом CD20+ и CD72+, В-1 (CD20+CD5+) и В-2 (CD20+CD5-) лимфоцитов, а также уровень CD20+IL-4+ и CD20+IL-6+ клеток. В популяции CD20+ В-лимфоцитов оценивали содержание наивных CD20+CD27-IgD+ клеток и CD20+CD27+IgD- клеток-памяти. Было установлено, что в периферической крови женщин с СЗРП содержание CD20+ В-лимфоцитов достоверно превышало нормативные значения. Однако уровень В1- и В2-лимфоцитов при СЗРП не имел существенных различий в двух сравниваемых группах. Наряду с этим при СЗРП отмечалось достоверное повышение уровня CD20+IL-4+ и CD20+IL-6+ В-лимфоцитов, что свидетельствовало об усилении их функциональной активности и о высоких потенциальных возможностях аутоактивации. Исследуя уровень CD72+ клеток, нами было установлено, что при СЗРП отмечался значительный рост этого пула В-лимфоцитов. Следует отметить, что усиление экспрессии молекул CD72 на поверхности В-лимфоцитов происходит на завершающих этапах иммунного ответа, так как они способны блокировать проведение активирующего сигнала, предотвращая избыточный синтез специфических антител. Ранее именно эта популяция В-лимфоцитов определялась как пул клеток-памяти. В последнее время клетки-памяти в популяции В-лимфоцитов дифференцируют по экспрессии молекулы CD27 и отсутствию экспрессии мембранной формы IgD. Нами было установлено, что при СЗРП в периферической крови матери отмечается выраженная тенденция к росту пула CD27+IgD- клеток-памяти в популяции В-лимфоцитов, при незначительных изменениях со стороны пула наивных CD27-IgD+ В-лимфоцитов. Таким образом, выявленные нами изменения фенотипического профиля и показателей функциональной активности периферических В-лимфоцитов свидетельствовали об особом типе гуморальных реакций при СЗРП, при котором в результате повышенного внутриклеточного синтеза IL-4 и IL-6 сохранялся высокий потенциал к активации клеток, но параллельно усиливались реакции сдерживающие бесконтрольное развитие гуморального иммунного ответа и формирующие феномен «памяти» В-лимфоцитов.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фролова Н.А., Тезиков Ю.В.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

Согласно современным представлениям, в формировании и функционировании фетоплацентарного комплекса важная роль отводится оптимальному влиянию факторов роста и запрограммированной клеточной гибели. Основанием для поиска новых диагностических критериев явилась серия экспериментальных работ, показавших, что одним из защитных механизмов является индукция цито- и синцитиотрофобластом поздней плаценты апоптоза иммунокомпетентных клеток, способствующего развитию плацентарной недостаточности. Параллельно с процессом апоптоза активизируются процессы клеточной пролиферации и энергообеспечения, как компенсаторные реакции. Если участие в механизмах плацентарной защиты апоптоза и клеточной пролиферации в настоящее время не вызывает сомнения, то вопросы возможности использования критериев, основанных на данных биологических феноменах, для диагностики плацентарной недостаточности и степени ее тяжести в антенатальном периоде, контроле эффективности лечения плацентарной недостаточности, остаются открытыми. Целью настоящего исследования явилось совершенствование диагностики плацентарной недостаточности для оптимизации акушерской тактики и улучшения перинатальных исходов. Методологически для решения вопроса повышения точности диагностики плацентарной недостаточности и степени ее тяжести, мы исходили из позиции комплексного подхода, заключающегося в использовании неинвазивных методов в сочетании с оценкой маркеров запрограммированной клеточной гибели, клеточной пролиферации и энергообеспечения. Обследовано 92 беременные женщины в сроки 30-40 недель гестации. Проведено определение содержания в крови маркеров апоптоза: лимфоцитов с фенотипом CD95+ и фактора некроза опухоли альфа (ФНО α). Параллельно в сыворотке крови определяли уровень фактора роста плаценты (ФРП) и плацентарной щелочной фосфатазы (ПЩФ). Ретроспективно данные показатели сопоставляли со степенью тяжести плацентарной недостаточности, верифицированной морфологическим исследованием плаценты. Согласно полученным данным, в третьем триместре физиологической и осложненной плацентарной недостаточностью беременности выявлены достоверные различия в содержании периферических лимфоцитов с фенотипом CD95+, ФНО α и ФРП. Критериями развития плацентарной недостаточности в третьем триместре гестации являются нарастание содержания в периферической крови беременных лимфоцитов с фенотипом CD95+ с 34%, повышение сывороточной концентрации ФНО α с 200 пкг/мл, снижение сывороточной концентрации ФРП ниже 315 пкг/мл, увеличение уровня ПЩФ со 158 ЕД/л с по-

следующим падением показателя ниже физиологической нормы. Корреляционный анализ между уровнем лимфоцитов CD95+ в периферической крови беременных, концентрацией ФНО α в сыворотке крови и степенью тяжести плацентарной недостаточности показал наличие сильной и средней силы положительной корреляционной связи. Корреляционный анализ между содержанием ФРП и уровнем лимфоцитов CD95+ в периферической крови беременных при плацентарной недостаточности показал наличие отрицательной корреляционной связи средней силы между указанными показателями. Отрицательная корреляционная связь слабой и средней силы выявлена между концентрациями ФРП и ФНО α при различной степени тяжести плацентарной недостаточности. По нашему мнению, полученные данные свидетельствуют о том, что роль апоптоза в предотвращении нежелательных иммунных реакций велика и зависит от условий взаимодействия барьерных клеток плаценты с лимфоцитами. Индукция апоптоза усиливается при повреждении хориона вследствие возрастания контактов между лимфоцитами и цито- и синцитиотрофобластом свободных ворсин. Выявленная разнонаправленность изменений содержания маркеров апоптоза и ФРП в крови беременных женщин с различной степенью тяжести плацентарной недостаточности и наличие отрицательной корреляционной связи между ними свидетельствует о взаимообусловленности процессов клеточной пролиферации и запрограммированной клеточной гибели при осложненной плацентарной недостаточностью беременности и может служить патогенетической основой для разработки дополнительных лабораторных критериев плацентарной недостаточности и степени ее тяжести. Таким образом, у беременных женщин группы высокого риска по реализации плацентарной недостаточности своевременная диагностика данного осложнения беременности, степени его тяжести и контроль результативности лечения может осуществляться с применением мониторинга маркеров запрограммированной клеточной гибели и клеточной пролиферации, характеризующих степень дезадаптации фетоплацентарной системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС ПЛОДА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хайруллина Г.Р.

Россия, г. Казань, КГМУ кафедра акушерства и гинекологии №2.

Проблема невынашивания беременности, имеющая не только медицинское, но социально-экономическое значение, остается одной из наиболее актуальных проблем акушерства и гинекологии. Невынашивание беременности приводит к нарушениям различных органов и систем плода, в том числе ЦНС, играющую первостепенную роль в дифференцировке, созревании и функционировании

нии развивающегося организма. На долю перинатальных поражений головного мозга приходится от 60 до 70% всех неврологических заболеваний детского возраста, которые в значительной степени сопровождаются тяжелыми остаточными явлениями и приводит к инвалидности детей и нарушению их социальной адаптации (Гурина О.И., Рябухин И.А., Рогаткин С.О., Володин Н.И., Дегтярев Д.Н., 2004). Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является определение в сыворотке крови нейроспецифических белков (НСБ), поступающих в кровотоки при нарушении гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Оценка уровня НСБ позволяет проводить раннюю диагностику церебральных поражений и контролировать эффективность проводимой терапии. Целью исследования явилось определение в сыворотке крови нейроспецифических белков, поступающих в кровотоки при нарушении гематоэнцефалического барьера. В основу работы положены результаты обследования 134 женщин с клиникой угрозы прерывания беременности на различных сроках гестации, в родах и 63 новорожденных, в сыворотке крови которых определяли L1 и L2-глобулины. Указанные иммуноферментные исследования проводились в лаборатории иммунохимии Института судебной психиатрии им. В.П.Сербского (руководитель — д.м.н., проф. В.П.Чехонин). Контрольную группу составили 55 беременных с физиологическим течением беременности и их 22 здоровых новорожденных.

Было выявлено, что у здоровых беременных, рожениц и их новорожденных L1 и L2-глобулины в сыворотке крови не определяются, что свидетельствует о том, что в норме гематоэнцефалический барьер непроницаем для этих НСБ. При наличии клиники угрозы прерывания беременности в сыворотке крови женщин на всех сроках наблюдения были выявлены нейроспецифические белки. Так в I триместре беременности уровень исследуемых НСБ составил L1-глобулинов 36,6±0,2, L2 63,7±0,1 пг/мл. Рост уровня белков происходил с увеличением срока беременности и максимальных значений достигал в III триместре. Снижение уровней НСБ мозга в сыворотке крови беременных определялись на 6-7 сутки после лечения. Наиболее выраженный эффект лечения наблюдали в III триместре — уровень белков снижался в 21 раз. В родах на сроке беременности 39-40 недель L1 составила 25,5±0,8, L2 22,5±0,2 пг/мл, что превышает значения контрольной группы. В случаях преждевременных родов концентрация НСБ также достоверно возрастала и достигала 411,6±2,7 и 359,2±2,5 пг/мл. Максимальная концентрация НСБ была определена в тех случаях, когда беременность сохранить не удалось, и она прерывалась (L1 -499,2±1,3 и L2- 434,2±1,3 пг/мл). Содержание НСБ в сыворотке крови новорожденных, чьи матери перенесли клинику угрозы прерывания беременности, было достоверно выше, чем у плодов и детей контрольной группы, и составили соответственно L1 и L2 глобулины — у доношенных детей 220,5±1,3 и 218,2±1,7 пг/мл, у недоношенных — 490,1±1,3 и 394,0±2,7 пг/

мл. У 60,8% обследуемых детей, в крови у которых были выявлены НСБ, отмечаются различные неврологические нарушения: перинатальные поражения ЦНС ишемически-гипоксического генеза, синдром двигательных расстройств, гипертензионно-гидроцефальный синдром и т.д. Таким образом, у здоровых беременных и их новорожденных гематоэнцефалический барьер непроницаем для нейроспецифических белков мозга L1 и L2 глобулинов. Высокие концентрации исследуемых НСБ в пуповинной крови новорожденных, особенно при клинически выраженной симптоматике перинатальных поражений ЦНС, свидетельствуют о наличии феномена прорыва ГЭБ, что обуславливается неблагоприятным внутриутробным состоянием плода при невынашивании беременности. Появление НСБ у женщин, осложненной клиникой угрозы прерывания беременности, и их снижение при успешной терапии может служить контролем внутриутробного состояния плода и эффективности проводимой терапии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ

**Хамадянов У.Р., Камалов Э.М., Иваха В.И.,
Саубанова Т.В., Хамадянова А.У.,
Потемкина Е.В., Ризванов А.Н.**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 БГМУ
Городской перинатальный центр, родильный дом №4 г. Уфы,
Уфа, Россия

Гиперпластические процессы и хронические воспалительные заболевания эндометрия у женщин, страдающих бесплодием, являются одной из ведущих причин неудачных попыток ЭКО и ПЭ. В связи с этим, необходима разработка комплексной системы диагностики и лечения указанных нозологий до использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Целью настоящего исследования явилось совершенствование подготовки женщин к ЭКО и ПЭ на основании данных гистероскопии, гистоморфологии, иммуногистохимии и микробиологии эндометрия. В соответствии с целью определены следующие задачи: оценка частоты различных клинических форм патологии эндометрия у женщин, страдающих первичным и вторичным бесплодием; разработка и проведение дифференцированной подготовки пациенток к ЭКО и ПЭ с последующей оценкой частоты наступления беременности в изучаемой группе больных.

В исследование были включены 260 женщин в возрасте от 19 до 42 лет, страдающих первичным (46,1%) и вторичным (53,9%) бесплодием различной этиологии. Трубно-перитонеальное бесплодие выявлено у 180 пациенток (69,3%), эндокринное

— у 37 (14,2%), сочетание выше указанных причин — у 43 (16,5%). Всем больным в условиях гинекологического отделения Клинического родильного дома №4 г. Уфы за период с 10.01.08 по 10.01.10 г. произведена диагностическая гистероскопия с биопсией эндометрия. Гистероскопия проводилась по общепринятой методике в первой фазе менструального цикла с использованием гистероскопов фирмы Karlshottz и Gimmi (Германия). При выявлении полипов и гиперплазий эндометрия выполнялись полипэктомии и лечебные выскабливания полости матки. Полное удаление патологических очагов во время операции под эндоскопическим контролем сопровождалось курсом гормональной терапии гестагенами с 5-го по 25-й день цикла в течение 3 месяцев. Обнаружение атрофичного эндометрия служило поводом для дополнительного иммуногистохимического исследования на наличие рецепторов к эстрогенам и прогестерону. При выявлении хронического эндометрита брали бак. посев из полости матки, а так же методом ПЦР выявляли наличие возбудителей TORCH-инфекций. Комплексная противовоспалительная терапия при наличии хронического эндометрита включала назначение этиотропных препаратов в соответствии с выявленными возбудителями, системную энзимотерапию, а так же сочетание методик внутривенной озонотерапии, малой аутогемотерапии и аппликаций озонированного масла во влагалище (О.В. Масленников, К.Н. Контрощикова, 2008 г.). В течение 3 месяцев проводилась поддержка второй фазы цикла с использованием дидрогестерона. По завершении лечения всем пациенткам проведена контрольная Пайпель-биопсия эндометрия.

В результате проведенного исследования нормальная эндоскопическая и гистологическая картина эндометрия выявлена лишь у 10,7% (28) пациенток, с одинаковой частотой в группах первичного и вторичного бесплодия, в основном, в возрасте 26-31 лет. У 153 (58,8%) всех обследованных женщин обнаружены и гистологически подтверждены изменения по типу хронического эндометрита. Различные гиперпластические процессы диагностированы у 184 (70,8%) больных: железисто-фиброзные полипы эндометрия — в 22 случаях, железистые полипы эндометрия — в 84, железистые гиперплазии эндометрия — в 78, полипы верхней трети цервикального канала — в 14. У подавляющего большинства больных (132 случая, 71,7%) при выявлении гиперпластических процессов им сопутствовал хронический эндометрит различной степени активности.

У 238 пациенток по данным контрольной Пайпель-биопсии комплексное лечение привело к нормализации состояния эндометрия, что позволило направить их на ЭКО и ПЭ. Беременность после первой попытки ЭКО наступила у 84 (35,3%) женщин, пролеченных от гиперпластических и воспалительных процессов эндометрия, что соответствует средним статистическим данным о частоте удачных попыток ЭКО. В то же время, 52 из них в анамнезе имели от 1 до 3 неудачных попыток использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Таким образом, гистероскопия и биопсия эндометрия являются высокоинформативным методом диагностики состояния эндометрия в процессе подготовки к ЭКО и ПЭ. Патология эндометрия у женщин с длительным бесплодием встречается в 89,3% случаев. Дифференцированный и комплексный подход к подготовке женщин с учетом состояния эндометрия позволяет улучшить результаты ЭКО и ПЭ в отношении наступления беременности.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В АКУШЕРСТВЕ

**Хамадиянов У.Р., Камалов Э.М., Иваха В.И.,
Саубанова Т.В., Хамадиянова А.У.,
Потемкина Е.В., Ризванов А.Н.**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 БГМУ
Городской перинатальный центр, родильный дом №4 г. Уфы
Уфа, Россия

Послеоперационные осложнения в акушерстве в большинстве случаев представлены инфицированием раны передней брюшной стенки после кесарева сечения и несостоятельностью швов промежности и влагалища после ушивания разрывов и эпизиотомии. Осложненное течение послеоперационного периода не только увеличивает сроки стационарного и амбулаторного лечения больных, но и в ряде случаев приводит к серьезным отдаленным последствиям: несостоятельности мышц тазового дна, вентральным грыжам, формированию свищей. В связи с этим, поиск эффективных методов профилактики и лечения раневой инфекции полностью сохраняет свою актуальность.

Целью настоящего исследования явилась разработка методики лечения послеоперационной раневой инфекции в акушерстве. Проанализировано 47 случаев расхождений послеоперационных ран передней брюшной стенки после кесарева сечения и 26 случаев несостоятельности эпизиотомной раны за период с 2005 по 2009г. Выявлены факторы риска выше указанных осложнений. В контрольную группу включены 29 женщин, пролеченных с использованием традиционных методов ведения ран: обработки антисептиками и гипертоническими растворами в течение первых 3-5 дней, наложение вторичных швов после появления свежих грануляций, мазевые аппликации для стимуляции эпителизации ран. Антибактериальная терапия назначалась в соответствии с выявленными возбудителями и чувствительностью к антибиотикам в течение 7-10-14 дней в зависимости от клинической эффективности. В основной группе наблюдались 44 пациентки, пролеченные с использованием комбинированной озонотерапии.

Используя озонотерапию в комплексном лечении послеоперационной раневой инфекции, мы учитывали двоякий механизм патогенетического действия озона. Во-первых, локальное действие с

дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибов, что связано с нарушением их оболочки вследствие окисления фосфолипидов и липопротеинов, повреждения полипептидных цепей и протеинов. Во-вторых — системное, метаболическое действие в отношении белково-липидных комплексов плазмы и мембран клеток, ведущее к повышению рО₂ и устранению гипоксии на клеточном уровне, преобразованию и синтезу биологически активных веществ, ликвидации токсемии, усилению активности иммунокомпетентных клеток, улучшению реологии и кислородтранспортной функции крови, уменьшению интенсификации процессов перекисного окисления липидов и активации антиоксидантной защиты организма.

Для ускорения очищения раневой поверхности от некроза и гноя нами использован метод «мини»-ванн с охлажденной озонированной бидистиллированной водой при концентрации озона для барботирования 20-40 мг/л в течение 10-15 минут дважды в день. В обязательном порядке применялись ежедневные инфузии озонированного физиологического раствора в объеме 200 мл с концентрацией озона на выходе 2 мг/л в течение 5-8 дней. Антибактериальная терапия назначалась курсом до 5 дней. По выше указанной методике в основной группе пролечено 26 больных с расхождением послеоперационного шва на передней брюшной стенке и 18 пациенток с расхождением эпизиотомной раны.

Проведена оценка клинической эффективности системы профилактики и лечения раневой инфекции с использованием комбинированной методики озонотерапии. Полное очищение раны от некротических тканей происходило уже ко 2-м суткам, активные грануляции появлялись на 3-4 сутки, и в 14 случаях неполного расхождения ран передней брюшной стенки с сохранением целостности апоневроза при использовании выше указанной методики удалось к 7-8 суткам добиться полной эпителизации без формирования грубых косметических дефектов. В 12 случаях на 3-5-е сутки наложены вторичные швы. В результате отмечено, что средняя продолжительность стационарного лечения больных основной группы была меньше на 7,5±0,1 суток за счет более быстрого очищения ран и формирования грануляций. Аналогичная динамика раневого процесса наблюдалась при лечении несостоятельности швов на промежности. С целью сохранения функций тазового дна всем пациенткам были наложены вторичные швы, заживление которых было в среднем на 5±0,3 суток быстрее, чем в контрольной группе. После снятия вторичных швов на промежности применялись аппликации озонированного масла в течение 5 дней.

Таким образом, комбинированная озонотерапия в комплексном лечении послеоперационной раневой инфекции в акушерстве существенно сокращает сроки и улучшает качество заживления ран. Использование озона в медицинских целях позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм женщины в послеродовом периоде.

ТАКТИКА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА — ЗА ИЛИ ПРОТИВ

Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г., Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Несмотря на развитие медицины, вопросы совершенствования медицинской помощи при врожденных пороках развития остаются открытыми. Спорны и неоднозначны показания к прерыванию или пролонгированию беременности при диагностике врожденных пороков развития плода. Мы провели исследование, целью которого являлась оценка обоснованности врачебных рекомендаций к прерыванию беременности, при антенатальной диагностике врожденных пороков развития плода. Проанализировано 536 наблюдений врожденных пороков развития с момента внутриутробного выявления до исходов лечения. В 428 (80%) случаях женщинам, по месту жительства было рекомендовано прерывание беременности. Желание сохранения беременности, для них, было основанием для обращения в пренатальный консилиум Центра (основная (1) группа исследования). В контрольную (2) группу вошли данные 108 случаев, при которых в результате выявления порока плода прерывание беременности по месту жительства не рекомендовалось. Структура врожденной патологии: пороки брюшной стенки, желудочно-кишечного тракта, органов грудной полости, мочевыделительной системы, и т.д. В 1-й группе около 30% беременных проживали в Москве, во второй — 65%. Возраст беременных в группах составил 27,4±5,5 лет и 29,7±5,4 лет соответственно. Сроки пренатальной ультразвуковой диагностики врожденных пороков у плодов в 1-й группе составили 27,3±6,0 недель гестации, а во 2-й группе 30,5±5,0 недель гестации. Средний срок гестации в обеих группах составил 38,3±2,3 недель гестации. Гипердиагностика порока в 1-й группе имела место в 2,6% случаях, во 2-й группе в 15,7%. В основной группе недоношенными родились 84 (19,6%), в контрольной — 22 (20,4%) ребенка. Новорожденные в 1-й группе родились с массой тела 3180,7±702,8г, массу тела менее 2500 г при рождении имели 64 (15%) новорожденных. Во 2-й группе масса тела при рождении составила 3174,4±683,8г. С массой тела менее 2500 г родились 15 (14%) детей. Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни в группах составила 6,5±1,9 и 7,0±1,6 баллов соответственно. На 5-й минуте жизни дети имели оценку по Апгар 8,1±1,2 и 8,2±1,2 баллов соответственно. Из 428 новорожденных в 1-й группе показаний к операции после рождения не было у 115 (26,9%) новорожденных. 21 (4,9%) летальный исход в предоперационном периоде, из-за пороков несовместимых с жизнью. 292 (68,2%) новорожденным по результатам обследования были

выполнены хирургические вмешательства по коррекции врожденных пороков развития.

Во 2-й группе показаний к операциям не было у 47,2% (51) новорожденных, умерли в предоперационном периоде 3,7% (4) пациентов, хирургическая коррекция пороков по результатам обследования была проведена 49,1% (53) новорожденных.

В результате лечения новорожденных 1-й группы средняя продолжительность госпитализации в ОХРИТН составила $21,4 \pm 15,8$ койко-день, во 2-й группе этот показатель составил $15,0 \pm 11,3$ койко-день.

Исходы лечения новорожденных детей с пороками развития выглядели следующим образом: в 1-й группе выжили 90,6%, во 2-й группе — 91,7% новорожденных.

Летальные исходы были зарегистрированы в 9,4% случаев в 1-й группе и в 8,3% случаев во 2-й группе.

При врожденных пороках развития, характеризующихся низким риском сочетанной патологии, минимальным риском летальности и благоприятным прогнозом при адекватном своевременном лечении, число рекомендаций прерываний беременностей колебалась в пределах 74-100%.

Нельзя не отметить факт 2,6% случаев гипердиагностики в 1-й группе, в результате которого 11 женщин с нормально развивающейся беременностью здоровым плодом, могли прервать беременность в результате врачебных рекомендаций на этапе антенатальной диагностики.

Таким образом, в результате проведенного исследования, соотношение числа рекомендованных прерываний беременностей и исходов лечения новорожденных продемонстрировало необоснованность и агрессивность врачебной тактики на этапе пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ.

Хаматханова Е.М., Фролова О.Г., Кучеров Ю.И.

Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин инвалидизации и младенческой смертности. С целью выявления факторов, влияющих на исход лечения при врожденных пороках развития, мы провели анализ 360 новорожденных детей, получавших лечебно-диагностическую помощь в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных по поводу антенатально выявленных пороков развития. В зависимости от исходов лечения были сформированы 2 группы. В 1 группу вошли данные 333 живших детей, во 2-ю группу — данные по 27 новорожденным с летальными исходами. Определение признаков,

влияющих на исходы лечения, проводили путем сравнения частот встречаемости признаков в группах с использованием критерия χ^2 для таблицы сопряженности признаков 2×2 . Так в группе 1 количество детей с множественными пороками развития составило 22,2%, в то время как в группе умерших новорожденных сопутствующая патология была диагностирована у 77,8% (достоверные различия $p < 0,01$). В 62% наблюдений ВПР, беременные из 1-й группы и 48% беременных из 2-й группы проживали в Московском регионе. Беременных в возрасте до 24 лет во 2-й группе было больше чем в 1-й (48,2% и 37,5% соответственно). В обеих группах число работающих женщин (более 63%) преобладало над долей женщин, находящихся в статусе «домохозяйка». Число первородящих женщин значительно превышало повторнородящих. Однако, во 2-й группе доля женщин с прерываниями беременностей в анамнезе превосходила таковых в 1-й группе на 8,5%. (достоверных различий не выявлено). По способам родоразрешения, женщины в группах распределились с незначительной разницей, проверка влияния способа родоразрешения на исходы достоверных различий не выявила. По половому признаку между группами распределение было равномерным — около 48% девочек и 52% мальчиков. Недоношенных по сроку гестации новорожденных в группе выживших новорожденных с ВПР было 19,8%, в то время как в группе умерших — 55,6% (достоверные различия $p < 0,01$). Дети, с массой тела при рождении менее 2500 г преобладали во 2-й группе — 40,7%, в 1-й группе доля таких же детей составила 12,6%. (достоверные различия $p < 0,01$). Число оперированных новорожденных преобладало в 1-й группе (65,8%), в группе 2 преобладали дети, которым оперативная коррекция порока не проводилась (59,3%). Для проверки количественных данных, следующим этапом была проведена проверка на нормальность в группе живых и группе умерших, которая осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка.

Основываясь на результатах предшествующей проверки на нормальность, сравнение живых и умерших осуществлялось с использованием критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. В результате данного сравнения были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,01$) в группах по оценке Апгар 1 и Апгар 5 которая была достоверно ниже (3,42 балла и 5,38) в группе детей с летальными исходами.

По результатам проведенного исследования, исход лечения при врожденных пороках развития зависит от наличия сопутствующих пороков (МВПР), срока гестации, массы тела при рождении, оценки по Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, возможности проведения оперативной коррекции порока. Так летальность в группе детей с множественными пороками развития (22,1%) была почти в 10 раз выше, чем в группе с изолированными пороками (2,3%).

У недоношенных новорожденных с пороками развития, летальность превосходила почти в 7 раз и составила 29,5%. Уровень летальности у доношенных новорожденных с пороками развития составила лишь 4,3%.

В группе детей с массой тела при рождении менее 2500 г, летальность в 4 раза была выше, чем у детей с более высокими параметрами, и составила 21,8%.

Достоверные различия имеются также среди живых и умерших детей с ИВЛ.

Из 230 оперированных новорожденных умерли 11 (летальность составила 4,8%). Из 130 детей, которым оперативные вмешательства не проводились, умерли 16 (13,3%). Высокая летальность в этой группе была обусловлена неоперабельностью пациентов, из-за наличия пороков, несовместимых с жизнью.

В группе живых детей оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни составила 6,8 — 8,2 балла. В группе летальных исходов 3,4 — 5,4 баллов соответственно.

Заключение. Риск неблагоприятного исхода лечения новорожденного ребенка с хирургически корригируемым врожденным пороком развития достоверно выше при сопутствующих пороках развития (МВПР), сроке гестации менее 37 недель, массе тела при рождении менее 2500г, оценке по Апгар ниже 7 баллов на 1-й и 5-й минутах жизни.

Таким образом, прогноз новорожденного ребенка с хирургически корригируемым врожденным пороком развития определяется не столько основной патологией, сколько дополнительными факторами риска, к которым достоверно относятся: сопутствующие пороки развития (МВПР), доношенность ребенка, масса тела при рождении, тяжесть и динамика состояния в течение первых 5 минут жизни.

ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ?

Харитонов В.М., Жданова В.Ю., Каманцева С.М.,
Зубенин С.В., Истомина Н.С.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница (УОКБ), ГОУ
ВПО Ульяновский госуниверситет г. Ульяновск, Россия

Частота острых гнойных пиелонефритов увеличивается, только в 2009-2010 году в УОКБ поступило 13 беременных с явлениями гнойного пиелонефрита и очаговыми изменениями в паренхиме почек, в предыдущие годы женщин с таким осложнением поступало 1-2.

Настоящее исследование проведено с целью определения лечебной тактики при гнойных заболеваниях почек, ведения и исходов беременности и родов.

Анализ показал, что женщины были в возрасте от 18 до 25 лет, в 80% — жительницы города, 3 женщины были иногородние. Среди больных в основном (77%) были женщины с дефицитом питания — ИМТ с учетом срока беременности в пределах 18,5 — 24,5 (нормальный диапазон для небеременных); избыточную массу тела имели 23%. По социальному статусу в основном были неработающие, домохозяйки с низким уровнем жизни и доходом семьи (85%), среди них 2 цыганки без определенного места жительства;

служащая и рабочая по 1 человеку. Практически все больные в анамнезе имели воспалительные заболевания половых органов: у 7(54%) — хронические воспалительные заболевания придатков матки до наступления данной беременности, у — 2(15%) — хламидиоз, в 100% случаях во время беременности выявлен кольпит, лечение которого во время беременности не проводили. У 1 беременной выявлена хроническая НСV инфекция. Только у 3 беременных в анамнезе были заболевания МВС, возможно, имело место хронический пиелонефрит — 23%. Около 60% — были первобеременные, 71% женщин — первородящие. Срок беременности у них относился ко второй половине: 57,2% из них имели срок от 22 до 28 недель (критический), остальные были в сроке от 33 до 37 недель. Преимущественное большинство из них состояли в браке, 25,4% имели случайные половые связи. Только пять женщин подтвердила факт курения, остальные отрицали. У 11 беременных это осложнение возникло осенью-зимой, у 2 — весной. По данным УЗИ пиелонефрит подтвержден в 100% случаев, правая почка поражена у всех беременных (100%), и только у одной была поражена и левая почка. Результаты бактериологического обследования до лечения: кишечная палочка выделена в 8 случаях в монокультуре — 61,5%; энтерококк фекальный — в 3 случаях — 23%; сочетание клебсиеллы, энтерококка и кишечной палочки по 1 случаю — 7,5%. Энтерококк фекальный: 100% чувствительности к ванкомицину, до 67% к ампициллину; до 50% к амоксициллину, гентамицину, левофлоксацину, имипенему; до 33% к тетрациклину. Кишечная палочка до 100% чувствительности к имипенему, амоксиклаву; до 90% к ципрофлоксацину; до 56% к цефотаксиму, гентамицину; низкую чувствительность к ампициллину — 11%; 22% к цефалоспину, 36% к цефтазидиму; 44% к цефтриаксону.

Все беременные подвергнуты оперативному лечению: только у одной женщины произведена нефрэктомия по поводу тотального гнойного поражения правой почки при сроке беременности 23-25 недель, у остальных — люмботомия, декапсуляция, нефростомия, дренирование забрюшинного пространства. После урологической операции у всех женщин беременность прогрессировала до срока родоразрешения. Течение послеоперационного периода: у 3 больных заболевание осложнилось сепсисом — 23%; отек легких на фоне РДСВ наблюдалось у 2 больных — 15,5%; в 2 случаях были проявления септического шока до оперативного вмешательства — 15,5%; правосторонняя пневмония диагностирована у 5 больных — 38,5%; во всех случаях имело место осложнение беременности анемией легкой и средней степени тяжести. В 1 случае беременность осложнилась гестозом средней степени тяжести — 7,7%. Трех больным — (23%) в послеоперационном периоде проводилась ИВЛ более 3 суток. Исходы беременности: беременность в 9 случаях или 70% завершилась родами в срок, в 2 случаях — преждевременные роды или 15,5%; в 2 случаях беременность прогрессирует, больные выписаны домой. Родоразрешены через естественные родовые пути в

10 случаях, в 91%, течение родов было осложнено. Только одна женщина родоразрешена путем операции кесарева сечения (показание — рубец на матке). Состояние новорожденных: 8 (73%) новорожденных родились в удовлетворительном состоянии, в последующем выписаны домой, у 18% — проявления внутриутробной гипотрофии 1 ст., и 1 (9%) новорожденный имел проявления дыхательной недостаточности на фоне незрелости, проявления внутриутробной пневмонии, в раннем неонатальном периоде получал ИВЛ, в последующем переведен для выхаживания на 2 этап. Реабилитация женщин проведена в урологическом отделении, перед выпиской производилась антеградная урография — мочеточники проходимы.

Таким образом, следует заключить, что в последний год изменилась структура заболеваемости у женщин репродуктивного возраста, гнойные заболевания почек при беременности указывают на снижение иммунного статуса и, следовательно, запоздалую диагностику пиелонефрита до наступления беременности и в период гестации. Исходы беременности указывают на необходимость сохранения и пролонгирования беременности при отсутствии акушерских осложнений. Правильно выбранная тактика хирургического лечения гнойных поражений почек и комплексная медикаментозная терапия не вызывают тяжелой плацентарной недостаточности и создают условия для вынашивания беременности.

ГИПОТИРЕОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

**Харитонов В.М., Жданова В.Ю., Сорокина С.Н.,
Петрова Н.И., Таджиева В.Д.**

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, ГОУ ВПО
Ульяновский госуниверситет, г. Ульяновск, Россия

Цель работы — выявление стертых и субклинических форм гипотиреоза во время беременности у беременных с различными осложнениями беременности и с атипичной клиникой.

Показаниями к обследованию на гипотиреоз явились следующие осложнения беременности: анемия, резистентная к проводимой терапии препаратами железа; инфекции мочевыводящих путей со стертой клинической картиной, резистентная к антибактериальной терапии; отеочный синдром неясного генеза; раннее начало гестоза со стертой клинической картиной; хроническая артериальная гипертензия в сочетании с нарушением липидного обмена; беременные с самопроизвольными прерываниями беременности в анамнезе неясного генеза; беременные с патологией щитовидной железы в анамнезе; с проявлениями дисфункции гипоталамо — гипофизарной системы. Из группы исследования исключены беременные с диагностированным гипотиреозом во время беременности и получавшие заместительную гормональную терапию до и во время данной беременности.

Всего обследовано 618 беременных. Гипофункция щитовидной железы различной степени тяжести выявлено у 32 беременных, что составило 5,2% от числа обследованных беременных. Проводилось обследование уровня гормонов щитовидной железы в крови беременной женщины — свободного Т4, тиреотропного гормона (ТТГ), по показаниям — антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО) и тиреоглобулину (ТГ), общеклиническое исследование, ультразвуковое исследование щитовидной железы. Среди больных 72 % составили беременные в возрасте от 20 до 30 лет, старше 30 лет — 28%. Первородящих женщин — 53%. Жительниц города — 40%, в том числе г. Димитровграда и прилегающего к нему района — 15,4%. В 2 случаях (6,3%) гипотиреоз имел тяжелое течение с выраженным снижением уровня Т4 и резким повышением уровня ТТГ. Обе женщины от предложенного прерывания беременности по медицинским показаниям отказались. При проведении УЗИ изменения щитовидной железы выявлены в 50%: в виде наличия узлов в 12,5%; проявления АИТ у 34,4%. Выявлены следующие осложнения беременности: угрожающее прерывание беременности в различные сроки у 15,6%; пиелонефрит у 37,5% беременных; гестоз у 37,5% больных, причем в 33% случаях имело место гестоз тяжелой степени с атипичной стертой клиникой (раннее начало — после 24 недель, длительный отеочный синдром, выраженная анемия, резистентная к терапии препаратами железа, невыраженная артериальная гипертензия, в основном повышение диастолического АД и снижение пульсового давления); проявления хронической плацентарной недостаточности в 53,2% случаев, 31,5% беременных выявлены проявления ВЗРП различной степени тяжести, а у 12,5% беременных выявлено маловодие. В 87,5 % назначена заместительная гормональная терапия L тироксином в различной дозировке, в 4 случаях терапия не назначалась до родоразрешения в виду позднего выявления заболевания и необходимостью досрочного родоразрешения в виду осложнения беременности гестозом тяжелой ст. Родоразрешены в срок в 81,5% беременных, ранее срока в 15,6% случаев по поводу осложнения беременности гестозом тяжелой степени. В 34,4% родоразрешены путем операции кесарева сечения, показаниями явились в 15,6 % прогрессирующий гестоз тяжелой степени до 35 недель беременности на фоне «незрелых» родовых путей, в 6,25 % по поводу упорной слабости родовой деятельности, 12,5% по сочетанию показаний. 84,4% новорожденных родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 — 9 баллов на 1 и 5 минуте жизни, в состоянии легкой асфиксии родилось 12,5% новорожденных (недоношенные дети при родоразрешении путем кесарева сечения по поводу осложнения беременности гестозом тяжелой ст.), 1 новорожденный или 3,1% родился в состоянии асфиксии тяжелой ст. вследствие интранатального нарушения пуповинного кровообращения. В последующем в 18% новорожденных диагностированы последствия хронической внутриутробной гипоксии плода, у 26% новорожденных желтушный синдром,

ЗВУР у 18,5% новорожденных. У 1 родильницы с тяжелой формой гипотиреоза, осложнением беременности гестозом тяжелой степени на 10 сутки возник судорожный синдром с развитием тяжелой комы, потребовавшей проведения интенсивной терапии.

Таким образом, отмечается высокий уровень заболеваемости беременных стертыми формами гипотиреоза, не диагностированных во время беременности; к группе высокого риска беременным с гипотиреозом относятся беременные с ожирением, хронической анемией, инфекцией мочевыводящих путей, хронической артериальной гипертензией, дисфункцией гипоталамо — гипофизарной системы, синдромом привычного невынашивания беременности; отмечается высокий уровень заболеваемости среди беременных — жительниц экологически неблагоприятных районов (г. Ульяновск, Димитровград, западные районы области, подвергнутых воздействию радиоактивных осадков после аварии на Чернобыльской АЭС; при отсутствии проведения адекватной заместительной гормональной терапии отмечается развитие тяжелых осложнений беременности — гестоз с атипичным течением, хроническая плацентарная недостаточность с поражением плода; у новорожденных отмечается высокая заболеваемость желтушным синдромом, поражением ЦНС гипоксического генеза.

К ВОПРОСУ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Хашаева Т.Х., Ибрагимов Б.Р., Эсетов А.М., Эседова А.Э.

ГОУ ВПО Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Дагестанской медицинской Академии. Россия, г. Махачкала.

Несмотря на развитие акушерской науки, многие вопросы своевременной диагностики, лечения и родоразрешения при акушерских осложнениях остаются актуальными. Среди этих осложнений, одним из грозных является острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ).

Этиология заболевания остается неизвестной, однако, в литературе высказывается предположение о ведущей роли в развитии нарушений иммунных реакций в системе мать — плацента — плод. По данным В.Н.Кузьмина и Л.В.Адамян, в основе патогенеза ОЖГБ лежит массивное системное ожирение печеночной ткани без признаков воспаления и некроза. Цитоплазма гепатоцитов представлена крупными каплями жира, что в корне отличает картину ОЖГБ от картины изменений при вирусном гепатите.

Целью нашего исследования явилось диагностическое значение лабораторных исследований в ранней диагностике ОЖГБ, а также течение заболевания в зависимости от сроков родоразрешения.

Изучены истории родов 14 пациенток при сроках беременности 29 — 34 недели с ОЖГБ в разных родильных домах Дагестана за период 2007 — 2009 г.г.

Для установления диагноза использовались следующие лабораторные исследования: определение величины АЛТ, АСТ, билирубина и его фракций, холестерина, щелочной фосфатазы, определение коагуляционных свойств крови, маркеров вирусного гепатита, а также общеклинические анализы крови, мочи, ультразвуковое изучение печени, плода, плаценты. При этом, все анализы проводились в динамике.

Среди 14 пациенток, поступавших в родильные дома, первородящих было 11 и 3 повторнородящих, возраст их составлял 19 — 26 лет. При этом, у 5 беременных диагностирован гестоз 1 степени с характерной симптоматикой, из которых у 2 отмечено длительное и вялотекущее течение. У 3 пациенток был установлен гестоз 2 степени. В 10 наблюдениях заболевание возникло на фоне анемии 1 и 2 степени, в 2-х — анемии 3 степени. Явления гестационного пиелонефрита отмечены у 5 беременных. Ни у одной пациентки в анамнезе не отмечено заболевания печени и желчевыводящих путей.

При изучении материала было выявлено, что 7 беременных поступали в стационары с предварительным диагнозом — вирусный гепатит. При этом, ведущими клиническими симптомами были иктеричность кожи и склер, общая слабость, тошнота, отсутствие аппетита, некоторый зуд. 3 пациентки были доставлены с подозрением на пищевую токсикоинфекцию, так как начало заболевания связывалось с употреблением некачественных продуктов и в клинической картине доминировали симптомы диспептического характера (тошнота, рвота, боли в эпигастрии, изжога). С симптомами, характерными для холецистопанкреатита, была доставлена 1 беременная. И только 3 пациенткам при поступлении проводилась дифференциальная диагностика между холестатическим гепатозом и ОЖГБ. При этом, начальными симптомами заболевания были изжога, легкий зуд, общая слабость, снижение аппетита. В анализах крови отмечалось некоторое повышение аминотрансфераз, увеличение активности щелочной фосфатазы, невыраженная тромбоцитопения, гипопротейнемия, гипербилирубинемия за счет увеличения прямой фракции, некоторая гипофибриногенемия. Через 5 — 7 дней присоединилась иктеричность кожи и склер, в моче обнаружены желчные пигменты, некоторое уменьшение размеров печени при УЗ исследовании. В это же время у 2 наступила антенатальная гибель плода. Всего же, из 14 обследуемых, у 10 (71,4%) имели место перинатальные потери (у 8 — 51,7% — антенатальная гибель и у 2 — 14,2% — ранняя неонатальная смерть плода). После установления диагноза ОЖГБ, все 14 беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение. У 11 (78,5%) из них, сразу после извлечения плода и плаценты, началось обильное кровотечение, связанное с гипотонией матки и ДВС, что потребовало экстирпации матки без придатков, а 6 из них — перевязку внутренних подвздошных артерий. При этом, в брюшной полости у этих пациенток был обнаружен выпот желтушной окраски, уменьшение размеров печени, повышенная кровоточи-

вость тканей, характерная для ДВС. Несмотря на интенсивные реанимационные мероприятия (в том числе, переливание больших доз СЗП, очищенных эритроцитов, плазмафереза) 9 пациенток спасти не удалось. 3-м беременным произведено кесарево сечение с последующей экстирпацией матки, не дожидаясь кровотечения.

Таким образом, материнская смертность при ОЖГБ, по нашим наблюдениям, составила 9 (64,2%) пациенток. Они были родоразрешены через 12 — 14 дней от начала заболевания, когда имела место желтушная стадия ОЖГБ, изжога, рвота, периферические отеки, уменьшение размеров печени, выраженные изменения биохимических показателей, изменения в системе гемостаза.

Остальные 5 беременных были родоразрешены через 4 — 8 дней от начала заболевания, причем, 3 — до появления желтухи, когда к клинике гестоза присоединилась изжога, общая слабость, потеря аппетита, некоторый зуд, а в анализах крови была обнаружена невысокая гипербилирубинемия, увеличение активности щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, а также анемия и гипопроотеинемия. Причем, у 4 из них удалось спасти и новорожденных.

На основании изученного материала можно сделать вывод о том, что при первых признаках ОЖГБ, показано безотлагательное комплексное обследование, включающее исследование биохимических, коагуляционных свойств крови, маркеров вирусного гепатита, УЗ исследование печени, плода, плаценты, консультации смежных специалистов, а при подтверждении диагноза — немедленное родоразрешение, причем, как видно из обследования, а также на основании данных литературы, чем раньше проведено родоразрешение (особенно в дожелтушной стадии заболевания), тем благоприятнее результат.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава

Частота встречаемости кишечной непроходимости у беременных неуклонно возрастает, особенно спаечной, вследствие высокой хирургической активности. Трудности диагностики острой кишечной непроходимости (ОКН) у беременных связаны с изменениями топографических соотношений органов брюшной полости, изменением кинетики кишечника, что не позволяет четко определить наиболее характерные симптомы данной патологии. Анамнез в большинстве случаев является ключом к правильному диагнозу.

Целью нашей работы было установить возможные факторы риска развития кишечной непроходимости для определения возможных мер профилактики данной патологии у беременных.

Для этого нами был проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни беременных женщин с диагнозом «Острая кишечная непроходимость», находившихся на лечении в хирургических отделениях МУЗ «1 Городская клиническая больница» за период с 2000 по 2009 годы. При обследовании беременных с ОКН в арсенал диагностических средств входили общеклинические, рентгенологические, ультразвуковые методы исследования.

В результате проведенного анализа было установлено, что возраст беременных с изучаемой патологией находился в пределах от 25 до 37 лет и в среднем составил $31 \pm 3,9$ года. Срок гестации у женщин при нахождении в стационаре соответствовал 22— 34 неделям беременности.

Тщательное изучение анамнеза позволило выявить вероятные причины возникновения ОКН у беременных. Различные заболевания желудочно-кишечного тракта имели место во всех наблюдениях: дискинезия толстого кишечника — 100%, энтероколит — 79,3%, гастрит — 62,1%, холецистит — 58,6%, панкреатит — 27,6%, дисбактериоз — 17,2%. Кроме того, обращает на себя внимание высокий процент хирургических вмешательств в анамнезе у беременных с кишечной непроходимостью. Среди оперативных вмешательств удельный вес аппендэктомий составил 65,5% ($n = 19$), тубэктомий — 34,5% ($n = 10$), операции на придатках матки были выполнены у 48,3% женщин ($n = 14$), кесарево сечение — у 24,1% ($n = 7$), миомэктомия — у 10,3% ($n = 3$), диагностическая лапароскопия — у 31,0% ($n = 9$).

По нашим данным у беременных в большинстве случаев имела место механическая непроходимость кишечника — 75,9% ($n = 22$). Объем оперативного пособия у 20 беременных ограничился рассечением межпетельных спаек, в 2-х случаях выполнено малое кесарево сечение, резекция участка кишки, рассечение межпетельных спаек, илеоасцендоанастомоз, интубация кишечника, дренирование брюшной полости.

Таким образом, мы установили, что в подавляющем большинстве у беременных (в 75,9% случаев) преобладает механическая тонкокишечная непроходимость, обусловленная спаечной болезнью и в меньшей степени динамическая — лишь в 7 наблюдениях (24,1%). Какие же меры могли бы предотвратить развитие данной патологии у беременных?

Прежде всего, необходимо начинать с планирования беременности. Должно проводиться лечение имеющихся заболеваний пищеварительного тракта, нормализация нормальной микрофлоры кишечника. Женщина должна как можно раньше встать на учет у врача-гинеколога в женской консультации, задачей которого является выявление факторов риска: возраст старше 31 года, наличие в анамнезе указаний на перенесенные операции на органах брюшной полости, длительный прием гестагенных препаратов в целях пролонгирования беременности, запоры.

Беременным группы риска по развитию ОКН необходимо назначать диетотерапию (дробное пи-

тание, обогащенное клетчаткой, ограничение мучных изделий из высших сортов муки, жирных блюд, копченостей).

Следует активно пропагандировать необходимость раннего обращения в стационар при появлении первых симптомов, заставляющих заподозрить кишечную непроходимость. Проведение дифференциальной диагностики даже в течение ограниченного времени на догоспитальном этапе в этом случае недопустимо. Выполнение этого несложного алгоритма ведения беременных с подозрением на ОКН позволит снизить показатели материнской смертности и мертворождаемости.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И РАЗЛИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Хизроева Д.Х.

ММА им.И.М.Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета, заведующий кафедрой А.Д.Макацария

Актуальность: со времени первого описания синдрома количество аномалий, обусловленных циркуляцией АФА, постоянно расширяется. АФС манифестирует как сетчатое ливедо, нетромботические неврологические симптомы, психиатрические проявления, изъязвления кожи, гемолитическая анемия, тромбоцитопения, легочная гипертензия, нефропатия, аномалия сердечных клапанов и атеросклероз и, конечно же, самым ярким проявлением АФС служит акушерская патология. Тромботические осложнения у пациентов с циркуляцией антифосфолипидных антител непредсказуемы, и механизмы, запускающие развитие тромбоза не совсем ясны. Антифосфолипидные антитела нарушают баланс системы гемостаза, влияя на различные его ступени: активируя коагуляцию и тромбоцитарное звено, блокируя фибринолиз и антикоагулянтную систему, вызывая эндотелиальную дисфункцию и активируя процессы воспаления. Патогенез же большинства осложнений беременности связан с нарушением процессов имплантации, инвазии трофобласта в децидуальную оболочку и плацентации.

Материалы и методы: за период с 2000 по 2010 годы было обследовано более 800 пациенток с наличием в анамнезе разнообразной акушерской патологией (синдром потери плода (СПП), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, синдром задержки внутриутробного роста плода (СЗВРП), неудачи ЭКО, ранние преембрионические потери, фето-плацентарная недостаточность, преэклампсия).

Результаты: АФС был диагностирован у 64% пациенток с акушерскими осложнениями в анамнезе. Циркуляция АФА наблюдалась у 33,5% женщин с СПП, у 35,7% — с преембрионическими потерями

и неудачами ЭКО, 44% — с тромбозом и отслойкой плаценты, 17% — с преэклампсией, 2,2% — с инультом, 26% — с СЗВРП. В 71,5% наблюдалось сочетание АФС и генетической тромбофилии. При этом наличие одновременно приобретенной и генетической тромбофилии являлось отягощающим фактором и сопровождалось более тяжелыми тромботическими и акушерскими осложнениями.

Заключение: тесная взаимосвязь АФС с акушерскими осложнениями предполагает основную причинную роль АФА в генезе этих осложнений, но, к сожалению, нет прямых доказательств, подтверждающих этот факт. Главная мишень антифосфолипидных антител во время беременности — это плацента. Синдром потери плода, ВЗРП, преэклампсия — это последствия нарушений функции плаценты. Наличие акушерской и тромботической патологии в анамнезе является сигналом к проведению тестирования на наличие циркуляции АФА. Своевременно проведенная терапия, особенно с фертильного цикла, является залогом успешного сохранения беременности и рождения здорового ребенка.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНИЕ СРОКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Хитрых Ж.Е., Назаров С.Б., Борзова Н.Ю.,
Назарова А.О.**

ГОУ ВПО «ИвГМА Россдрава»

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново, Россия

В настоящее время в литературе имеется много исследований, посвященных изучению механизмов инициации и течения родов и взаимозависимости различных систем, влияющих на родовую деятельность и исход родов. Подробно описаны морфологические изменения в миометрии, происходящие во время беременности. Однако процессы, происходящие в мышцах передней брюшной стенки, недостаточно освещены. Объективным методом, позволяющим оценить биоэлектрическую активность мышц передней брюшной стенки, является метод электромиографии.

Цель исследования: оценить биоэлектрическую активность мышц передней брюшной стенки у женщин в поздние сроки беременности.

Материал и методы: обследовано 58 соматически здоровых первородящих женщин в возрасте 18-27 лет со сроком беременности 38-40 недель. Из них 1-ю группу составили 32 женщины со сроком беременности 38-39 недель и, 2-ю группу 26 женщин со сроком 39,5-40 недель. Группу сравнения составили 42 здоровые небеременные женщины в возрасте от 18 до 27 лет.

Обследование проводилось в акушерской ФГУ «Ивановский НИИ МиД им. В. Н. Городкова» кли-

нике. Исследование биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки выполнялось на компьютерном миографе «Нейро-МВП» (ООО «НейроСофт», г. Иваново). Проводили поверхностную интерференционную электромиографию в положении стоя, сидя, а также с использованием нагрузочной пробы (изометрическое напряжение при удержании груза) и пробы Вальсальвы (с произвольным максимальным натуживанием и выдохом с созданием дозированного положительного давления 20 и 40 мм рт.ст.). Время регистрации составляло 15 с. Использован турно-амплитудный анализ с расчетом максимальной амплитуды сигнала при изменении ее от пика до пика, средняя амплитуда, средняя частота секундной реализации, средняя амплитуда сигнала и амплитудно-частотный коэффициент. Первая пара точек регистрации находилась между первой и второй сухожильными перемычками. Уровень наложения электродов был на уровне середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Вторая зона находилась на месте пересечения продольной оси прямой мышцы с линией, соединяющей переднее-верхние подвздошные ости. Эта зона соответствует нижнему сегменту прямой мышцы живота. Электроды накладывались в симметричных участках слева и справа соответственно. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием вариационного анализа и t-критерия Стьюдента.

Получены нормативные значения показателей биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки у молодых небеременных женщин в покое и при функциональных пробах.

Установлено, что в поздние сроки физиологической беременности происходит снижение значений средней и максимальной амплитуды, средней частоты мощности в положении стоя и при функциональных пробах во всех отведениях. ($p < 0,05$). Наиболее значительными эти изменения наблюдаются во всех правых и левом нижнем отведении.

В динамике 38-40 недель беременности наблюдается увеличение показателей биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки. В положении стоя в правом верхнем отведении между показателями 1-й и 2-й группы нет достоверных различий ($p > 0,05$), а в правом нижнем отведении происходит незначительное увеличение максимальной и средней амплитуды со снижением средней частоты ($p < 0,05$). В левых верхних и нижних отведениях наблюдается аналогичная картина. При использовании нагрузочной пробы (изометрическое напряжение при удержании груза) достоверных различий между 1-й и 2-й группами не выявлено ($p > 0,05$). В пробе Вальсальвы во 2-й группе увеличены показатели определяемых параметров и, особенно, в правом и левом нижних отведениях ($p < 0,05$). В пробе с созданием дозированного положительного давления между показателями 1-й и 2-й групп в правом верхнем и нижнем отведениях нет достоверных отличий ($p > 0,05$), тогда как в левом нижнем отведении при давлении 20 и 40 мм.рт.ст. происходит увеличение суммарной амплитуды и частоты ($p < 0,05$).

Полученные результаты показывают, что в поздние сроки беременности происходит снижение биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки, которое возможно, препятствует наступлению родов. В динамике беременности показатели определяемых параметров увеличиваются, что может быть связано с опусканием предлежащей части плода в малый таз. Таким образом, несмотря на то, что деятельность поперечнополосатой мускулатуры контролирует соматическая нервная система, а гладкой мускулатуры — вегетативная, можно предположить, что в данном случае обе системы действуют как синергисты, подготавливая организм к родам. Электромиографическое исследование состояния мышц передней брюшной стенки может использоваться как дополнительный неинвазивный метод оценки готовности организма к родам.

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хлыбова С.В., Плясунова М.П., Михайленко В.В.
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздравра»; МУЗ «Северная городская клиническая больница», г. Киров, Россия

В настоящее время невынашивание беременности (НБ) занимает одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства. По данным экспертов ВОЗ, 15% всех зарегистрированных желанных беременностей заканчивается спонтанными абортми, в том числе 3% — привычной потерей (Тапильская Н.И., 2002).

На частоту невынашивания беременности оказывает влияние достаточно много различных факторов. На эту тему проведено большое количество исследований, которые демонстрируют полиэтиологический характер невынашивания беременности: от социальных факторов и анамнестических данных до особенностей течения беременности на разных этапах. Однако, основная масса исследований посвящены изучению беременностей, закончившихся досрочно, тогда как беременности, протекающие с угрозой невынашивания, но при этом пролонгированные и закончившиеся в срок изучены меньше. Кроме этого, в имеющихся исследованиях есть достаточно противоречивые данные, касающиеся отдельных моментов анамнеза. Так, например, есть расхождения в частоте встречаемости различных урогенитальных инфекций при угрозе невынашивания беременности, неоднозначны данные о влиянии на течение и исход беременности хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Таким образом, многие причины НБ остаются далекими от разрешения.

Целью нашего исследования явилось изучение социально-биологических факторов и гинекологического анамнеза у женщин в I триместре беременно-

сти, протекающей с угрозой прерывания. Нами проанализированы 105 историй болезни женщин, проходивших лечение в гинекологическом отделении и наблюдавшихся в женской консультации Северной городской клинической больницы в 2008 году.

В группу 1 (основная, $n=58$) вошли женщины, беременность у которых протекала с угрозой прерывания в виде тянущих болей в нижних отделах живота в I триместре (в сроке от 4 до 12 недель). В группу 2 (контроль, $n=47$) вошли женщины, наблюдавшиеся в условиях женской консультации, у которых беременность в I триместре протекала без угрозы прерывания. Средний возраст женщин с угрозой невынашивания был достоверно выше по сравнению с женщинами без угрозы прерывания ($27,7 \pm 0,6$ против $25,9 \pm 0,6$ лет, $p < 0,05$). Результаты исследования показали, что женщины групп 1 и 2 не отличались между собой по следующим характеристикам: рост, вес, возраст менархе, возраст начала половой жизни, частота зарегистрированного брака на момент беременности, количество родов, абортов и выскабливаний полости матки в анамнезе, заболеваемость кольпитом, сальпингоофоритом и микоплазмозом в анамнезе, использование КОК.

В то же время, женщины с угрозой НБ беременности достоверно чаще были одиночками ($17,5 \pm 4,3\%$ против $6 \pm 3,4\%$, $p < 0,05$) и достоверно реже состояли в гражданском браке ($44 \pm 7,0\%$ против $7,5 \pm 2,9\%$, $p < 0,001$). У женщин группы 1 отмечались более длительные менструации ($5,47 \pm 0,1$ против $5,04 \pm 0,2$, $p < 0,05$) и более продолжительный менструальный цикл ($29,51 \pm 0,5$ против $27,9 \pm 0,3$, $p < 0,05$). Женщины группы 1 имели большее число беременностей ($2,47 \pm 0,2$ против $1,80 \pm 0,2$, $p < 0,05$) и самопроизвольных выкидышей в анамнезе ($0,34 \pm 0,1$ против $0,02 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Они чаще страдали бесплодием ($13,75 \pm 3,9$ против $2 \pm 1,98$, $p < 0,05$), чаще имели в анамнезе операции на придатках ($11,3 \pm 3,5\%$ против $2 \pm 1,98\%$, $p < 0,05$), но реже — эктопию шейки матки ($32,5 \pm 5,2\%$ против $62 \pm 6,9\%$, $p < 0,001$). Женщины с угрозой НБ реже использовали барьерную контрацепцию ($26,3 \pm 4,9\%$ против $54 \pm 7,1\%$, $p < 0,05$). В то же время, у них чаще выявляли ХУГИ ($45 \pm 5,6\%$ против $18 \pm 5,4\%$, $p < 0,05$), а среди этих инфекций преобладал уреаплазмоз ($33,8 \pm 5,3\%$ против $16 \pm 5,2\%$, $p < 0,05$). В общем анализе крови у женщин группы 1 определялось достоверно большее количество эритроцитов ($4,15 \pm 0,04$ против $3,94 \pm 0,05$, $p < 0,05$) и лейкоцитов ($8,1 \pm 0,22$ против $5,13 \pm 0,17$, $p < 0,05$). В общем анализе мочи у женщин группы 1 обнаружено больше лейкоцитов ($3,72 \pm 0,8$ против $0,76 \pm 0,1$, $p < 0,05$), но эти показатели тем не менее не выходят за рамки общепринятых норм.

Итак, угрозе НБ может способствовать отсутствие семейного благополучия, более редкое использование барьерной контрацепции, а также исходные нарушения менструальной функции, свидетельствующие о возможных нарушениях гормонального баланса и, как следствие этого, предшествующие настоящей беременности бесплодие и выкидыши. Угрозе НБ в I триместре сопутствует уреаплазменная инфекция, что может проявлением нарушений биоценоза вла-

галища. Инфицирование находит свой отклик в лейкоцитарных реакциях крови и мочи. Все это можно расценить как преморбидный фон угрозы НБ.

Таким образом, если у беременной женщины имеются перечисленные выше признаки, то она может быть отнесена в группу риска по развитию угрозы НБ, что делает необходимым своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, в том числе оценку и коррекцию биоценоза влагалища.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.

Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Норина М.Ю.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им.

И.М.Сеченова

Множество работ посвящено различным психологическим аспектам беременности, среди них ценностные ориентации беременных, смысло-жизненные ориентации, Я-концепция женщин, ожидающих ребенка, поведенческие аспекты материнства, самосознание будущих матерей и другие (Ю.Е.Сенькова, Е.И.Захарова, Н.А.Кукушкина, Е.Н.Рыбакова и др.). Неблагоприятные социально-экономические условия жизни, ее высокий темп и эмоциональное напряжение привели к тому, что молодые люди реже стали заключать браки, уменьшилось количество детей в семье. В связи с этим пристальное внимание вызывают к себе ценностные ориентации женщин и изменения, происходящие в их сознании. Психологическое состояние женщины во время беременности оказывает значительное влияние на протекание беременности и родов, на последующие взаимоотношения с ребенком. Высокая тревога часто служит причиной риска акушерских и перинатальных осложнений. Беременность, как никакой другой период в жизни женщины, сопровождается приобретением новой идентичности, перестройкой ценностей и личностных смыслов. Для женщины беременность и деторождение становится важным этапом в жизни, изменяются ценности, появляется новая идентичность. Материал исследования: 30 беременных женщин (отделения патологии и невынашивания беременности ФГУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии» им. В.И.Кулакова). Средний срок беременности составил $28 \pm 9,8$ недель. Средний возраст обследуемых — $30 \pm 4,2$ лет. Это были пациентки с угрозой прерывания беременности (33 %, 10 человек), привычным невынашиванием беременности (23 %, 7 человек), плацентарной недостаточностью (33 %, 10 человек), врожденной тромбофилией (20 %, 6 человек), хроническим ДВС-синдром (27 %, 8 человек). Все пациентки имели высшее образование. Методы: клинико-психологический (клиническая шкала тревоги Шихана, опросник терминальных ценностей И.Г.Сенина, тест смысло-жизненных ориентаций

Д.А.Леонтьева, ценностный опросник С.Шварца), математическая статистика (корреляционный и факторный анализ). Результаты. Среднее значение выраженности тревоги по шкале Шихана составило $30 \pm 16,5$ баллов, что говорит о наличии клинически выраженной тревоги (что отмечается у 43 % испытуемых — 13 человек). Значения выше 30 баллов являются клинически значимыми и говорят о необходимости консультации обследуемой психотерапевтом или психиатром. В соответствии с данными корреляционного анализа, проявления тревоги беременных женщин усиливаются: 1) при снижении осмысленности жизни ($r = -0,63$; $p < 0,05$) — состояние ангедонизма и представление о жизни как малоосмысленной; 2) при снижении ориентации на будущее ($r = -0,58$; $p < 0,05$) — отказ от постановки целей и планирования на будущее; 3) при ослаблении включенности в процесс жизни ($r = -0,5$; $p < 0,05$) — неспособность получать от процесса собственной жизни и своей деятельности в настоящем удовлетворение; 4) при снижении удовлетворенности достигнутыми результатами ($r = -0,56$; $p < 0,05$) — неудовлетворенность своей жизнью в настоящем и недостаточно высокая оценка уже пройденного отрезка жизни; 5) при отсутствии веры в себя ($r = -0,5$; $p < 0,05$) — отсутствие веры в свои силы, в возможность сознательно контролировать события собственной жизни, выраженное ощущение фатализма; 6) при дезактуализации конфликта между стремлением к достижениям, с одной стороны, и высокой социальностью ($r = -0,6$; $p < 0,05$), стремлением к безопасности ($r = -0,42$; $p < 0,05$), с другой. Вероятно, тревога во время беременности была обусловлена проблемами, связанными с отказом женщин от личных достижений, активной профессиональной самореализации. Женщина меняла приоритеты, появлялись чувства защищенности, заботы о будущем ребенке и собственном здоровье, стремления к установлению психологически благоприятной окружающей среды и др. Факторный анализ: снижение осмысленности жизни, неудовлетворенность достигнутым результатом, снижение ориентации на будущее и веры в себя, низкая включенность в процесс жизни способствуют повышению уровня тревоги. Выводы: тревога у обследованных пациенток усиливается при снижении осмысленности жизни и ориентации на будущее, при неудовлетворенности достигнутыми результатами, при ослаблении включенности в процесс жизни и отсутствии веры в себя. Тревога беременных женщин связана с отказом от стремления к достижениям и с приоритетом стремления к безопасности и высокой социальности. Исследование проведено при поддержке гранта Президента РФ №МД-4860.2009.7.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РАЗВИТИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ

Хуцишвили О.С., Ангалева Е.Н., Мазепкина И.Н., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г.

Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский университет

Перинатальная патология неразрывно связана с исходным уровнем состояния здоровья женщины, планирующей беременность. В связи с чем, поиск путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности должен начинаться с изучения здоровья репродуктивной части населения.

Целью исследования явилось изучение особенностей развития плодного яйца у женщин, прервавших первую беременность по своему желанию.

Ретроспективно изучено 50 медицинских карт прерывания первой беременности у пациенток в возрасте от 16 до 26 лет на сроках от 5 до 11 недель. Проведен анализ жалоб, данных соматического и гинекологического анамнеза, данных общеклинического, специального гинекологического, ультразвукового обследования, а так же гистологического исследования тканей плодного яйца.

Средний возраст пациенток составил $19,2 \pm 1,3$ года, начала половой жизни $16,8 \pm 1,5$ года. В браке состояло 4 (7%) обследуемых. У 9 (18%) женщин во время беременности отмечались периодические кровянистые выделения, у 11 (22%) — боли ноющего характера в нижних отделах живота, у 41 (82%) патологические бели.

Структура экстрагенитальных заболеваний была представлена преимущественно хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхательной 21 (42%) и мочевыделительной системы 13 (26%), хроническим гастритом 9 (18%), нарушением жирового обмена I-II степени 8 (16%).

Из гинекологических заболеваний в анамнезе отмечено наличие хронического сальпингоофорита — у 13 (26%) женщин, цервицита и вагинита у каждой второй пациентки — 26 (52%), нарушения менструальной функции и функциональные кисты яичников — у 16 (32%), псевдоэрозия шейки матки — у 11 (22%).

По данным УЗИ выявлены следующие особенности: признаки угрожающего выкидыша — у 12 (24%) пациенток, нарушения формирования хориона — у 10 (20%), отслойка хориона или амниона — у 8 (16%) женщин, нарушение двигательной активности плода — у 6 (12%), признаки замершей беременности — у 2 (4%), аномалия развития матки (седловидная) — у 1 (2%) обследованной. В 3 (6%) случаях было обнаружено несоответствие сроков беременности сроку гестации на 2 и более недель. У 16 (32%) женщин отмечено сочетание 2 и более ультразвуковых маркеров нарушения формирования и развития плодного яйца.

Следовательно, у каждой третьей женщины при первой беременности имели место эхо-графические признаки нарушений развития плодного яйца — 18 (36%).

При изучении данных гистологического исследования тканей плодного яйца установлено, что морфологическая структура хориона соответствовала нормативным значениям гестационного срока только в 21 (42%) случае, в остальных 29 (58%) случаях были обнаружены различные нарушения формирования элементов плодного яйца: в 11 (22%) случаях имела место задержка формирования ворсин хориона, в 12 (24%) преждевременное созревание ворсин хориона, в 4 (8%) случаях в децидуальной ткани отмечались вакуолизация цитоплазмы клеток, пикноз ядер, отек и некроз стромы, в 2 (4%) случаях в трофобласте преобладали васкуляризованные ворсины с неравномерной плотностью и отеком стромы.

Таким образом, первую беременность прерывали женщины раннего репродуктивного возраста с низким индексом здоровья, более половины которых имели различную экстрагенитальную и гинекологическую патологию (56% и 62% соответственно), преимущественно не состоявшие в браке 46 (92%).

У 36% первобеременных имели место эхографические маркеры патологии развития плодного яйца. В 58% случаев были выявлены патоморфологические изменения тканей плодного яйца, что в 1,5 раза превышало частоту данных УЗИ.

К сожалению, ультразвуковой скрининг в первом триместре беременности является недостаточным и запоздалым для выявления патологии плодного яйца, что требует дальнейших исследований в этом направлении.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения прегравидарной подготовки у женщин с экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями накануне первой беременности.

РОДОВАЯ ТРАВМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РОДАХ В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ПОЗИЦИИ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ

Цхай В.Б., Париков С.Л.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В настоящее время в структуре основных причин перинатальных потерь родовая травма занимает 4-5 место, уступая только таким причинам как недоношенность, дыхательные расстройства и врожденные пороки развития. В тоже время, на фоне достигнутых существенных успехов в снижении смертности среди глубоко недоношенных детей, возрастает доля умерших за счет доношенных детей, у которых родовая травма является основной причиной смерти.

При разборах смерти новорожденных от родовой черепно-мозговой травмы, как правило, во всех инстанциях обвиняют врачей акушеров в неправильной тактике ведения родов. В настоящее время

установление истинного биомеханизма травмы особенно актуально, так как гибель или тяжелая болезнь новорожденного предполагает предъявление судебных исков к врачам и родовспомогательным учреждениям. На наш взгляд, без определения биомеханизма повреждений нервной системы ребенка соотносительно моментам периода изгнания родов, говорить о качестве действий акушера не представляется возможным.

Целью нашего исследования явилось выяснение двух принципиальных вопросов: во-первых, всегда ли родовая травма является результатом ятрогенных акушерских вмешательств; во-вторых, имеется ли связь конкретных повреждений костей черепа и головного мозга плода с особенностями биомеханизма родов при головном предлежании.

Установлено, что при сгибании головки (второй этап биомеханизма родов — flexio capitis) на затылочную кость снизу вверх давит позвоночный столб, во внутренней части основания черепа возникают симметричные или ассиметричные напряжения растяжения по синхондрозам — напряжения сжатия. Первичный разрыв кости всегда происходит в самом слабом месте, а таким местом являются синхондрозы. По ходу синхондрозов и возникают первичные повреждения в виде трещин и кровоизлияний. Повреждения максимальны по оси сжатия — оси «проводной точки».

Второй момент (четвертый этап биомеханизма родов — rotatio capitis interna). В полости черепа за счет смещения костей по швам и усиления неравномерного растягивающего напряжения в синхондрозах основания происходит ассиметричное натяжение парусов мозжечкового намета, с вероятностью первичного разрыва зеркально от оси давления. Механизм повреждений намета и серпа практически тот же, что и в первом моменте биомеханизма родов при суженном тазе. Происходит сдавление головного мозга между костями свода и основания черепа, что приводит к нарушению оттока крови и, в том числе, внутримозговым ассиметричным субэпендимарным кровоизлияниям.

Третий момент (пятый этап биомеханизма родов — deflexio capitis). Совершается в плоскости выхода малого таза, то есть на тазовом дне. На этом этапе родов остается только давление позвоночника на основание черепа снизу вверх, головка плода не испытывает жесткого давления в остальных плоскостях, конфигурация ее уже закончилась и соответствует родовым путям. На этом этапе возможно только усиление травматизации поврежденных областей и разгибательный механизм спинальной травмы.

Повреждения позвоночного столба сопровождается одновременным повреждением и межпозвоночных дисков. Механизм разрушения связан с формированием на начальных этапах нагрузок только силы сжатия на нижних суставных поверхностях. При усилении нагрузки во 2-м позвонке сжимающие напряжения трансформируются в растягивающие, еще более травмируя связки. Одновременно повреждается связочный аппарат первого и второго шейных позвонков.

Выводы:

У новорожденного в процессе естественных родов при головном предлежании возможна только сочетанная краниовертебральная травма с первичными повреждениями костей основания черепа (естественно — без применения ручных и инструментальных акушерских манипуляций).

Позвоночный столб в родах повреждается при сочетании осевого давления и сгибательно-разгибательных деформаций с ротационными, которые всегда сопровождаются повреждениями позвоночных артерий и ишемическими изменениями в шейных сегментах спинного мозга.

Изолированные повреждения позвоночного столба в родах возможны только в третьем и четвертом моментах родов, что соответствует этапам биомеханизма родов — разгибание головки и внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

Тщательный анализ всего комплекса родовой травмы (характер родовой деятельности, особенности вставления головки, функциональная оценка состояния плода, оказанные пособия в родах и т.д.) позволяет установить на каком этапе биомеханизма родов она возникла, четко разграничить родовую (то есть, не связанную с акушерскими манипуляциями) и акушерскую травму (фактически — ятрогенную).

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО МОМЕНТА ВЗЯТИЯ ЖЕНЩИН НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ

Черезова Ю.М.

г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

аступление беременности является одним из основных факторов риска возникновения дисбиоза влагалища (Радзинский В. Е., 2009).

Наиболее распространенным осложнением беременности является угроза её прерывания в I триместре. У женщин с угрозой прерывания высокий риск дальнейших осложнений течения беременности и неблагоприятного её исхода как для матери, так и плода.

Доминирующей причиной невынашивания беременности и преждевременных родов, по данным большинства исследователей, являются инфекционные и дисбиотические нарушения влагалища.

Цель исследования — оценка течения беременности в ранние сроки гестации.

Проведено сплошное исследование 158 женщин с трех акушерских участков муниципальной поликлиники № 1 г. Самары в период 2007 — 2008 гг. Женщин обследовали при взятии их на учет по беременности по разработанному нами единому алгоритму, который включал несколько отдельных направлений: проведение тестов Амсела с бактериоскопической оценкой биоценоза влагалища; дифференциальная диагностика БК, УГК и ИППП; подтверждение клинического диагноза.

Средний срок взятия женщины на учет, в наших исследованиях 158 беременных, составил $7 \pm 1,2$ нед. в интервале 5 — 9 недель беременности. Срок беременности определялся для всех беременных с первого дня последней менструации.

Субъективных жалоб на течение беременности при первом осмотре не предъявляло 102 (64,6%) беременных. Ретроспективный анализ течения настоящей беременности до первой явки женщины не выявил отклонений. Однако при объективном исследовании и проведении скрининговых тестов на состояние влагалищного биотопа (кроме бактериоскопии мазков) было выявлено, что у 51 (32,2%) пациентки оказались положительными один — два теста. У этих женщин рН влагалищной жидкости оказался в пределах 4,5 — 4,8, а среднее значение $4,67 \pm 0,9$. Выделения характерные для бактериального вагиноза были выявлены у 11 (6,9%) пациенток, а для кандидозного вагинита — у 7 (4,4%). Аминный тест у всех был отрицательным. У 23 пациенток без субъективных жалоб было выявлено три теста, указывающие на дисбиотическое заболевание влагалища, а у 28 определен промежуточный тип биоценоза при наличии у них одного или двух положительных скрининговых тестов. У всех 51 пациентки интегральным показателем состояния влагалищного биотопа явился рН влагалищной жидкости.

У 56 (34,4%) беременных при первой явке были выявлены субъективные и объективные данные на осложненное течение настоящей беременности: развитие раннего гестоза беременных — у 26 (16,4%) пациенток, появление симптомов угрозы прерывания беременности — у 19 (12%) пациенток, из которых 11 беременных были уже пролечены в стационаре на сроке беременности 5 — 6 недель, а у 8 беременных были выявлены симптомы угрозы прерывания беременности при первой явке в женскую консультацию. Сочетание раннего гестоза беременных и угрозы прерывания беременности встретилось у 9 пациенток. При взятии на учет 52 беременные предъявляли жалобы на появление различного характера выделений из влагалища с ранних сроков гестации (23 пациентки) или на усиление выделений из влагалища с началом беременности (29 пациенток). По скрининговым тестам у всех был подтверждены дисбиотические заболевания влагалища.

Анализ течения беременности у 158 беременных до взятия на учет выявил, что основными осложнениями течения гестации в этот период явились: Дисбиоз влагалища с клиническими и лабораторными проявлениями — 32,9% (52 пациентки); Дисбиоз влагалища без клинических проявлений, но подтвержденный скрининговыми тестами — 32,3% (51 пациентка); Ранний гестоз беременных — 16,4% (26 пациенток); Угроза прерывания беременности — 12% (19 пациенток); Сочетание раннего гестоза беременных с угрозой прерывания беременности (у 9 пациенток из 19) — 5,7%; Сочетание раннего гестоза с дисбиозом влагалища — 5,1% (8 пациенток); Сочетание угрозы прерывания беременности с дисбиозом влагалища — 6,3% (10 пациенток).

Таким образом, в ранние сроки беременности ведущим осложнением течения её являются дисбиотические заболевания влагалища, которые в 50% случаях протекают бессимптомно и диагностируются по лабораторным тестам.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗА

Чернышов А.С., Цхай В.Б., Кобина Н.М.

ФГУЗ ФМБА «Клиническая больница №42» г. Зеленогорска;
Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

На сегодняшний день гестоз является одним из ведущих осложнений беременности, стабильно занимая в структуре материнской смертности одно из первых мест и оставаясь основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Актуальность проблемы гестоза обусловлена и его последствиями, поскольку у женщин, перенесших это осложнение во время беременности, впоследствии формируется хроническая патология почек, гипертоническая болезнь, эндокринные и метаболические нарушения и др.

Имеется ряд исследований, свидетельствующих, что под влиянием абдоминальной декомпрессии (АД) у беременных с гестозом отмечается снижение артериального давления, улучшение реологических свойств крови, повышение маточно-плацентарного и почечного кровообращения, увеличение диуреза и исчезновение отеков. Принципиальным моментом, в том числе у беременных с гестозом, является положительное влияние АД, как на функцию плаценты, так и на повышение адаптационных возможностей плода и новорожденного, что дает возможность применения этого метода в лечении и профилактики плацентарной недостаточности, гипоксии и задержки внутриутробного развития плода.

Целью нашего исследования явилось изучение возможности и перспективности использования метода абдоминальной декомпрессии у беременных с гестозом и доказательство его положительное влияние на исход беременности, родов и состояние новорожденных.

С 2007 года в женской консультации и отделении патологии беременных родильного дома ФГУЗ ФМБА «Клиническая больница №42» начато применение метода абдоминальной декомпрессии в лечении беременных с различными гестационными осложнениями (всего 160 беременных), в том числе с гестозом (57 беременных).

Нами было проведено проспективное когортное контролируемое исследование на базе ФГУЗ КБ №42 г. Зеленогорска. Исследования проводились после добровольного информированного согласия пациенток на проведение лечения методом АД. Критериями включения были беременные женщины с гестозом легкой степени. Критериями исклю-

чения являлись средние и тяжелые формы гестоза, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии.

Все беременные были разделены на основную (1-я) и контрольную (2-я) группу сравнения. Первую группу составили 24 беременных женщин с гестозом легкой степени тяжести, пролеченных методом АД и их новорожденные. Вторую группу составили 28 беременных с гестозом легкой степени тяжести, пролеченных традиционным медикаментозным методом и их новорожденные. Пациентки с гестозом 1-й группы принимали по 5-10 сеансов абдоминальной декомпрессии, от 1 до 2 курсов. Лечение медикаментозным методом пациенткам 2-й группы проводилось в соответствии с требованиями «Национальным руководством по акушерству» (Москва, 2007).

Средний возраст беременных обследованных групп достоверно не отличался в группах сравнения: в 1-й группе — $28,5 \pm 4,2$ лет, во 2-й группе — $27,5 \pm 4,3$ лет. В обеих группах преобладали первородящие пациентки: в 1-й группе — 66,6%, во 2-й группе — 71,5%. Экстрагенитальная патология встречалась практически с одинаковой частотой в 1-й группе — 76,7% и во 2-й группе — 74,2%. Средний срок беременности на начало проведения лечения также был сопоставим и составил в 1-й группе $36,4 \pm 1,8$ недель, во 2-й группе — $36,8 \pm 2,1$ недель.

Родами в срок в 1-й группе беременность закончилась в 87,5%, во 2-й группе — в 78,6% случаев. В тоже время, во 2-й группе беременных чаще проводились индуцированные роды в связи с прогрессированием гестоза и недостаточным эффектом от терапии, а также в связи с нарастанием тяжести плацентарной недостаточности. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в 1-й группе была несколько выше, чем во 2-й группе, но разность статистически не достоверна. Частота встречаемости ЗВРП в группе беременных, пролеченных методом АД, была значительно ниже, чем во 2-й группе сравнения. Аналогичные тенденции были выявлены и в отношении частоты острой гипоксии плода в родах.

Таким образом, методика абдоминальная декомпрессия представляет собой эффективный, безвредный, немедикаментозный метод лечения гестозов легкой степени, который не оказывает фармакологического влияния на плод и не вызывает аллергических реакций у беременных. Поэтому возможно проведение повторных курсов лечения при возобновлении симптомов гестоза.

Метод абдоминальной декомпрессии имеет выраженную фармакоэкономическую эффективность: сроки лечения методом абдоминальной декомпрессии сокращаются в среднем на 5 — 7 дней; стоимость лечения — дешевле примерно в 5 раз традиционного медикаментозного метода лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАГЛОБИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Чугунова А.А., Тимофеева Т.В., Зайнулина М.С.
Россия, г. Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Заболевания мочевыделительной системы при беременности представляют серьезную проблему в акушерской практике. Среди экстрагенитальной патологии при беременности они занимают второе место по частоте встречаемости [3,4]. Бессимптомная бактериурия отмечается у 6% беременных, острый цистит развивается у 1-3%, гестационный пиелонефрит у 3-10% и мочекаменная болезнь у 0,2-0,8% женщин [1,2,23].

У пациенток с хроническим пиелонефритом среднее количество обострений составляет 3-4 за беременность, даже на фоне адекватного комплексного лечения [5].

Обострение хронической инфекции мочевыделительной системы при беременности приводит к развитию следующих осложнений: самопроизвольный аборт (34,7%), преждевременные роды (54,2%), развитие гестоза (40-80%), артериальной гипертензии (20%), послеродового эндометрита, септицемии, инфекционно-токсического шока. Для плода данная ситуация опасна неблагоприятными исходами родов: мертворождение (4,5%), недоношенность (11,6%), гипоксия плода (16,3%), пороки развития органов мочевого выделения (3,2%), внутриутробное инфицирование (26,3%), развитие гидронефроза (0,57%) [1,2,6,7,10].

При беременности иммунный статус женщины изменяется: отмечают снижение гуморального и клеточного иммунитета, что предрасполагает к более частым обострениям инфекции [37]. В настоящее время ведется поиск препаратов, которые могут быть использованы для коррекции иммунного статуса у беременных женщин с острой инфекцией или обострением хронического воспалительного процесса мочевыделительной системы.

Одним из препаратов, который в настоящее время изучается в качестве заместительной и иммуномодулирующей терапии у беременных, является иммуноглобулин человека нормальный. В нашей работе в качестве иммуномодулирующего препарата мы применяли интраглобин. Механизм действия интраглобина связан с опсонизацией микроорганизмов и нейтрализацией токсинов, что снижает риск рецидивирования инфекции у больных с первичными и вторичными иммунодефицитами.

В настоящее время накоплен опыт применения интраглобина в комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы, однако данных о его использовании на фоне беременности недостаточно [8,9]. При этом доказана безопасность препаратов внутривенных иммуноглобулинов при беременности, описано их назначение при антифосфолипидном синдроме и угрозе невынашивания беременности [11-22,23-

36]. Полученные данные позволяют предположить эффективность применения интраглобина в комплексной терапии заболеваний мочевыделительной системы у беременных.

Целью исследования явилось проведение анализа течения родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями мочевыделительной системы, в комплексной терапии которых применялся интраглобин.

В исследование включены 36 беременных женщин страдающих острыми и обострениями хронических воспалительных заболеваний мочевыделительной системы. Пациентки были разделены на 2 группы: пациентки первой группы получали комплексную (антибиотики, спазмолитики, фитоуросептики) и иммуномодулирующую терапию (интраглобин в курсовой дозе 100 мл). Пациентки второй группы получали традиционную терапию, включающую антибиотики, спазмолитики и фитоуросептики.

В результате анализа течения беременности, родов, послеродового периода, в группе женщин получавших интраглобин, обострения заболеваний мочевыделительной системы в последующем не наблюдались. Во второй группе у одной женщины было обострение МКБ в виде почечной колики.

При оценке течения родов в обеих группах достоверного различия не наблюдалось.

Послеродовый период достоверно часто был осложнен во второй группе: субинволюция матки у 5 женщин (25%), инфицирование швов имело место у 2 женщин (10%), расхождение швов произошло у 1 женщины (5%), послеродовый метроррагический синдром у 1 женщины (5%). В первой группе послеродовый период осложнился только расхождением швов у 2 женщин (12,5%).

Анализ перинатальных исходов показал, что во второй группе задержка внутриутробного развития плода произошла у 4 новорожденных (20%), что значительно выше чем в первой группе.

Поскольку одним из механизмов действия интраглобина является усиление фагоцитарной активности лейкоцитов, рекомендуется добавление данного препарата в комплексную терапию инфекционных заболеваний мочевыделительной системы при беременности.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ К НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ

Чухарева Н.А., Шарашкина Н.В., Бевз А.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

По данным международных эпидемиологических исследований более 80% беременных принимали по крайней мере один лекарственный препарат. Препараты назначаются даже беременным женщинам, не имеющим каких-либо заболеваний.

Цель: изучить спектр лекарственных средств, назначаемых беременным врачами; оценить приверженность беременных к фармакотерапии, про-

анализировать причины отказа беременных от назначенной врачом терапии.

Материалы и методы исследования: анкетирование беременных проводилось в рамках многоцентрового исследования «Эпидемиология использования лекарственных средств у беременных» (2008-2009г.г.). В исследовании приняли участие врачи и пациентки из 31 города России и из республики Беларусь (Минск).

Результаты и их обсуждение: Проанализировано 2324 анкеты беременных и родильниц. Среднее количество одновременно назначенных врачами препаратов составило 3,8 (от 0 до 16), причем в I триместре 3,2 (от 0 до 10). При анализе анкет беременных в I триместре было выявлено значительное количество различных лекарственных препаратов. Фолиевая кислота была назначена 50,3% женщин, препараты йода — 34,6%, витамин Е — 30,8%, поливитамины — 27%, препараты прогестерона — 19,5%, спазмолитики — 36,5%, системные антибиотики — 15,1% (фторхинолоны — 6%, макролиды — 2,5%, пенициллины, цефалоспорины и тетрациклины — по 1,3%), вагинальные свечи — 10%, и еще 69 различных наименований лекарственных средств. 75,5% женщин (I триместр) в дополнительных пунктах анкеты указали еще какие-либо препараты. Из препаратов, принимаемых по собственному решению и эпизодически, чаще всего встречались обезболивающие/жаропонижающие (42,1%) и витамины (28%), в существенном проценте в дополнительных пунктах анкеты (в том числе, прием препаратов по собственному решению) были указаны антибактериальные препараты (12,5%).

По результатам анкетирования 17,9% беременных не придерживались назначенной терапии. Не было выявлено зависимости от возраста женщины, срока беременности и паритета. Комплаентность зависела от количества препаратов и уровня образования женщины. При анализе анкет отмечено, что беременные, которым было назначено 5 и менее лекарственных средств одновременно, в 14,4% случаев не принимали хотя бы один из препаратов. Если количество назначений превышало 5, то не придерживались назначенной терапии 26,8%, а если 8 и более, то эта цифра возрастала до 50%. Каждая четвертая женщина с высшим образованием не принимала все назначенные лекарственные препараты, а со средним — каждая десятая.

Причины отказа беременных от приема назначенных врачом лекарственных средств: не хочу принимать много лекарств — 62,6%, боюсь влияния на ребенка — 45%, считаю назначения необоснованными — 12%, предпочитаю травы — 4%, сама знаю, что принимать — 5%, дорого — 10%, забываю — 2%.

Выявлено, что самостоятельно, без назначения врача, принимают лекарственные препараты, биологически активные добавки, травы 28,7% беременных. Рекомендовали: родственники, друзья — 27,4%, работники аптеки — 9,5%, реклама в средствах массовой информации — 4,2%, по своему решению — 58,9%.

Выводы: Таким образом, результаты анкетирования показали, что беременным женщинам врачами назначается широкий спектр лекарственных препаратов, в том числе в I триместре. Выявлено, что реальная практика применения лекарственных средств беременными не всегда соответствует врачебным рекомендациям. Выявлена низкая приверженность беременных к назначаемой врачом терапии и значительная частота самолечения, причем основной причиной несоблюдения врачебных назначений оказалось назначение беременной большого количества препаратов.

ТАКТИКА МИНИМАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕСС РОДОВ — ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Шайхутдинова А.Р., Хайруллина Г.Р.

Россия, г.Казань, КГМУ кафедра акушерства и гинекологии 2.

Роды — процесс, который является естественным завершением беременности. И, несмотря на то, что человечество существует многие тысячелетия, вопрос о том, «как рожать?» по-прежнему остается актуальным. Вертикальная поза представляет собой наиболее физиологичный вариант течения родов, так как уменьшается давление матки на крупные сосуды, происходит более мягкое раскрытие шейки матки под воздействием силы тяжести плода и давлением околоплодных вод, а не головки плода.

Целью проведенного исследования явилась оценка эффективности тактики минимального вмешательства в процессе родов — ведения родов, в положении — максимально приближенном к вертикальному. При участии врача-акушера, прошедшего специальное обучение. По материалам городской клинической больницы 7 г.Казани было проведено 40 родов (100%) положении, приближенном к вертикальному. Из них количество первородящих женщин составило — 83% (33 женщины), повторнородящих — 17% (7 женщин). У всех беременных проведен сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза. Исследование состояния кровотока в системе мать-плацента плод осуществляли методом ультразвуковой доплерометрии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Для оценки внутриутробного состояния плода всем пациенткам проводили кардиотокографию в родах. Беременные предварительно проходили специальную подготовку в семейном центре при родильном доме. Начиная с 39-40 недель беременности, оценивалась степень зрелости шейки матки, позволяющая судить о ходе подготовки организма к родам. Контрольная группа составляла 20 рожениц.

В результате ведения первого периода родов в вертикальном положении осложнения возникли у 17,5% (7 рожениц) — преждевременное излитие светлых околоплодных вод; у 10% (4 роженицы) — первичная слабость родовой деятельности; у 7% (3 роженицы) — прогрессирующая внутри-

утробная гипоксия плода, подтвержденная данными кардиотокографии (ВГП). Показанием для экстренного кесарева сечения в 7% (3 роженицы) случаев была внутриутробная гипоксия плода, в 3% (1роженница)-клинический узкий таз, в 3% (1роженница) — упорная слабость родовой деятельности при неэффективности проводимой терапии. Первый период родов по времени сократился на 1,5 часа, по сравнению с контрольной группой. Второй период протекал без угрозы разрыва промежности в 75% (30 рожениц) случаев, 7% (3 роженицы) была произведена эпизиотомия. Третий период протекал без особенностей. Более физиологичное течение вертикального положения и минимальная акушерская тактика благоприятно сказываются так же и на перинатальных исходах: оценка по шкале Апгар в среднем при введении родов в вертикальном положении составила 7.5+1.1 балла, через 5 минут 8.4+1.3 балла. 83% новорожденных сразу были приложены к груди, 0.5% — были переведены в палату интенсивной терапии с гипоксией средней тяжести. Выводы: ведение родов в положении, максимально приближенном к вертикальному, является наиболее физиологичным и комфортным для роженицы, а в последствие благоприятно сказывается и на перинатальных исходах, поэтому вертикальные роды можно рассматривать как метод выбора, при условии, что беременная и плод не имеют никаких отклонений в состоянии здоровья.

РОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТОЗОМ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ

Шалина Р.И., Куртенок Н.В. Штабницкий А.М.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Целью данного исследования явилось снижение частоты осложнений у рожениц с гестозом и их новорожденных.

Материалы и методы: обследованы 642 пациентки с гестозом и их дети в раннем неонатальном периоде. На первом этапе исследования для определения условий ведения родов через естественные родовые пути при гестозе проанализировано 442 истории родов пациенток с указанной патологией. На втором этапе с целью совершенствованию тактики ведения родов при гестозе проведено исследование течения и ведения родов у 200 рожениц с гестозом. Проводили мониторинг за гемодинамическими показателями роженицы и состоянием плода. Болевую чувствительность оценивали по Визуальной Аналоговой Шкале — VAS (Visual Analog Scores). У 28 (14 %) рожениц с гестозом легкой и средней степени роды вели на фоне спазмолитиков, у 98 (49%) применяли метод фракционной эпидуральной анальгезии (ФЭА), у 74 (37%) — контролируемую пациенткой эпидуральную анальгезию (КПЭА). Метод КПЭА был впервые предложен для обезболивания родов при гестозе.

Результаты исследования. На I этапе у большинства пациенток (364 — 82,3 %) роды удалось прове-

сти через естественные родовые пути, у остальных (78 — 17,6%) во время родов возникли показания к кесареву сечению. Исследование показало, что неблагоприятными условиями для ведения родов через естественные родовые пути при гестозе, независимо от степени тяжести, являются: отсутствие положительного эффекта от терапии гестоза ($p < 0,001$); возраст первородящей старше 35 лет ($p < 0,001$); задержка роста плода II степени ($p < 0,001$); «незрелая» или недостаточно «зрелая» шейка матки к моменту родоразрешения ($p < 0,001$); преждевременное излитие околоплодных вод ($p < 0,001$). Кроме того, нецелесообразно планировать самопроизвольные роды у пациенток с гестозом тяжелой степени при сроке гестации менее 37 недель ($p = 0,3$), отсутствии стабилизации АД на фоне терапии (невозможности контролируемого снижения АД до 150/90 мм рт.ст. и ниже) ($p = 0,04$), уровне протеинурии более 0,132 г/л ($p = 0,04$), снижении диуреза или олигурии перед родоразрешением (менее 30 — 50 мл/час) ($p = 0,001$), повышении уровня печеночных трансаминаз в сыворотке крови более чем в 2 раза от нормы ($p = 0,02$).

На II этапе исследования роды через естественные родовые пути планировали вести при отсутствии неблагоприятных факторов, определенных на I этапе, что способствовало снижению частоты кесарева сечения в 1,4 раза. При гестозе легкой степени применение как ФЭА, так и КПЭА в одинаковой мере способствовало нормализации АД у большинства рожениц. При гестозе средней и тяжелой степени при применении КПЭА стабилизацию АД наблюдали в 1,9 и 3,8 раз чаще, соответственно, чем ФЭА. У 25 % рожениц с гестозом средней и тяжелой степени с ФЭА при колебаниях АД, наблюдаемых в момент изменения болевой чувствительности, были отмечены эпизоды брадикардии у плода.

Фактором, также оказывающим влияние на величину АД во время родов, являлся объем инфузионной терапии. При введении до 500 мл жидкости в I периоде родов систолическое АД составляло $122,5 \pm 9$ мм рт.ст., диастолическое АД — $80 \pm 5,3$ мм рт.ст., а при инфузии 800-1200 мл — 155 ± 5 мм рт.ст. ($p > 0,05$) и $95 \pm 5,4$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), соответственно.

Применение эпидуральной анальгезии (ЭА), независимо от метода, способствовало уменьшению продолжительности I периода родов. В то же время продолжительность II периода родов увеличивалась при ведении родов на фоне ЭА, особенно методом КПЭА, однако при этом не было отмечено отрицательного влияния на состояние матери или плода. При начале проведения эпидуральной анальгезии в латентную фазу родов, независимо от метода, частота слабости родовой деятельности и кесарева сечения была в 3,3 раза чаще, чем в активную. Профилактическое применение окситоцина при начале проведения ЭА в латентную фазу родов способствовало снижению частоты слабости родовой деятельности и кесарева сечения в 2,5-3 раза, соответственно.

Выводы: планирование метода родоразрешения с учетом показателей, определяющих тяжесть гестоза и акушерских факторов, использование оптимального метода обезболивания родов — КПА, ограничение объема инфузионной терапии до 500 мл, профилактическое применение утеротоников по показаниям способствуют снижению частоты осложнений, оперативного родоразрешения и улучшению перинатальных исходов при гестозе в 2,5 — 3 раза.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН ЗАПОЛЯРЬЯ

Шанькова И.Л., Гуменюк Е.Г.

Россия, г. Мурманск, родильный дом № 3; г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии

По данным современной литературы юные беременные относятся в группу высокого риска по развитию осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. В различных регионах страны и за рубежом проводятся многочисленные научные исследования, направленные на улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков, акушерских и перинатальных исходов у юных женщин (Гуркин Ю.А., 2002; Кулаков В.И., Уварова Е.В., 2003; Шарапова О.В., 2005; Абдуллаева М.З., 2006; Семятов С. М., 2009; Perlman F., 2009). Изучение проблемы в районах Кольского Заполярья ранее не проводилось.

Цель нашего исследования — изучение акушерских и перинатальных исходов у юных беременных женщин, постоянно проживающих в условиях Заполярья.

Контингент и методы исследования. Проведен анализ течения беременности и родов, а также перинатальные исходы у 123 юных женщин.

Результаты исследования. При изучении социального статуса юных женщин установлено, что к моменту наступления беременности большинство из них не имели законченного образования (54 — 43,9%), при этом 21 женщина (17,1%) работали и имели небольшой доход. К концу беременности только 37 пациенток (30,1%) вступили в зарегистрированный брак. Средний возраст начала половой жизни, составил $15,1 \pm 1,8$ лет. При уточнении анамнеза 96 юных женщин (78%) считали беременность желанной и с самого начала планировали ее сохранить. 27 обследованных пациенток (22%) указали, что беременность для них явилась нежеланной. В этих случаях причинами сохранения данной беременности послужили настоящие родители (12 — 9,8%), страх перед абортom (6 — 4,9%), желание длительное время скрыть беременность (9 — 7,3%). У 20 юных женщин (16,3%) в анамнезе было прерывание беременности в различные сроки. Гинекологические заболевания в анамнезе имели 67 (54,5%) девушек-подростков. В структуре гинекологической патологии наиболее часто встречались вульвовагинит (14,6%), цервицит (13,8%),

воспалительные заболевания органов малого таза (7,3%), нарушения менструального цикла (11,4%), кисты яичников (3,2%). Частота перенесенных инфекций, передаваемых половым путем, составила 14,6%.

Обращают на себя внимание особенности наблюдения в женской консультации. Только 28 человек (22,7%) встали на учет своевременно. 36 (29,3%) впервые пришли к врачу после 12 недель, 42 (34,2%) после 24 недель гестации, а 17 (13,8%) — во время беременности не наблюдались. У 14 женщин (11,4%) был диагностирован общеравномерносуженный таз. У 103 (83,7%) имелась различная соматическая патология. В структуре соматических заболеваний при взятии на учет преобладали острые респираторные вирусные заболевания (89%), заболевания щитовидной железы (20,3%), миопия (12,3%), железодефицитная анемия (9,8%), хронический гепатит В и С (4,1%), хронический гастрит (3,3%). У 57 пациенток (46,3%) во время беременности выявлены кандидозный вульвовагинит, бактериальный вагиноз и инфекции, передаваемые половым путем.

В структуре осложнений во время беременности преобладали рвота беременных (5,7%), угроза прерывания в различные сроки (21,9%), увеличилась частота железодефицитной анемии (14,6%). Хроническая плацентарная недостаточность диагностирована у 17 юных беременных (13,8%), при этом у 8 (6,5%) имелась задержка развития плода. Преэклампсия различной степени тяжести была у 14 обследованных женщин (11,4%).

Роды через естественные родовые пути произошли у 118 (95,9%), а операция кесарева сечения выполнена только у 5 (4,1%) женщин. Показаниями к операции являлись клинически узкий таз, отслойка нормально расположенной плаценты, острая внутриутробная гипоксия плода, миопия высокой степени. Среди осложнений родов через естественные родовые пути отмечены травмы родовых путей (13,0%), слабость родовой деятельности (4,9%), преждевременное излитие околоплодных вод (4,9%), гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде (2,4%).

Средняя масса новорожденных, родившихся от юных матерей, составила $3089,58 \pm 42,23$ г, рост $50,91 \pm 0,28$ см. Случаев тяжелой асфиксии новорожденных не было. С признаками функциональной незрелости родилось 13,5% детей, с задержкой развития — 4,8%. В одном случае (0,8%) имелась антенатальная гибель плода. На второй этап выхаживания переведено 13,5% новорожденных. В 4 случаях (3,2%) был оформлен отказ от ребенка.

Заключение. Проведенное исследование выявило высокую частоту акушерских и перинатальных осложнений у юных женщин. Предрасполагающими моментами, на наш взгляд, являются выявленные неблагоприятные социальные факторы, высокая частота соматической и гинекологической патологии как до, так и во время беременности, отсутствие адекватной психологической и семейной поддержки на всех этапах. Имеющаяся ситуация требует со-

вместных усилий различных специалистов (педиатры, акушеры-гинекологи, психологи, социальные работники и др.), направленных на улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков; санитарно-просветительную работу; профилактику нежеланной беременности; инфекций, передаваемых половым путем. В каждой конкретной ситуации при наступлении беременности у юной женщины должен осуществляться индивидуальный подход с учетом выявленных социальных и медицинских аспектов.

ВЛИЯНИЕ АЭРОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ФОРМАЛЬДЕГИДОМ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Шаршенов А.К., Рыбалкина Х.Д., Марипова Ж.А.

Кыргызская Республика, г. Бишкек
Кыргызская Государственная Медицинская Академия,
Национальный Центр охраны материнства и детства

Целью проведенного исследования являлось определение путей снижения перинатальных потерь, обусловленных действием формальдегида. Проспективному наблюдению подвергнуто 528 беременных, не менее трех лет проживающих в двух регионах г. Бишкека с различной антропогенной нагрузкой формальдегидом, ПДК которого в неблагоприятном районе в среднем в течение года составляло $6,47 \pm 0,39$, в более благополучном — $4,3 \pm 0,37$ (+++). В весенний — летний период наблюдалось высокое содержание формальдегида в воздушной среде достигающей 10 ПДК и более.

Результатом проведенной этой части исследования является вывод о том, что репродуктивное здоровье женщин г. Бишкека в условиях экологического неблагополучия отличается от жительниц благополучного района достоверно более высокими показателями соматической (64,4%) и гинекологической патологии (51,5%) в сравнении с 48,0 и 3%, 4% (++) осложненного течения гестационного процесса 79,3% против 51,8% (+++), в том числе самопроизвольного прерывания, и неразвивающиеся беременности.

Из числа женщин основной группы до срока родов беременность доносили 81,5%, в то время как в группе контроля они составляли 96,1% (+++).

При совпадении периода зачатия с высоким содержанием в воздухе формальдегида и неблагоприятными климата — географическими факторами «высокий уровень солнечной радиации, высокая температура воздуха, наблюдаемые в августе, сентябре месяцах» возрастает удельный вес патологических родов гипертензивных нарушений, асфиксии и ВПР плода, антенатальной гибели, гипотрофии плодов и заболеваемости новорожденных.

Второй частью исследования являлось экспериментальное исследование на 25 здоровых самках кроликов средней массой 2,500-3000 г, в пяти сериях опытов (в каждой серии по пять кроликов).

I серия — контрольная: животные содержались в виварии в обычных условиях с 1 по 26 день беременности, в среднем продолжающейся 28-32 дня после спаривания.

II серия — самки кроликов подвергались ингаляционному воздействию 10 ПДК формальдегида в течении 6 часов с 1 по 26 сутки беременности.

$P < 0,05(+)$, $< 0,01(++)$, $< 0,001(+++)$

III серия — животные подвергались ингаляционному воздействию формальдегида (10 ПДК) и гипоксии (1660 м над уровнем моря) в течении 6 часов с 1 по 26 сутки беременности.

V серия — животные подвергались ингаляционному воздействию формальдегидом 10 ПДК в течении 6 часов в сутки с 1 по 26 день беременности + подвергались УФ излучению.

V серия — самки кроликов в том же режиме подвергались сочетанному влиянию формальдегида с хроническим тепловым перегреванием.

Часть опытных и контрольных животных забивались на 26-27 сутки беременности, а 15 кроликов родоразрешались в срок.

Кусочки органов самки, плодов и потомства на 10 сутки внеутробной жизни подвергались гистологическому исследованию.

Метод определения формальдегида проводился по реакции с хромотропной кислотой.

В сыворотке крови животных в I половине, II беременности определялось содержание прогестерона.

Установлено:

Тератогенное, канцерогенное и токсическое действия формальдегида на организм беременных животных и плода, усиливаются при сочетании его с УФО и тепловым перегреванием, что подтверждено в эксперименте морфологическим исследованием органов беременных животных, плодов и потомства.

На наш взгляд, важным является то обстоятельство, что сочетанное действие формальдегида с УФО и тепловым перегреванием способствует увеличению уровня прогестерона в сыворотке крови беременных животных в первой половине беременности в 2,0 и 1,3 раза, во второй — в 1,2 и 1,7 раза по сравнению с интактными животными.

Именно этим можно объяснить большую частоту рождения плодов с уродствами в условиях антропогенной нагрузки формальдегидом. В условиях повышенного содержания в крови опытных животных прогестерона по сравнению с животными контрольной группы перестает работать закон «все» или «ничего» — под влиянием формальдегида развивается патология плода, но беременность не прерывается.

Таким образом планирование зачатия в более благоприятные периоды года, прекоцепционная подготовка путем детоксикации организма с применением эфферентных методов для выведения ксенобиотиков из организма помогут добиться значительного снижения перинатальных потерь в условиях экологического неблагополучия.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ПЛОДА

Шевченко Е.А., Марченко Н.П.
МУЗ «Родильный дом №4», г. Красноярск

Пренатальное выявление врожденной и наследственной патологии продолжает оставаться одним из самых актуальных вопросов медицины, а снижение перинатальной заболеваемости и смертности является одной из основных задач в системе охраны материнства и детства, в структуре которых ведущее место занимают врожденные и наследственные заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2,5% новорожденных имеют различные аномалии развития, из которых каждый двадцатый порок входит в группу множественных пороков развития. В настоящее время практически во всех странах мира ультразвуковые исследования при беременности носят массовый характер, т.е. эхография является скрининговым методом, позволяющим из общего потока пациенток не только выделить тех, у которых есть та или иная патология плода, но и сформировать разные группы риска, подлежащие динамическому контролю и дополнительным обследованиям. В большинстве стран в настоящее время ультразвуковой скрининг при беременности является составляющей частью национальных программ здравоохранения. Было доказано, что массовые безвыборочные ультразвуковые исследования являются эффективным методом выявления врожденной патологии развития у плода, что существенно снижает показатели перинатальной смертности. Именно поэтому показатель «своевременная выявляемость пороков развития у плода» стал главным критерием его эффективности эхографического скрининга при беременности.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей трансвагинальной эхографии с применением 3/4D режимов для ранней пренатальной диагностики врожденных пороков развития (ВПП) у плода. Для этого ретроспективно были проанализированы 332 случая ранней пренатальной диагностики различных ВПП у плода, которые зарегистрированы с 2001 по 2009 г.г. Ультразвуковые исследования проводились на приборе VOLUSON 730 EXPERT, VOLUSON 730 PRO, VOLUSON E8. с использованием различных режимов трехмерной эхографии. Все данные исследования проведены с использованием трансвагинального датчика с использованием различных режимов трехмерной эхографии. У всех плодов оценка анатомии проводилась по общепринятой схеме. Дополнительно проводится изучение строения пуповины. При наличии у плода эхографических маркеров, врожденных пороков развития либо подозрения на наличие порока для уточнения пренатального диагноза с 2004 г. используются различные специальные режимы трехмерной эхографии. С 2003 г. у всех плодов в В - режиме при поперечном сканировании грудной клетки про-

водится изучение четырехкамерного среза сердца, которое заключается в оценке: оси сердца, количества камер сердца и их пропорциональности. При адекватной визуализации проводится изучение среза через 3 сосуда. При наличии показаний проводится изучение дополнительных срезов сердца и главных сосудов с помощью двухмерной эхографии как в В-режиме, так и в режиме цветового доплеровского картирования и импульсной доплерографии. С 2004 г. для идентификации изменений интракардиальных структур и главных артерий в ранние сроки беременности мы применяем ультразвуковые методики на базе трехмерной эхографии (DiagnoSTIC, TUI, inversion и glass body).

Популяционная частота ВПП составила в среднем 23:1000. Пренатально с помощью эхографии диагностировано 87,2% ВПП у плода. В 2001-2002 г.г. уровень ранней пренатальной диагностики ВПП составлял 43,6%. С 2004 г. уровень ранней пренатальной диагностики ВПП достигает 53,7%, что обусловлено использованием в диагностическом процессе трехмерной эхографии. Ранняя пренатальная диагностика врожденных пороков сердца (ВПС) в 2003 — 2009 г.г. в среднем составила 35,1%. В структуре диагностированных пороков преобладают множественные аномалии, составляя более 30%, второе и третье место приходится на пороки центральной нервной системы и дефекты передней брюшной стенки — 21% и 16% соответственно. Среди диагностированных в конце I — го начале II — го триместра беременности 100 случаев пороков сердца также преобладают «грубые» ВПС, диагностика которых основывается, в первую очередь, на оценке четырехкамерного среза сердца. В совокупности эта группа составила 80%. ВПП и хромосомные аномалии (ХА) в ранние сроки зарегистрированы беременности у 50,9% плодов с расширением воротникового пространства. ВПП сочетались с ХА в 13%. Неблагоприятные перинатальные исходы у пациенток с ВПП у плода/новорожденного отмечены в 61,7% наблюдений, а в случаях ранней пренатальной диагностики ВПП у плода — 90,7%.

Таким образом, трансвагинальная эхография с использованием 3/4 D режимов является высокоинформативным методом пренатальной диагностики в ранние сроки беременности и позволяет обнаружить до 53,7% всех ВПП и до 36,3% ВПС.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НМГ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Шестакова О.И., Пучко Т.К.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В нашей стране наблюдается ежегодный рост частоты кесарева сечения (КС). Доказано, что развитие инфекционно-воспалительных и тромбо-

эмболических осложнений после КС в 3-10 раз и в 10-15 раз выше соответственно, чем при самопроизвольных родах. Несмотря на широкое внедрение антибиотикопрофилактики, септические осложнения не становятся “болезнью прошлого” и ежегодно приводят к тысячам летальных исходов у матерей. Стёртая форма метрэндомиетрита без яркой манифестации встречается в современных условиях чаще (80%), чем классическая (20%) и имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при диагностике данной патологии. Это требует от акушеров применения в послеоперационном периоде препаратов, которые способствовали бы минимизации воспалительных и тромбоемболических осложнений, избегая, в то же время, полипрагмазии.

Исследования последних лет показали, что процессы гемокоагуляции и воспаления тесно связаны между собой. Активация свёртывающей системы крови в ответ на воспаление служит защитным механизмом, направленным на ограничение участка повреждения тканей и предупреждение дальнейшего распространения патогенного фактора в организме. Тромбообразование может явиться толчком для воспалительного ответа и, наоборот, воспаление приводит к выраженной активации процессов свёртывания крови. Поэтому, воздействие на систему гемостаза может, с одной стороны, воспрепятствовать тромбообразованию, а с другой — уменьшить или даже предотвратить развитие воспалительной реакции. В этой связи, огромный интерес представляет использование НМГ, которые помимо известных антикоагулянтных свойств обладают противовоспалительной активностью. Противовоспалительную активность НМГ связывают с их способностью ингибировать прокоагулянтную активность лейкоцитов и моноцитов, снижать синтез провоспалительных цитокинов клетками — эффекторами воспаления, подавлять экспрессию молекул адгезии, подавлять экспрессию TF активированным эндотелием за счет стимулирования высвобождения TFPI, и антикомплементарным действием.

Цель исследования: профилактика воспалительных и тромботических осложнений в послеродовом периоде после операции КС у женщин группы риска.

Материалы и методы: обследовано 25 рожениц основной группы, которые в послеоперационном периоде с целью профилактики воспалительных и тромботических осложнений получали эноксапарин натрия в дозе 40 мг в сут в течение 3-х и более дней, и 23 женщин группы сравнения, не получавшие НМГ. Критериями включения в исследование послужило наличие у женщин артериальной гипертензии, наследственного полиморфизма генов тромбофилии, варикозной болезни, ИМТ \geq 25. Критериями исключения — воспалительные процессы в III триместре и применение НМГ за 3-4 нед. до оперативного родоразрешения. Роженицам обеих групп был проведён короткий профилактический курс антибиотиками. Исследование периферической крови проводили на 1, 3-4 и 7-е сутки послеоперационного периода. Оценивались такие

показатели как уровень эндотоксина, лейкоцитов, нейтрофильный сдвиг, СОЭ.

Результаты: Проведённые исследования показали, что уровень эндотоксина к 3-4 сут у всех женщин неуклонно возрастал и составил в основной группе 0,154 \pm 0,2 EU/ml и 0,138 \pm 0,3 EU/ml в сравнительной группе. Однако, уже к 7-м сут уровень эндотоксина составил 0,14 \pm 0,2 EU/ml и 0,194 \pm 0,3 EU/ml соответственно. Также на 3-4 сут сохранялись изменения в анализе крови: в основной группе лейкоцитоз составил 11,4 \pm 0,4*10⁹ \pm /л, повышение СОЭ — 24,1 \pm 0,2 мм/ч; в группе сравнения лейкоцитоз составил 18,4 \pm 0,2*10⁹/л, повышение СОЭ 35,3 \pm 0,3 мм/ч. К 7 сут в основной группе уровень лейкоцитов составил — 7,2 \pm 0,3*10⁹ \pm /л в сравнительной — 9,8 \pm 0,3*10⁹ \pm /л, СОЭ — 21,4 \pm 0,2мм/ч и 27,7 \pm 0,2мм/ч

В результате проводимой терапии к 7-м суткам послеродового периода в основной группе уменьшились проявления воспалительной реакции, значительно снизился уровень эндотоксина в периферической крови. В группе сравнения также уменьшались проявления общей воспалительной реакции, однако уровень эндотоксина в периферической крови возрос.

Выводы: применение эноксапарина натрия в послеоперационном периоде у рожениц с факторами риска реализации тромбоемболических осложнений является патогенетически оправданным в связи с наличием у препарата не только противотромботических, но и противовоспалительных свойств.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Шидловская Н.В., Логутова Л.С., Петрухин В.А.,
Бурумкулова Ф.Ф., Коваленко Т.С.,
Давыдова Т.В., Колендо С.А., Башакин Н.Ф.
Россия, г. Москва, ГУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»

Цель: анализ течения беременности и перинатального исхода у пациенток с надпочечниковой недостаточностью различного генеза.

Методы: обследованы и родоразрешены 11 беременных от 21 до 37 лет с надпочечниковой недостаточностью: у одной пациентки имелся аутоиммунный полигландулярный синдром (АПГС) 1 типа (надпочечниковая недостаточность и гипопаратиреоз) — (роды с данной патологией дважды), в 7 наблюдениях имелся АПГС 2 типа (надпочечниковая недостаточность и первичный гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита), и в 2 наблюдениях надпочечниковая недостаточность развилась в результате трансфеноидальной аденомэктомии гипофиза по поводу болезни Иценко-Кушинга.

Результаты: Во всех наблюдениях надпочечниковая недостаточность была выявлена до беременности, начало заболевания острое (коллапсы, сла-

бость, рвота, гиперпигментация кожных покровов, симптомы гипогликемии и гипокальциемии). У 2-х пациенток было проведено нейрохирургическое лечение по поводу эндогенного гиперкортицизма. Давность заболевания до наступления беременности варьировала от 3 до 10 лет. Пациентки получали заместительную гормональную терапию глюко- и минералокортикоидами в течение многих лет, в том числе на прегравидарном этапе, во время беременности и после родоразрешения. Доза препаратов во время беременности изменялась незначительно, признаков гипокортицизма не было. Заместительная терапия гипотиреоза проводилась L-тироксином, в одном случае гипотиреоз был выявлен в 22 недели беременности. Первые роды предстояли 10 пациенткам, одной — повторные роды. Течение беременности осложнилось анемией в пяти наблюдениях, угрозой прерывания беременности — у 7 беременных, гестозом легкой степени — в 2 наблюдениях, в одном случае в связи с острым пиелонефритом и гидронефрозом произведено стентирование почек, что потребовало значительного увеличения дозы кортикостероидов. В двух наблюдениях течение беременности осложнилось гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Таким образом, во время беременности не были зафиксированы тяжелые акушерские осложнения, требующие досрочного родоразрешения. Все беременные родоразрешены при доношенном сроке гестации путем операции кесарева сечения. Показаниями к плановому оперативному родоразрешению (7 пациенток) послужили: тазовое предлежание плода — 2 наблюдения, наличие тяжелой эндокринной патологии и операция на гипофизе — 2, наличие крупного плода и ГСД — 1, рубец на матке — 1, по сочетанным показаниям — 1 наблюдение. Показаниями к экстренному кесареву сечению (всего 4 пациентки) явились: отсутствие регулярной родовой деятельности при дородовом излитии вод — 2 наблюдения, острая гипоксия плода — 1, а также наличие сочетанных показаний — 1.

Все новорожденные без пороков развития массой от 2710 до 4100г (у пациентки ГСД).

У 3 (27%) новорожденных имелась ЗВУР 1 степени, в состоянии гипоксии (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 7 баллов) родились 4(36%) ребенка. Несмотря на высокую частоту ЗВУР и гипоксии у новорожденных этой группы, ранний неонатальный период у 10 из 11 детей протекал благоприятно, все они были выписаны домой на 6-9 сутки жизни. При динамическом наблюдении у них не наблюдалось клинических и лабораторных симптомов надпочечниковой недостаточности. У одного ребенка от матери с неоднократными адиссоническими кризами и гестационным сахарным диабетом отмечалась симптоматика перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС I-II степени и транзиторная надпочечниковая недостаточность, подтвержденная данными гормонального исследования (снижение уровня кортизола в крови), что потребовало перевода ребенка на этапное выхаживание и назначения заместительной

гормональной терапии в течение 10 дней. У него же в позднем неонатальном периоде выявлен односторонний неполный птоз верхнего века.

Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде все пациентки получали гидрокортизон внутримышечно и преднизолон внутривенно, в одном наблюдении — препараты кальция в связи с гипокальциемией. Все родильницы имели хорошую лактацию, не было отмечено септических осложнений в послеоперационном периоде. В 2 наблюдениях произведена гистероскопия в связи с гематометрой. Все пациентки в удовлетворительном состоянии были выписаны домой на 6-9 сутки.

Выводы: надпочечниковая недостаточность при условии своевременного и адекватного лечения существенно не влияет на течение беременности. Несмотря на более высокую, по сравнению с популяционной, частоту ЗВУР и гипоксии при рождении, ранний неонатальный период у новорожденных от данной категории матерей в целом протекал благоприятно. Тем не менее для раннего выявления надпочечниковой недостаточности у новорожденных необходимо определение уровня кортизола на 3-4 сутки жизни. Пациентки с надпочечниковой недостаточностью нуждаются в тщательном совместном наблюдении акушера-гинеколога и эндокринолога в связи с высоким риском декомпенсации заболевания, а родоразрешение должно быть произведено в крупном родовспомогательном учреждении.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ДИСКРЕДИТИРОВАННОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

Шифман Е.М.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Дискредитированное состояние плода — это всегда вызов, брошенный команде акушеров, анестезиологов и неонатологов. Нередко в этих ситуациях требуется срочное оперативное родоразрешение. Основные причины асфиксии в интранатальном периоде:

Недостаточная перфузия материнской поверхности плаценты (тяжелая артериальная гипотония, аорто-кавальная компрессия).

Нарушение трансплацентарного обмена газов (отслойка плаценты).

Нарушение кровотока в пуповине (сдавление пуповины).

Ситуации, при которых плод не в состоянии переносить транзиторную асфиксию, возникающую во время схваток (задержка внутриутробного развития).

В начале асфиксии плод реагирует множеством ответных реакций. Во-первых, происходит перераспределение кровотока к жизненно важным органам (сердце, головной мозг, надпочечники). Происходит аккумуляция лактата в сосудистом русле и развитие метаболического ацидоза.

Что должен делать анестезиолог?

- Оценить риск проведения анестезии и объяснить акушеру степень риска
- Постоянный мониторинг БМК
- При осмотре пациентки со сложным строением дыхательных путей обратить на это внимание акушера, применить методы улучшения маточного кровотока, что позволит выиграть время для проведения спинномозговой анестезии.
- Если общая анестезия это единственный вариант сделайте следующее:
- Оптимизируйте положение головы и шеи пациентки для выполнения интубации
- Убедитесь, что возможно проведение вентиляции

При неудачной попытке интубации трахеи и адекватной вентиляции через маску с прижатым перстневидным хрящом продолжайте ингаляцию 100% кислородом.

Большинство случаев смерти матери во время анестезии происходит во время экстренных операций. Важным аспектом успеха является слаженная рабочая команда. Члены команды должны четко понимать и ориентироваться в терминологии, которую применяют для описания состояния плода, и степень срочности необходимых вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У СТУДЕНТОК

Шогенова Ф.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский Государственный университет

Изучение состояния репродуктивного здоровья не может не включать в себя проблему беременности и родов у молодых, так как во всех странах, в том числе и в России, отмечается увеличение частоты родов у юных женщин. Беременность и роды являются серьезным испытанием. Медицинские и бытовые проблемы в процессе учебы у студенток влияют на частоту психоэмоциональных нарушений. В тоже время, состояние стресса может являться причиной медицинских проблем в виде нарушения менструальной и репродуктивной функции, патологического течения беременности, родов, послеродового периода, а также влияет на состояние здоровья их детей.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов у студенток для выявления степени риска и прогнозирования возможных осложнений, а также разработки мероприятий по улучшению оказания акушерско-гинекологической помощи. Нами проведен ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт студенток, 200 индивидуальных карт беременных, находившихся под наблюдением в студенческой поликлинике КБГУ, 200 истории родов и историй развития рожденных ими новорожденных за 2008 — 2009 гг.

Беременных в возрасте до 18 лет было 1,5%, от 18 до 20 лет — 37,5%, от 21 до 25 лет — 59,5%, старше 25 лет — 1,5%. Отцов в возрасте до 20 лет — 6,5%,

21 — 24 года — 32%, 25 — 29 лет — 33%, 30 — 35 лет — 18,5%, старше 35 лет — 10%.

В анамнезе у 28% беременных были детские инфекции, у 8,5% — хирургические операции. В структуре экстрагенитальных заболеваний, выявленных до беременности: патология ЛОР-органов — у 27%, мочевыделительной системы — у 22%, щитовидной железы — у 20,5%, желудочно-кишечного тракта — у 12%, сердечно-сосудистой системы — у 10%, глазные болезни — у 7%, ожирение — у 4%, варикозная болезнь нижних конечностей — у 3,5%. Резус-отрицательная принадлежность крови — у 4% женщин.

В раннем сроке по беременности взяты на учет 74,5%, в позднем — 25,5%. Среди обследованных беременных на 1 курсе обучались 2,5%, на 2-м — 13,5%, на 3-м — 21,5%, на 4-м — 27%, на 5-м — 29%, на 6-м — 6,5%.

1-я беременность была у 71% женщин, 2 беременность — у 27,5%, 3-я — у 1,5%; 1-е роды были у 81%, 2-е роды — у 18,5%, 3-е — у 0,5%.

При сравнении среднестатистических показателей роста и массы тела студенток, нами не выявлено статистически достоверных различий с таковыми по республике. Анатомически узкий таз был диагностирован у 9,5% беременных.

Во время беременности выявлены вагиниты — у 19%, у 17,5% — инфекции, передаваемые половым путем. Беременность осложнилась анемией — у 51%, угрозой прерывания в I триместре — у 17%, во II — м — у 33,5%, в III-м — у 23%. Внутритрунная гипоксия плода была диагностирована в 32,5% случаев. Гестоз I половины беременности наблюдался — у 12,5%, II половины — у 20%, многоводие — у 4%, маловодие — у 2%. Многоплодная беременность наблюдалась у 1,5% беременных. На фоне беременности перенесли ОРЗ, бронхиты, синуситы, пневмонию, полиноз 27% женщин. Гестационный пиелонефрит имел место в 10% случаев, гестационный сахарный диабет — в 1% случаев. В I триместре госпитализированы в связи с осложнениями беременности 22% беременных, во II триместре — 19,5%, в III триместре — 18%.

Преждевременные роды произошли в 15% случаев, в срок родоразрешены — 81% женщин, роды переношенным плодом — у 4% женщин. Аномалии излития околоплодных вод отмечены в 12,5%, аномалии родовой деятельности — в 9,5%. Интранатальная гипоксия плода диагностирована в 6% случаев. Родов в тазовом предлежании было 4%. Оперативным путем родоразрешены 20,5% женщин: операция кесарево сечение проведено у 9%, вакуум-экстракция плода — у 0,5%, эпизиотомия и перинеотомия — в 13%. Разрывы мягких родовых путей наблюдались в 10% случаев.

Родилось мальчиков — 92, девочек — 111. В удовлетворительном состоянии родилось 92% детей, в средней степени тяжести — 6,5%, в тяжелом состоянии — 1,5%. Масса новорожденных составила 3245 +345 г, средняя длина тела — 50,054+0,247 см.

Выписано в удовлетворительном состоянии домой 90% новорожденных. Переведены на 2 этап

выхаживания в отделение патологии новорожденных и отделение недоношенных 10% детей.

Таким образом, проведенный нами анализ показал наличие высокой частоты экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и родов у молодых женщин. Что предопределяет необходимость поиска новых организационных форм оказания акушерско-гинекологической помощи для повышения репродуктивного потенциала данной категории женщин.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Шугинин И.О., Новикова С.В., Амелина Е.Л.,
Туманова В.А., Бирюкова Н.В., Ефанов А.А.

ГУ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, ФГУ Научно-исследовательский институт пульмонологии

Муковисцидоз — тяжелое и распространенное наследственное заболевание. Наиболее часто и тяжело при этом протекает поражение дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта у больных. Большинство больных погибает в молодом возрасте от дыхательной недостаточности. Активное и последовательное применение новейших схем ведения больных муковисцидозом привело к значительному увеличению продолжительности жизни этих пациентов. Средняя продолжительность жизни больных муковисцидозом в России составила 23,6 года. Описываются случаи продолжительности жизни до 50-60 лет.

В связи с этим вопросы фертильности, беременности и ведения родов у женщин, больных муковисцидозом, в настоящее время становятся актуальными. В литературе имеются лишь единичные сведения о репродуктивной функции больных муковисцидозом женщин и состоянии здоровья их потомства. В связи с этим нам представляется интересным для клиницистов описание собственного опыта ведения беременности и родоразрешения пациентов с муковисцидозом, наблюдавшихся совместно в Московском областном НИИ акушерства и гинекологии и НИИ Пульмонологии МЗ РФ.

Под наблюдением находилось пять пациенток. У всех беременных был муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Хронический гнойно-обструктивный бронхит, бронхиоло-бронхоэктазы, эмфизема легких, пневмофиброз, ДН2. Хроническое инфицирование синегнойной палочкой. Хроническая внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, хронический гастрит, дуоденит, холецистит.

Исходно все беременные были пониженного питания с массой тела от 44 до 61кг (в среднем 51кг). Прибавка массы тела за беременность составила в среднем 6 (5-7кг).

У всех пациентов наблюдалось ухудшение функции внешнего дыхания во втором триместре беременности, что требовало корректировки проводимой терапии. С целью лечения муковисцидоза

пациенты получали муколитическую, токолитическую, антибактериальную терапию, пищеварительные ферменты (пульмикорт, спирива, вентолин, флуимуцил, пульмозим, креон, урсосан, гентамицин, меронем, сумамед).

С целью улучшения функции фето-плацентарного комплекса применялись: актовегин, эссенциане, никотиновая кислота. Беременность осложнилась угрозой прерывания у 2 пациенток у 4 — сформировалась фето-плацентарная недостаточность. Все беременные родили через естественные родовые пути. Роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод в трех наблюдениях. У одной роженицы — слабостью родовой деятельности. Родилось 5 живых детей. Вес детей при рождении 2970 (2950-3190)г med(q1-q2). Оценка по шкале Апгар 8 и 9 баллов. У одного ребенка 7 и 8 баллов.

Трое детей с задержкой внутриутробного развития. Один ребенок недоношенный массой 2090, ростом 44 см переведен на второй этап выхаживания. Остальные дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, больные муковисцидозом могут вынашивать беременность и рожать здоровых детей. Благоприятный исход беременности связан с проведением адекватной терапии муковисцидоза в период беременности. Предпочтительный метод родоразрешения — самопроизвольные роды через естественные родовые пути с эпидуральной анестезией.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ

Щеголькова А.В.¹, Кучеренко М.А.²,

Скопичев В.Г.³, Ткаченко Н.Н.², Бородина В.Л.²

¹Россия, Санкт-Петербург, СПбГМУ имени академика И.П.Павлова;

²Россия, Санкт-Петербург, НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта СЗО РАМН;

³Россия, Санкт-Петербург, СПбГАВМ.

Ранняя диагностика недостаточной лактации в комплексе с профилактическими и лечебными мероприятиями позволяет снизить неблагоприятные последствия нарушений грудного вскармливания. Одним из способов диагностики гипогалактии является изучение цитологического состава молока. Анализ клеточного состава молозива позволяет прогнозировать течение лактации. Однако недостатком рассмотренного метода является необходимость приготовления мазков из молозива, фиксации и окраски клеточных элементов. В последующем необходимо проведение микроскопического исследования, требующего длительной подготовки.

Цель настоящей работы заключалась в выявлении наиболее эффективного способа диагностики ранней гипогалактии, ускорения и упрощения процедуры анализа за счет применения препарата, обладающего выраженными поверхностно-активными свойствами.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 40 родильниц, в возрасте 19-43 лет: из них 20 родильниц с нормальной лактацией, и 20 родильниц с гипогалактией. В процессе проведения анализа к 1мл рабочего раствора ПАВ добавляли 1мл свежесцеженного молозива, затем перемешивали содержимое и оценивали высоту образовавшегося столбика пены. Отсутствие пены на поверхности смеси соответствовало наличию в молозиве полиморфноядерных нейтрофилов не менее 1,5-2%, лимфоцитов — не менее 1,5%, эпителиальных клеток — не менее 1%, что по опубликованным данным позволяет говорить о полноценной предлактационной подготовке, характеризующейся массивным выходом лейкоцитов ($8,16 \pm 0,27$ клеток в поле зрения), приуроченных к первым суткам после родов. При высокой степени пенообразования данные клетки в молозиве отсутствовали или их число значительно снижалось, что в свою очередь говорило о нарушении клеточных механизмов лактогенеза.

Результаты исследования: сцеживание молозивного молока в исследуемых группах производили в 1-е сутки после родов после очередного кормления. Общее количество молозива, выведенного за время сцеживания, варьировало в пределах 2-10 мл. В основной группе родильниц отмечалась гипогалактия, которая проявлялась: снижением нейтрофильных лейкоцитов до $1,46 \pm 0,18$ при микроскопии молозива, уменьшением уровня пролактина в сыворотке крови ($2783,15 \pm 296,4$ мМЕ/л), отсутствием прироста веса новорожденного после кормления, при контрольном взвешивании. При проведении пробы отмечалось пенообразование. У родильниц контрольной группы отмечалось повышение нейтрофильных лейкоцитов до $8,16 \pm 0,27$ в поле зрения, повышением уровня пролактина в сыворотке крови ($4786,2 \pm 506,8$ мМЕ/л), приростом веса новорожденного, что соответствовало нормальному уровню лактации. По результатам проведенной пробы имело место пенообразование. В данном исследовании был зарегистрирован случай отсутствия пенообразования у родильницы, из основной группы, беременность которой осложнилась гестозом средней степени тяжести на фоне сахарного диабета первого типа с его сосудистыми осложнениями. Клинически отмечалась нормогалактия. По данным лабораторных исследований имело место увеличение в динамике уровня пролактина — на 3 сутки пуэрперия — $3904,4$ мМЕ/л на, на 5 сутки — $7042,3$ мМЕ/л. По данным микроскопии молозива — увеличение клеток (нейтрофильных лейкоцитов) до $8,14 \pm 0,29$ в поле зрения, что соответствует 1 морфологическому типу мазка, характерному для нормогалактии.

Обсуждение результатов. Задачей изобретения явилось повышение диагностики ранней гипогалактии, ускорение и упрощение процедуры анализа за счет взаимодействия испытуемого образца молозива и раствора поверхностно активного вещества. Поставленная задача достигается тем, что в присутствии клеток молозива, при полноценной

предлактационной подготовке молочной железы обнаруживается эффект пеногашения, а при нарушении клеточных механизмов подготовки к лактации над смесью диагностического реагента и молозива образуется столбик пены.

Заключение: таким образом, предлагаемый способ диагностики ранней гипогалактии обладает всеми достоинствами экспресс-анализа и позволяет выявить гипогалактию на ранних сроках, и еще до выписки женщины из родовспомогательного учреждения принять меры для восстановления полноценной лактации.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Щукина Н.А., Буянова С.Н.

Россия, г. Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Послеродовые инфекционные заболевания и особенно их осложнения занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и летальности. По данным МОНИИАГ, в структуре осложненных форм гнойного воспаления послеродовые осложнения занимают второе место, уступая лишь осложнениям ВМК, при этом доминируют осложнения оперативных родов. С целью улучшения репродуктивных исходов нами проведено обследование и лечение 128 послеродовых больных с тяжелыми (осложненными) формами эндометрита, переведенных в гинекологическую клинику МОНИИАГ из акушерских и гинекологических стационаров Московской области. Средний возраст больных (медиана) составил 30 лет (квартили 26 лет, 33 года). Объем обследования включал стандартные клинические, биохимические, микробиологические, иммуноферментные гемостазиологические, радиолигандные, функциональные и морфологические методы. По полученным данным, особенностями течения послеродовых гнойно-септических заболеваний в настоящее время являются:

- рост числа послеродовых заболеваний, вызываемых условно-патогенной флорой и внутриклеточными атипичными возбудителями (ИППП), часто с множественной устойчивостью к антибиотикам;
- короткая «острая» фаза манифестации заболевания с дальнейшим «стертым» клиническим течением, обусловленным, в том числе применением массивной антибактериальной терапии и различных методов местной санации;
- преобладание инфильтративных, некротических форм воспаления при отсутствии типичных клинических и лабораторных признаков инфекции (лейкоцитоз и другие традиционные показатели не отражают наличие и степень гнойно - деструктивного процесса);

- быстрое прогрессирование заболевания: средняя продолжительность заболевания до появления тяжелых осложнений составила 15 дней;
- ведущий и иногда единственный клинический симптом септических послеродовых осложнений — прогрессирующий эндомиометрит, не купирующийся даже при адекватно проводимой терапии;
- на фоне прогрессирующего эндомиометрита происходит формирование частичной или полной несостоятельности шва на матке и всех последующих гнойных осложнений (клетчатка, придатки, смежные органы), при этом наиболее характерными осложнениями является поражение паравезикальной клетчатки (при оперативном родоразрешении).
- тяжелые иммунные нарушения, связанные, в том числе, с присоединением аутоиммунного компонента;
- выраженная недостаточность рецепторно-го комплекса эстрогенов и прогестерона. Наиболее «устойчивой» тканью в условиях гнойного эндомиометрита (меньшие повреждения), несмотря на инициацию процесса из эндометрия и восходящий путь инфекции, явился эндометрий, что, по-видимому, можно объяснить его циклическим отторжением и регенерацией, а также доступностью для санации, в то время как миометрий был особенно уязвим;
- тяжелые морфологические изменения, выявляемые также преимущественно в мио- и периметрии (зоны грубоволокнистого склероза, различные стадии развивающегося гиалиноза, жировое перерождение деваскуляризованных участков) мозаичного характера, выявляемые при окрашивании полихромным методом по Маллори;
- системные нарушения гемостаза.

Исходом нелеченных или неадекватно леченных тяжелых гнойно-септических послеродовых заболеваний является сепсис, который формируется через определенный промежуток времени, при этом адекватное вмешательство на любом этапе заболевания способно предотвратить его. Ведущими методами исследования для своевременного выявления инфекционных послеродовых осложнений и определения тактики ведения, являются клинический и ультразвуковой. Залог успешного лечения пациенток с гнойно-септическими послеродовыми заболеваниями — своевременность комплексного (консервативно-хирургического) лечения, в том числе использование гистероскопии, во время которой проводится уточнение формы эндометрита (фибринозный, гнойный, некротический, эндометрит на фоне остатков плацентарной ткани) а также оценка состоятельности рубца на матке. Необходимо отметить, что некротические формы эндомиометрита, приводящие к самым неблагоприятным исходам (гистерэктомия), выявляются только при проведении гистероскопии. Т.о., ранняя диагностика и

применение активных лечебных хирургических мероприятий позволяют улучшить исходы у пациенток с тяжелыми послеродовыми инфекционными заболеваниями и реализовать детородную функцию в дальнейшем.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Эгамбердиева Л.Д.

г. Казань

Истмико-цервикальная недостаточность является одной из причин невынашивания беременности во втором триместре беременности и преждевременных родов (до 40%). В отличие от анатомической, патогенез функциональной ИЦН окончательно не изучен. В обоих случаях постепенное укорочение влагалищной порции шейки матки и зияние цервикального канала способствует восходящему распространению влагалищной флоры на плодные оболочки, что приводит к их инфицированию и нарушению пластических свойств. Плодное яйцо, не имеющее физиологической опоры, опускается в каудальном направлении, плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки и вскрываются. Своевременная дифференциальная диагностика вида несостоятельности шейки матки определяла различную тактику лечения.

Цель исследования — проанализировать исходы беременности и изучить возможности гормональной и ультразвуковой диагностики при данной патологии.

Проспективное наблюдение проводилось за 64 женщинами. Пациентки поступали в гинекологическое отделение с предварительным диагнозом истмико-цервикальной недостаточности и клиникой угрозы прерывания беременности. Первородящих было 59%, из них первобеременных-31%. 14 пациенток имели в анамнезе искусственные и самопроизвольные аборты, внематочную беременность, роды. Бесплодие различной этиологии было у 15,6%. Жалоб не предъявляли только 18%, остальные указывали на тянущие боли внизу живота, повышение тонуса матки или кровянистых выделений из половых путей. ИЦН было диагностировано при поступлении при вагинальном исследовании у 65% женщин. У 18 пациенток проводилось углубленное обследование причины невынашивания, в том числе для исключения или подтверждения ИЦН. Диагноз был подтвержден при помощи УЗИ у 58% пациенток. В этой группе первая беременность была у 24%, искусственные и самопроизвольные аборты у 52%. По поводу бесплодия лечилось 27% пациенток. Беременным с подтвержденным генезом анатомической ИЦН была рекомендована хирургическая коррекция. Остальным пациенткам было проведено обследование для выявления других причин невынашивания. У трех пациенток в анамнезе была не-

эффективная хирургическая коррекция ИЦН при предыдущих беременностях. Вне беременности они были обследованы для исключения скрытой надпочечниковой гиперандрогении с применением прбы с синакеном (аналог АКТП). У 2-х из них коэффициент детерминации оказался высоким, что подтвердило надпочечниковую гиперандрогению. До наступления беременности этим пациенткам проводилось лечение дексаметозоном в индивидуально подобранной дозе в течении всей беременности. При наступлении беременности прием дексаметозона продолжен под контролем ДЭА. В 17-18 недель после решения вопроса о половой принадлежности плода и экспрессии гена АГС (по результатам амниоцентеза), если плод-девочка с АГС, лечение продолжают до конца беременности, если плод не являлся носителем гена АГС, прием дексаметозона отменяли. При яичниковой и смешанной формах гиперандрогении с установлением факта беременности определяли в динамике в крови концентрации ХГ, эстрадиола, прогестерона, ДЭА и экскрецию с мочой 17-КС для подбора коррегирующей гормональной терапии.

Таким образом, полученные данные позволили сделать вывод о низкой информативности только вагинального исследования для установления диагноза ИЦН. Исключение инфекционного фактора, гормонального обследования, УЗИ шейки матки является наиболее объективными методами для уточнения формы ИЦН и дальнейшей тактики лечения..

ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

Яворская С.Д., Фадеева Н.И., Нагайцев В.М., Лучникова Е.В.

Кафедра Акушерства и гинекологии № 1, КДЦ ГОУ ВПО «АГМУ», Сибирский институт репродукции и генетики, Барнаул, Россия

Проблема гиперпролактинемии остается актуальной в практике гинеколога-эндокринолога. Это связано с достаточно высокой частотой гиперпролактинемии в популяции и разнообразием ее «клинических масок». С развитием современных методов лабораторной диагностики гиперпролактинемии и появлением различных фармакологических средств коррекции данного состояния, казалось бы, вопрос с диагностикой и коррекцией гиперпролактинемии различного генеза, с повестки дня должен быть снят. Однако, не редко, у многих пациентов с гиперпролактинемией на медикаментозное лечение возникает ряд осложнений, что призывает врача решать вопрос о смене терапии. Не маловажное значение для Российского потребителя имеет и цена рекомендуемых врачом препаратов. Особенно, учитывая то, что фармакологическая коррекция, например, аденом гипофиза иногда растягивается на годы. В настоящее время «золотым стандартом» в лечении гиперпролактинемических состояний является селективный, длительно действующий дофаминомиметик — каберголин. Его единственным фармакологическим препаратом долгие годы был Достинекс (Pfizer). В последний год на Российский

рынок пришел новый каберголин по доступной цене — Агалатес (TEVA). Данный препарат полностью идентичен по составу, дозе, кратности приема, медицинским показаниям оригинальному препарату каберголина.

Цель исследования — апробация нового каберголина «Агалатес» в лечении пациенток с аденомами гипофиза.

Материалы и методы: В исследование включены 12 пациенток в возрасте от 22 до 31 года (медиана 25,6 лет), которые находились под нашим наблюдением в течении 6 месяцев. Критерии включения: гиперпролактинемия центрального генеза, информированное согласие на участие в исследовании и прием нового препарата. Критерии исключения: функциональная гиперпролактинемия, прием дофаминомиметиков в течении предшествующих 6 месяцев, лактация и беременность.

Всем пациенткам на 5-7 день менструального цикла проведено определение общего пролактина методом ИФА и выявлен повышенный его уровень. Для подтверждения факта гиперпролактинемии и для уточнения соотношения его фракции, определяли пролактиновый профиль, методом преципитации с полиэтиленгликолем (ПЭГ).

Содержание макропролактина (тяжелой фракции) вычисляли путем вычитания содержания легкой фракции ПРЛ, полученного после обработки ПЭГ, из содержания общего гормона, полученного в исходной крови.

Референтные значения лаборатории Сибирского института репродукции и генетики: уровень общего пролактина (ПРЛ) — 25,0 нг/мл, легкой фракции ПРЛ (1,2 - 12,58 нг/мл) и тяжелой фракции ПРЛ (1,2 - 12,58 нг/мл. Пересчет: (1нг/мл x 21 = 1мМЕ/л).

Генез гиперпролактинемии установлен методом МРТ. У одной пациентки диагностирована макропролактинома, у остальных микроаденомы гипофиза. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты: При первичном осмотре пациентки предъявляли следующие жалобы: нарушения менструальной функции у 9 (75%), из них у 2 вторичная аменорея, у остальных олигоменорея; головная боль — 3 (25%), снижение либидо — 4 (33%). Галакторея выявлена у 7 (58,3%). Средний уровень пролактина в группе составил: общий ПРЛ — 58,91 нг\мл, легкая фракция — 25,5 нг\мл, тяжелая — 33,41 нг\мл. При общем высоком уровне пролактина наблюдалось преобладание тяжелой фракции над легкой фракцией. Всем пациенткам был назначен препарат «Агалатес» (TEVA) по 0,25 мг (1\2 таблетки) 2 раза в неделю. Повторные осмотры с определением пролактинового профиля были проведены через 1, 3 и 6 месяцев. Через месяц приема препарата менструация самостоятельно не пришла и сохранилась галакторея только у 1 (8,3%) пациентки (p < 0,05). У этой же пациентки хоть и снизился общий уровень пролактина, но к норме не пришел. Головные боли сохранились у 1 (8,3%) пациентки. Практически все женщины отметили хорошую переносимость пре-

парата, жалобы были только у 2-х (16,6%): у 1 пациентки в первую неделю приема была тошнота, у 1 — появилось акне. Общий ПРЛ в группе составил 11,46 нг\мл, легкая фракция — 3,38 нг\мл, тяжелая — 7,98 нг\мл. Профиль был не в норме у 3-х (25%) пациенток: у 1 был повышен общий ПРЛ, у 2-х на фоне нормального общего пролактина была повышена тяжелая фракция. Все пациентки продолжили прием препарата: 11 женщин в той же дозе, пациентке с сохраняющейся гиперпролактинемией, доза была увеличена в 2 раза (0,5 мг 2 раза в неделю). Через 3 месяца приема «Агалатес» (TEVA) пролактиновый профиль был в норме у всех пациенток: общий ПРЛ — 9,28 нг\мл, легкая фракция — 4,91 нг\мл, тяжелая фракция — 4,37 нг\мл. На фоне снижения общего пролактина, значительно уменьшился и макропролактин. Только одна женщина продолжала жаловаться на акне, больше жалоб в группе не было. У всех пациенток менструальный цикл был регулярным, отсутствовала галакторея. Доза препарата была снижена до 0,25 мг в неделю. Через 6 месяцев приема «Агалатес» (TEVA) все женщины отметили хорошее общее самочувствие, наличие регулярных менструаций, отсутствие галактореи, психоземotionalного и полового дискомфорта. Средний пролактиновый профиль в группе составил: общий ПРЛ-3,87 нг\мл, легкий ПРЛ — 1,73 нг\мл, тяжелый ПРЛ- 1,94 нг\мл. Контрольная МРТ головного мозга показала уменьшение размеров пролактином у всех пациенток.

Таким образом, применение «Агалатес» (TEVA) у пациенток с пролактиномами достаточно эффективно, позволяет добиться нормального уровня общего пролактина и купировать клинические проявления гиперпролактинемии уже в 1 месяц приема препарата в 91,6% случаев. Побочные явления в виде тошноты и акне наблюдаются в первый месяц приема препарата в 16,6% случаев и исчезают в дальнейшем. Прием препарата в течении 6 месяцев приводит к уменьшению размеров пролактином. Препарат легко дозируется. Полученные результаты позволяют продолжить дальнейшие исследования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Яковлева О.В.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии ФПК
и ППС, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»

Росздрава

Кардиотокографическое исследование внесено в стандарты обследования беременных при угрожающих преждевременных родах. Тем не менее, ряд рандомизированных исследований свидетельствует о достаточной чувствительности рутинной аускультации, особенно в группе беременных низкого риска с целью своевременной диагностики состояния плода. В литературных данных также

имеются указания на недостаточно высокую чувствительность и специфичность существующих методик применения УЗИ и доплерометрии, также кардиотокографии с компьютерной обработкой полученных данных.

Цель исследования. Выяснить эффективность и необходимость применения кардиотокографии при угрожающих преждевременных родах.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование у 350 беременных. Из них основную группу составили 300 беременных, госпитализированных в связи с угрожающими преждевременными родами в 32-35 недель беременности. В зависимости от бальной оценки степени риска беременные с невынашиванием разделены на три группы. Первая группа (низкий риск) — 120 человек, вторая группа (средней риск) — 110 женщин, третья группа (высокой риск) 70 пациенток. Группу сравнения составили 50 беременных в 32 — 35 недель, не имевших на протяжении всего срока гестации эпизодов невынашивания и отнесенных при бальной оценке к группе высокого риска. Возраст беременных группы сравнения составил $25,6 \pm 2,9$ лет, женщин с угрожающими преждевременными родами: низкого риска $22,7 \pm 2,6$ лет, среднего риска — $23,2 \pm 2,7$ лет, высокого риска $23,8 \pm 2,4$ лет. Все беременные основной и группы сравнения были сопоставимы по социальному статусу, паритету, экстрагенитальной патологии. Всем беременным основной и группы сравнения проводилась одновременно ежедневная аускультация плода и кардиотокография с интервалом три дня на протяжении двух недель. Кардиотокографическое исследование проводилось на аппарате «Sonysaid» и «Fetalcare». с компьютерной обработкой данных. Тип КТГ оценивали как «норма», «подозрительный», «патологический». При оценке токограммы характеризовали базальный тонус миометрия, наличие или отсутствие преждевременной спонтанной маточной активности. У всех беременных проведено УЗИ с доплерометрией на аппаратах «SA— 8000», «Aloca-3700». Определен индекс резистентности в маточных артериях, пупочной артерии, средней мозговой артерии, а также индекс амниотической жидкости и степень зрелости плаценты.

Достоверность значений определяли по t- критерию Стьюдента, уровню статистической значимости (p).

Результаты исследования и их обсуждение. При госпитализации у 82% беременных с невынашиванием регистрировалась глухость сердечных тонов плода, обусловленная по — видимому гипертонусом матки. При кардиотокографии, проведенной до лечения выявлены изменения в кардиограмме 79% беременных с невынашиванием (75,8% пациенток низкого риска, 78,1% среднего риска, 81,4% высокого риска ($p>0,05$)). Отмечено уменьшение или исчезновение акцелераций, при сохранении амплитуды и частоты осцилляций, увеличение вариабельных и пикообразных децелераций по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). В группе беременных с невынашиванием показатели ритмограммы плода характеризовались как «норма» у 18% па-

циенток. «Патологических» типов кардиотокограммы не было выявлено. Показатели аускультации сердечных тонов плода достоверно не отличались от количества «подозрительного типа» кардиотокограмм ($p > 0,05$). При нормализации показателей токограммы отмечена нормализация показателей ритмограммы плода, а также аускультативная характеристика тонов плода ($p < 0,05$). При выполнении УЗИ с доплерометрией нами не выявлено достоверной разницы между показателями в группах беременных сравнения и невынашивания ($p > 0,05$).

Выводы. Аускультативная характеристика состояния плода по чувствительности не уступает показателям ритмограммы кардиотокографии плода при невынашивании беременности (82% и 79%). Не выявлено достоверной разницы определения состояния плода при этих двух методиках. При нормализации состояния миометрия происходит нормализация показателей аускультации плода и кардиотокограммы. Показатели токограммы позволяют подтвердить диагноз угрожающих преждевременных родов, исключить другие причины болевого симптома при беременности и проводить адекватную токолитическую терапию. Нами не выявлено достоверной разницы показателей УЗИ и доплерометрии при угрожающих преждевременных родах (беременных низкого, среднего и высокого риска) и в группе сравнения (беременные высокого риска).

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Яковлева О.В.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Росздрава

Внимание исследователей в последние годы привлекает гипергомоцистеинемия в патогенезе основных осложнений гестационного процесса, сопровождающихся гиперкоагуляционными нарушениями.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с гипергомоцистеинемией.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование течения беременности, родов, состояния плода у 109 женщин с гипергомоцистеинемией, имевших одноплодные срочные роды. Проведено определение гомоцистеина в каждом триместре беременности, гемостазиограмма в динамике. В зависимости от приема витаминов группы В, женщины были разделены на две группы наблюдения. Основную группу составили 79 беременных, получавших на протяжении беременности по 400 - 800 мкг фолиевой кислоты в сутки. Группу сравнения составили 30 женщин, не получавших этиотропного лечения. Группы беременных были сопоставимы по возрасту, акушерско — гинекологическому анамнезу, экстрагенитальной патологии. В основной группе беременных содержание

гомоцистеина в крови соответствовало $19,48 \pm 3,86$ мкмоль/л, в группе сравнения $18,26 \pm 3,97$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Достоверность значений исхода беременности в зависимости от тактики ведения определяли по t- критерию Стьюдента, уровню статистической значимости (p).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 79 женщин основной группы имели детей 21,5% человек. Из них все после первых родов имели выкидыши. На фоне проводимого лечения 74,7% женщин не нуждались в дополнительной коррекции показателей гемостазиограммы. Остальным 25,3% беременным по рекомендации гемостазиолога проводилась коррекция фраксипарином или тромбоассом. На фоне проводимой терапии показатели коагулограммы нормализовались ($p < 0,05$). При данной беременности угрожающее прерывание констатировано у всех 79 женщин ($p > 0,05$). Отмечено наличие отеков у 15,18% ($p < 0,01$) женщин. Анемия на протяжении беременности выявлена у 79,75% ($p < 0,01$) женщин. Преждевременное созревание плаценты в третьем триместре беременности установлено 36,7% ($p < 0,01$) женщин. Показатели доплерометрии во втором триместре были в норме ($p < 0,05$), в 32 — 34 недели гестации установлено наличие нарушения кровотока в маточно — плацентарном комплексе у 32,70% ($p < 0,05$) беременных. Все наблюдаемые женщины родили в срок. Через естественные родовые пути произошло родоразрешение у 98,7% пациенток, у 1,26% — путем операции кесарево сечение в связи с неправильным положением плода. Маловесных детей при проводимой коррекции в данной группе не было ($p < 0,01$), 3,8% плода родились с весом более 4000 г. В состоянии легкой асфиксии родились 2,53% ребенка ($p < 0,01$). Врожденных пороков развития детей в родильном доме не установлено.

В группе сравнения у 76,7% женщин в анамнезе были самопроизвольные аборт, у 10% преждевременные роды. Из них в анамнезе у 6,7% женщин отмечена преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 23,3% гестоз, у 46,7% рождение маловесного плода. В этой группе пациенток проводимое гемостазиологическое обследование при настоящей беременности не выявило отклонений. Сбор анамнеза, осмотр терапевта не выявил тяжелой или средней степени тяжести экстрагенитальной патологии. При данной беременности угрожающее прерывание констатировано у всех женщин. Отмечено наличие гестоза классической формы легкой или средней степени тяжести у 90% ($p < 0,01$) беременных. Анемия и преждевременное созревание плаценты во втором триместре беременности установлены у всех женщин. Показатели доплерометрии во втором триместре установили нарушение маточно — плацентарного кровотока у 63,6% женщин, в 32 — 34 недели гестации установлено наличие нарушения кровотока в маточно — плацентарном комплексе у 80% беременных. Преждевременные роды в 30 — 35 недель беременности произошли у 70% ($p < 0,01$) женщин. 30% пациенток родоразрешены при доношенной беремен-

ности. Из них у 6,67%, выполнена операция кесарево сечение в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Маловесные к сроку гестации дети в группе сравнения составили 63,3% человек. В асфиксии легкой степени родились 80% новорожденных. В родильном доме врожденных пороков развития детей не установлено.

Выводы. Подлежат обследованию на гипергомоцистеинемию беременные с указанием в анамнезе на выкидыши, гестоз, рождение маловесного плода. Патогенетически обоснованная терапия фолиевой кислотой в сочетании с дезагрегантами позволяет избежать репродуктивных потерь, снизить частоту тяжелых форм гестоза, невынашивания, формирования маловесного плода и гипоксии плода.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ

**Яннаева Н.Е., Архангельский С.М.,
Делиникайтис Е.Г., Бахмач В.О.**

ГУЗ «Перинатальный центр» г. Саратов, Россия

На сегодняшний день в РФ процент нормальных родов по данным Л.П. Сухановой (2008) составляет 34,9%, а по отдельным территориям данный показатель колеблется от 61,9% до 15,6%. В структуре экстренного абдоминального родоразрешения аномалии родовой деятельности стабильно занимают 2-3-и места, достигая 12,0—17,8% (Суханова Л.П., 2008). По данным В.И. Кулакова и соавт. (1998), расширение показаний к абдоминальному родоразрешению при аномалиях родовой деятельности привело к увеличению частоты операции на 30—50%.

Определение степени готовности организма к родам имеет большое практическое значение, так как позволяет в известной мере прогнозировать особенности течения родов, предвидеть возможность развития аномалий родовой сил (Хечинашвили Г.Г., 1974, Сидорова И.С., 2000, Савицкий Г.А., 2003, Абрамченко В.В., 2006).

В настоящее время активно изучается гемодинамика в маточно-плацентарном комплексе. Однако практически отсутствуют работы по изучению гемодинамики шейки матки при беременности и в родах.

Целью настоящего исследования является выявление эхографических критериев «зрелости» зрелости шейки.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено у 110 беременных в возрасте $21,9 \pm 1,12$ лет при сроке гестации 37-41 недель. В зависимости от степени «зрелости» шейки матки по шкале Bishop (1964) все женщины были разделены на три группы: первая группа — 46 женщин, у которых диагностирована «незрелая» шейка матки; вторая группа — 44 пациентки с «неполным созреванием» шейки матки, третья группа — 20 беременных со «зрелой» шейкой матки. Основанием для включения беременных в данное исследование являлось отсутствие аномалий развития половых органов, рубцовых измене-

ний матки и шейки матки, предлежания плаценты или неправильного положения плода. Исследования осуществляли на ультразвуковых приборах Voluson 730 Pro и Toshiba Aplio-XG SSA 790A (Япония). Показатели кровотока измеряли при трансвагинальном исследовании — в нисходящей ветви маточной артерии и в сосудах шейки матки.

Результаты. Проведенные исследования позволили выявить особенности состояния гемодинамики шейки матки при различных степенях её «зрелости».

В «незрелой» шейке матки (0-5 баллов по шкале Bishop) при эхографии в режиме направленного энергетического доплера установлено очень скудное кровоснабжение (количество цветовых локусов от 2 до 5), при этом преобладают артериальные сосуды. Венозные сосуды практически не визуализируются. Кривые венозного кровотока монотонны, не изменяются при дыхательных движениях женщины и при сокращениях миометрия. Индекс васкуляризации по данным трёхмерной гистограммы сосудистого компонента шейки матки составляет меньше 2%, в среднем $0,89 \pm 0,51\%$ ($M \pm m$). В В-режиме строма шейки матки повышенной эхогенности (по сравнению с миометрием) за счёт отсутствия кавернозноподобной трансформации её сосудистой системы.

В «недостаточно зрелой» шейке матки (6-8 баллов по шкале Bishop, 1964) количество артерий и вен умеренное (количество цветовых локусов — от 6 до 10), соотношение артерий и вен приблизительно одинаковое. Венозные сосуды имеют различное строение: от точечных цветовых локусов до лакуноподобных структур. Кривые скоростей венозного кровотока синхронизированы с дыхательными движениями женщины. При этом абсолютные значения скоростей увеличиваются на вдохе, а амплитуда дыхательных волн зависит от глубины и силы дыхательных движений, а также степени напряжения брюшной стенки. Индекс васкуляризации находится в пределах 2%-5%, составлял в среднем $3,34 \pm 0,77\%$ ($M \pm m$).

«Зрелая» шейки матки (9-15 баллов по шкале Bishop, 1964) при ультразвуковом исследовании выглядит как кавернозное тело (количество цветовых локусов более 10). В кровоснабжении шейки матки преобладает венозный компонент, число визуализируемых вен почти в два раза превышает число артерий. Вены выглядят как довольно широкие, соединяющиеся между собой или переходящие одно в другое образования. Объём вен зависит от фазы маточного сокращения: на высоте схватки увеличивается диаметр уже выявленных вен, а также появляются сосуды, не визуализируемые в состоянии покоя. При сокращениях миометрия звуковой доплеровский сигнал кровотока в венах напоминает «шум бури». Индексы васкуляризации превышает 5%, и в среднем составляют $9,98 \pm 2,72\%$ ($M \pm m$).

Выводы. Для повышения качества диагностики степени «зрелости» шейки матки у беременных в 38-40 недель гестации целесообразно применять комплексную оценку состояния шейки матки, ис-

пользуя данные вагинального исследования и результаты ультразвукового обследования, включающие оценку венозного кровотока и определение эхографической степени «зрелости» шейки матки. На основании диагностики ультразвуковой степени «зрелости» шейки матки за 1-3 дня до родов возможно прогнозирование характера течения родового акта. Физиологическое течение родового акта прогнозируется при выявлении накануне родов эхографически «зрелой» шейки матки (диагностическая точность метода 84,2%). При отсутствии на момент начала родовой деятельности эхографических признаков «зрелой» шейки матки прогнозируется развитие в родах дистоний шейки матки с диагностической точностью 81,4%.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЯМИ

Ящук А.Г., Масленников А.В., Искадарова А.Р.,
Гафаров И.З.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

Проблема изучения гемостазиологических аспектов гестационного процесса, в особенности проблема тромбофилии, волнующая последнее десятилетие сознание мировой акушерско — гинекологической общественности, прошла два из трёх основных этапов становления, свойственных научной теории — от тотального увлечения, когда любую нестандартную ситуацию при беременности и в родах старались увязать с дезадаптивными сдвигами сосудисто-тромбоцитарного и, особенно, коагуляционного гемостаза, до излишнего уничтожения и даже отрицания. Теперь, хочется верить, настал последний, и самый важный этап — этап систематического сбора практического и исследовательского материала с целью последующего осмысления этого феномена, под названием тромбофилия.

Исходя из этих соображений мы решили, не смотря на уже имеющиеся подобные сообщения в отечественной и зарубежной литературе, провести собственную оценку влияния повышенного тромбогенного потенциала крови на перинатальные исходы. Для этого был проведен ретроспективный анализ 31 истории родов женщин, поступивших на родоразрешение в родильное отделение ГКБ №8 ГО г. Уфа с соответствующей индивидуальной картой беременной и родильницы и историей развития новорожденного. Критерием отбора явился адекватный объём обследований в соответствии с акушерской ситуацией в условиях женской консультации при наличии развернутых гемостазиограмм (с лабораторными признаками дезадаптивной активации системы гемостаза), отражающих динамику процесса до момента завершения беременности. Анализ данных проводился с использованием стандартного пакета статистического анализа данных Microsoft Office Excel 2007 и STATISTICA 6.

Средний возраст женщин с тромбофилическими состояниями на момент родоразрешения составил 29,06±4,7 лет, подавляющее большинство из них — более 90%, состояли в браке. Срок беременности у 83,9% пациенток находился во временных рамках 38-42 недели, ещё у 4 (12,9%) женщин при сроке 36-37 недель произошло преждевременное излитие околоплодных вод с последующим развитием регулярной родовой деятельности и родами через естественные родовые пути. У одной женщины в связи с нарастанием явлений позднего гестоза в виде нефропатии, не поддающейся медикаментозной коррекции, беременность решено было закончить путём операции Кесарева сечения при сроке 34 недели. Вообще, *per vias naturalis* роды произошли у 61,3% женщин, остальные были родоразрешены путём операции кесарева сечения по различным показаниям со стороны матери и плода. Только у 4 (12,5%) женщин, имеющих картину активации системы гемостаза по лабораторным тестам, беременность протекала благоприятно. В остальных случаях наблюдались такие осложнения как, прежде всего, угроза прерывания беременности — 17 (53%), гестоз второй половины беременности в виде водянки — 13 (40,6%) и нефропатии — 4 (12,5%), хроническая фетоплоцентарная недостаточность, подтверждённая данными функциональных методов исследования — 9 (28,1%), и ряд других.

Все дети родились живыми. Средний показатель детей по шкале АПГАР на 1 минуте — 7,13±0,7 баллов. Только 56,3% детей после родов находились в удовлетворительном состоянии. К пятым суткам доля таких детей увеличилась до 78%. Перевод в отделение патологии новорожденных потребовался 11 (34,4%) детям, среди причин перевода фигурировали внутриутробное инфицирование, неонатальная желтуха, гипоксическо-ишемические поражения ЦНС. Средний вес новорожденных при доношенных сроках беременности — 3645±730 г. При этом рождение крупных плодов в этой группе наблюдалось в 25,9% (7 детей), один ребёнок родился с весом более 5000 г., интересно отметить, что одной женщине, родившей ребёнка массой 4230,0 г, ростом 57 см на этапе наблюдения в женской консультации был выставлен диагноз «хроническая фетоплоцентарная недостаточность».

Таким образом, как видно из вышеизложенных данных, при наличии лабораторных признаков тромбофилии у женщины во время беременности вероятность неудовлетворительных перинатальных исходов очень высока. Между тем, факт рождения в этой группе здоровых новорожденных, хорошо адаптирующихся к условиям окружающей внешней среды, ставит перед исследователями новые вопросы, в частности, что именно способствовало именно такому исходу — своевременно начатая в полном объёме терапия или неадекватная трактовка данных лабораторных методов, когда за патологию принимаются физиологические адаптационные явления? На наш взгляд, в решении этой задачи и заложен ключ к пониманию роли и места тромбофилии в акушерской практике.

ГИНЕКОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭКЗОЦЕРВИЦИТ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРИЕМЕ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Абрамшвили Ю.Г., Маслюк А.Е., Топорова Л.А.
Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, Краснодар,
Россия

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости хронических экзоцервицитов на специализированном приеме по патологии шейки матки (ШМ) в женской консультации (ЖК).

Материалы и методы исследования: Нами проанализировано 320 амбулаторных карт пациенток, состоящих на диспансерном учете в ЖК № 5 МУЗ ГБ-2 КМЛДО (сплошная выборка) с диагнозом «Экзоцервицит» за 2009 год. Изучен анамнез, течение заболевания, результаты обследования, данные расширенной кольпоскопии в динамике, бак. исследования, обследование на ИППП, онкоцитология, лабораторные данные и другие методы.

Результаты и их обсуждения: Воспалительные заболевания, в том числе хронические экзоцервициты, являются частой патологией в структуре гинекологических заболеваний. При этом отчетливо прослеживается тенденция к увеличению их частоты. Однако, в связи с маловыраженной симптоматикой и, как следствие, несвоевременное обращение, неправильная диагностика и неадекватное лечение, приводят к затяжному лечению, вариабельности клинической симптоматики. Хронические цервициты играют важную роль в формировании эктопии цилиндрического эпителия на шейке матки и в том числе — цервикальной интраэпителиальной неоплазии. По данным литературы цервициты (Ц) встречаются примерно у половины женщин, обратившихся в ЖК. Анализ амбулаторных карт показал, что диагноз хронического экзоцервицита (ХЭ) был поставлен у 63% пациенток. Возраст женщин варьировал от 18 до 53 лет (в среднем 35,5 лет). Цервициты чаще встречались у женщин, рано начавших половую жизнь, имевших 2-х и более половых партнеров. Более половины женщин (54%), обратившиеся на прием, начали половую жизнь в возрасте от 18 до 22 лет, 21% — до 18 лет и 25% — старше 22 лет. Из них, только 12% имели одного полового партнера. В анамнезе у 12,2% пациенток отмечено прерывание беременности: 18,6% из них перенесли один искусственный аборт, 67,3% — два и более аборта, а у 6,6% беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, замершей беременностью (5,9%) и прерыванием беременности по медицинским показаниям (1,6%).

Таким образом, обращает на себя внимание большое число прерывания беременностей у дан-

ной группы больных. В 73% хронический цервицит был выявлен на цилиндрическом эпителии (ЦЭ) и только в 27% — на многослойном плоском (МПЭ), что было подтверждено кольпоскопически. При последующем дообследовании выяснено, что цервицит на ЦЭ у 34,8% пациенток ХЦ был обусловлен уреоплазменной и микоплазменной инфекцией (в большом титре), *M. genitalium* — у 27,5%, хламидиозом в 10,6%, у 9,8% был выявлен трихомоназ. Условно-патогенная флора в клинически выраженном титре была представлена чаще *E.coli* (у 6,5%). ВПЧ 16/18 типов в высоком количественном титре определялись у 10,8% больных. Отмечено, что на фоне МПЭ чаще выявлена условно — патогенная флора: *E.coli* — у 27,9%, *Streptococcus agalactiae* — 23,6%, *Enterococcus faecalis* — 20%, микоплазменная и уреоплазменная инфекция — 4,7%, а ИППП было представлена

M. genitalium (12,4%), трихомоназом (7%), а ВПЧ 16/18 определялись реже (4,4%). По данным проанализированных карт, первым этапом лечения во всех случаях, после установления инфекционного агента, вызвавшего воспалительный процесс, была консервативная противовоспалительная терапия. У пациенток с эктопией цилиндрического эпителия на фоне хронического экзоцервицита результат лечения оценивался в течение двух месяцев, проводилась кольпоскопия в динамике с оценкой репаративного процесса, анализом результатов прицельной биопсии. По показаниям применялись щадящие методы деструкции ткани.

Таким образом, наиболее частой патологией шейки матки на специализированном приеме, является эктопия цилиндрического эпителия на фоне хронического экзоцервицита (вызванная чаще условно—патогенной флорой), которая требует дифференцированного индивидуального подхода к тактике ведения и выбору метода лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ЭКТОПИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Абузьяров Р.Р., Лапко Е.Г.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО Смоленская государственная
медицинская академия

Актуальность. Частота рецидивов после деструктивных методов лечения приобретенных эктопий является высокой и составляет 26,5-36%. Поэтому эффективная реабилитация данных пациенток, снижающая частоту рецидивов, имеет важное значение.

Целью исследования: определение эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения при

реабилитации после деструктивного лечения приобретенных эктопий шейки матки.

Материалы и методы. Объектом исследования были 52 женщины в возрасте от 18 до 40 лет. Для уточнения диагноза всем пациенткам проводилась обзорная и расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и бактериологическое исследование, цитологическое и гистоморфологическое обследование экзо и эндоцервикса. Лечение патологических изменений на шейки матки было условно разделено на три этапа. Подготовка женщин к операции включала в себя комплексную стандартную противовоспалительную терапию с учётом микробного агента. На этапе оперативного лечения всем пациенткам проводили криодеструкцию. Во время реабилитации, половина пациенток (основная группа 26 человек) с пятого дня после деструктивного воздействия получала интравагинально низкоинтенсивное магнито-лазерное воздействие на шейку матки (дл. волны 0,63-0,67 мкм с частотой от 75 до 150 Гц.) с помощью магнито-инфракрасного лазерного аппарата «РИКТА». Курс лечения состоял из 10 процедур, сеансы проводились ежедневно по 5 минут с использованием внутрисполостной насадки с предварительно надетым презервативом. Вторая половина женщин — контрольная группа 26 человек после деструктивного воздействия не получала какой либо дополнительной терапии.

Результаты исследования. При мониторинге пациенток с применением кольпоскопии через 2, 4, 8 недель установлено: сразу после окончания магнито-лазерного облучения у пациенток основной группы было отмечено положительное влияние физиотерапии: струп был тоньше, эластичнее, отсутствовало перифокальное воспаление, не отмечалось отёка тканей шейки матки по сравнению с пациентками контрольной группы. Отсутствие отёка ткани, улучшение её трофики способствовало процессам регенерации, препятствовало вторичной инфекции. При сравнении результатов лечения в основной и контрольной группе через 4 недели, полная эпителизация была у 73,1/46 %, частичная эпителизация у 19,2/38,5%, отсутствие эффекта у 7,6/15,4% соответственно. Через 8 недель полная эпителизация была у 92,3/76,9 %, частичная эпителизация у 0/7,6% отсутствие эффекта у 7,6/15,4% соответственно. Заключение: Применение низкоинтенсивного ИК-лазерного излучения после криодеструкции позволяет повысить эффективность лечения приобретенных эктопий до 92,3%, что помогает сократить сроки реабилитации пациенток после деструктивного воздействия на шейке матки, добиться более высокого процента результативности лечения, а так же восстановить функциональную полноценность тканей шейки матки и получить хороший косметический эффект.

ПРОГНОЗ BRCA-АССОЦИИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Автомонов Д.Е., Пароконная А.А., Любченко Л.Н., Нечушкин М.И.

Россия, г. Москва, Российский онкологический научный центр им.Блохина РАМН

Актуальность темы. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы (РМЖ). К сожалению, приходится констатировать эту тенденцию и у женщин молодого возраста. На сегодняшний день установлено, что все большее значение в развитии РМЖ у молодых пациенток приобретает фактор наследственной предрасположенности к РМЖ. Приблизительно в 5% - 10% случаев РМЖ в молодом возрасте возникает на фоне герминальных мутаций, генетическим субстратом которого являются гены BRCA1 или BRCA2, причем на долю мутаций BRCA2 приходится примерно 0,3%. Еще 15%-20% ассоциированы с полиморфизмом генов и влиянием окружающей среды. По данным отечественных ученых при оценке возраста, пик максимальной заболеваемости женщин, наследующих мутации гена BRCA1, отмечен в возрастной период 35-39 лет. Тогда как в группе больных-носителей мутаций гена BRCA2 повышение заболеваемости наблюдается в 43 и 54 года. Различия в молекулярном патогенезе между BRCA-ассоциированными и ненаследственными опухолями молочной железы предполагают, что эти опухоли могут различаться по морфологическим и прогностическим признакам. Так, BRCA1-опухоли обычно имеют отрицательные рецепторы эстрогенов и прогестерона (ER; PgR), они в большинстве случаев Her-2/neu негативны. BRCA2-опухоли обычно экспрессируют ER и PgR, и для них характерна тенденция к более высокой дифференцировке, они чаще Her-2/neu положительны. Недавние исследования показали, что женщины с генетической предрасположенностью к РМЖ встречаются с большей частотой среди беременных больных. В швейцарском исследовании молодые пациентки, носители мутаций генов BRCA1/2 (292 больных) заболели РМЖ во время беременности чаще. Течение и прогноз заболевания также связаны с генетическими особенностями пациентки. По данным одних авторов выживаемость у BRCA-ассоциированного РМЖ выше значений выживаемости больных спорадическим РМЖ, по данным других авторов разницы в выживаемости нет. **Материалы и методы.** Наше предварительное исследование, основанное на изучении историй болезни 74 больных в возрасте от 20 до 40 лет, показало, что мутации не обнаружено у 31 пациента, 13 пациентов имели мутации гена BRCA1, 30 пациенток имели полиморфизм гена BRCA2, что не является истинной мутацией гена BRCA2, таким образом нами не было выявлено ни одной мутации гена BRCA2.

Результаты исследования. Нами прослежено 44 пациентки, на основании чего мы сделали следующие выводы: общая и безрецидивная 5-ти летняя

выживаемость в группе больных молодого возраста без носительства мутаций BRCA1/2 составила $64,1 \pm 18\%$ и $50 \pm 17,5\%$ соответственно, в то время как у пациенток с носительством мутаций гена BRCA1 общая 5-ти летняя выживаемость составила $87,5 \pm 11\%$, а безрецидивная выживаемость $86,4 \pm 12\%$. Различия в общей и безрецидивной выживаемости статистически не значимы (малая выборка в группе с мутациями BRCA1). Однако, очевидна тенденция к более высокой общей и безрецидивной выживаемости в группах молодых больных, носительниц мутаций генов BRCA1 по сравнению с группой больных без носительства мутаций генов.

КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИENTOK C ДИАГНОЗОМ ВТОРИЧНАЯ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ АМЕНОРЕЯ

Агарков В.А., Бронфман С.А., Самохвалова К.В.,
Манн У.С., Уварова Е.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Вторичная аменорея у молодых девушек в отсутствие клинически явных анатомических нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники и других эндокринных системах при нормальной массе тела вызывает большие трудности в попытке лечения таких пациенток общепринятыми средствами (циклическая витаминотерапия, нейротропная терапия, гормонально-заместительная терапия).

В исследовании, проведенном на базе 3 гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России, приняли участие 29 девушек возрасте 18-25 лет, с диагнозом вторичной нормогонадотропной аменореи (НГА) при нормальной массе тела.

Целью исследования явилось усовершенствование программы лечения с учетом психологических особенностей личности пациенток с НГА.

В исследовании применяли: Опросник-анкету LEQ-2 (Life Experience Questionnaire -2) для оценки опыта переживания потенциально психотравмирующих ситуаций, Шкалу оценки воздействия психотравмирующего события (ШОВТС), Опросник депрессивности Бека (BDI), Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI), ММПИ (сокращенный вариант, Березин, Мирошников, Соколова, 1984), ТАТ (карты 1, 2, 3ВМ, 3G, 5, 6GF, 7GF, 9GF, 13MF, 18GF). При анализе ТАТ сравнивалась частота упоминания тем материнства, интимных отношений, сексуальных отношений в рассказах. Сопоставлялись также показатели по ТАТ, полученные при помощи метода контент-анализа Р. Мэя (R. May, 1980), который предназначен для оценки паттернов глубинной половой идентичности.

Результаты клинических интервью выявили в анамнезе пациенток с НГА факты ранних сепараций с матерью, послеродовой депрессии у матери, искусственного вскармливания, конфликтов в родительской семье, развода родителей, физического насилия в семье. Девушки с НГА характеризуются умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности. Среднее значение балла ШОВТС составило 39,4 балла, близкое по величине к таковому для выборок беженцев и ликвидаторов. Притом, меньший, чем в группе нормы, опыт психотравмирующих ситуаций (LEQ-2) указывает на «особую» уязвимость пациенток с НГА к воздействию потенциально психотравмирующих ситуаций. По шкале депрессии Гамильтона средний балл в исследуемой группе составил 11,5, что можно интерпретировать как проявление маскированной депрессии.

Темы интимных и сексуальных отношений значимо чаще встречается в рассказах группы нормы, т.е. девушки группы НГА гораздо реже идентифицируют себя как субъект/объект интимных отношений. Хотя различия в частоте упоминаний тем материнства у девушек и той и другой исследуемых групп не достигали статистической значимости, все же можно отметить защитную тенденцию ($f_{эмп}=1,92$; $0,01 < p < 0,5$) в отношении темы материнства у пациенток с НГА.

В группе девушек с НГА наблюдается повышение по шкалам 5,7,9 в ММПИ. Подъем профиля по 5 шкале говорит о тенденции к снижению идентификации с традиционной женской ролью и тенденции группы НГА к мужскому поведению: предприимчивости, доминантности, уверенности в себе, внешней направленности агрессии. Результаты теста ММПИ согласуются с данными контент-анализа рассказов ТАТ, который показал, что в группе НГА значимо выше частота встречаемости темы профессиональных достижений. Сочетание подъема на пятой шкале с параллельным нарастанием мужских черт характера у девушек с НГА отражает увеличение склонности к ригидному поведению и созданию системы правил, наличие перфекционизма как черты личности.

В данной работе также сравнивали выраженность использования таких механизмов психической защиты (МПЗ) как отрицание, проекция и идентификация у группы «НГА» и группы «норма». Оценка выраженности МПЗ также проводилась при помощи специального метода контент-анализа рассказов по картам ТАТ, разработанным Фебе Кремер (Cramer, 1996). Согласно полученным данным, в группе с НГА значимо более высок показатель, соответствующий выраженности использования механизма отрицания. Кроме того, результаты анализа указывают на то, что у пациенток с НГА темы интимных, сексуальных отношений, вызывают активацию более ранних МПЗ (отрицание, проекция).

Таким образом, по результатам данной работы можно сделать вывод о том, что у девушек с НГА отмечается отсутствие зрелой женской идентичности, неприятие интимных и сексуальных тем, тенденция к идентификации с традиционной мужской культурной и социальной ролью.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Адамян Л.В.

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

В последние годы отмечается увеличение количества пороков развития матки и влагалища, с чем и связан интерес исследователей как в плане диагностики и лечения, так и к вопросам эмбриогенеза. Новый взгляд на эмбриогенез предполагает, что матка формируется в области слияния мезонефральных протоков с гонадными тяжами: маточные трубы, влагалище являются производными мезонефральных протоков, яичники, собственные связки яичников, круглые связки — производными гонадного тяжа, тогда как преддверие влагалища развивается независимо от половых протоков из урогенитального синуса. Нами представлена новая клинико-анатомическая систематизация аномалий репродуктивной системы, включающая клинико-анатомические варианты аномалий: гонад, матки и влагалища, наружных половых органов. Выделены возможные варианты аномалий гонад, аномалий внутренних и наружных половых органов. Идентификация порока развития половых органов позволяет сформулировать диагноз и определить вариант оперативного вмешательства.

Проблема пороков развития половых органов у женщин является одним из приоритетных направлений научной и лечебной деятельности ФГУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ. Опыт лечения более 1650 больных с этими редкими заболеваниями свидетельствует, что без эндоскопии невозможна точная диагностика этой сложной патологии, коррекция которой проводится у нас обязательно с применением лапароскопии и гистероскопии по собственным методикам отделения оперативной гинекологии, не имеющим аналогов в мировой практике (одноэтапный кольпопоз из тазовой брюшины при аплазии влагалища и матки, лапарогистероскопическая метропластика при двурогой матке, создание соустья между маткой и влагалищем при врожденной аплазии шейки матки и цервикального канала, операции по удалению функционирующего замкнутого рога матки).

Дифференциальная диагностика аномалий матки и влагалища представляет значительные сложности, в том числе при использовании современных методов визуализации (УЗИ, МРТ, лапароскопия, гистероскопия). Возможен высокий процент диагностических ошибок, в дифференциальной диагностике аномалий матки и влагалища магнитно-резонансная томография играет решающую роль в качестве предоперационной или неинвазивной методики. МРТ позволяет достоверно диагностировать не только форму порока, но и сочетанных аномалий мочевого пузыря даже при выраженном спаечном процессе, в том числе у пациентки детского возраста.

Проблема коррекции несостоятельности мышц тазового дна, опущения стенок влагалища и выпадения матки,

недержания мочи находятся в центре внимания акушеров-гинекологов, урологов и проктологов. Предпосылкой к развитию пролапса гениталий и нарушению функции тазовых органов во многих случаях является генетическая неполноценность соединительной ткани. Нашими исследованиями показано, что тканевой фенотип больных с пролапсом гениталий несет системные признаки дисплазии соединительной ткани на уровне всех структур тазового комплекса с вовлечением как стромально-мышечного, так и сосудистого компонентов. Пролапс гениталий рассматривается с позиций мезенхимальной дистрофии со стромально-сосудистыми изменениями, которые могут проявляться вовлечением в процесс либо преимущественно стромально-мышечного компонента, либо сосудистого, с чем связано многообразие клинических проявлений заболевания и низкая эффективность традиционных методов лечения. С 2004г. в своей работе мы используем стандартизированные подходы классификации International Continence Society, the American Urogynecologic Society и Society of Gynecologic Surgeons, основанной на оценке уровня вовлечения и вида изменения при опущениях половых органов. Эта классификация является наиболее оптимальной для решения вопросов об этиопатогенезе пролапса гениталий и подборе хирургических технологий. В отделении оперативной гинекологии Центра за последнее десятилетие выполнено более 2410 операций по коррекции аномалий положения половых органов. Наш традиционный подход к коррекции пролапса гениталий основан на применении влагалищного доступа. У пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию, нами успешно применяется комбинированный лапаро-вагинальный доступ. Лапароскопическим доступом выполняются различные варианты укорочения и укрепления связочного аппарата матки, сокращения пространства брюшины позади маточного углубления, фиксации влагалища с применением синтетических материалов и мозговой оболочки, влагалищным — восстановление всех мышечных дефектов тазового дна с последующей кольпорафией, интравлагалищные slingовые операции.

ЗНАЧИМОСТЬ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ 3 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Адамян Л.В., Исраилова А.Х., Козаченко А.В., Темишева Я.А., Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С., Демура Т.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Цервикальная патология занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний, так как частота фоновых и предраковых процессов шейки матки достаточно высока и не имеет тенденции к снижению, а так же данная группа заболеваний затрагивает большой контингент молодых

женщин и отражается на их репродуктивном здоровье. Заболевания шейки матки имеют склонность к затяжному течению и при отсутствии лечения или при применении нерациональных методов лечения могут привести к возникновению рака шейки матки.

С целью динамического контроля больных цервикальной интраэпителиальной неоплазией 3-ей степени тяжести, нами были проанализированы результаты лечения 102 женщин репродуктивного возраста с верифицированным ЦИН 3 степени тяжести, прооперированных в отделении оперативной гинекологии с 2000 по 2010 гг. Всем пациенткам перед операцией была проведена гистологическая верификация патологического процесса путем проведения прицельной биопсии и/или диагностического выскабливания. Возраст больных варьировал от 25 до 45 лет. Чаще встречались пациентки возрастной группы 20-35 лет. Средний возраст больных цервикальной интраэпителиальной неоплазией 3 степени тяжести (ЦИН-3) составил $27 \pm 3,4$ лет. Всем больным ЦИН-3 была выполнена ножевая конизация шейки матки в сочетании с выскабливанием слизистой цервикального канала и в ряде случаев — выскабливание слизистой полости матки.

После операции у 15 женщин проводилось динамическое наблюдение с использованием жидкостной цитологии, которая уменьшает число ложноотрицательных результатов по сравнению с ПАП-тестом и повышает выявляемость цервикального рака (Прилепская В.Н., 2008). Забор биоматериала производился специальной щеточкой cervix-brush, которая после забора опускается в контейнер с жидкой транспортной средой. Кроме этого, в цитологических мазках с шейки матки определялась экспрессия белков p16(INK4a) и Ki67 иммуноцитохимическим методом. Мазки для цитологических ИГХ исследований были подготовлены методом жидкостной цитологии с использованием центрифуги Cyto-Tek фирмы Sakura. Иммуноцитохимическое исследование выполнялось по стандартной методике с использованием реактивов фирмы DAKO CYTOMATION (Дания).

По результатам цитологического исследования мазков из цервикального канала, приготовленных методом жидкостной цитологии, все женщины были разделены на две группы: 1. Без рецидива HPV инфекции 6 женщин. 2. Группа с признаками рецидива HPV инфекции — 4 женщины.

У женщин с рецидивом HPV инфекции по данным цитологического исследования обнаружены изменения, соответствующие ASCUS(4женщины), L-SIL(4женщины), H-SIL(1женщина). Иммуногистохимические исследования позволили уточнить диагноз пациенткам:

1) У 2 женщин из 6, 1-й группы обнаружены изменения по типу ASCUS(L-SIL);

2) У 1 пациентки из 2-й группы с предварительным диагнозом L-SIL по данным иммуногистохимического исследования выявлен ASCUS.

Исследования онкогенных маркеров p16(INK4a) и Ki67 позволило уточнить диагноз у 3-х из 15 больных(20%). Как в сторону повышения так и сторону снижения риска развития рецидива.

Таким образом, применение жидкостной цитологии с шейки матки в сочетании с иммуноцитохимическим исследованием для определения экспрессии ВПЧ-ассоциированного белка p16(INK4a) и маркера пролиферации Ki67 позволяет более точно верифицировать диагноз, разъясняя характер морфологически изменений как в случаях гипердиагностики рецидива, так, вероятно, и в случаях недостаточной диагностики.

СРАВНЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПАЦИЕНТОК С СПКЯ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азизова Е.А., Омаров С.-М.А.

Дагестанский Научный Центр РАМН, Дагестанская Государственная Медицинская Академия, Махачкала, РФ

Овариальный резерв — способность яичников адекватно отвечать на овариальную стимуляцию ростом полноценных фолликулов, содержащих здоровые яйцеклетки- является важной составляющей частью репродуктивного потенциала женщины. В мировой литературе отдельные сообщения о методах определения овариального резерва появились в конце 80-х годов. К настоящему времени описаны гормональные, провокационные и ультразвуковые методы диагностики овариального резерва. Однако большинство сообщений носят описательный характер и сделаны на малом числе наблюдений. Крайне мало работ посвящено сравнению различных тестов между собой и соотношению их с возрастом пациенток.

Целью настоящей работы является сравнительная оценка овариального резерва у пациенток с СПКЯ, ассоциированным с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Для сравнения различных показателей овариального резерва между собой и исследования их эффективности в качестве прогностических критериев для исходов лечения бесплодия были изучены такие критерии, как возраст, базальный уровень ФСГ и ЛГ, объем яичников на 21 день менструального цикла, число антральных фолликулов у 51 больной с СПКЯ, 51 больной с СПКЯ и диффузным эутиреоидным зобом и у 52 больных с СПКЯ и гипотиреозом. Использован метод линейного и множественного регрессионного анализа для определения влияния показателей овариального резерва на дискретные переменные, а также метод множественного логистического анализа для дихотомических переменных (результат наступления клинической беременности), метод дисперсионного анализа — тест вариаций ANOVA, позволяющий сравнивать дискретные по разным данным группы.

Полученные результаты. Во всех трех группах сравнения не выявлено достоверных различий в возрасте пациенток и базальном уровне ФСГ. В то же время, в группе пациенток с гипотиреозом от-

мечено достоверное повышение уровня ЛГ (почти в 2 раза в сравнении с чистой формой СПКЯ и в 1,8 раз в сравнении с СПКЯ и ДЭЗ), а также превышение объемов правого и левого яичников и количества антральных фолликулов ($p < 0,05$).

При сравнении овариального резерва между пациентками с чистой формой СПКЯ и с сочетанной патологией щитовидной железы отмечено преобладание объемов обоих яичников в группе с ДЭЗ в сравнении с группой с чистой СПКЯ ($r = 0,052$), объемов обоих яичников в группе с в гипотиреозом в сравнении с группой с СПКЯ ($p = 0,075$) при одинаковом базальном уровне ФСГ и количестве антральных фолликулов. При сравнении овариального резерва между пациентками с СПКЯ и патологией щитовидной железы между собой выявлено преобладание объемов обоих яичников в группе с гипотиреозом в сравнении с группой с ДЭЗ ($p = 0,021$) при одинаковом базальном уровне ФСГ и количестве антральных фолликулов.

Определение силы связи между возрастом, объемом яичников и количеством антральных фолликулов в обоих яичниках с частотой наступления беременности показало наличие связи возраста ($r = 0,224$ при $p = 0,02$), объема яичников ($r = 0,451$ при $p = 0,000$) и количества антральных фолликулов в обоих яичниках с наступлением беременности ($r = 0,522$ при $p = 0,000$), но не выявлено связи уровня базального ФСГ с наступлением беременности данными.

Выявлена связь частоты простудных и вирусных заболеваний и вторичного бесплодия ($p = 0,012$), наличия соматической (в том числе эндокринной) и гинекологической патологии и вторичного бесплодия ($p = 0,027$), места жительства и вторичным бесплодием ($p = 0,016$) места жительства и первичным бесплодием ($p = 0,06$), неудовлетворительных социально-бытовых условий жизни и первичным бесплодием ($r = 0,09$), наличия внематочной беременности и перенесенных операций в анамнезе и вторичным бесплодием ($p = 0,016$), наличия и частотой аборт и вторичным бесплодием ($p = 0,001$) наличия и частотой аборт и первичным бесплодием ($r = 0,019$), гирсутизма и первичным бесплодием ($p = 0,047$), гирсутизма и вторичным бесплодием ($p = 0,051$), наличия и степенью ожирения и вторичным бесплодием ($p = 0,040$), возраста пациентки и первичным бесплодием ($p = 0,013$), возраста пациентки и вторичным бесплодием ($p = 0,077$).

Заключение. Овариальный резерв выше при сочетании СПКЯ с патологией щитовидной железы, чем при чистой форме СПКЯ. В то же время, в группах с ассоциированной патологией овариальный резерв выше у пациенток с СПКЯ и гипотиреозом.

Анализ показателей фолликулярного резерва выявил связь возраста пациентки, объема яичников и числа антральных фолликулов с положительным исходом лечения — наступлением беременности

РАЗРАБОТКА РЕШАЮЩИХ ПРАВИЛ (ИЛИ МОДЕЛЕЙ) ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДАМИ ЭКО И ЭКО/ИКСИ

Амирова А.А., Назаренко Т.А., Колесниченко Т.В., Мишиева Н.Г.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России;
ГОУ ВПО ММА им И.М. Сеченова

Анализ ежегодных отчетов, представляемых центрами, практикующими применение методов вспомогательной репродукции (МВР), свидетельствует о достаточно стабильной, но на протяжении нескольких лет не высокой частоте наступления беременности — 38-40% при расчете на перенос эмбрионов даже для женщин в возрасте менее 35 лет.

Вместе с тем, дискуссионными на сегодняшний день являются вопросы не только медицинского, но и экономического характера. Считается, что наиболее эффективным методом лечения женского и мужского бесплодия является ЭКО в сочетании с методом ИКСИ. Однако сдерживающим фактором широкого использования методов является их дороговизна, что диктует необходимость дифференцированного подхода к каждой программе ЭКО и ЭКО/ИКСИ.

С этой целью было решено создать решающее правило для прогнозирования вероятности отрицательного или положительного исхода программ ЭКО и ЭКО/ИКСИ. Для решения данной задачи был разработан алгоритм набора проспективных данных и их использования в процессе построения моделей. Набор информации основывался на сохранении всех доступных данных, которые были набраны из амбулаторных карт и историй болезни 265 супружеских пар обратившихся в отделения ВРТ НЦАГи П им академика В.И. Кулакова для лечения бесплодия методом ЭКО и ЭКО/ИКСИ в 2008-2009гг.

Построение прогностических моделей осуществляли с использованием 147 факторов: анамнестических данных пациентов и данных, полученных в цикле стимуляции суперовуляции. Поиск решающего правила осуществляли методом бинарной логистической регрессии при помощи статистического пакета SPSS.

При построении всех моделей использовали единый алгоритм. Качество моделей оценивали по производительности (процент правильных отнесений), чувствительности, специфичности и площади под ROC (Receiver Operating Characteristic — функциональные характеристики приемника) кривой.

Чувствительность теста определяли как долю лиц с положительным результатом теста, специфичность теста — как долю лиц с отрицательным результатом теста.

Таким образом, в ходе поиска моделей построенных на анамнестических данных и характеристиках цикла стимуляции суперовуляции было полу-

чено 10 моделей. Требованиям чувствительности и специфичности на уровне 70-90% соответствовали 4 из них.

Лучшие результаты 89,6% по специфичности были получены для группы пациентов, имеющих анамнестические данные: возраст пациентки, длительность бесплодия, наличие гинекологических операций в анамнезе, общее количество проведенных программ ЭКО и ЭКО/ИКСИ в анамнезе, концентрация АМГ (нг/мл) в сыворотке крови, возраст супруга, количество патологических форм сперматозоидов в 1мл эякулята в %, концентрация сперматозоидов в 1мл эякулята. Модель для группы пациенток в возрасте от 35 лет по анамнестическим данным с учетом параметров цикла стимуляции имела специфичность равную — 90,9%: возраст пациентки, общее количество проведенных программ ЭКО и ЭКО/ИКСИ в анамнезе, концентрация АМГ (нг/мл) в сыворотке крови, толщина эндометрия по УЗИ в день введения чХГ в цикле стимуляции, овуляторная доза триггера, стадия деления эмбрионов при первой подсадке по интенсивности деления, стадия деления эмбрионов при второй подсадке.

По чувствительности лучшие результаты были продемонстрированы моделью, полученной для группы пациенток в возрасте до 35 лет — 75,0% с учетом анамнестических данных и характеристик цикла стимуляции: возраст пациентки, количество беременностей в анамнезе, толщина матки по УЗИ при первичном осмотре, толщина эндометрия по УЗИ в день введения чХГ в цикле стимуляции, количество подсаженных эмбрионов при первой подсадке, стадия деления эмбрионов при первой подсадке по интенсивности деления, стадия деления эмбрионов при второй подсадке, возраст супруга, концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята. Модель для группы пациентов, леченных методом ЭКО имела чувствительность равную — 81,6% по анамнестическим данным и параметрам цикла стимуляции: возраст пациентки, общее количество проведенных ЭКО и ЭКО/ИКСИ в анамнезе, стимуляция овуляции с использованием препаратов рФСГ, суммарная доза используемого рФСГ, толщина эндометрия по УЗИ в день введения чХГ в цикле стимуляции, диаметр минимального пунктированного фолликула, стадия деления эмбрионов при первой подсадке по интенсивности деления, день цикла при втором переносе эмбрионов, количество патологических форм сперматозоидов в 1 мл эякулята в %.

Разработанные модели представлены в виде формулы, для расчета вероятности отрицательно или положительного исхода лечения. В каждой модели использовали наиболее значимые вышеперечисленные факторы, коэффициенты бинарной логистической регрессии и некоторая константа.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДНЫХ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БЕСПЛОДНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ЭФФЕКТИВНЫМИ И БЕЗУСПЕШНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Амирова А.А., Назаренко Т.А., Колесниченко Т.В., Мишиева Н.Г.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России; ГОУ ВПО ММА им И.М. Сеченова

По данным эпидемиологических исследований, частота бесплодных браков в России колеблется от 8% до 17,2%.

Медицинские аспекты решения проблемы бесплодия динамически изменялись и пересматривались в зависимости от прогресса в области медицинской науки и практики. К числу наиболее значимых достижений репродуктивной медицины XX века относятся методы вспомогательной репродукции. Внедрение в широкую клиническую практику высокоэффективных репродуктивных технологий позволило во многом решить проблему диагностики и лечения бесплодия в браке. Интенсивное развитие репродуктивной медицины делает целесообразной систематизацию и динамическую переоценку накопленных знаний на основании научного анализа, что послужило основанием для проведения сравнительного проспективного анализа клинико-анамнестических и клинико-лабораторных характеристик супружеских пар в рамках программ ЭКО и ЭКО/ИКСИ с учетом частоты наступления беременности в изучаемых группах. Нами были определены и проанализированы ведущие медико-биологические факторы, влияющие на эффективность программ экстракорпорального оплодотворения на современном этапе развития направления.

С целью сравнения исходных клинико-анамнестических и клинико-лабораторных характеристик пациентов с положительным и отрицательным исходом лечения методом ЭКО И ЭКО/ИКСИ в проспективное исследование были включены 479 супружеских пар, обратившихся по поводу бесплодия, обусловленного трубно-перитонеальным, мужским факторами, наружным генитальным эндометриозом и СПКЯ.

Обследование пациенток включало сбор анамнеза, первичный осмотр, гинекологическое обследование, оценка результатов проводимых ранее попыток достижения беременности, гормональных исследований, УЗИ органов репродуктивной системы. Во время обследования пары было проведено исследование эякулята партнера.

479 супружеских пар, с целью выявления и описания значимых закономерностей были разделены на две группы: в первую группу вошли 346 (72,2%) бесплодных пар с отрицательным исходом лечения, во вторую группу — 133 (27,8%) пары с положительным исходом лечения.

Согласно полученным нами результатам на достоверное уменьшение вероятности наступления беременности указывали: возраст пациенток от 35 лет, с наследственной предрасположенностью к нарушениям репродуктивной функции, наличие заболеваний мочевыделительной системы и сифилиса в анамнезе пациентки, вторичное бесплодие, отсутствие родов в анамнезе, количество безуспешных попыток ЭКО и ЭКО/ИКСИ, низкие концентрации Е2 и АМГ в плазме крови пациенток, толщина матки по УЗИ ≤ 3 см, возраст супруга старше 35 лет, низкая концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята, выбор лечения методом традиционного ЭКО или ЭКО/ИКСИ.

По показателям аллергоанамнеза, перенесенных детских инфекционных заболеваний, особенностей менструальной функции, репродуктивного поведения, характера оволосения, показаний, видов и доступов общих и гинекологических оперативных вмешательств, частоте встречаемости того или иного фактора бесплодия, анализируемые группы больных были сопоставимы.

Таким образом, селекция наиболее значимых показателей может служить вспомогательной информацией для прогнозирования исхода лечения методами ВРТ и представления пациентам объективной информации.

ГЕНОДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА

Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Блатова О.Л.,
Куделькина С.Ю., Михалева О.В., Белов А.В.,
Кузнецова И.А.

Россия, г. Нижний Новгород, ГОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия», Медицинский центр «Тонус»,
Нижегородская Областная клиническая больница

Большая группа вирусов папилломы человека (ВПЧ) стала эффективно изучаться сравнительно недавно. Побудительная причина ВПЧ-тестирования связана с тем, что более половины сексуально активного населения в течение жизни инфицируется ВПЧ, некоторые из них ассоциируются с возникновением злокачественных опухолей аногенитальной области. Степень онкогенности различных типов ВПЧ не одинакова. Генотипирование ВПЧ дает дополнительные возможности определения прогноза течения заболевания. Для генотипирования ВПЧ используют различные молекулярно-биологические методы, наиболее простым и доступным из которых является метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Цель и задачи исследования: используя метод полимеразной цепной реакции формат «реальное время» оценить частоту встречаемости и кратность инфицирования различными генотипами ВПЧ ВКР среди вирус-положительных женщин и контактных лиц. Материалом для исследования служили образцы эпителия шейки матки, забранные с использованием одноразовых цервикальных

цитощеток в транспортную среду торговой марки «АмплиСенс» для материала из урогенитального тракта женщин; соскобы эпителия уретры, взятые универсальным зондом у мужчин. Для выявления и определения генотипа ВПЧ использовали тест-систему «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип — FL». Набор данных реагентов предназначен для выявления и дифференциации ДНК ВПЧ ВКР 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типов в клиническом материале методом ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией. Каждый тип регистрируется по своему каналу флуоресценции, что позволяет не только выявлять, но и определять генотип обнаруженного ВПЧ ВКР. Полученный материал исследовали методом ПЦР-РВ с использованием анализатора «iQ5» Cycler («BIO-RAD», США), комплекта тест-систем ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора. Всего было обследовано 738 женщин в возрасте от 17 до 50 лет, обратившихся в клиники г. Нижнего Новгорода по поводу заболеваний шейки матки различного генеза и генитальных инфекций и 200 мужчин (контактные лица). Результаты обследования женщин позволили выявить высокий процент инфицирования онкогенными папилломавирусами — 546 пациенток (74%), у мужчин 26 человек (13%). Показано широкое распространение ВПЧ ВКР у женщин репродуктивного возраста с эрозивно-дисплазивными изменениями эпителия дистальных отделов урогенитального тракта. Анализ частоты выявления различных генотипов ВПЧ показал, что 56 и 16 типы были обнаружены чаще других, в 33 и 15,4 процентах случаев, соответственно. Доминировали геноварианты 33 (68 — 7,1%), 51 (67 — 7,0%), 31 (65 — 6,8%), 39 (59 — 6,1%), 45 (58 — 6,0%). Частота распространения остальных генотипов варьировала от 2% до 5%. У мужчин первое место по частоте встречаемости занимают типы 56 — 10 человек (33,3%), 16, 45, 51 — 3 человека (10%). Остальные генотипы представлены от 3% до 7%. ВПЧ филогенетической группы А6 — 56 тип одинаково часто встречается у женщин и у мужчин, ВПЧ группы А9 — 16 тип на втором месте. В настоящей работе проанализировано недостаточное количество данных по популяции мужчин для подтверждения достоверности этих отличий и поиска причин, их объясняющих. Это требует продолжения данной исследовательской работы. Доля образцов, выявляемых набором реагентов ВПЧ ВКР скрин и не поддающихся генотипированию в тест-системе «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип» составляет 28 человек (3,8%) у женщин и 8 (4%) у мужчин. Кратность инфицирования отдельными типами ВПЧ ВКР показала, что в материале у 54,8% обследованных пациенток присутствовал только один генотип ВПЧ ВКР, у 26,2% — было выявлено два генотипа. Три и более генотипов вируса папилломы выявлено при обследовании 104 женщин (19%): 3 типа — 62 пациентки (11,3%), 4 типа — 26 (4,8%), 5 типов — 12 (2,2%), 6 типов — 3 (0,5%), 7 типов — 1 человек (0,2%). Среди мужчин один генотип ВПЧ ВКР показали 22 человека (84,6%), у 4 лиц (15,4%) было выявлено два геноти-

па. Полученные данные свидетельствуют о достаточно широкой распространенности ВПЧ ВКР среди обследованных нами пациентов. Частота встречаемости ВПЧ ВКР достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами. Чаще других встречаются генотипы ВПЧ ВКР филогенетической группы А6 — 56 тип, далее группы А7, А9, из них наиболее распространены 16, 33 и 31 генотипы, группа А5 — ДНК ВПЧ 51 тип. Результаты исследования указывают на необходимость обследования женщин с помощью метода ПЦР-реальное время с целью раннего выявления наличия высокоонкогенных типов ВПЧ, а также предлагают обследование полового партнера с целью выявления носительства вирусов папилломы человека. Использование метода ПЦР-РВ позволяет быстро с высокой чувствительностью и специфичностью, технологично выявлять этиологический фактор возможной патологии как у женщин, так и у мужчин. Это в свою очередь дает возможность определять группы риска по онкозаболеваниям урогенитального тракта.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗОВ УРОГЕНТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Блатова О.Л.,
Куделькина С.Ю., Михалева О.В., Белов А.В.,
Кузнецова И.А.

Россия, г. Нижний Новгород, ГОУ ВПО «Нижегородская
медицинская академия», Медицинский центр «Тонус»,
Нижегородская Областная клиническая больница

Учение о нормальной микрофлоре организма человека, в виде единой экологической системы или микробиоценозе, в настоящее время находится в центре внимания врачей различных специальностей. Лабораторная диагностика, в настоящее время, предлагает эффективный способ оценки биоценоза урогенитального тракта у женщин методом полимеразной цепной реакции формат Real-time (ПЦР-РВ) с учетом биоты изучаемого эпитопа в целом. Лабораторный тест получил название — «Фемофлор». Цель настоящего исследования: изучить характеристики биоценозов урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста с фоновыми, воспалительными и предраковыми процессами на шейке матки. Всего в работе было обследовано 102 женщины в возрасте от 18 до 50 лет, обратившихся в клиники Нижнего Новгорода по поводу заболеваний шейки матки воспалительного и пролиферативного генеза. В результате прицельной биопсии у 20 из них был установлен диагноз цервикального интраэпителиального поражения низкой и высокой степени тяжести. Всем пациенткам изучаемых групп было проведено лабораторное обследование с помощью методов жидкостной цитологии, Пап-теста (окраска мазков по методу Папаниколау) и с помощью метода ПЦР-РВ. Последний метод включал в себя ВПЧ-скрининг на вирусы высокого канцерогенного риска (ВПЧ

ВКР), генотипирование ВПЧ ВКР и определение вирусной нагрузки. Материал для исследования собирали с заднебоковой стенки влагалища в пробирку типа Эппендорф, содержащую 1 мл физиологического раствора. ДНК выделяли с использованием комплекта реагентов ПРОБА-ГС (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Исследование биоценоза влагалища проводили методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ) с использованием реагентов Фемофлор (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) в детектирующем амплификаторе ДТ-96 согласно инструкции производителя. Все женщины, включенные в исследование, были разделены на 4 группы: 1-ая группа — 28 женщин с фоновыми, гиперпластическими процессами без воспалительного компонента — псевдоэрозии (эктопии); 2-ая группа — тоже с воспалительным компонентом — 34 женщины; 3-я группа — 20 пациенток с воспалительным характером изменений — цервициты (острый, хронический); 4-ая группа — 20 женщин с предраковыми состояниями (дисплазии — слабая, умеренная, тяжелая). Комплексная оценка урогенитальной биоты в представленных группах позволила выделить три основных типа биоценоза влагалища: 1 тип — нормоценоз — 40 женщин (39,2%); 2 тип — умеренный дисбиоз — это 21 женщина (20,6%); 3 тип — выраженный дисбиоз — это 50 человек, что составляет 49%. Наиболее многочисленная группа — женщины с выраженным дисбиозом влагалища. Выраженный дисбаланс отметили пациентки с заболеваниями шейки матки воспалительного характера — 36 человек (35,3%) и женщины с патологией в виде цервикальных неоплазий — 10 (9,8%) человек, всего 46 пациенток (45,1%). Нормоценоз и отсутствие дисбаланса достоверно чаще определялись в группе женщин с эктопиями шейки матки без элементов воспаления — 18 человек (64,3%). Оценка нормобиоты урогенитального тракта женщин вышеуказанных групп, с помощью теста «Фемофлор», где основным представителем являются лактобактерии, выявила следующие состояния: умеренно сниженный уровень лактобацилл — это 10 женщин (9,8%); значительно сниженный уровень лактобацилл — это 52 человека, что составило 51% испытуемых; третью группу представили женщины, у которых абсолютный показатель уровня лактобацилл практически не отличается от абсолютного показателя общей бактериальной массы, т.е. составляет 106-108 lg — это 40 пациенток (39,2%). Проведенные исследования показали, что 62 женщины (60,8%) выявили угнетение нормальной биоты, что делает возможным заселение влагалища патогенными микроорганизмами или чрезмерное размножение условно-патогенных микроорганизмов (УПИМ). В первой группе (эктопии без «воспаления») нормоценоз выявили у 18 женщин (64,3%) в группе. Сниженный уровень лактобацилл показали 10 человек (35,7%). Мы не нашли статистически достоверных различий в состоянии биоценоза влагалища между женщинами с заболеваниями шейки матки воспалительного

и пролиферативного геноза 2-ая, 3-я и 4-ая группы, соответственно — 6, 4, 6 обследуемых пациенток. Это позволяет предположить, что нормобиота урогенитального тракта в этих группах отмечает снижение численности лактобактерий. Анализ этиологической структуры выявленного дисбаланса продемонстрировал превалирование бактериально-грибковых форм: уреоплазмоз + кандидоз, микоплазмоз + кандидоз — представили 37 женщин (36,3%) и грибов рода *Candida* — 32 человека (31,4%). Бактериальные формы: уреоплазмоз — 19 пациенток (18,6%), микоплазмоз + уреоплазмоз — 4 человека (3,9%) регистрируются значительно реже. В структуре нарушений биоценозов урогенитального тракта основную роль играют анаэробные микроорганизмы, в том числе с участием кандид, уреоплазм. Микоплазмы оказались редкой находкой у женщин с патологией шейки матки. Уреоплазмы обнаруживали во всех группах испытуемых. Доля женщин, у которых количество уреоплазм было более 10⁴, была значительной — 28%. Частота контаминации влагалища дрожжеподобными грибами кандиды у больных цервикальными неоплазиями превышала соответствующие показатели в других группах, что вероятно, является отражением местного иммунодефицита, сопровождающего папилломавирусную инфекцию шейки матки. Новый лабораторный тест, набор реагентов «Фемофлор», — предлагает принципиально новый подход по оценке физиологического равновесия и дисбаланса биоты, что дает возможность выбрать правильную терапию и контролировать ее проведение, определять критерии излеченности и прогноз заболевания.

РОЛЬ ОСИ ЛЕПТИН/ГРЕЛИН В ПАТОГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Машталова А.А., Московкина А.В., Поляк С.А.

Россия, Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

Одну из главных ролей в обеспечении энергетического гомеостаза и гипоталамического контроля над репродуктивной функцией играет лептин — гормон белой жировой ткани, продуцируемый адипоцитами. В основе ожирения лежит резистентность к регулируемому действию лептина. С уверенностью можно говорить о том, что лептин является «сигнальным» белком гомеостаза, регулирующим процессы жирового обмена и участвующим в процессах поддержания гормонального и иммунологического равновесия организма, а также становление и поддержание овариально-менструального цикла, некоторые данные все-таки являются противоречивыми. С этих позиций большой интерес представляет биологически активное соединение, участвующее в регуляции питания, — грелин.

Лептин находится в реципрокных взаимоотношениях с пептидным гормоном грелином на уровне нейронов гипоталамуса. Основным фактором, снижающим продукцию грелина, является поступление с пищей легкоусвояемых углеводов, что и определяет снижение аппетита и увеличение выработки инсулина. Являясь одним из основных гормонов, участвующих в нейроэндокринной регуляции пищевого поведения, грелин, вероятно, оказывает существенное влияние на регуляцию функции репродуктивной системы у этой категории больных. Целью исследования явилось определение уровней лептина, грелина и их корреляции с показателями гонадотропинов, половых стероидов, инсулина, сексстероидсвязывающего глобулина (СССГ), и индексом массы тела (ИМТ) у девушек-подростков с олигоменореей и избыточной массой тела. В I (основную) группу вошли 43 пациентки с нарушением менструального цикла и избыточной массой тела; II группу (сравнения) составляла 31 пациентка с избыточной массой тела без нарушения менструального цикла. Группы были полностью сопоставимы по возрасту и ИМТ. Группу контроля составили 25 здоровых девочек-подростков с нормальным ИМТ без нарушений менструального цикла.

При сопоставлении показателей лептина и грелина здоровых девочек-подростков и пациенток II группы (сравнения), выявлено, что у здоровых девочек показатели лептина ниже, а уровень грелина выше. Повышение индекса лептин/грелин у пациенток II группы по сравнению с контролем было обусловлено как гиперлептинемией, так и более низким уровнем грелина и соответствовало нормальным физиологическим механизмам регуляции массы тела. На взаимосвязь гипогрелинемии с гиперлептинемией указывает установленная нами прямая тесная корреляционная связь между уровнями лептина и грелина в группе сравнения ($r=0,66$ при $p=0,000232$). У пациенток I (основной) группы показатели лептина превышали не только значения контрольной группы, но и группы сравнения. Напротив, уровень грелина не имел статистически обоснованных различий ни с показателями пациенток из группы сравнения, ни с показателями контроля. Отсутствие статистически значимых различий между основной и контрольной группами в уровне грелина свидетельствует о наличии грелинрезистентности, то есть, несмотря на высокий уровень лептина, снижение выработки орексигенного грелина не происходило. Если в группе сравнения нами была установлена корреляционная зависимость между показателями лептина и грелина, то в основной группе данные корреляционные взаимоотношения отсутствовали, что указывало на несоответствие вырабатываемого грелина уровню лептина, то есть свидетельствовало о грелинрезистентности при установленной гиперлептинемии.

В современной литературе отсутствуют сведения о взаимодействии грелина с гормонами репродуктивной системы. Методом корреляционного анализа нами установлена обратная тесная корреляционная связь между показателями ФСГ и лептина

($\rho = -0,7$ при $p = 0,002785$), а также ФСГ и грелина ($\rho = -0,72$ при $p = 0,002667$) в группе сравнения, что указывает на «угрожаемость» пациенток с ожирением, гиперлептинемией и гипогрелинемией по нарушению центральной регуляции функции яичников. Установленная прямая тесная корреляционная взаимосвязь между уровнем СССГ и грелина в контрольной группе ($\rho = 0,9$ при $p = 0,04$), отсутствие данных корреляций в группе сравнения ($\rho = -0,4$ при $p = 0,06$, что можно расценить как тенденцию к появлению обратной корреляционной связи), и наличие тесной обратной корреляционной связи между данными показателями в основной группе ($\rho = -0,9$ при $p = 0,037386$), доказывает участие грелина как в регуляции менструальной функции, так и в патогенезе овариальной дисфункции у подростков.

При избыточной массе тела у девочек-подростков с сохраненным менструальным циклом утрата прямой корреляционной связи и тенденция к появлению обратной корреляционной связи между уровнем СССГ и грелина, указывает на то, что избыточная масса тела у подростков, даже без нарушений овариально-менструального цикла и липидного обмена, является состоянием временным, нестабильным, угрожаемым по развитию данных осложнений.

У пациенток с избыточной массой тела и олигоменореей относительная гипергрелинемия, несмотря на гиперлептинемию, указывает на наличие грелинрезистентности, что при доказанной инсулинрезистентности и лептинрезистентности свидетельствует о формировании «порочного круга», в который с увеличением продолжительности заболевания вовлекаются новые составляющие.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Андреева В.О., Линде В.А.

Россия, Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

Нервная анорексия (НА), согласно Международной классификации болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10), представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Несмотря на то, что низкий вес является одним из диагностических критериев НА, в некоторых случаях он может быть не обусловлен расстройством пищевого поведения. Трудности в диагностике НА, связанные с несвоевременностью обращения пациентов к специалистам, их диссимуляцией, вытекающую из этого низкую эффективность лечения и сложность решения вопросов реабилитации, определили необходимость объективной оценки каких либо информативных показателей, изменение уровня которых у пациенток с олигоменореей связано преимущественно с

расстройством пищевого поведения — НА. Целью исследования является разработка алгоритма диагностики НА и прогноза восстановления менструального цикла в аспекте взаимосвязи эндокринных, соматических и психических расстройств.

Нами обследованы 2 группы девочек-подростков, обратившихся в гинекологическое отделение РНИИАП по поводу вторичной аменореи, вторичной олигоменореи и дефицита массы тела (ДМТ). Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составлял — 15,42 (16,3; 14,7) кг/м², возраст — 16 (17; 14,5) лет. В основную группу вошли 109 человек, с установленным диагнозом НА, согласно критериям, изложенных в МКБ-10. Группу сравнения составили 78 девочек, которым диагноз «НА» поставлен не был. В группу контроля вошли 20 здоровых девочек-подростков с ИМТ=18 (20; 17,82) и регулярным менструальным циклом. Методом ИФА проведено исследование плазменных концентраций гонадотропинов, половых стероидов и лептина в сыворотке крови.

Изучив значения лептина и индекса Л/ИМТ у пациенток с НА и в группе сравнения, выявлено, что при сопоставимом ИМТ, уровни лептина и значения индекса Л/ИМТ в группе больных были достоверно ниже, чем в группе сравнения — в 4,24 и 3,82 раза соответственно, то есть на аноректическом этапе констатирована абсолютная гиполептинемия. Аналогичных исследований, выявивших различия в показателях лептина при одинаково низком ИМТ у девушек-подростков с НА и без расстройств пищевого поведения в научной литературе мы не нашли.

Мы предложили способ дифференциальной диагностики специфического расстройства пищевого поведения у пациенток с олиго-/аменореей, основанный на применении ROC-анализа. Классификация (диагностика) производится с помощью параметра Cut off (порог отсечения), при помощи которого следует относить новые случаи к категории «здоровых» или «больных». На основании проведенного сравнительного анализа значений лептина, и индекса Л/ИМТ у пациенток на аноректическом этапе НА и девочек-подростков с конституционально-низким ИМТ, мы установили диагностические пороги (Cut off) данных показателей. При значениях ниже Cut off — диагноз ставится с высоким уровнем надежности, при показателях, превышающих Cut off - клинический случай может быть отнесен к аменорее или олигоменорее, не связанными с НА.

Для разработки прогноза восстановления менструального цикла на этапе редукации НА, нами проведено исследование динамики лептина, ИМТ и индекса лептин/ИМТ у пациенток с НА в процессе однолетнего лечения. Данные показатели исследовались в начале курации, затем, 4 раза с интервалом в 3 месяца. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, в результате которого были выделены две подгруппы в зависимости от исхода заболевания: 1) 97 человек с восстановленным менструальным циклом, 2) 12 — с продолжаю-

щейся аменореей. Учитывая, что лечение осуществлялось по одному и тому же принципиальному методу, подгруппы были полностью сопоставимы. Изучив динамику лептина и индекса лептин/ИМТ при помощи динамических рядов, мы статистически обоснованно доказали различия в динамике данных показателей в двух подгруппах и установили диагностические пороги, дающие основание прогнозировать дальнейшее течение заболевания: — увеличение уровня лептина на этапе редукции в 5,7 раза от уровня аноректического этапа в течение не более 3 месяцев, превышающее установленный Cut off; - набор не менее 2,56 — 3 единиц ИМТ за 3 месяца, с приближением значений данного показателя к ИМТ в менархе; повышение индекса лептин/ИМТ в 4 раза за период, не превышающий 3 месяцев от начала лечения.

При неблагоприятном прогнозе восстановления менструальной функции — продолжающейся аменореи — этап редукции НА характеризуется относительной гиполептинемией, что может быть использовано в качестве критерия оценки неэффективности лечения.

Исходя из оценки эффективности лечения и прогностических критериев восстановления менструальной функции возникает необходимость включения в алгоритм ведения больных с НА исследование уровня лептина и индекса лептин/ИМТ при первичном обращении, и через 3 месяца от начала лечения.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Андреева Е.Н.

Россия, Москва, ФГУ Эндокринологический научный центр
Росмедтехнологий

Планирование семьи — это социальная проблема для каждой страны. В мире ежегодно наступает 185 млн. беременностей, из них 75 млн. — нежелательные, заканчивающиеся искусственным прерыванием в 60% случаев и из них 20 млн. сопровождаются различными осложнениями (UNESCO-UNICEF).

По данным ВОЗ (2006) каждую минуту в мире от осложнений беременности и абортов умирает 1 женщина. В России методы современной контрацепции используются женской популяцией в менее, чем в 30%. При этом охват контрацепцией до 50% супружеских пар позволит значительно снизить количество абортов и материнской смертности.

В Российской Федерации в прошлом году произведено около 2 млн. абортов. Эти цифры известны, как известно и то, что наблюдается тенденция к снижению их числа. Но, если проанализировать структуру абортов, то четко видно, что более 70% их приходится на самый активный фертильный возраст — от 20 до 35 лет. При этом почти четверть абортов производится у женщин моложе 25 лет.

В мире оральные контрацептивы используют 60 млн. женщин (данные 2006 года), что всего лишь на 3% больше чем в 2002 году.

Несмотря на высокую частоту использования различных методов контрацепции в США 49% из 6,4 млн. беременностей (3 млн.) — нежелательные (2009).

Учитывая экономический кризис во всем мире оказалось актуально правильно рассчитывать расходы на контрацепцию, профилактику осложнений использования тех или иных методов контрацепции, а, главное, расходы, необходимые на операцию по прерыванию беременности и профилактику ее осложнений.

По данным американских экспертов использование контрацептивов сохраняет 19 миллионов долларов медицинских расходов ежегодно (2009).

В 2009 году в США были проанализированы основные распространенные методы контрацепции: ВМС МИРЕНА, ВМС (Copper-T), импланты, инъекции, хирургическая стерилизация (перевязка маточных труб), вазэктомия, КОК, пластырь, вагинальное кольцо, мужские презервативы, женские презервативы, диафрагмы, спермициды, губки, циклический метод, прерванный половой акт. Ошибка пользователя у пластыря, вагинального кольца, мужских презервативов, женских презервативов, диафрагм, спермицидов, губок, циклического метода, прерванного полового акта составила от 15 до 27%, в отличие от ВМС МИРЕНА, ВМС (Copper-T), имплантов, инъекций, хирургической стерилизации, вазэктомии, КОК, где процент составил от 0,2 до 8. При этом следует отметить, что инфекция мочеполового тракта у диафрагм и спермицидов в 2 раза чаще, чем, например, при применении КОК, а риск тромбозомболических осложнений одинаков у вышеуказанных групп, что расценивается как осложнения использования данных методов контрацепции.

Кроме того, американские экономисты рассчитали стоимость различных методов контрацепции на 5 лет и материальные затраты на ликвидацию различных побочных эффектов. В итоге был сделан вывод, что ВМС Мирена, ВМС Соррег-Т, вазэктомия — наиболее экономически эффективные методы контрацепции в США (2009). Уже через год использования ВМС Мирена становится одним из самых экономически выгодных методов. В странах, где широко используют ВМС Мирена, уровень абортов ниже (Финляндия, Австрия, Дания).

Подобных расчетов экономической эффективности использования различных методов контрацепции в России не проводилось, однако, при расчете только материальных затрат на приобретение различных контрацептивов из расчета на 5 лет в аптеках г.Москва по самым низким ценам, четко прослеживается тенденция, идентичная американской, а, следовательно, данные исследования экономистов из США с большой долей вероятности могут быть перенесены и в Российскую действительность.

Таким образом, метод контрацепции должен врачом подбираться индивидуально, с учетом возраста, показаний, противопоказаний и экономических предпочтений пациентки.

ЗГТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА ЧАШЕ ВЕСОВ

Андреева Е.Н.

Россия, Москва, ФГУ Эндокринологический научный центр
Росмедтехнологий

Основная цель наблюдения женщин с пременопаузального периода — улучшение физического и психологического состояния женщин с климактерическим синдромом, улучшение качества жизни.

По данным European Community Household Panel (2000) 13% женщин оценивает свое здоровье как «плохое» в возрасте 50-64 лет и 25% женщин — в возрасте 65 и более лет. Наиболее часто фактором, нарушающим качество жизни женщин является климактерический синдром. Кроме того, по данным А. Strothmann, Н.Р.G. Schneide (2005), в этой возрастной группе женская популяция озабочена: профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний в 24% случаев, регуляцией менструального цикла — 31%, уменьшения вагинальной сухости — 36%, расстройствами депрессивного характера — 42%, улучшением качества жизни — 71%, ликвидацией приливов — 78% случаев.

Таким образом, в последние годы существенно расширились показания к назначению препаратов, ликвидирующих основную причину вышеперечисленных расстройств — дефицит эстрогенов.

Заместительную гормональную терапию (ЗГТ) обычно начинают в перименопаузе и в настоящее время показаниями к ее назначению являются ранняя менопауза, хирургическая менопауза, реактивные депрессивные симптомы, проблемы с мочеполовым трактом (сенильный кольпит, сухость влагалища, стрессовое недержание мочи и др.), атрофия кожи и слизистых (включая конъюнктиву), гирсутизм, вирилизм, алопеция, вызванная дефицитом эстрогенов и гиперандрогенией, остеопороз, повышение ЛПНП, снижение ЛПВП, гипергомоцистемия, повышение уровня С-реактивного белка, ранняя профилактика когнитивных расстройств и болезни Альцгеймера.

Однако следует учитывать сопутствующую патологию и данные анамнеза пациентки. По данным Обновленных практических рекомендаций по ЗГТ (2008) противопоказаниями для ЗГТ являются рак молочных желез и эстрогензависимые опухоли, кровотечение из половых путей неясного генеза, гиперплазия эндометрия, идиопатическая венозная тромбоземболия в анамнезе или в настоящее время, артериальная тромбоземболическая болезнь в недавнем прошлом или в настоящее время, заболевания печени в стадии обострения, кожная порфирия.

В связи с невозможностью назначения, в некоторых случаях, гормон-содержащих препаратов в качестве ЗГТ у пациенток с тяжелыми заболеваниями соседних органов и систем стали применяться альтернативные традиционной ЗГТ схемы лечения, например: (Nedrow et al., Arch Intern Med, 2006, 166:1453-65): фармацевтическая группа препаратов — STEAR (тиболон), Абуфен (бета-аланин),

SERM, седативные препараты и антидепрессанты, статины, бифосфонаты, стронций, кальций и витамин D, а также нефармацевтическая — травяные сборы, фитоэстрогены (изофлавины, соя), витамины и минералы, диета, ДНЕА, тестостерон, прогестерон (крем), гомеопатия, рефлексотерапия, акупунктура, магниты, люмбриканы. Однако у этой альтернативной группы действие обычно односторонне и есть как положительные стороны, так и побочные действия, которые могут усугубить состояние сопутствующей патологии. Например, стало известно, что соевые сиропы и фитоэстрогены в качестве заместительной терапии повышают риск возникновения гиперплазии эндометрия (по данным доказательной медицины, 2004 год). Витамин С и селен не имеют достоверного эффекта на продолжительность жизни, но применение бета-каротина, витамина А и витамина Е увеличивают продолжительность жизни (по данным доказательной медицины, 2007 год).

Ключевым выводом Обновленных практических рекомендаций по вопросам заместительной гормональной терапии в пери- и постменопаузе (2008) стало заявление, что у женщин с преждевременной/ранней менопаузой ЗГТ должна быть рекомендована с целью улучшения качества жизни и первичной профилактики рисков сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Проспективные рандомизированные исследования не выявили повышения риска рака яичников и шейки матки при ЗГТ и увеличения риска рака молочной железы на фоне длительного приема чистых эстрогенов. Доказано, что на фоне комбинированного режима ЗГТ может снижаться риск колоректального рака.

При этом необходимо обсуждение мер по изменению стиля жизни и возможности использования ЗГТ или альтернативных методов терапии в ходе первичной консультации. Ведение пациенток должно быть индивидуальным с учетом их предпочтений, а также преимуществ и возможных рисков терапии, новые данные, подтверждающие пользу ЗГТ в качестве профилактической меры развития остеопороза, согласуются с мнением ведущих экспертов международных обществ по менопаузе, согласно которому ЗГТ должна представлять терапию первой линии у женщин в ранней постменопаузе.

Однако, если врачи и/или пациентки имеют неправильные представления о рисках терапии, выбор женщин может быть необоснованно ограничен.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭС-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Андреева М.В., Смолова Н.В.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) приобретают особую значимость в связи с тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивного здоровья, приводящих к значительному снижению трудоспособности и качества жизни женщин, в основном, за счет наличия у них стойкого болевого синдрома. Традиционная противовоспалительная терапия не всегда ведет к устранению болевого синдрома при ВЗПМ, связанного с нарушением функции центральной и вегетативной нервной системы. В связи с этим возникает необходимость применения нового немедикаментозного метода лечения данной категории больных — ТЭС-терапии.

Целью работы явилась клиническая оценка эффективности метода неинвазивной избирательной транскраниальной электростимуляции защитных механизмов головного мозга (ТЭС-терапии) в комплексном лечении больных ВЗПМ с болевым синдромом. Исследование и терапия проводились в двух группах больных. В группу сравнения вошло 49 пациенток с ВЗПМ, получавших комплексную терапию по общепринятым схемам лечения данной патологии. Основную группу составили 68 больных, которым проводилось комплексное лечение с включением ТЭС-терапии. Во время проведения ТЭС-терапии происходит стимуляция эндорфинных структур головного мозга, сопровождающаяся увеличением в организме уровня опиоидных пептидов. В связи с этим возникают эндорфинные терапевтические эффекты: антистрессорный, анальгетический, противовоспалительный, иммуномодулирующий и другие (В.П. Лебедев, 2004). Лечение методом ТЭС проводилось ежедневно с помощью прибора «Трансаир — 01». На курс требовалось 8-10 процедур. Эффективность терапии у больных обеих групп оценивали до и вовремя проведения курса лечения на основании исследования общепринятых клинико-лабораторных показателей, состояния центральной нервной системы (ЦНС) с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ), вегетативной нервной системы (ВНС) с помощью изучения вариабельности сердечного ритма (ВСР). Для оценки анальгетического эффекта использовали визуально-аналоговую шкалу субъективной оценки боли (ВАШ).

После проведенного лечения получены следующие результаты. Так у больных основной группы амплитуда альфа — ритма возросла до 60-70 мкВ, доминирующая частота его составила 9-10 Гц, исчезла межполушарная асимметрия. Данные показатели говорят об умеренно выраженной дезорга-

низации биоэлектрической активности головного мозга и подтверждают положительную динамику состояния пациенток с ВЗПМ. В группе сравнения аналогичной динамики не выявлено. Анализ показателей функционального состояния ВНС пациенток обеих групп после лечения выявил следующее. Так в основной группе произошла нормализация показателей ВСР - снижение индекса напряжения на 42,3% по сравнению с показателями группы сравнения ($p < 0,05$). Это свидетельствует о повышении адаптационных возможностей организма больных на фоне применения ТЭС. После окончания курса лечения у пациенток группы сравнения болевой синдром сохранялся в 26,53% случаев. Из них 8,16% больных продолжали испытывать умеренные боли, 18,37% — боли слабой интенсивности. При этом выраженность болевого синдрома снизилась в среднем до $3,15 \pm 0,19$ балла. Максимальное значение уровня боли в данной группе составило 4 балла. У пациенток основной группы после окончания лечения болевой синдром сохранился всего в 8,82% случаев ($p < 0,05$). Выраженность его значительно уменьшилась и в среднем была равна $1,43 \pm 0,09$ балла ($p < 0,05$). Максимальное значение уровня боли составило 2 балла (слабая боль по ВАШ). Сравнительный анализ клинико-лабораторных данных у пациенток обследуемых групп во время проведения курса лечения выявил следующее. Так на фоне ТЭС-терапии у больных основной группы зарегистрирована более ранняя нормализация температуры тела — на 2-3 сутки от начала лечения, в группе сравнения — на 5-6 сутки. Это можно объяснить противовоспалительным эффектом ТЭС-терапии в результате выработки в организме больных эндорфинов при ее воздействии (В.П. Лебедев с соавт., 2003). Получены также достоверные различия между такими показателями крови, как скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и количество лимфоцитов у больных сравниваемых групп. Так среднее значение СОЭ в конце курса лечения в основной группе было достоверно ниже, чем в группе сравнения ($21,51 \pm 1,56$ мм/ч и $27,32 \pm 1,48$ мм/ч соответственно, $p < 0,05$). Среднее значение количества лимфоцитов после курса терапии у больных основной группы было достоверно выше, чем у пациенток группы сравнения ($29,40 \pm 1,21$ и $24,11 \pm 1,38$ соответственно, $p < 0,05$). Это говорит об иммуномодулирующем эффекте ТЭС-терапии у больных ВЗПМ с болевым синдромом.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности ТЭС-терапии в комплексном лечении больных ВЗПМ с болевым синдромом. Новое перспективное направление — транскраниальная электростимуляция защитных механизмов головного мозга является современным немедикаментозным методом терапии и реабилитации репродуктивной системы пациенток, страдающих воспалительными процессами придатков матки.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Андреева М.В., Смолова Н.В., Белан Э.Б., Манченко С.Ю.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет

Цитокины являются медиаторами межклеточных взаимодействий, играющими важную роль в регуляции иммунных реакций организма. С участием цитокинов происходит развитие любого воспалительного процесса, поэтому результаты их количественного определения могут иметь большую клиническую значимость при оценке активности патологических процессов, в диагностике заболеваний и определении тяжести их течения, при мониторинге эффективности проводимого лечения, а также при прогнозировании исхода болезни.

Известно, что как при остром, так и при хроническом воспалении большое значение имеет уровень интерлейкина-8 (IL-8). Одной из основных функций цитокина является индукция хемотаксиса нейтрофилов в очаг повреждения. Недостаточная продукция IL-8 может привести к замедлению процесса аккумуляции лейкоцитов в очаге и затяжному течению заболевания, избыточная — к гиперактивному течению воспалительного процесса, что также может иметь неблагоприятные последствия для больных. Кроме того, важным показателем течения воспалительного процесса является количество лейкоцитов в периферической крови пациенток.

Целью работы явилась оценка взаимосвязи уровня сывороточного IL-8 и количества лейкоцитов в периферической крови у больных воспалительными заболеваниями придатков матки различной степени тяжести.

В исследование включено 60 женщин с различной степенью тяжести течения воспалительного процесса придатков матки, у которых уровень сывороточного IL-8 оценивали дифференцировано в зависимости от количества лейкоцитов в периферической крови (1 группа — более 10×10^9 кл/мкл лейкоцитов, 2-я группа — $7-10 \times 10^9$ кл/мкл лейкоцитов, 3-я группа — менее 7×10^9 кл/мкл лейкоцитов). Значения уровня IL-8 приведены в виде Me [25%-75%] пг/мл.

В результате проведенного обследования выявлено следующее. Так, в целом, для всех больных, включенных в исследование, уровень IL-8 составил $9,0 [0-38,3]$ пг/мл. При анализе уровня цитокина в сыворотке крови у женщин обследованных групп было обнаружено, что у пациенток с количеством лейкоцитов более 10×10^9 кл/мкл отсутствовали высокие значения данного показателя (max $10,1$ пг/мл). Это сопровождалось у них тяжелым течением воспаления придатков матки. Более высокие уровни IL-8 были выявлены у больных во 2 и 3 группах ($3,0 [0-38,3]$, max $639,5$ и $10,2 [0-38,6]$, max $587,0$ пг/

мл соответственно), у которых отмечена более благоприятная клиническая картина заболевания.

Таким образом, более активный синтез IL-8 сопровождается, очевидно, отвлечением лейкоцитов из сосудистого русла в очаг воспаления и, соответственно, снижением их количества в периферической крови, что приводит к более быстрому разрешению воспалительного процесса.

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Артюшков В.В., Пономарев В.В.

Россия, г. Краснодар, МУЗ городская больница №2 «КМЛДО», отделение гинекологии

Миома матки — одно из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний матки, регистрируемое у 20-25% женщин репродуктивного возраста. После кесарева сечения и холецистэктомии, гистерэктомия — одно из наиболее распространенных оперативных вмешательств в индустриально развитых странах. Ежегодно в мире выполняют около 600 000 экстирпаций матки

Основными хирургическими доступами для выполнения гистерэктомии являются традиционная лапаротомия, влагалищный доступ и лапароскопический. 60% гистерэктомий выполняются лапаротомным доступом, 25% — влагалищным и 15% — лапароскопическим доступом. Абдоминальная гистерэктомия чаще приводит к осложнениям, сопровождается большей кровопотерей, требует более длительного пребывания больных в стационаре и большего времени для восстановления трудоспособности. Поэтому изменение соотношения в пользу лапароскопического доступа для удаления матки имеет медицинское, экономическое и социальное значение.

Принципиально новые возможности объективной интегральной количественной оценки состояния регуляторно-адаптивных систем организма раскрывает проба сердечно-дыхательного синхронизма (В.М.Покровский и соавт., 2003г.).

На базе гинекологического отделения МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» было проведено исследование на 56 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу миомы матки. Из них лапароскопическим доступом прооперировано 32 больных, лапаротомным — 24 больных. Средний возраст больных, подвергшихся лапароскопической и лапаротомной операциям, составил 46,1 и 47,5 лет соответственно.

Ведущими симптомами заболевания являлись: болевой синдром в 47% случаев, менструальные или ациклические маточные кровотечения в 64% случаев, нарушение функции соседних органов в 12,7% случаев.

Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование перед операцией в стандартном объеме, консультации смежных специали-

стов. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Больным проведено плановые операции, течение послеоперационного периода без осложнений. Больные выписаны из стационара на 7-8 сутки.

За период стационарного лечения больным дважды проводилась проба для определения сердечно-дыхательного синхронизма: перед операцией и на 5 сутки послеоперационного периода. Для определения параметров СДС использовался программно-аппаратный комплекс «Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма» (патент на полезную модель №86860 от 20 сентября 2009г.)

Больные, поступающие в стационар на оперативное лечение, имели сравнимые показатели исходной частоты сердечных сокращений (81,1 у больных поступающих на лапароскопическое лечение и 84,3 у больных поступающих на традиционную лапаротомию) и исходной частоты дыхания (18,5 и 18,7 соответственно). Ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах до операции составила: 6,63 у группы лапароскопических больных и 11,96 у больных, готовящихся к лапаротомии.

При проведении исследования в послеоперационном периоде наблюдалась следующая картина: в группе лапароскопических больных ширина диапазона синхронизации составила 12,7 кардиореспираторных циклов в минуту, а в группе больных, оперированных путем традиционного чревосечения - 8,25 кардиореспираторных циклов в минуту. Таким образом, в на 5 сутки послеоперационного периода у больных, подвергшихся лапароскопической операции, ширина диапазона синхронизации возросла на 82,5% по сравнению с предоперационным периодом, а у больных, подвергшихся лапаротомии — снижалась на 68%.

Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в предоперационном периоде в группе больных, готовящихся к лапароскопии, составила 22,5 кардиоциклов, в группе больных, готовящихся к лапаротомии - 20,2 кардиоцикла. В послеоперационном периоде длительность развития синхронизации на минимальной границе в данных группах больных составила соответственно 20,5 и 25,38 кардиоциклов. Следовательно, в послеоперационном периоде длительность развития синхронизации в группе лапароскопических больных была меньше исходной на 9%, в группе больных после традиционного вмешательства увеличилась на 26% в сравнении с исходной.

Таким образом, у больных, перенесших лапароскопическую операцию гистерэктомии, в послеоперационном периоде происходит увеличение функционально-адаптационных возможностей организма, проявляющееся в увеличении ширины диапазона синхронизации и уменьшении длительности развития синхронизации. Следовательно, на основании данного исследования можно утверждать, что исследование параметров сердечно-дыхательного синхронизма является объективным

интегративным методом для оценки преимуществ малоинвазивных методов оперативного лечения миомы матки перед традиционным чревосечением.

ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Арутюнян А. Ф., Амирова М.Д.

Россия, г. Санкт-Петербург, кафедра акушерства и гинекологии СПб МАПО

Аденомиоз является одним из наиболее распространенных заболеваний, занимая в структуре гинекологической патологии третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки. По данным ряда авторов, частота его составляет от 12 до 50%. Недостаточно высокая специфичность эхографии в диагностике аденомиоза привела к попыткам улучшить ситуацию с помощью доплерографических методов исследования. Однако, нельзя не отметить имеющиеся противоречия в результатах разных исследований при использовании доплерографии с целью диагностики аденомиоза. Исходя из этого, целью нашего исследования явилось изучение особенности маточного кровотока при аденомиозе. В исследование были включены 125 пациентки репродуктивного и перименопаузального возраста с подтвержденным диагнозом аденомиоз (клинически, эхографически и гистероскопически с последующим раздельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки). Средний возраст составил $42,5 \pm 4,5$ года. Преобладающим симптомом были обильные и длительные менструации у 74 (59,2%) пациенток. При этом следует отметить, что почти каждая женщина имела сочетание тех или иных клинических симптомов аденомиоза. Длительность заболевания составляло от нескольких месяцев до 10 лет (в среднем $6,5 \pm 1,8$ лет). Контрольную группу составили 10 здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным овуляторным менструальным циклом, не имевшие гинекологические заболевания в анамнезе. Возраст здоровых женщин варьировал от 25 до 35 лет (средний возраст $27,8 \pm 1,9$ лет). У всех здоровых женщин зарегистрирована овуляция с полноценной лютеиновой фазой. При ультразвуковом исследовании был зарегистрирован рост доминантного фолликула, овуляция, наличие желтого тела и признаки секреторных изменений эндометрия. Уровень прогестерона, определенный на 20-23 день менструального цикла, составил в среднем $30,19 \pm 1,23$ нмоль/л. Допплерометрическая оценка кровотока проводили с помощью ультразвукового аппарата Sonoline G40, фирмы Siemens. Осуществляли цветное доплеровское картирование с последующей оценкой кривых скоростей кровотока в маточных, аркуатных, радиальных артериях и в яичниковых ветвях маточной артерии. Для устранения низкочастотных сигналов, производимых движениями стенок сосудов, применяли

фильтр 100 Гц. Общая мощность доплеровского излучения не превышала 100 мВт/см². У всех женщин контрольной группы и у больных с миомой матки определение параметров, характеризующих кровотоки, проводили однократно между 5-7 и 20-23 днями менструального цикла. Для качественного анализа спектральных кривых скоростей кровотока оценивали следующие показатели: А — максимальную систолическую скорость, В — конечную диастолическую скорость, (СДО) — систоло-диастолическое отношение, (ИР) — индекс резистентности, ПИ — пульсационный индекс.

Результаты нашего исследования показали, что у больных с аденомиозом по сравнению со здоровыми женщинами в фолликулярной фазе менструального цикла в маточных артериях и сосудах миометрия значения индекса резистентности (ИР) достоверно ниже (в маточных артериях — $0,77 \pm 0,01$ и $0,90 \pm 0,01$, соответственно; $p < 0,001$; в аркуатных артериях — $0,70 \pm 0,01$ и $0,81 \pm 0,01$, соответственно; $p < 0,001$; в радиальных артериях — $0,59 \pm 0,02$ и $0,66 \pm 0,01$, соответственно; $p < 0,01$). Проведенные нами исследования показали, что во второй фазе достаточного менструального цикла по сравнению с первой имеет место достоверное снижение индекса резистентности (ИР) в маточных артериях а также аркуатных и радиальных сосудах миометрия как у здоровых женщин, так и у больных с аденомиозом (в маточных артериях — $0,78 \pm 0,01$ и $0,68 \pm 0,03$, соответственно; $p < 0,01$; в аркуатных артериях — $0,68 \pm 0,02$ и $0,58 \pm 0,03$, соответственно; $p < 0,01$; в радиальных артериях — $0,56 \pm 0,02$ и $0,45 \pm 0,02$, соответственно; $p < 0,01$). Аналогичная зависимость между характеристиками кривых скоростей кровотока и фазами менструального цикла у больных с аденомиозом прослеживается и в яичниковых ветвях маточной артерии ($0,87 \pm 0,02$ и $0,71 \pm 0,03$, соответственно; $p < 0,001$). В то же время, согласно результатам проведенного исследования, при хронической ановуляции у больных с аденомиозом значения доплерометрических показателей в маточных, аркуатных, радиальных артериях и яичниковых ветвях маточной артерии в динамике менструального цикла не изменялись. При проведении статистического анализа не выявлено достоверных различий доплерометрических характеристик кровотока в сосудах матки у больных с аденомиозом в зависимости от возраста. У 7 больных с выраженным болевым синдромом наблюдался высокорезистентный кровоток, как в маточных артериях, так и в сосудах миометрия. ИР в маточных артериях в среднем составил $0,87 \pm 0,01$ в аркуатных артериях — $0,80 \pm 0,02$ радиальных артериях — $0,66 \pm 0,02$.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что у больных с аденомиозом, по сравнению со здоровыми женщинами, отмечается достоверное низкое численное значение индекса резистентности (ИР) в маточном кровотоке, что свидетельствует о повышенном ангиогенезе матки при аденомиозе. Низкое численное значение ИР в сосудистом бассейне матки во второй фазе менстру-

ального цикла, по сравнению с первой, как у здоровых женщин, так и у больных с аденомиозом, с достаточно овуляторным циклом, характеризуется повышенной васкуляризацией матки.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е.,
Чарторижская Н.Н., Казанцева Е.В.

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиций профилактики рака эндометрия, так и с позиций восстановления и сохранения репродуктивной функции. Если большинство исследований определяют гиперэстрогенное неперенным условием развития диффузных пролиферативных процессов эндометрия, то о возможной связи между хроническим воспалением и возникновением патологии эндометрия начали высказываться лишь в последние годы. С целью определения роли хронического воспаления в генезе пролиферативных заболеваний эндометрия проведено гистологическое исследование соскобов из полости матки у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия. Помимо определения характера патологической трансформации эндометрия большое внимание уделялось выявлению морфологических признаков хронического эндометрита. Результаты гистологического исследования оценены согласно Международной статистической классификации болезней X пересмотра, рекомендованной ВОЗ (1992), и распределились: простая железистая гиперплазия эндометрия — 49, сложная гиперплазия эндометрия — 21, атипичная гиперплазия эндометрия — 15, высокодифференцированная аденокарцинома — 5, низкодифференцированная аденокарцинома — 7, простой плоскоклеточный рак — 3. Градация гиперплазий эндометрия по степени сложности производилась на основе оценки строения желез и соотношения количества желез и стромы: простая — в поле зрения микроскопа при малом увеличении количество ветвящихся желез равнялось количеству стромы; сложная или комплексная — повышенная структурная сложность желез с выраженным ветвлением (почкованием), «почки» направлены в просвет железы и/или в сторону стромы, количество желез преобладает над стромой, появляются очаги плоскоклеточной метаплазии. По цитологическим свойствам (форма клеток и ядер) выделяли гиперплазии без атипии и с атипией. Как следует из полученных нами данных, в обследуемой группе пациенток признаки хронического эндометрита в пределах исследуемого материала выявлены у 48% (34) женщин с простой и сложной гиперплазией эндометрия, у 60% (9) с атипичной гиперплазией эндометрия и

у 53,3% (8) с раком эндометрия. В общей сложности наличие хронического воспалительного процесса в эндометрии было выявлено у 53,8% (51) женщин с патологической трансформацией эндометрия.

Морфологическими признаками хронического воспаления в эндометрии являлись: периваскулярные и перигландулярные воспалительные инфильтраты в базальном и функциональном слоях эндометрия, состоящие лимфоцитов, макрофагов, плазматических клеток; формирование лимфоидных фолликулов с или без светлых центров; повышенная волокнистость стромы, периваскулярный, перигландулярный, интерстициальный фиброз функционального слоя эндометрия, склероз и гиалиноз базального слоя эндометрия; склероз, гиалиноз, гипертрофия стенок, сужение просветов сосудов базального и функционального слоя, повышенное количество сосудов капиллярного типа в функциональном слое эндометрия. Патоморфологическим подтверждением наличия хронического воспалительного процесса в эндометрии явилось локальное повышение продукции провоспалительных цитокинов, выявленное в аспиратах из полости матки у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия. Таким образом, гистологическое исследование соскобов из полости матки у большинства женщин с пролиферативными заболеваниями эндометрия свидетельствует о наличии хронического неспецифического эндометрита, что играет важную роль в генезе гиперпластических процессов и рака эндометрия.

РЕПРОДУКТИВНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЮНЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ПРИМЕНЯЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Кастнер А.В.,
Додонов А.Н., Глебова Н.Н.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Цель исследования: дать оценку репродуктивного и психического здоровья юных нерожавших женщин, применяющих гормональные низкодозированные контрацептивы.

Материалы и методы исследования. Произведено комплексное обследование 352 сексуально активных юных нерожавших женщин, применяющих гормональные таблетированные контрацептивы.

Методы исследования — клинические, лабораторные, инструментальные. Из лабораторных методов применялись клинические, биохимический анализ крови, RW, ВИЧ, HbsAg, бактериологические, бактериоскопические анализы содержимого цервикального канала, влагалища, уретры, эндоскопические (кольпоскопические), цитологические. Поводилось психодиагностическое тестирование по Спилбергеру-Ханину, анонимное анкетирование.

Обследованные пациентки находились в возрасте 16-19 лет. Большинство (88,5%) из них были представлены учащимися общеобразовательных

школ, колледжей, вузов. Средний возраст менархе — $12,6 \pm 0,5$ лет. Средний возраст полового дебюта — $15,6 \pm 0,6$ лет. Имели двух и более партнеров 65,6% пациенток. Все юные женщины не состояли в браке. Вредные привычки: табакокурение (65,6%), периодическое употребление алкоголя (71,6%). Соматические заболевания в фазе ремиссии диагностированы у 78,6% пациенток. Ведущее место занимали железодефицитная анемия (38,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта (27,6%). Диагностированы гинекологические заболевания в фазе ремиссии: вагиниты различной этиологии, в том числе кандидоз (19,5%), трихомоноз (9,0%), хламидиоз (3,4%), фоновые и предраковые заболевания шейки матки (35,6%). При кольпоскопическом и цитологическом исследовании диагностированы приобретенная эктопия с незаконченной зоной трансформации (83,5%), простая лейкоплакия (11,5%), эритроплакия (2,0%), CIN I (2,6%), CIN II (0,4%), хронические сальпингоофориты в фазе ремиссии (12,4%), ювенильные кровотечения (13,6%).

Патологические состояния гениталий были диагностированы до применения контрацепции и сочетались с нарушениями психоэмоционального статуса в виде состояний средней (78,5%) и высокой (7,2%) ситуационной тревожности; средняя и высокая личностная тревожность наблюдалась в 45,2% и 8,3% соответственно. В качестве контрацепции применялись низкодозированные оральные контрацептивы (силест, новинет, мерсилон) в течение от 6 месяцев до 2 лет. При обследовании женщин после применения контрацептивов установлено снижение ювенильных кровотечений в 2 раза, сальпингоофоритов в 3 раза. Осуществлено лечение шейки матки с использованием лазерохирургического и радиоволнового методов (выздоровление достигнуто в 96,7%).

Снизилась высокая ситуационная и личностная тревожность соответственно в 2 раза. При использовании оральные низкодозированные контрацептивы наступления беременностей констатировано не было.

Таким образом, применение гормональной оральной контрацепции обеспечивает не только контрацептивный эффект, но и способствует улучшению состояния репродуктивного и психического здоровья юных нерожавших женщин.

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б., Трубин В.Б.,
Додонов А.Н.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Цель исследования: улучшение результатов лечения лейкоплакии шейки матки путем примене-

ния разработанной системы дифференцированных лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием высокоинтенсивного (СО₂) и низкоинтенсивного (He-Ne) лазерного излучения, применения реконструктивно-пластических операций.

Материалы и методы исследования. Обследованы 152 женщины в возрасте от 17 до 50 лет с лейкоплакией шейки матки. Пациентки были разделены на 2 группы. В сравнительную группу вошли 50 женщин, которые получили лечение с использованием высокоинтенсивного (СО₂) лазера согласно общепринятым установкам. Основная группа представлена 102 пациентками, которым применена разработанная система дифференцированных лечебных и реабилитационных мероприятий. Обследование включало клинические, лабораторные, инструментальные методы. Оценка результатов лазерохирургического метода лечения в сравнительной группе проводилась через 3-6 месяцев после лечения. При обследовании установлена шейка здоровой у 42 женщин. Результат проведенного обследования женщин сравнительной группы явился обоснованием для разработки и применения системы оптимизации лечения лейкоплакии шейки матки с дифференцированным подходом.

Разработанная система представлена тремя разделами.

1. Комплексное углубленное обследование женщин с лейкоплакией шейки матки с применением бактериоскопического, бактериологического, цитологического, кольпоскопического, гистоморфологического методов. Проведение предоперационной подготовки с использованием этиотропного лечения сопутствующей патологии гениталий.

2. Дифференцированный подход к выбору метода лечения лейкоплакии (лазероэксцизия, лазероконизация, комбинированный метод — конизация электроножом с последующим облучением раневой поверхности высокоинтенсивным СО₂ — лазером, реконструктивно-пластическая операция, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии №2 БГМУ (авторское свидетельство №2197909 РФ от 10 февраля 2003г.). В пре-менопузальном и постменопаузальном периоде при рецидивирующей атипичской лейкоплакии — экстирпация матки.

3. Ведение послеоперационного периода с использованием облучения раневой поверхности низкоинтенсивным лазерным излучением. Осмотр в послеоперационном периоде через 3, 6 и 12 месяцев, в последующем — один раз в год с использованием цитологии, кольпоскопии, по показаниям — биопсии.

Результаты применения системы: у 28 молодых нерожавших женщин применена лазероэксцизия, у 42 — комбинированный метод — конусовидная ампутация шейки матки с помощью электроножа с последующим облучением раневой поверхности высокоинтенсивным СО₂ лазером при сочетании эрозированного эктропиона и лейкоплакии. У 18 женщин сделана реконструктивно-пластическая операция по способу разработанному авторами при

рубцовой деформации и элонгации шейки матки в сочетании с лейкоплакией. У 14 женщин сделана конизация высокоинтенсивным лазером при железисто-мышечной гипертрофии и лейкоплакии шейки матки. Гистоморфологическое исследование подтвердило клинические диагнозы. При обследовании через 6 месяцев после лечения лейкоплакии был диагностирован рецидив лейкоплакии в 2 наблюдениях (после лазероэксцизии у нерожавшей женщины и у рожавшей женщины после лазероконизации при сочетании лейкоплакии с рубцовой деформацией).

Вывод — применение разработанной системы диагностических, лечебных, профилактических мероприятий у женщин с лейкоплакией шейки матки позволило снизить число рецидивов с 16,0% до 1,9% и рекомендовать к применению в практическом здравоохранении.

АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИН И ЕГО ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ МГ- IgG В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

**Баженова Л.Г., Третьякова Т.В., Зорина В.Н.,
Зорина Р.М., Зорин Н.А.**

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава» Новокузнецк, Россия

Изучено содержание белка семейства макроглобулинов — альфа-2-макроглобулина (МГ) и его специфических иммунных комплексов (МГ-IgG) в крови, перитонеальной жидкости и содержимом кистозных полостей при ретенционных кистах (РК, n=35), доброкачественных серозных опухолях яичников (ДСОЯ, n=49), наружном эндометриозе III-IV стадии (Э, n=35) и раке яичников (РЯ, n=31). Содержание альфа-2-макроглобулина (МГ) в сыворотке крови определяли методом ракетного иммуноэлектрофореза, используя моноспецифическую антисыворотку против данного белка. Уровень МГ в перитонеальной жидкости и содержимом кистозных полостей, а также комплексы МГ-IgG во всех исследованных биожидкостях определяли методом ИФА. В качестве первичных антител использовались аффинно-очищенные антитела к МГ; конъюгат — аффинно-очищенные антитела к Fc-фрагменту IgG, меченные пероксидазой хрена. Установлено, что уровень МГ в крови при доброкачественных пролиферативных процессах яичников колебался в пределах нормы (контроль — $2,3 \pm 0,14$ г/л; РК — $2,11 \pm 0,13$ г/л; ДСОЯ — $2,28 \pm 0,1$ г/л; Э — $2,09 \pm 0,11$ г/л), значительно снижаясь при раке яичников ($1,88 \pm 0,05$ г/л; $p=0,0303$). В перитонеальной жидкости его концентрации были сопоставимы при разной патологии (РК — $0,58 \pm 0,05$ г/л; ДСОЯ — $0,56 \pm 0,04$ г/л; Э — $0,54 \pm 0,04$ г/л; РЯ — $0,58 \pm 0,09$ г/л). В содержимом кистозных полостей уровень МГ заметно снижался при доброкачественных и злокачественных опухолях яичников (РК — $0,38 \pm 0,05$ г/л; Э — $0,37 \pm 0,05$; ДСОЯ — $0,26 \pm 0,09$

г/л; РЯ — $0,26 \pm 0,12$ г/л). Концентрация комплексов МГ-IgG в сыворотке крови больных различными заболеваниями яичников была значимо выше по сравнению со здоровыми женщинами (контроль — $0,84 \pm 0,06$ мкг/мл; Э — $1,17 \pm 0,14$ мкг/мл ($p=0,006$); РК — $1,58 \pm 0,1$ мкг/мл ($p<0,0001$); ДСОЯ — $1,6 \pm 0,1$ мкг/мл ($p<0,0001$); РЯ — $1,72 \pm 0,33$ мкг/мл $p<0,0001$). У больных с ретенционными кистами яичников концентрация МГ-IgG в перитонеальной жидкости была на 28%, а в содержимом кист — на 55% меньше, чем в сыворотке крови. При доброкачественных серозных опухолях яичников уровень МГ-IgG в перитонеальной жидкости был на 19%, а в содержимом опухоли — на 30% ниже, чем в сыворотке крови. При наружном эндометриозе содержание МГ-IgG в перитонеальной жидкости было в 2,6 раза меньше, чем в сыворотке крови больных, что подчеркивает особый механизм развития данной патологии. У больных раком яичников концентрация МГ-IgG в асцитической жидкости и кистозном содержимом опухоли превышало их уровень в сыворотке крови на 5%. При этом уровень МГ-IgG в асцитической жидкости был значимо выше у пациенток с сопутствующими пролиферативными процессами в матке ($p=0,0049$). Кроме того, их концентрация в асцитической жидкости была значимо выше ($p=0,0483$) при двустороннем поражении и яичников и наличии метастазов в органы брюшной полости ($p=0,0125$), что указывает на связь уровня МГ-IgG со степенью распространения опухолевого процесса. Уровень IgG был также значимо выше ($p=0,0278$) в перитонеальной жидкости пациенток с сопутствующими пролиферативными процессами в матке, не зависимо от характера опухолевого процесса в яичниках. Содержание IgG было повышено в кистозном содержимом раковой опухоли в сравнении с доброкачественными новообразованиями. Был установлен значимый рост концентраций белка в соответствии с давностью заболевания: максимальное повышение белка было зарегистрировано у больных при давности заболевания свыше 2-х лет ($p=0,0069$). Кроме того, его уровень был значимо выше ($p=0,0346$) при размерах опухоли свыше 8 см в диаметре. Нарастание уровня IgG в асцитической жидкости и кистозном содержимом опухоли происходило на фоне значимого снижения сывороточного уровня белка у больных раком яичников. Полученные результаты позволяют предполагать, что развитие любого пролиферативного процесса в яичниках ведет к активации специфического иммунного ответа, а именно иммунокомплексной активации моноцитов-макрофагов, о чем свидетельствует повышение сывороточных концентраций иммунокомплексов МГ-IgG в сыворотке крови больных. Есть основание высказать предположение о зависимости степени выраженности иммунокомплексной активности от масштаба повреждения окружающих растущую опухоль тканей и резерва нативного МГ и аутоантител класса G, способных образовывать иммунокомплексы. То, что самые высокие концентрации иммунокомплексов зарегистрированы при раке яичников, указывает на ве-

роятность повышенной экспрессии рецепторов МГ на поверхности злокачественно трансформированных клеток яичниковой ткани. Нам представляется, что именно этим феноменом можно объяснить факт, что уровень комплексов МГ-IgG в кистозном содержимом злокачественной опухоли превышал концентрацию их в сыворотке крови больных раком яичников. Вместе с тем, стабильность уровня МГ в биологических средах, не зависящая от характера пролиферативного процесса, дает основание предполагать возможность секреции данного белка тканями опухоли для поддержания высокого уровня тканевого пула иммунокомплексов при пролиферативных процессах. Подтверждением данной точки зрения служит установленный факт значимого ($p=0,0196$) повышения концентраций белка в перитонеальной жидкости у больных с опухолями яичников при наличии сочетанных пролиферативных процессов в матке. Установленная зависимость высоких концентраций иммунных комплексов МГ-IgG в кистозном содержимом опухоли от сывороточного пула IgG позволяет предполагать наличие особого механизма стимуляции антителогенеза самой растущей опухолью. Полученные результаты подтверждают роль МГ и их специфических иммунокомплексов МГ-IgG в развитии и прогрессировании пролиферативных процессов в ткани яичников.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИПРОГЕСТИНОВ В АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Баканова А.Р.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Вероятность повторного развития миомы матки после консервативной миомэктомии составляет 45-55% в течение пяти лет, что определяет необходимость адьювантной послеоперационной терапии.

Целью исследования является сравнительная оценка эффективности и безопасности антипрогестинов и агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в адьювантной терапии после хирургического лечения миомы матки.

В исследование включено 69 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки, которым проведена энуклеация миоматозных узлов лапаротомным, лапароскопическим или трансцервикальным доступом. Первую группу составили 23 женщины, которым после хирургического лечения назначался препарат антипрогестинового ряда мифепристон 50 мг в день в течение четырех месяцев. Во второй группе для предотвращения развития новых узлов применялись агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (аГнРГ) по 3,75 мг внутримышечно один раз в 28 дней в течение шести месяцев. Контрольную группу составили пациентки,

ОЦЕНКА ГОМЕОСТАЗА ПРИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМ АБОРТЕ

Баранов А.Н., Неманова С.Б.

Северный государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии, г. Архангельск

которым назначалась стандартная адъювантная терапия по распространенной схеме с применением комбинированных оральных контрацептивов в течение минимум 6 месяцев. Подбор групп проводился по принципу «копи-пара». Средний возраст женщин не отличался между группами и составил $34 \pm 3,3$ года. В течение двух лет после операции раз в три месяца всем пациенткам проводилась трансвагинальная эхография 2D и 3D методами, в сочетании с энергетическим и цветовым доплером. Переносимость препаратов и оценка выраженности побочных эффектов проводилась путем ежемессячного анкетирования.

После завершения курса адъювантной терапии, объем матки, по данным ультразвукового исследования, уменьшился как в первой, так и во второй группах в среднем на $28 \pm 3\%$ и $29 \pm 2\%$ по сравнению с послеоперационными показателями. Отмечено снижение индекса васкуляризации в миометрии на $15,2 \pm 5,8\%$ и $17,2 \pm 3,5\%$ соответственно. В контрольной группе изменения объема матки наблюдались у 78% пациенток, при этом матка уменьшалась в среднем на $16 \pm 2\%$.

Появление новых миоматозных узлов по данным ультразвукового исследования обнаружено у 8,6% женщин как в первой, так и во второй группе. У женщин, принимавших после операции оральные контрацептивы, возникновение новых миоматозных узлов обнаружено у 30,4% пациенток. У 60,8% определялся рост оставшихся после операции узлов. У 13% женщин в течение года после лечения возобновился геморрагический синдром.

По данным опроса, со второго месяца терапии аГнРГ, симптомы эстрогенного дефицита различной степени выраженности отмечались у 82,6% пациенток. 52,1% женщин отмечали приливы более 10 раз в сутки, дискомфорт при половой жизни, учащенное мочеиспускание. Женщины, принимающие мифепристон, отмечали хорошую переносимость препарата, побочные эффекты были зарегистрированы у 18% пациенток в виде периодических головных болей, тошноты, приливов до 1-2 раз в сутки.

Таким образом, послеоперационная адъювантная терапия с применением мифепристона 50 мг в течение 4 месяцев или аГнРГ в течение 6 месяцев достоверно снижает частоту рецидивов миомы матки. Объективной оценкой эффективности является отсутствие рецидивов, обратное развитие удаленных узлов, уменьшение индекса васкуляризации по данным доплерометрии.

При сходной эффективности, препарат антипрогестинного ряда отличается меньшим количеством побочных эффектов и лучшей переносимостью, что делает его перспективным для адъювантной терапии миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Активное внедрение фармакологического аборта (ФА) в акушерско-гинекологическую практику, с постепенным замещением традиционных методов хирургического прерывания беременности, делает актуальным вопрос изучения гомеостаза при данном виде аборта.

Целью настоящего исследования явилась: комплексная оценка гомеостаза при ФА.

Материал и методы. Проведено проспективное клиничко-лабораторное обследование гомеостаза в динамике у 53 женщин, перенесших ФА в ранние сроки. Критерии включения: возраст 18-40 лет; ранняя маточная беременность (42 дня аменореи); согласие на исследование. Критерии исключения: курение; любая сопутствующая тяжелая соматическая патология; ИМТ > 30; прием НПВП, гормональных контрацептивных препаратов в течение 3 последних месяцев; лихорадка любой этиологии; заболевания ЦНС, психические расстройства в анамнезе; обострение любых хронических заболеваний на момент начала исследования.

Методы исследования: биохимическое исследование крови на авт. анализаторе «Conelab-20», ф. Thermoelectron (Финляндия). Гематологическое исследование на анализаторе «Sysmex», ф. КХ-21 N (Япония). Определение функциональной активности тромбоцитов экспресс-методом визуальной оценки агрегации тромбоцитов в богатой тромбоцитами плазме [Шитикова А.С., 1984] с использованием индукторов агрегации: АДФ и адреналина. Определение показателей коагулограмм (АЧТВ, МНО, ПТИ, фибриногена, факторов VIII, Виллебранда, антитромбина III, протеина C, плазминогена, α 2Антиплазмина, тромбинового времени, Д-димера) на авт. анализаторе гомеостаза «STA Compact», ф. «Roshe» (Франция). Определение фибринолитической активности по времени лизиса зуглобулинового сгустка. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программного обеспечения SPSS 15.0, MedCalc.

Результаты исследования. При изучении биохимических показателей функции печени выявлено, что уровень АЛТ достоверно повышался к 10 суткам после ФА (с 12,0 до 14 МЕ/л) ($p=0,010$). Вместе с тем, достоверных различий в динамике уровня показателей: АСТ (с 17,0 до 18,0 МЕ/л), ($p=0,523$); ГГТ (с 19,0 до 19,0 МЕ/л), ($p=0,081$); щелочной фосфатазы (с 68,0 до 65,5 МЕ/л), ($p=0,921$) не выявлено. В показателях гемограммы отмечено достоверное снижение к 4 суткам после ФА эритроцитов (с 4,15 до 4,06 $\times 10^{12}$ /л ($p=0,001$)), гемоглобина (с 123,0 до 117,0 г/л ($p<0,001$)), гематокрита (с 0,371 до 0,354 ед ($p=0,004$)). Цветной показатель не изменялся — в среднем 0,85 (с колебаниями от 0,79 до 0,91; $p=0,476$). Отмечалась тенденция к повышению эозинофилов с 2,0 до 2,0 ($p=0,097$). Не

было выявлено достоверных различий в динамике уровня показателей: тромбоцитов (с 224,5 до 226,5 х 10⁹/л; $p=0,899$), лейкоцитов (с 6,20 до 6,55 х 10⁹/л; $p=0,437$), в том числе палочкоядерных (с 2,5 до 3,0; $p=0,358$), сегментоядерных (с 57,5 до 55,5; $p=0,464$), лимфоцитов (с 28,0 до 32,0; $p=1,000$); моноцитов (с 6,5 до 7,0; $p=0,576$); СОЭ (с 12,0 до 8,0 мм/час; $p=0,990$). Исследование функциональной активности тромбоцитов выявило: исходную гиперагрегацию тромбоцитов до аборта, достоверное усиление агрегации с АДФ (с 19,0 до 17,0; $p < 0,017$) и адреналином (с 38,0 до 35,0; $p < 0,017$) к 4 суткам после ФА. Фибринолитическая активность на фоне ФА достоверно не изменялась. Уровень фибриногена достоверно снижался к 4 суткам (с 2,7 до 2,6 г/л; $p < 0,017$) и 10 суткам постабортного периода (с 2,7 до 2,5 г/л; $p < 0,017$). Другие показатели гемостаза — ПТИ, АЧТВ, тромбиновое время в динамике достоверно не изменялись, однако МНО имел тенденцию к повышению. Д-димер повышался к 4 суткам после аборта (с 0,26 до 0,31; $p < 0,017$) с последующим снижением к 10 суткам до 0,22 ($p < 0,017$). Фактор Виллебранта имел тенденцию к снижению. Фактор VIII также достоверно снижался к 10 суткам после аборта с 78,0 до 68,0 ($p < 0,017$). Уровень плазминогена достоверно не изменялся в постабортном периоде. Произошло снижение к 4 суткам α 2Антиплазмина с 88,0 до 79,0 ($p < 0,017$) с последующим повышением к 10 суткам после ФА до 91,0 ($p < 0,017$). Отмечено достоверное повышение активности протеина С после аборта в период с 4-х до 10-х суток (с 84,0 до 89,0; $p < 0,017$), в то время как достоверных различий в динамике активности антитромбина III выявлено не было.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что в системе гомеостаза при фармакологическом аборте в ранние сроки беременности происходят статистически значимые изменения показателей крови в пределах нормы, свидетельствующие о повышении активности ферментных систем печени (по данным АЛТ) и компенсаторном усилении коагуляционного, уменьшении антикоагуляционного потенциала крови, нарушении деагрегации. Возможно предположить, что данные изменения могут быть обусловлены кровопотерей в процессе медикаментозного аборта, а также приемом препаратов, используемых для его проведения.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Белая Ю.М., Зароченцева Н.В., Булычева Е.С., Мельникова Т.Н., Чугунова Т.В.

Россия, г. Москва, ФГУ Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии

В настоящее время современные подростки представляют собой группу риска в вопросах репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья. Растет частота встречаемости инфекций,

передаваемых половым путем, количество абортов, случаев бесплодия у молодых женщин. Очевидно, данная социальная группа нуждается в более внимательном отношении к ней со стороны взрослых, в репродуктивном воспитании в момент полового созревания. Целью исследования было изучение репродуктивного поведения и репродуктивных установок девочек-подростков в Московской области. Исследование проведено в коллективах учащихся школ, ПТУ, колледжей среди 640 девочек-подростков в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст составил 15,5 лет) с использованием анкеты-опросника. Распределение девочек по возрасту было следующим: от 14 до 15 лет — 56 (8,6%), от 15 до 16 лет — 255 (40%), от 16 до 17 лет — 329 (51,4%). Установлено, что 176 девочек-подростков (27,5%) имели сексуальные отношения. Наибольшее количество сексуально-активных девушек-подростков — 57 (80,3%), наблюдалось среди учащихся ПТУ и колледжей, в то время как число школьниц, вступивших в половые контакты до 15 лет, составило 7 (13,5%), в возрасте 15-16 лет — 53 (20,8%), 16-17 лет — 116 (35,2%). В 7-8 классах сексуальный дебют отметили 5 (13,5%) девочек, в 9 классах — 64 (19,3%), в 10 классах — 25 (19,7%) и в 11 классах — 25 (35,2%). При половом дебюте 123 (69,9%) девочки-подростка не использовали средства контрацепции. Барьерный способ (презерватив) применили только 42 девушки, что составило 23,8% и 11 девочек (6,3%) применили средство для экстренной контрацепции (постинор). Уровень информированности и умения пользоваться средствами контрацепции в этой возрастной группе крайне низок. Результаты анкетирования демонстрируют абсолютное неведение у 53 (30,1%) опрошенных, а еще 70 девочек (39,8%) располагают некоторыми сведениями о контрацепции, однако терялись перед практическим применением, 53 сексуально активных несовершеннолетних (30,1%) имели детальные сведения и применяли их, начиная с первой близости. Большинство девочек-подростков — 582 (90,9%) — указали, чтобы в дальнейшем меньше совершать ошибок, им хотелось бы больше знать о репродуктивном здоровье, о способах контрацепции, об ИППП, при этом только 58 (9,1%) опрошенных затруднились с ответом, что говорит о непонимании проблемы в целом. Результаты опроса показали, что 500 (78,1%) опрошенных девочек курят. При этом 320 (64%) из них выкуривают до 10 сигарет в день, 180 (36%) — более 10 сигарет. Что касается алкогольных напитков, то их употребляли 377 (58,9%) опрошенных, при этом 96 (15%) девушек — по праздникам; 64 (10%) — реже, чем 1 раз в месяц, 108 (16,9%) — каждый месяц; 58 (9,1%) — 1-2 раза в неделю, 51 (7,9%) — более 2 раз в неделю; 263 (41,1%) опрошенных никогда не употребляли алкогольные напитки. Мы попросили обследованных в анкете оценить состояние своего здоровья, предложив 3 варианта: отличное, хорошее, удовлетворительное. Среди опрошенных 166 (25,9%) считают, что у них отличное здоровье; 320 (50%) оценивают свое здоровье как хорошее. Как неудовлетворительное, свое здоровье оценили 154 (24,1%) пациентки,

при этом 104 (68%) из них жалоб практически не предъявляли. Это означает, что они недостаточно информированы о собственном здоровье и не способны адекватно оценить его. Еще одной важной проблемой, на наш взгляд, по результатам анкетирования является недостаточное информирование подростков об инфекциях, передаваемых половым путем, в том числе и о папилломавирусной инфекции. Среди опрошенных 416 (65%) знают, что такие инфекции есть, что путь их передачи — половой, а также о том, что, используя барьерные методы контрацепции, можно предотвратить заражение ими. Остальные девушки — их количество составило 224 (35%) — недостаточно осведомлены по вопросам данной проблемы, однако желают получить информацию об этом. На вопрос, «Из каких источников Вы предпочли бы получать подобную информацию?», большинство подростков — 550 (85,7%) ответили: «из брошюр, интернета»; 90 (14,3%) опрошенных хотели бы поговорить на эту тему с родителями или с врачом, однако стесняются их. Таким образом, выявлена высокая сексуальная активность (27,5%) среди девочек-подростков Московской области, при этом — редкое использование барьерных методов контрацепции при половом дебюте (30,1%), широкое распространение курения (78,1%) и употребления алкоголя (58,9%). Установлены недостаточная осведомленность девочек-подростков Московской области по вопросам контрацепции (30,1%), полового поведения, инфекциям, передаваемым половым путем, а также желание большинства девочек-подростков (90,9%) лучше разбираться в вопросах репродуктивного здоровья.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЭСТРОГЕНОВ ГОНАДНОГО ГЕНЕЗА

Белоконь И.П., Уварова Е.В., Киселева И.А.,
Суркова Л.В.

Россия, Москва ФГУ «Научный Центр Акушерства
Гинекологии и Перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Первичный дефицит эстрогенов (ПЭД) гонадного генеза является абсолютным показанием для назначения пожизненной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) половыми стероидами.

В целях оптимальной имитации физиологического течения индуцированного полового развития особое значение имеет возраст стартовой терапии натуральными эстрогенами с учетом исходного роста и биологического (костного) возраста больных. У девочек с низким и нормальным ростом ЗГТ лучше начинать при костном возрасте 11-12 лет, тогда как у высокорослых — при костном возрасте 9,5-10 лет. Высокослым пациентам требуется большая стартовая суточная доза эстрадиола, чем при низком и нормальном росте, что необходимо учитывать при индивидуальном подборе доз препаратов.

Наиболее физиологичная прогрессия роста и полового развития определяются у пациентов, начавших применять эстрадиол трансдермально, особенно при нанесении эстрадиола на кожу по внешнему контуру молочной железы. Данный способ введения эстрадиола у юных больных позволяет достичь полноценного формирования структуры молочных желез в оптимальные сроки близкие к физиологическим. Спустя 12-24 месяцев моновоздействия эстрадиолом требуется переход на пероральные препараты, содержащие эстрадиол в постоянном и прогестерон в последовательном режиме. Следует отметить, что как начальная, так и последующие дозы эстрадиола не являются одинаковыми для всех больных, а подбираются с учетом динамики уровня эстрадиола (Э2) в плазме крови и его соответствия паспортному возрасту, темпам полового развития, размерам и структуре молочных желез и матки.

Несмотря на приоритетное использование препаратов натуральных эстрогенов в качестве средств ЗГТ у больных с ПЭД, в ряде случаев оправданно применение этинилэстрадиола (в составе комбинированных оральных контрацептивов) в краткосрочном режиме (6-12 месяцев). Так, у высокорослых больных в целях ускоренного закрытия зон роста в эпифизах трубчатых костей, у девушек с тенденциями к гиперплазии эндометрия и обильными менструальноподобными выделениями на фоне ЗГТ, назначение КОК является предпочтительным и эффективным.

Безусловно, стандартом длительной ЗГТ у пациентов с абсолютным ПЭД следует считать комбинацию эстрадиола и дидрогестерона в секвенциальном режиме, обладающую наилучшими протекторными свойствами и переносимостью.

В рамках долгосрочной программы за 4-6 месяцев до подготовки к донации яйцеклетки следует изменить режим ЗГТ, увеличив дозу и продолжительность применения эстрадиола под контролем уровня Э2 в плазме крови и толщины эндометрия по данным УЗИ.

РОЛЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Лескова С.В.
Сургутский Государственный Университет Медицинский институт г.Сургут

Введение Актуальность проблемы папилломавирусной инфекции определяется высокой контактируемостью, тенденцией к росту частоты данного заболевания во всем мире, а также способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) инициировать злокачественные процессы. По данным ряда авторов факторами, инициирующими нарушение процессов метаплазии, являются иммунологические, гормональные (гиперэстрогения), инфекционные факторы. Одним из экзогенных факторов, провоцирующих ослож-

ненное течение эктопии, являются инфекционные агенты, в том числе инфекции, передающиеся половым путем. Общеизвестным является факт высокого канцерогенного потенциала вируса папилломы человека.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния инфицирования шейки матки вирусом папилломы человека на состояние эпителия шейки матки.

Материалы и методы: на базе кабинета патологии шейки матки женской консультации были обследованы 96 пациенток с патологией шейки матки. При обследовании использовались: клинический, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, эндоскопический (кольпоскопия) методы. Верификация патологии шейки матки проводилась путем гистологического исследования биопсийного материала. Все женщины были обследованы на папилломавирусную инфекцию (ПВИ). Верификация диагноза папилломавирусной инфекции проводилась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Все инвазивные манипуляции проводились с письменного информированного согласия пациенток

Результаты исследований: В процессе обследования пациентки были распределены на две группы. В первую группу вошли 65 пациенток без папилломавирусной инфекции, во вторую 31 женщина с ПВИ. Наблюдаемые женщины находились в возрасте от 19 до 50 лет, средний возраст составил 27,9 лет. В обследуемой группе у 32,3 % женщин с патологией шейки матки была выявлена папилломавирусная инфекция. В группу пациенток без папилломавирусной инфекции вошли 65 женщин. Средний возраст составил 28,5 лет. Преобладающую патологию в данной группе составила псевдоэрозия шейки матки — 55 пациентка (84,6 %), лейкоплакия шейки матки была выявлена у 5 человек (9,2 %), цервикальная интраэпителиальная неоплазия легкой степени была выявлена у одной пациентки (1,5 %) и у двух женщин (4,6 %) была диагностирована цервикальная интраэпителиальная неоплазия средней степени тяжести. Дисплазии тяжелой степени и рака шейки матки в данной группе диагностировано не было.

В группе женщин с папилломавирусной инфекцией (31 человек) также преобладала псевдоэрозия шейки матки, но уже в 48 % (15 пациенток), лейкоплакия шейки матки составляла 13% обследованных (4 человека). Цервикальные интраэпителиальные неоплазии составили 35 % (11 пациенток), причем легкой степени -13 %, средней степени тяжести 19 %, тяжелой степени — 3 %. В одном случае (3 %) по результатам гистологического исследования шейки матки после диатермоэлектростимуляции был диагностирован рак *in situ* шейки матки.

Таким образом, кольпоскопическая картина экзоцервикса у большинства женщин с папилломавирусной инфекцией соответствовала атипической зоне трансформации. Отмечалось нарушение процессов плоскоклеточной метаплазии, что проявлялось в виде атипического эпителия на экзоцервик-

се, не возвышающегося над поверхностью слизистой оболочки (мозаики, пунктуации, ацетобелого эпителия, шиповидных выростов эпителия и их сочетания преимущественно в зоне трансформации). Папилломавирусная инфицированность также находила подтверждение наличием койлоцитов при цитологическом исследовании мазков с экзо- и эндоцервикса.

Выводы: Основным инфекционным фактором, осложняющим физиологическое течение эктопии шейки матки является инфицирование ее вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска. Инфицирование шейки матки вирусами папилломы человека высокоонкогенных типов имеет некоторые кольпоскопические особенности, препятствует нормальному процессу метаплазии, проявляясь различными вариантами клеточной и морфологической трансформации экзо- и эндоцервикса, часто становится причиной перерождения нормальных клеток слизистой шейки матки в атипичные и предраковые.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИГАНДА, ИНДУЦИРУЮЩЕГО ПРОЛИФЕРАЦИЮ, (APRIL) В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЙ БЕЗ АТИПИИ

Берлим Ю.Д., Дубровина С.О., Орлов В.И., Линде В.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Гиперпластические процессы эндометрия представляют одну из важных проблем гинекологии, актуальность которой составляет ряд аспектов. Впервые, патогенез некоторых типов ГПЭ до настоящего времени остается поводом для дискуссий, что не может не отражаться на выборе метода лечения больных с ГПЭ. Наконец, определенные вопросы классификации и диагностики противоречат друг другу, что также сказывается на выборе методов терапии при гиперпластических процессах эндометрия (Давыдов А.И., Кривановская О.В., 2009). Для диагностики патологических процессов в эндометрии, усовершенствования тактики ведения больных и определения дальнейшего прогноза в настоящее время используется в основном гистологический метод исследования. Однако расхождение мнений морфологов в оценке различной патологии эндометрия составляет 11-25% случаев (Sakai M., Vaba S., 1992). В связи с этим, поиски более достоверных диагностических критериев продолжаются.

С целью разработки дифференциальной диагностики различных вариантов эндометриальных гиперплазий без атипичии исследован маркер пролиферативных процессов — лиганд, индуцирующий пролиферацию, (APRIL).

В исследовании вошло 93 женщины репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и без патологии эндометрия. Всем

пациенткам было проведено ультразвуковое исследование, гистероскопия в сочетании с диагностическим выскабливанием стенок полости матки и гистологическим исследованием для подтверждения патологии эндометрия. На основании гистологического исследования все женщины были разделены на четыре группы: первую группу составили пациентки с железисто-фиброзными полипами эндометрия (n — 27), вторую — пациентки с простой гиперплазией эндометрия (n-21), третью — пациентки со сложной гиперплазией эндометрия (n- 31). Пациентки без патологии эндометрия составили группу контроля (n-14).

Уровень APRIL в сыворотке крови определяли наборами фирмы BENDER MEDSYSTEMS (Европа). Расчет проводился с использованием медиан и квартилей 25 и 75. Статистическую значимость различий между группами определяли по показателю Спирмена, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. С целью определения диагностической чувствительности и специфичности анализируемых параметров проводился анализ Рос-кривых.

В группе контроля значение APRIL составило 3,54 (3,0; 4,18) нг/мл, в первой группе — 4,26 (2,58; 5,13) нг/мл, во второй группе — 13,95 (12,45; 15,29) нг/мл, а в третьей 32,06 (24,5; 35,34) нг/мл. Выявлены статистически значимое повышение уровня APRIL во второй и третьей группах по сравнению с группой контроля, статистически достоверные различия уровня APRIL между первой и второй, первой и третьей, а также между второй и третьей группами, $p < 0,01$.

Таким образом, в группе женщин с полипами эндометрия полученные показатели концентрации APRIL практически идентичны уровню данного маркера в группе контроля, что свидетельствует о низкой пролиферативной активности при развитии полипов эндометрия.

Достоверное увеличение концентрации APRIL в группах с простой и сложной гиперплазиями эндометрия свидетельствует о высокой активности пролиферативных процессов при подобных состояниях. При этом следует особо подчеркнуть нарастающий характер изменений APRIL в сыворотке крови женщин с простой гиперплазией по сравнению с группой пациенток со сложной эндометриальной гиперплазией.

«Идеальным» маркером в выявлении активности пролиферации при сложной гиперплазии эндометрия следует признать уровень APRIL $> 18,9$ нг/мл. Обладая 100% специфичностью и чувствительностью 96,77%, он также имеет высокую прогностическую ценность положительного и отрицательного тестов. Указанный уровень APRIL выше 3 квартиля 2-й группы (15,29 нг/мл) и ниже 1 квартиля 3-й группы (24,5 нг/мл).

Полученные данные позволяют рекомендовать использование APRIL для дифференциальной диагностики различных вариантов гиперплазий эндометрия без атипии в дополнение к гистологическому исследованию. Высокие уровни APRIL требуют

повышенного внимания врача и активной тактики ведения пациентки. В том случае, когда заключение морфолога говорит о наличии у больной простой гиперплазии эндометрия, а концентрация APRIL свидетельствуют о высокой активности пролиферативных процессов, характерной для сложной гиперплазии эндометрия, необходимо расценивать этот процесс как сложную гиперплазию, требующую соответствующего лечения.

ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА (СЭФР) И ЛИГАНДА, ИНДУЦИРУЮЩЕГО ПРОЛИФЕРАЦИЮ, (APRIL) В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

**Берлим Ю.Д., Дубровина С.О., Орлов В.И.,
Линде В.А., Ермоленко Е.Н.**

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Доброкачественные гиперпластические процессы эндометрия относятся к одной из основных форм пролиферативных заболеваний эндометрия и считаются наиболее распространенной патологией слизистой тела матки. Вопросы микроскопической диагностики гиперпластических процессов эндометрия остаются дискуссионными из-за нередких случаев гипер- и гиподиагностики вследствие значительной вариабельности изменений в пределах препарата, частой скудности и фрагментации полученного материала, неполного удаления функционального слоя эндометрия при выскабливании слизистой полости матки. Поэтому многие клиницисты и патоморфологи указывают на необходимость поиска дополнительных (биомолекулярных) критериев каждого морфологического варианта гиперплазии эндометрия (Карселадзе А.И., 2006; Станоевич И.В., 2007).

Целью настоящего исследования явилась разработка критериев дифференциальной диагностики гиперпластических процессов эндометрия без атипии на основании изучения сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР) и лиганда, индуцирующего пролиферацию, (APRIL), как маркеров активности пролиферации и ангиогенеза.

Для выполнения поставленной цели были обследованы 93 женщины репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и без патологии эндометрия. При обследовании использовали общепринятые методы: сбор анамнеза, жалоб, осмотр, общеклинические лабораторные исследования. Всем пациенткам были проведены ультразвуковое исследование и гистероскопия в сочетании с диагностическим выскабливанием стенок полости матки. После вышеуказанного обследования на основании гистологического заключения все женщины были разделены на четыре группы:

первую группу составили пациентки с железисто-фиброзными полипами эндометрия (n—27), вторую — пациентки с простой гиперплазией эндометрия (n-21), третью — пациентки со сложной гиперплазией эндометрия (n-31). Пациентки без патологии эндометрия составили группу контроля (n-14). Уровень СЭФР в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа наборами фирмы CYTIMMUNE SCIENCES INC (Дания), уровень APRIL наборами фирмы BENDER MEDSYSTEMS (Европа). Расчет проводился с использованием медиан и квартилей 25 и 75. Статистическую значимость различий между группами определяли по показателю Спирмена, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Установлено, что в группе контроля уровень СЭФР составил 424,3 (332,8; 536,4) пг/мл. В группе женщин с полипами эндометрия — 822,4 (720,8; 1395,6) пг/мл, в группе с простой гиперплазией эндометрия — 1499,6 (1310,4; 1903,6) пг/мл, в группе со сложной гиперплазией эндометрия — 2460,0 (1773,2; 3210,0) пг/мл. В группе контроля значение APRIL составило 3,54 (3,0; 4,18) нг/мл, в первой группе — 4,26 (2,58; 5,13) нг/мл, во второй группе — 13,95 (12,45; 15,29) нг/мл, а в третьей 32,06 (24,5; 35,34) нг/мл. Согласно нашим исследованиям, уровень СЭФР в сыворотке крови пациенток статистически значимо повышается во всех исследуемых группах по сравнению с группой женщин без патологии эндометрия ($p < 0,05$). В группе женщин с полипами эндометрия полученные показатели концентрации APRIL практически идентичны уровню данного маркера в контрольной группе, в то время как в группах с гиперплазиями эндометрия уровень APRIL статистически достоверно увеличивается ($p < 0,05$), причем его изменение, как и при оценке концентрации СЭФР зависит от варианта эндометриальной гиперплазии. Отсутствие какого-либо роста APRIL в сыворотке крови женщин с полипами эндометрия позволяет сделать вывод об отсутствии активного пролиферативного процесса в этой группе, что лишь подтверждает данные о полипах как о «локальном» поражении эндометрия. Формирование полипов обусловлено патологическим состоянием сосудов базального эндометрия (Давыдов А.И., Крыжановская О.В., 2009), что проявляется увеличением концентрации СЭФР, стимулирующего неоангиогенез. Увеличение показателей СЭФР в первой группе нашего исследования также подтверждает это положение.

Достоверное увеличение концентраций СЭФР и APRIL в группах с простой и сложной гиперплазиями эндометрия позволяет сделать вывод о высокой активности пролиферативных процессов при подобных состояниях, а также об усилении неоангиогенеза в гиперплазированном эндометрии. При этом следует особо подчеркнуть нарастающий характер изменений СЭФР и APRIL в сыворотке крови женщин в группах с простой и сложной гиперплазиями. Это объясняется усилением интенсивности пролиферации, которая приводит к развитию гипоксии (ишемии) эндометрия, стимулиру-

ющей подключение механизмов неоангиогенеза, что проявляется нарастанием экспрессии СЭФР от простой гиперплазии эндометрия к сложной (Станоевич И.В. и др., 2008). Изложенный материал позволяет рекомендовать исследование СЭФР и APRIL как маркеров активности пролиферации и тяжести эндометриальной гиперплазии у больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН И ЕЕ НАРУШЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Липатова Н.А., Николаева М.А., Божедомов В.А.
г. Москва

Мужское бесплодие представляет собой многофакторный синдром, включающий широкий спектр нарушений. Согласно рекомендациям ВОЗ (2000) выделяют 16 основных нозологий, каждая из которых, в свою очередь, включает до нескольких десятков конкретных патогенетических факторов. Поэтому установление причины нарушения фертильности представляет собой сложную задачу и кроме клинического обследования требует применения широкого спектра лабораторных методов диагностики.

Первый уровень следует считать обязательным для всех учреждений здравоохранения, в той или иной форме занимающихся проблемой бесплодного брака: урологических и гинекологических кабинетов и отделений больниц, консультаций «Брак и семья»:

- морфологическое исследование эякулята, включая специальную окраску сперматозоидов (по Папаниколау, Шорру);
- исследование антиспермальных антител (АСАТ);
- оценка взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью *in vivo* и *in vitro*.
- Обследование, выполненное с применением данных методов, позволяет выделить группу мужчин с нарушениями качества спермы и, в дальнейшем, направить их для более углубленного обследования в специализированные андрологические и гинекологические клиники, где должны быть проведены специальные исследования.
- Второй этап подразумевает исследования:
- гормональные (определение ФСГ, ЛГ, ингибина В, тестостерона, андроген-связывающего глобулина и др.);
- генетические (кариотипирование, диагностика микроделеций и точечных мутаций АЗФ, муковисцидоза, полиморфизма рецепторов и др.);
- биохимические исследования эякулята (фруктоза, цитрат, цинк, альфа-гликозидаза, акрозин и др.);
- диагностику возбудителей инфекций репродуктивного тракта;

- гипо-осмотический тест;
- оценку акросомальной реакции;
- измерение продукции активных форм кислорода;
- оценку фрагментации ДНК (апоптоз сперматозоидов);
- комплексное исследование «отмытых» в градиенте Перкола сперматозоидов.

Применение комплекса методов исследования позволяет уточнить, на каком из этапов репродуктивного процесса имеются те или иные нарушения:

- формирования мужского фенотипа,
- сперматогенеза,
- созревания в придатке яичка,
- эякуляции (семяизвержения),
- проникновения через цервикальную слизь*,
- капацитации и акросомальной реакции*,
- фертилизации яйцеклетки*,
- имплантации яйцеклетки в матку*,
- эмбрионального и фетального этапов развития эмбриона*.

причем * — этапы, на которых имеет место взаимодействие мужских и женских факторов, например, очищение сперматозоидов от ингибирующих факторов спермы с цервикальной слизи, иммунные реакции против сперматозоидов, HLA- и Rh-несовместимость и др.

Установление конкретных патогенетических механизмов нарушения мужской репродуктивной функции позволяет шире использовать возможности специфической терапии, повысить ее эффективность и снизить стоимость. А также избежать осложнений, нередко имеющих место при необоснованном назначении антибиотиков, гонадотропинов, андрогенов, глюкокортикоидов, а также осложнений у женщин и детей после ЭКО и ПЭ (ИКСИ).

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА В СНИЖЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН

Семенов А.В., Сотникова Н.Ю., Торопцева М.В.,
Божедомов В.А.
г.Москва

С целью установить степень и механизмы влияния хронического бактериального простатита (ХБП) на фертильность обследовано более 2 тысяч мужчин в возрасте 21-45 лет. Выделены группа фертильных мужчин с ХБП, имеющих детей в возрасте до 1 года (n=105), и группа бесплодных больных, страдающих ХБП при отсутствии других причин для инфертильности с вторичным бесплодием, продолжительность анамнеза ХБП у которых превышала период вынужденного бесплодия (n=100). Мужчины с первичным бесплодием и ХБП не входили в анализируемую группу, поскольку у них нельзя было исключить существование иных, в т.ч. генетических, причин снижения фертильности,

не связанных с ХБП. Контрольную группу сформировали 46 здоровых мужчин с беременностью у жен в течение последнего года.

Установлено, что у бесплодных мужчин с ХБП снижено количество прогрессивно-подвижных и морфологически нормальных сперматозоидов, достоверно чаще имеют место гипоспермия, повышенная вязкость спермы, снижение pH эякулята и агломерация сперматозоидов. Вероятность развития бесплодия прямо пропорциональна продолжительности ХБП: при анамнезе ХБП больше 2 лет абсолютный риск бесплодия (АР) составляет 70%, отношение шансов (ОШ) — 2,72; при длительности ХБП более 5 лет АР=77%; ОШ=4,02. Риск бесплодия увеличивается пропорционально частоте обострений ХБП: при 2-х и более раз в год АР=67%; ОШ=2,58. Неблагоприятным фактором для сохранения фертильности при ХБП является фиброз простаты и образование простатолитов (АР=73,8 %, ОШ=2,17), нарушение нормальной опорожнения семенных пузырьков (АР=65,6 %; ОШ=5,97) и нарушение секреторной функции дополнительных половых желез. В группе бесплодных больных ХБП повышено количества нестерильных эякулятов, частота идентификации E.coli (АР=84,0 %, ОШ=4,07) и микробных ассоциаций (АР=90,9 %, ОШ=6,94). Для бесплодных характерно снижение антиинфекционной резистентности спермальной плазмы: при повышении показателя антиинфекционной резистентности (ПАИР) эякулята больше 100% АР=92,0%, ОШ=3,68. Особенностью иммунограммы периферической крови и эякулята бесплодных больных ХБП является увеличение соотношения CD4+/CD8+ лимфоцитов, снижение экспрессии молекул CD16 и CD38. Также выявлены нарушения миграции, активации и апоптоза спермальных лимфоцитов, проявляющиеся снижением уровней CD11b+, CD71+ и CD95+ клеток. Эти изменения находятся в отрицательной корреляции с индексом качества спермы (ИКС) и жизнеспособностью сперматозоидов. У бесплодных больных ХБП выявлено увеличение соотношения лимфоцитов с фенотипами CD25+/CD95+. Данный индекс был взаимосвязан с параметрами спермограммы и фертильностью больных: при CD25+/CD95+ > 1,77 АР=92,0 %, ОШ=19,1. Снижены индекс фагоцитарного резерва (ИФР) и функциональная активность нейтрофилов и моноцитов, о чем свидетельствовало снижение экспрессии рецепторов ИЛ-2 и ГКГС (CD25+ и HLA-DR) на этих клетках. Данные фенотипические изменения взаимосвязаны не только с параметрами спермограммы, но и с ПАИР эякулята — при усугублении иммунных нарушений антиинфекционная резистентность снижалась. Для больных ХБП характерна гиперпродукция оксида азота (NO) в эякуляте, риск бесплодия возрастает при сочетанном увеличении концентрации нитратов и малонового альдегида (МДА) в семенной жидкости выше 1,10 ммоль/л и 8,56 ммоль/л соответственно (АР=68,0 %, ОШ=2,13). В стадии активного воспаления продукция активных форм кислорода (АФК) в сперме в среднем увеличена в 15 раз (АР окси-

дательного стресса сперматозоидов=75%, ОШ=2,9). Величина электрокинетического потенциала (ЭКП) сперматозоидов у бесплодных больных ХБП снижена (при ЭКП < 7,78 мВ AP бесплодия 81,6 %, ОШ 10,55). При морфометрии гамет выявлены тенденции приближения формы головки сперматозоида к шарообразной.

Стандартное лечение (хинолоны, α -блокаторы, локальная физиотерапия) в течение 28 дней бесплодных больных ХБП, имеющих патоспермию (n=87) показало, что через 10 недель после завершения курса улучшение показателей спермограммы происходит в 76% случаев.

Наши данные показывают, что ХБП снижает качество спермы и фертильность больных пропорционально длительности и активности воспаления, вовлечения в процесс семенных пузырьков, особенностей противoinфекционного процесса, т.ч. снижения фагоцитарной активности нейтрофилов, моноцитов и антиинфекционной резистентности спермальной плазмы на фоне угнетения апоптоза спермальных лимфоцитов и гиперпродукции активных радикалов. Вероятной причиной индукции патоспермии при ХБП является окислительное повреждение мембран сперматозоидов и связанное с ним нарушение аппарата движения мужских гамет.

Распространенность ХБП, как вероятного этиологического фактора мужского бесплодия, с учетом данных положительного эффекта лечения простатита, по нашему мнению, составляет 9,3%.

МУЖСКОЕ ИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ: НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ И ВОЗМОЖНОСТЯХ ЛЕЧЕНИЯ

**Божедомов В.А., Николаева М.А.,
Мингболатов А.Ш., Голубева Е.Л., Ушакова
И.В., Липатова Н.А., Александрова Л.М.,
Логинова Н.С., Матвеева Н.К., Файзуллин Л.З.
г. Москва**

С целью получить новые данные о патогенезе мужского аутоиммунного бесплодия обследовано 3329 мужчин из бесплодных пар в возрасте от 18 до 59 лет ($32,3 \pm 6,3$). Качество эякулята оценивали в соответствии с требованиями ВОЗ, методом MAR определяли долю подвижных сперматозоидов, покрытых АСАТ, методом проточной цитофлуорометрии (ПЦМ) — количество и соотношение иммунокомпетентных клеток в периферической крови, процент живых сперматозоидов, покрытых антителами классов IgG, IgA, IgM, среднее количество АСАТ на один сперматозоид (в единицах флуоресценции — ЕФ), спонтанную и индуцируемую ионофором А23187 акросомальную реакцию (АР) и экспрессию на сперматозоидах антигенов НЛА классов I и II; инфекции репродуктивного тракта (ИРТ) диагностировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), содержание интерферонов (ИФН) в крови, естественную и индуцированную *in vitro* продукцию ИФН — по методу Кемпбелла, продук-

цию активных форм кислорода (АФК) — методом люминолзависимой хемилюминесценции, содержание в крови гормонов — методом ИФА.

Показано, что иммунное бесплодие по ВОЗ имеют у более чем у 13% обследованных мужчин. Факторами риска антиспермального иммунитета являются: перенесенные ранее гонококковый уретрит (9% случаев), хламидийная (5 %) и микоплазменная (10%) инфекция в анамнезе и их носительство на момент обследования (9-20%), варикоцеле (29%), эпидидимоорхит (10%), субклинические тупые травмы мошонки без признаков орхита (28%), кисты придатков (6%), обструкция (3%), операции по поводу пахово-мошоночных грыж (9%), крипторхизм и анэякуляция (менее 1%); в 7% случаев АСАТ сочетаются с системными аутоиммунными заболеваниями (диабет, псориаз, астма и др.). Сочетание факторов риска в 1,5-5 раза повышает вероятность развития иммунного бесплодия.

Снижение фертильности на фоне аутоиммунных реакций против сперматозоидов происходит за счет снижения подвижности гамет, их агглютинации, нарушения акросомной реакции с преобладанием преждевременной утраты целостности акросомы, сниженной способности преодолевать цервикальную слизь, уменьшения оплодотворяющей способности сперматозоидов.

Показано, что развитие аутоиммунных реакций против сперматозоидов ассоциировано с увеличением концентрации в сперме лейкоцитов и АФК, содержания в периферической крови CD19+, CD16+ и CD8+ клеток. Фактором развития аутоиммунных реакций является относительно повышенная продукция ИФН в ответ на эндо- и экзогенные индукторы, в т.ч. инфекции репродуктивного тракта: в присутствии *Chlamydia trachomatis* имеется прямая зависимость между MAR%IgG и уровнями α и γ -ИФН, индуцированными *in vitro* вирусом Ньюкасла и ФГА. Увеличения доли сперматозоидов с экспрессией на поверхности гамет антигенов комплекса НЛА у пациентов с АСАТ не наблюдается. При высоком (более медианы) количестве АСАТ класса IgA на сперматозоидах, наоборот, имеет место снижение количества Т-, В- и НК-клеток и фагоцитов, снижаются индуцированные уровни ИФН. Данные изменения можно трактовать как вторичную иммуносупрессию. Это подтверждает наблюдаемое у пациентов данной группы повышение концентрации в периферической крови кортизола и тестостерона (Т). При этом увеличение концентрации Т обеспечивается несколькими механизмами: 1) сдвигом продукции гонадотропинов в пользу ЛГ (увеличение отношения ЛГ/ФСГ), 2) увеличением синтеза андрогенов, 3) снижением активности ароматазы (увеличение соотношения Т/Е2) и 4) снижением концентрации секс-гормон-связывающего глобулина (СГСГ). Увеличение концентрации свободного Т наиболее выражено в группе мужчин с олигозооспермией при MAR%IgG>50%. Показано, что избыточная продукция СГСГ и связанное с этим двукратное снижение содержания свободного Т имеет значение в патогенезе аутоиммунного поражения яичек на фоне обструкции.

Установлена эффективность антибиотикотерапии бактериальных ИРТ при АСАТ. Показана возможность сохранения сперматогенеза после травмы яичка путем стимуляции его регенерации. Комплексы протеолитических ферментов, содержащих папаин, способствуют освобождению подвижных сперматозоидов от АСАТ (Патент на изобретение РФ №2149021). Значительное снижение активности аутоиммунного процесса и улучшение качества спермы можно добиться, применяя клетки фетоплацентарного комплекса (в соответствии с Патентом на изобретение РФ № 2155596). Недавно предложено использовать для лечения мужского иммунного бесплодия нового класса соединений: 3-Окси-6-метил-2-этил-пиридина гидрохлорида в дозе 0,03—0,05 г (3—5 мл 1% раствора) ежедневно 2—3 раза в сутки (заявка на выдачу патента Российской Федерации на изобретение; входящий №016111, регистрационный №2010111433).

Обсуждаются возможные причины и механизмы развития мужского иммунного бесплодия: повреждение гемато-тестикулярного барьера и реакций на антигены незрелых сперматозоидов, роль бактериальных и вирусных ИРТ, гиперпродукции АФК, повышение экспрессии антигенов на сперматозоидах и антигенпрезентирующих клетках, гормональной регуляции.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕВОЧЕК

Болтовский В.А., Сергеева И.А., Худякова Ю.В., Базранова Ю.Ю.

Медицинская компания ИДК г. Самара.

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Самара.

Самарский государственный медицинский университет

Рецидивирующее течение инфекции мочевых путей (ИМП) наблюдается более, чем у 50 % пациентов, причем до 85% рецидивы возникают у девочек. Не секрет, что основным источником инфицирования выступает кишечный микробиоценоз, а наличие дисбактериоза кишечника только усугубляет течение заболевания.

Целью исследования стали: 1 — оценка связи наличия вульвитов у девочек и синдрома лейкоцитурii. 2 — возможность применения в комплексном лечении ИМП местного назначения пиобактериофага (при выявленном вульвите).

Пациенты и методы: Под нашим наблюдением находилось 118 девочек с выявленным синдромом лейкоцитурii в возрасте от 3 месяцев до 7 лет. В группу наблюдения вошли дети, у которых не была выявлена врожденная патология органов мочевой системы. У 23 девочек были выявлены сенехии малых половых губ различной степени выраженности (сенехии разведены). При этом у 84% наблюдаемых был подтвержден вульвит, а в 56% случаев в посевах мочи на стерильность были выделены микробы ки-

шечной группы 10000 в 1 мл и выше. Комплексная терапия ИМП дополнялась местным применением поливалентного бактериофага (на турунде, вечером, после гигиенических ванночек с фурациллином, сроком на 30-40 минут.). После применения процедуры значительно уменьшалась гиперемия слизистых. У наблюдаемых уменьшалось беспокойство при мочеиспускании. По сравнению с контрольной группой (34 девочки), получавших только комплексную терапию улучшение, а затем нормализация анализов мочи происходили в среднем на 2-3 дня быстрее. В девяти случаях разницы с контрольной группой отмечено не было. В катамнезе (наблюдение проводилось в течение 6—8 месяцев) у наблюдаемых детей отсутствие повторных эпизодов лейкоцитурii отмечалось в 91% случаев.

Выводы: Местное применение поливалентного пиобактериофага в комплексной терапии инфекции мочевых путей у девочек убедительно повышало эффективность проводимого лечения, значительно уменьшая частоту возникновения рецидивов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бондаренко К.Р., Еникеев А.Н., Гайсина Ю.Р., Мавзютов А.Р.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

В исследованиях последних лет показано наличие взаимосвязи между иммунитетом и состоянием влагалищного микробиоценоза (Кира Е.Ф., 2001; Роговская С.И., 2005). Вместе с тем представленные в современной литературе данные по иммунологии нарушений вагинальной экологии при дисбиотических процессах достаточно противоречивы: некоторые авторы не определяют изменений уровней сывороточных IgA, IgM, IgG (Кацай С.В., 2006), другие, напротив, отмечают увеличение IgA и IgM (Кира Е.Ф., 2001). Известно, что дисбиоз влагалища сопровождается замещением нормальной лактофлоры на условно-патогенные, преимущественно грамотрицательные бактерии, для которых патогенетически наиболее существенным является липополисахарид (ЛПС) клеточной стенки. Предположительно, что попадание избыточного количества ЛПС в системную гемодинамику из вагинального биотопа способствует развитию каскада иммунологических реакций в макроорганизме, в том числе активации антиэндоксинного иммунитета (Бондаренко В.М., Рябиченко Е.В., 2005). В этой связи целью нашего исследования явилась оценка иммунологических изменений в женском организме, обусловленных дисбиозом вагинальной микроэкологии, в сопоставлении с отдельными параметрами антиэндоксинного иммунитета.

Для этого было проведено клинико-лабораторное обследование 81 женщины, из которых 48 пациенток с бактериальным вагинозом (БВ) составили ос-

новную группу наблюдения, а 33 здоровые — контрольную группу. Диагноз БВ был установлен на основании клинических данных, световой микроскопии мазка из заднего свода влагалища (Мавзютов А.Р. с соавт., 1998). Исследовали ряд иммунологических параметров (Т-лимфоциты, Т-активные лимфоциты, фагоцитоз с латексом, IgA, IgM, IgG, ЦИК). Для оценки состояния гуморального звена антиэндотоксинового иммунитета определяли уровень IgG к core-региону ЛПС в сыворотке крови методом ИФА с помощью набора Hbt EndoCAB ELISA, производства «HyCult biotechnology» (Голландия).

Анализ показателей гуморального звена иммунной системы при БВ выявил снижение в 1,3 раза уровня сывороточного IgA у женщин с дисбиозом влагалища по сравнению со здоровыми пациентками ($1,86 \pm 0,2$ г/л и $2,2 \pm 0,63$ г/л, соответственно, $p < 0,05$), что свидетельствовало об ослаблении механизмов иммунной защиты слизистых оболочек, в т.ч. урогенитального тракта. При этом концентрации IgM и IgG, как правило, увеличивающихся при воспалительных процессах, в группе женщин с БВ статистически значимо не отличались от таковых в группе здоровых женщин. Было выявлено статистически значимое увеличение Т-лимфоцитов (Е-РОК) в крови женщин с БВ, что свидетельствовало об активации клеточного звена иммунной системы при данной патологии, хотя в литературе не удалось обнаружить подтверждение данного факта ($56 \pm 2,1$ и $52,5 \pm 1,2$, соответственно, $p < 0,05$).

Важнейшим механизмом антиэндотоксиновой защиты организма является выработка антител к core-региону ЛПС (Barclay G.R., 1995). Было показано статистически значимое увеличение IgG к core-региону ЛПС в 1,7 раза в сыворотке женщин с дисбиозом влагалища до $129 \pm 11,7$ МУ/мл по сравнению с контролем ($76,1 \pm 1,78$ МУ/мл). В основной группе в 43% случаев наблюдений концентрация IgG к core-региону ЛПС в сыворотке находилась в пределах от 100 до 150 МУ/мл. У каждой третьей женщины с БВ (29 %) уровень указанных иммуноглобулинов не превышал 100 МУ/мл. В остальных случаях (29%) было отмечено увеличение уровня IgG к core-региону ЛПС свыше 150 МУ/мл. Нами была установлена тенденция к увеличению концентрации IgG к core-региону ЛПС по мере прогрессирования дисбиотического сдвига в вагинальном биотопе ($r_s = 0,6$; $p < 0,05$): средний уровень IgG к core-региону ЛПС при дисбиозе 1 ст. составил $75 \pm 1,2$ МУ/мл, при дисбиозе 2 ст. — $115 \pm 10,4$ МУ/мл, и, соответственно, при дисбиозе 3 ст. — $141 \pm 13,4$ МУ/мл.

Таким образом, дисбиотический процесс в вагинальном биотопе сопровождается изменениями в системе общего иммунитета, характеризующимися снижением сывороточного IgA и увеличением Т-лимфоцитов в сыворотке, а также активацией гуморального звена антиэндотоксинового иммунитета, проявляющейся увеличением IgG к core-региону ЛПС.

Работа выполнена в соответствии с Федеральной целевой программой «Научные и научно-педагогиче-

ческие кадры инновационной России» на 2009-2013 гг., в рамках реализации мероприятия № 1.2.1. Государственный контракт ГК П385 от 30.07.2009

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЛИЗИСТОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И., Дехтяренко Ю.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Кубанский государственный медицинский университет Краснодар, Россия

В настоящее время одной из самых распространенных и контагиозных заболеваний, передающихся половым путем, является папилломавирусная инфекция (ПВИ). Актуальность проблемы диагностики, патогенеза и совершенствования терапии данного заболевания обусловлена, во-первых, крайне высокой частотой распространения инфекции: число инфицированных в мире за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз [В.Н. Прилепская, 2007; Schneider A., 2008]. Во-вторых, ПВИ сложна для диагностики и лечения: более 15% женщин, не имеющих симптомов ПВИ, являются его носительницами и источниками передачи [Syrjanen K., 2005] и хотя существует много методов лечения ПВИ, частота рецидивов инфекции остается высокой и ни один из методов не является полностью эффективным [И.А. Аполихина 2007; А.А. Вишневецкий, 2008], возникает необходимость длительного последующего наблюдения за больными, т.к. не исключена опасность развития рецидивов и малигнизации [Г.Н. Минкина, 2007; Munger K. 2002]. В третьих, вирус папилломы человека (ВПЧ) рассматривается как этиологический фактор рака шейки матки [М.А. Башмакова, 1999; Bosch F., 1995]. Поэтому изучение факторов патогенеза ВПЧ-поражений шейки матки представляет особую актуальность.

Целью настоящего исследования явилось анализ окислительных процессов в слизистой шейки матки при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях (CIN).

Методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) исследованы изменения парамагнитных центров слизистой шейки матки у 120 женщин исследуемой и у 30 контрольной группы. Исследовался свободный NO, реактивные формы кислорода (супероксидрадикалы, O₂⁻) и липидов (пероксидрадикалы, LOO⁻). Образцы цервикального смыва помещали в полиэтиленовые трубочки диаметром 0,5 см и длиной 1-1,5 см и замораживали при температуре жидкого азота (-196°C). ЭПР — спектры регистрировались на радиоспектрометре РЭ-1307 (Россия), снабженном компьютерной программой накопления сигналов. Для определения содержания свободного оксида азота в образцах цервикального смыва использовали спин-метку диэтилдитиокарбамат натрия (DETC) (SIGMA) в

дозе 1,75 мг на мл жидкости. С целью определения содержания супероксидрадикалов применялась спин-ловушка 5,5-диметил-1-пироллин-N-оксид (DETC) (SIGMA) дозой 5 мМ DMPO на 1 мл жидкости. С целью определения содержания пероксидрадикалов использовали спин-ловушку α -фенил-tert-бутилнитрон (PBN) (SIGMA) дозой 50 мг PBN на 1 мл жидкости.

Методом ЭПР исследованы 120 пациентов с цервикальным интраэпителиальным поражением (96 пациенток с HSIL и 24 — с LSIL) и 30 пациенток контрольной группы. Выявлено, что при ВПЧ-ассоциированных поражениях шейки матки легкой степени (LSIL) интенсивность ЭПР сигнала спинмеченных пероксидрадикалов (LOO-) увеличивается на 63,4% ($p < 0,05$), также регистрируются сигналы супероксидрадикалов (O₂-), которые в контрольной группе не регистрируются, увеличение интенсивности сигнала ЭПР спинмеченого оксида азота (NO) возрастает на 49,4% по сравнению с контролем. В группе больных с тяжелой степенью цервикального интраэпителиального поражения различия с контрольной группой еще более выражены: интенсивность ЭПР сигнала спинмеченных пероксидрадикалов (LOO-) увеличилась на 151,1% ($p < 0,05$), а спинмеченого оксида азота (NO) — на 96,2% по сравнению с контрольной группой, при этом сигналы супероксидрадикалов (O₂-), не регистрировавшиеся в контрольной группе возросли у больных с HSIL на 45,6% по сравнению с пациентками с LSIL.

Таким образом, исходя из анализа результатов исследований, можно заключить, что в случае ВПЧ-инфицирования в ткани шейки матки имеет место интенсификация образования реактивных форм азота и кислорода, которые становятся причиной изменений молекулярных, субклеточных и клеточных структур и значительную роль играет в патогенезе заболевания и утяжелении степени поражения. Эти нарушения могут способствовать малигнизации пораженных клеток и инициации опухолевого процесса.

ЛОКАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Боровиков И.О., Куценко И.И., Холина Л.А., Дехтяренко Ю.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Кубанский государственный медицинский университет Краснодар, Россия

Лечение и диагностика заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), привлекают внимание специалистов, что объясняется резким ростом инфицированности населения данным возбудителем [Т.Н. Бебнева, В.Н. Прилепская, 2005; С.И. Роговская, 2005; Lee B., Follen M., 2007], значительной его контактированностью и потенциальной способностью индуцировать злокачественную

патологию [В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер, 2006; Clerici M., Merola M., 2007]. Особой проблемой является выраженный дефицит и разноречивость информации о функционировании и регуляции местной иммунной системы женского мочеполового тракта, ее участии и роли в механизмах резистентности к ВПЧ, персистенции возбудителя, саногенеза, повреждения и репарации тканей [И.А. Аполихина, 2002; Wu T., Kurman R., 2008].

С целью изучения локального иммунитета цервикальной зоны у женщин с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) обследовано 460 человек (из них — 400 больных женщин с ВПЧ-ассоциированной CIN и 60 здоровых женщин — группа иммунологического контроля). Все пациенты (400) были разделены на 2 группы (согласно классификации Бетесда): I группа (286 пациенток) — у которых выявлена низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL); II группа (114 больных) с выявленной высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL).

Диагностика ПВИ проводилась в несколько этапов: клинико-визуальная диагностика, расширенная кольпоскопия, цитологический метод (Pap-smear test), ВПЧ Digene-тест, гистологическое исследование. Для исследования местного иммунитета проводили цитохимические исследования макрофагов слизистой цервикального канала (кислая фосфатаза, миелопероксидаза и неспецифическая эстераза). Регистрацию активности ферментов макрофагов и лимфоцитов проводили по среднему цитохимическому показателю (СЦП). Концентрацию цитокинов (IL-1 β , IL-4, IL-8, IFN γ , TNF α) в цервикальной слизи определяли твердофазным иммуноферментным методом с использованием наборов и по прилагаемым методикам.

Определение параметров местного иммунитета цервикальной зоны у женщин, страдающих ВПЧ-ассоциированными CIN, включая концентрации в цервикальной слизи IL-1 β , IL-8, IFN γ , TNF α , IL-4 и IL-10, т.е. основных регуляторных и эффекторных цитокинов, выявило достоверное снижение IFN γ при повышении IL-4 и выраженной тенденции к снижению IL-1 β , а также значительное снижение выявляемой активности миелопероксидазы и неспецифической эстеразы, при неизменной активности кислой фосфатазы в макрофагах слизистой цервикального канала. Но в случае наличия HSIL снижение активности миелопероксидазы и неспецифической эстеразы было в 1,5-2 раза больше, а снижение IL-1 β превышало 22% от LSIL. В качестве дополнительного критерия направленности дифференцировки Th0-клеток у больных CIN, мы ввели коэффициент соотношения концентраций исследованных провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IFN γ , TNF α , IL-8) в цервикальной слизи к концентрациям IL-4 и IL-10. У женщин с CIN, концентрации большинства исследованных провоспалительных цитокинов за исключением IFN γ достоверно не отличались от соответствующих параметров здоровых волонтеров. Концентрация IL-4

у больных женщин более чем в 2 раза превышала контрольные значения (при HSIL почти в 3 раза), но степень достоверности различий составляла всего лишь $P < 0,05$. При анализе соотношений концентраций всех исследованных провоспалительных цитокинов с содержанием в цервикальной слизи IL-4 выявлены достоверные ($P < 0,001$) различия между здоровыми женщинами и больными CIN. Более того, даже при отсутствии достоверной динамики IL-10, у больных женщин до лечения обнаружены достоверные различия по сравнению со здоровыми в соотношениях IL-1 β /IL-10 и IFN γ /IL-10. При этом наиболее заметными они были в группе больных с HSIL. Аналогичная, но меньшей степени выраженности, картина наблюдалась и при анализе соотношения IL-8/IL-4, TNF α /IL-4, IFN γ /IL-4.

Таким образом, метод оценки состояния цитокинового баланса у больных CIN различной степени тяжести с определением соотношения концентраций в цервикальной слизи провоспалительных цитокинов к IL-4 и IL-10, позволяет выявить индивидуальные цитокиновые деструкции у женщин с генитальными манифестациями ПВИ, а также может служить дополнительным диагностическим и прогностическим иммунологическим критерием степени нарушений и эффективности терапии.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ГОНАДНЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Боровикова Т.Ю., Цветков В.В.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КГМУ
Росздрава, Краснодар, Россия

В своей практической работе врачам приходится сталкиваться с пациентами, имеющими нарушения в физическом и/или половом развитии, обусловленные генетической, хромосомной или кариотипической патологией. Учитывая редкость данных заболеваний, часто возникают затруднения при постановке диагноза. С целью выявления основных клинических признаков, заставляющих обратить внимание на данных пациентов и провести углубленное обследование для постановки диагноза, был проведен анализ амбулаторных карт 18 пациенток, обратившихся в отделение гинекологии детского и подросткового возраста БАГК ГОУ ВПО КГМУ за период с 2000 по 2010 г.

Среди первично обратившихся в отделение больных с данной патологией было 0,67%. Возраст пациенток — от 1 года до 17 лет.

Основными жалобами при обращении были: отсутствие роста молочных желез и менструаций в возрасте старше 12 лет у 13 из 14 пациенток (93%).

Жалобы на отставание в росте наблюдались у 9 (50%).

Аномальное строение наружных половых органов отмечено у 2 (11%).

Тошнота, рвота, потеря веса на 10 кг за 2 месяца, наличие опухоли в брюшной полости заставили об-

ратиться к врачу 1 пациентку.

Диагноз дисгенезии гонад был поставлен в возрасте до 2 лет 2 пациенткам (11%), от 6 до 11 лет — 4 (22%), в 13 лет — 15 лет — 7 (39%), в 16 — 17 лет — 5 (28%).

Масса тела при рождении менее 3000 г при сроке гестации 38 — 40 недель отмечалась у 11 (61%).

При объективном исследовании отставание роста от возрастной нормы отмечалось у 11 пациенток (61%), «крыловидные» складки на шее — у 4 (22%), короткая шея — у 5 (28%), низкая граница роста волос — у 7 (39%), низко посаженные ушные раковины — у 4 (22%), «готическое» небо — у 5 (28%), нарушение прикуса — у 5 (28%), укорочение 4 — 5 пальцев кисти и стопы — у 9 (50%), изменение изгиба ногтевой пластинки — у 8 (44%), гипертелоризм — у 7 (39%), широкая грудная клетка — у 6 (33%), изменение формы разреза глаз — у 5 (28%), эпикант — у 4 (22%), большое количество невусов — у 4 (22%).

Патология сердечно-сосудистой системы (пролапс митрального клапана, коарктация аорты) обнаружены у 5 пациенток (28%), гипотиреоз — у 5 (28%), аномалия развития почек (подковообразная почка, удвоение почек) у 3 (17%).

При гинекологическом исследовании у 15 пациенток (83%) выявлено формирование наружных половых органов по женскому типу с выраженным инфантилизмом (гипоплазия больших и малых половых губ, истонченность слизистой оболочки вульвы, скудные выделения из влагалища). У 2 пациенток с тестикулярным дисгенезом (кариотип 46ХУ) определялись: увеличенный до 2,5 1 см клитор, сросшиеся гипоплазированные большие половые губы с формированием уrogenитального синуса. При бимануальном ректально-брюшностеночном исследовании матка не определялась у 7 (47%), определялась в виде тяжа или была резко гипоплазирована у 11 (61%). Строение наружных половых органов и размеры матки соответствовали паспортному возрасту (16 лет) у одной пациентки с кариотипом 45ХО/46ХХ, она же имела регулярную менструальную функцию.

При рентгенологическом исследовании отставание костного возраста от паспортного на 2 — 6 лет выявлено у 13 пациенток (72%).

При гормональном исследовании гипергонадотропное состояние при низком содержании эстрадиола выявлено у 16 из 17 пациенток, достигших к моменту обследования 11 лет.

Снижение уровня интеллекта отмечено у 3 больных (17%).

Всем пациенткам с наличием Y-хромосомы в кариотипе (9 человек) произведено оперативное лечение — удаление гонад. У 3 из них (возраст от 13 до 17 лет) при гистологическом исследовании обнаружены злокачественные опухоли (2 — гонадобластомы, 1 — дисгерминома). Кроме того, у одной из этих пациенток ранее, в возрасте 5 лет была проведена односторонняя аднексэктомия по поводу дисгерминомы.

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что основными клиническими симпто-

мами у данной группы пациенток были отставание в физическом развитии и отсутствие появления вторичных половых признаков. Наибольшая частота постановки диагноза приходится на возраст 13 лет и старше, несмотря на ежегодные профилактические осмотры детей врачами. Информативными при диагностике этих заболеваний (как этап обследования) является определение костного возраста, уровня гормонов крови, полового хроматина. По нашему мнению, диагноз дисгенезии гонад может и должен быть поставлен в возрасте до 12 лет. Более поздняя диагностика и лечение может приводить к развитию злокачественных опухолей гонад.

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ НА МЕТАБОЛИЗМ ЭСТРАДИОЛА

**Боронбаев А.К., Фаррахова Л.Н., Идиятуллина
Э.Р.**

Россия, г. Казань, Казанская Государственная Медицинская Академия

Эстрогены — женские половые гормоны, регулирующие функции репродуктивных органов, индуцирующие клеточную пролиферацию.

В организме эстрогены под действием ферментов печени группы цитохромов P450 подвергаются трансформации с образованием основных метаболитов: 2-гидроксиэстрогена (2-ОНЕ1) и 16-гидроксиэстрогена (16-ОНЕ1). Метаболит 2-гидроксиэстроген обладает слабым эстрогеновым действием (примерно 48% активности эстрадиола — основного эстрогена) и не оказывает пролиферативного действия, а напротив нормализует процессы апоптоза и клеточную пролиферацию. «Агрессивный» 16-альфа-гидроксиэстроген — метаболит с пролиферативным потенциалом, обладает в 4 раза большей биологической активностью, чем свободные фракции эстрогенов, блокирует апоптоз и резко усиливает пролиферацию клеток.

Изучение функций этих двух метаболитов позволило выявить однозначную связь между уровнем 16-ОНЕ1 и риском развития опухолей в эстроген-зависимых тканях, тогда как, при повышении уровня 2-ОНЕ1 наблюдалась тенденция к гибели опухолевых клеток и профилактике их дальнейшего образования.

Доказано, что длительное нарушение баланса соотношения метаболитов эстрогенов — 2-ОНЕ1/16-ОНЕ1 в сторону повышения синтеза «агрессивного» метаболита 16-гидроксиэстрогена является причиной развития дисплазии и рака шейки матки, эндометриоза (аденомиоза), лейомиомы, фиброзно-кистозной болезни и рака молочной железы.

Многочисленные эксперименты *in vivo* доказали необходимость в поддержании такого баланса между этими метаболитами, при котором концентрация 2-ОНЕ1 должна превышать 16-ОНЕ1 как минимум в 2 и более раз.

Целью исследования явилось изучение соотношения метаболитов эстрогена у женщин после перенесенного искусственного аборта.

Материал и методы исследования: соотношение метаболитов эстрогена определялось в моче у 90 женщин (из них после мини — аборта — 30, ДК — дилатации и кюретажа — 30 и медикаментозного аборта — 30) через 2, 4 и 6 месяцев после перенесенного аборта, причем 15 женщин (после различных видов аборта) принимали КОК в течении от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что у 90% пациенток содержание 16 α -ОНЕ1 в 2 и более раз превышало содержание 2-ОНЕ1.

При исследовании соотношения метаболитов эстрогена через 2, 4 и 6 мес. результаты были однонаправленными. После медикаментозного и мини аборта показатели оставались низкими на всех этапах наблюдения и не превышали значения — 1,26 через 6 месяцев после прерывания беременности. После хирургического аборта до 12 недель отмечено снижение в соотношении метаболитов эстрогена до 0,74 через 4 месяца и повышение его значения до 1,41 к 6 месяцам наблюдения.

Значимой разницы в соотношении метаболитов эстрогена между женщинами, принимавшими и не использовавшими комбинированные оральные контрацептивы нами выявлено не было.

Таким образом, искусственный аборт, в том числе и альтернативный (медикаментозный и мини-аборт) можно отнести к фактору, негативно сказывающемуся на здоровье женщины. Повышенный уровень «агрессивного» метаболита эстрогена 16 α -ОНЕ1 относительно 2-ОНЕ1 и длительное присутствие такого соотношения в организме подвергает женщину риску пролиферативных процессов репродуктивных органов в равной степени.

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ И УРОВЕНЬ ЭСТРАДИОЛА В ОЦЕНКЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ МОРДОВИИ

Буралкина Н.А., Уварова Е.В.

Россия, г. Саранск, МУЗ «Детская городская поликлиника №4»

Республика Мордовия относится к Приволжскому федеральному округу с коэффициентом естественного прироста населения — 6,8 (2009 г.) по данным Госкомстата РФ.

Целью исследования. Изучить овариальный резерв и уровень эстрадиола у девочек в возрасте 15, 16 и 17 лет с полноценным половым и физическим развитием.

Материалы и методы. Из 1292 городских жительниц Республики Мордовия в возрасте 15 — 17 лет последовательно были отобраны 80 девочек-

подростков из 1 и 2 групп здоровья, из числа которых овариальный резерв был оценен у 49 детей, т.к. лишь это количество девочек имели последовательные стадии полового созревания, своевременное менархе, становление регулярного ритма менструаций в течение первых 6 месяцев с менархе, гармоничное физическое и половое развитие, оволосение по женскому типу и отсутствие гиперандрогенных проявлений, индекс массы тела 18-26.. Овариальный резерв определялся на 3 день менструального цикла по результатам УЗИ матки и яичников с определением их объемов, подсчетом количества и диаметра фолликулов (ультразвуковой аппарат ALOKA SSD 1400, с конвексным датчиком 3,5 МГц), а также определения уровней в сыворотке крови АМГ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола.

Средний объем обоих яичников у подростков в возрасте 16 лет оказался достоверно меньшим ($9,5 \pm 0,84 \text{ см}^3$), чем у девочек в возрасте 15 ($13,1 \pm 1,1 \text{ см}^3$) и 17 ($12,9 \pm 1,71 \text{ см}^3$) лет. При проведении ОДА по всей совокупности данных, (по всем возрастным группам) разница была достоверной ($p < 0,05$), т.к. $F_{\text{расч.}}(3,4) > F_{\text{критич.}}(3,2)$. Достоверной возрастной разницы в количестве фолликулов в обоих яичниках не выявлено.

Анализ результатов гормонального профиля в сыворотке крови у девочек в возрасте 17 лет выявил несколько большее содержание АМГ ($6,25 \pm 1,22 \text{ нг/мл}$), ЛГ ($6,9 \pm 0,91 \text{ МЕ/л}$) при меньшей секреции ФСГ ($5,37 \pm 0,44 \text{ МЕ/л}$) по отношению к 15 ($4,95 \pm 0,55 \text{ нг/л}$; $5,47 \pm 0,54 \text{ МЕ/л}$; $6,55 \pm 0,53 \text{ МЕ/л}$ соответственно) и 16-летним подросткам ($4,53 \pm 0,45 \text{ нг/мл}$; $6,48 \pm 1,66 \text{ МЕ/л}$, $6,58 \pm 0,38 \text{ МЕ/л}$). Одновременно, выявлено зависимое от возраста увеличение уровня эстрадиола (15 лет $-102,94 \pm 7,23 \text{ пмоль/л}$; 16 лет $-129,98 \pm 17,95 \text{ пмоль/л}$; 17 лет $-215,9 \pm 50,73 \text{ пмоль/л}$) в сыворотке крови, ($F_{\text{расч.}}=5,7 > F_{\text{критич.}}=3,2$; $p < 0,05$). Расчет коэффициента детерминации показал, что уровень эстрадиола изменяется с 15 лет за год на 20,0, а за 2 года — на 25,4%.

Совокупная корреляционная зависимость параметров овариального резерва у обследованных девочек показала умеренную положительную корреляционную зависимость между АМГ и количеством фолликулов (0,35), АМГ и объемом яичников (0,33), объемом яичников и количеством фолликулов (0,41). Умеренная отрицательная корреляция была между ФСГ и АМГ (-0,3). Повозрастной анализ корреляционного взаимовлияния параметров овариального резерва показал, что у подростков в возрасте 15 и 17 лет проявились генеральные для всей группы закономерности, тогда как у 16-летних подростков рассеянные показатели овариального резерва не подчинились ни положительной, ни отрицательной корреляционной взаимозависимости. У 17-летних подростков выявлена наиболее высокая положительная корреляционная зависимость между АМГ и объемом яичников (0,91), средняя корреляция между АМГ и количеством фолликулов (0,53), а также объемом яичников и количеством фолликулов (0,67). Притом, ОДА $F_{\text{расч.}}$ составила 9,8 и было достоверно больше $F_{\text{критического}}$,

равного 4,8 ($p < 0,001$). Количественное взаимовлияние АМГ и объема яичника у девочек 17 лет составило 83,0%.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у девочек в возрасте от 15 до 17 лет, несмотря на установленный регулярный ритм менструаций и значимое повозрастное нарастание уровня эстрадиола, продолжается совершенствование анатомо-функциональной структуры яичников. Этот процесс носит волнообразный характер, что, возможно, необходимо для перенастройки регуляции репродуктивной системы. Подтверждением этому факту может служить выявленное нами временное уменьшение объема яичников и снижение уровня АМГ у девочек в возрасте 16 лет по сравнению с 15-летними и закономерное увеличение базальной секреции ФСГ. У подростков 17 лет отмечены наиболее четкие корреляционные взаимосвязи уровня эстрадиола, среднего объема обоих яичников, АМГ и уровня ФСГ по сравнению с другими возрастными группами, которые мало отличаются от данных, представленных в современных публикациях об овариальном резерве женщин репродуктивного возраста.

Результаты проведенного нами исследования позволяют по-новому подойти к оценке этапов полового развития, определить его основные закономерности в норме и выделить предикторы нарушений менструального цикла и отклонений анатомо-функционального состояния яичников у девочек-подростков.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-17 ЛЕТ

Буралкина Н.А., Уварова Е.В.

Россия, г. Саранск, МУЗ «Детская городская поликлиника №4»

По данным профилактических осмотров, за последние 5 лет на треть сократилась группа практически здоровых детей и растет группа хронических больных (Долженко И.С., 2004). К сожалению, в России пока нет культуры здорового образа жизни, и лишь немногие понимают необходимость профилактических осмотров, раннего выявления и лечения заболеваний, в том числе, в сфере гинекологии (Гуркин Ю.А., 2005).

Целью исследования. Установить взаимосвязь образа жизни и соматического здоровья у девочек — подростков в возрасте 10-14 лет.

Материалы и методы. Обследовано 2531 девочек 10-17 лет. Из них первую группу составили 1239 (48,9%) подростков 10-14 лет, вторую — 1292 (51,1%) пациентки 15-17 лет. Внутри групп исследуемые отнесены к одной из четырех групп экстрагенитального здоровья согласно приказам Минздрава СССР №60 (1983) и Минздрава РФ №621 (2003). Для выявления медико-социальных особенностей, провели сравнительный анализ (критерий χ^2) между соматически здоровыми подростками (первая груп-

па) и сверстницами с экстрагенитальной патологией (вторая, третья, четвертая группы).

355 (8,7%) девочек 10 — 14 лет, не имеющих анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений, с соответствующим календарному возрасту физическим, психическим и половым развитием вошли в первую группу соматического здоровья. При изучении образа жизни девочек выяснилось, что 144 (40,6%) из них занимались спортом, но большая часть подростков (59,0%) не имела к нему отношения. Часто совершали прогулки на свежем воздухе 296 (83,6%), а 16,4% девочек большее время находилось в закрытых помещениях. Пробовали курить — 0,3% девочек. Сексуально активных подростков было трое, что составило 0,8%. Из 333 (26,9%) пациенток второй группы здоровья (с функциональными отклонениями) занимались спортом 14 (4,1%), 63 (18,9%) часто находились в закрытых помещениях. Делали ежедневные прогулки на свежем воздухе 270 (81,1%) девочек. Пробовали курить — 0,3%. Сексуально-активных было двое (0,6%). 503 (40,6%) девочки 10 — 14 лет составили третью группу здоровья (с хроническими болезнями в стадии стойкой ремиссии). 217 (43,1%) из них занимались спортом. Сексуально активной была одна (0,2%) пациентка. Частые прогулки на свежем воздухе проводила большая часть подростков (78,6%), но 21,4% девочек довольно часто не выходило из закрытых помещений. 5 (1,0%) курили. Девочек 10 — 14 лет четвертой группы здоровья (с хроническими заболеваниями в стадии нестойкой ремиссии) обследовано 48 (3,9%). 17 (35,4%) из них уделяли внимание спорту. Часто находились в закрытых помещениях — 9 (18,8%) из них. Сексуально-активных в данной группе не зарегистрировано.

Анамнез жизни пациенток 15 — 17 лет первой группы (n=344 (26,6%) здоровья показал, что прогулки на свежем воздухе проводили больший процент из них (327; 95,1%). Спортом занималась 160 (49,7%). Сексуально-активных было 54 (15,7%). Курили 12 подростков, что составило 3,8% (регулярно 6 (1 — 4 сигареты в сутки)). Из 310 (24,0%) сверстниц второй группы здоровья 16 (4,9%) девочек пробовали курить либо курят иногда, 9 (2,8%) — ежедневно, что достоверно чаще, в сравнении с подростками первой группы (7,7% и 3,8% соответственно, $p < 0,05$, критерий χ^2). 105 (33,9%) занимались спортом, что было достоверно реже, чем у девочек первой группы (37,8% и 49,7% соответственно, $p < 0,05$, критерий χ^2). 36 (11,6%) девочек редко бывали на свежем воздухе, что встретилось достоверно чаще против девочек первой группы (11,6% и 4,9% соответственно, $p < 0,05$, критерий χ^2). Сексуально-активных подростков было 48 (15,5%). Анализ образа жизни девочек третьей группы (n=577 (44,7%) установил, что 88 (17,3%) из них редко гуляют на свежем воздухе, что достоверно чаще в сравнении с соматически здоровыми сверстницами (15,3% против 4,9% соответственно, $p < 0,001$, критерий χ^2). 16 (2,5%) курят каждый день, 34 (5,6%) курят иногда, что достоверно чаще в сравнении с первой

группой (3,8% против 8,1% соответственно $p < 0,001$, критерий χ^2). 212 (36,7%) занимались спортом, 27 (4,7%) из них профессионально, в основном танцами. Сексуально — активных подростков было 116, что составило 20,1%. 9 (14,8%) пациенток четвертой группы (n=61 (4,7%)) не достаточно совершали прогулки на свежем воздухе, что было достоверно чаще в сравнении с девочками, не имеющими соматических болезней (14,8% против 4,9% соответственно, $p < 0,001$, критерий χ^2). 18 — занимались спортом, что зарегистрировано достоверно реже в отличие от первой группы (29,5% против 49,7% соответственно, $p < 0,05$, критерий χ^2). 11 (15,8%) пациенток курят, что выявлено достоверно чаще, чем в группе сверстниц первой группы. Сексуально-активных было 10, что составило 16,4%.

Заключение. Образ жизни подростков сказался на их соматическом здоровье: пациентки, совершающие редкие прогулки на свежем воздухе, мало уделяющие внимания спорту, а также наличие у них вредных привычек (курение) имели более слабое соматическое здоровье, что проявлялось параллельно взрослению.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОВАРИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Бутарева Л.Б., Ткачева О.Н., Шарашкина Н.В., Новикова И.М.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Сердечно-сосудистая патология, объединяющая заболевания коронарных артерий, инфаркт, поражение периферических сосудов, является ведущей причиной смерти у женщин. Резкое повышение с возрастом частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), особенно после менопаузы, связывают с устранением кардиопротективного влияния эстрогенов [Snowdon DA, De Kleijn MJJ]. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) — патологический симптомокомплекс, характеризующийся первичной (15%), либо вторичной (85%) гипергонадотропной аменореей, бесплодием и проявлениями гипозэстрогении у женщин в возрасте до 40 лет. Молодые пациентки с ПНЯ проживают в условиях выраженного эстроген-дефицитного состояния более продолжительное время по сравнению со здоровыми женщинами, достигшими естественной менопаузы, что предопределяет более высокий риск развития разнообразной патологии в эстроген-зависимых органах мишенях: ЦНС, сердечно-сосудистой системе, урогенитальном тракте, опорно-двигательном аппарате. Согласно современным воззрениям, риск ССЗ ассоциируется с эндотелиальной дисфункцией (ЭД), являющейся начальным этапом поражения сосудистой стенки. Эндотелий играет ключевую роль в поддержании нормального функционирования сосудов посред-

ством синтеза вазоактивных субстанций, в первую очередь, оксида азота и эндотелина, регулирующих сосудистый тонус, агрегацию тромбоцитов и пролиферацию гладкомышечных элементов сосудистой стенки. Под ЭД, в настоящее время, понимают дисбаланс между медиаторами, обеспечивающими в норме оптимальное течение всех эндотелийзависимых процессов. ЭД сопутствует доклиническим стадиям атеросклероза и может быть выявлена задолго до структурных изменений в стенке сосуда, регистрируемых при ангио- или эхографии.

Таким образом, у больных с ПНЯ выявление ЭД позволит оценить не только исходный интегрирующий показатель дополнительного фактора риска ССЗ, но и мониторировать, на фоне проводимой терапии, уровень атерогенного потенциала. С этой целью из 140 обследованных с ПНЯ, ЭД изучена у 24 пациенток: у 16-ти с идиопатической и у 8-ми — с ятрогенной формами ПНЯ, до- и после 6 месячной циклической ЗГТ. Средний возраст по группам достоверно не отличался и составил $31 \pm 6,9$ лет. В качестве нормативных использовались показатели функции эндотелия (ФЭ) 12 здоровых женщин ($29,7 \pm 2,6$ лет), обследованных в раннюю фолликулиновую фазу менструального цикла.

Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) исследовалась с помощью дуплексного сканирования плечевой артерии аппаратом VIVID 7 фирмы «General Electric» при проведении пробы с реактивной гиперемией, вызванной окклюзией плечевой артерии в течение 4,5 мин. с помощью пневмоманжеты (по методу D. Celermajer). Изменение диаметра плечевой артерии и скорость кровотока оценивали в процентах к исходным величинам в покое. Толщина интима-медиа (ТИМ) исследовалась с помощью ультразвукового сканирования общих сонных артерий на расстоянии 10 мм до их бифуркации. Результаты ЭЗВД оценивались в сопоставлении с параметрами липидограммы, уровнем гомотеина и ультрачувствительного С-протеина.

Сравнительный анализ исходного атерогенного статуса больных позволил выявить различия ТИМ. Достоверное ее увеличение в группе ятрогенной ПНЯ, по сравнению с аналогичными данными у пациенток с идиопатической ПНЯ и здоровых женщин ($0,65 \pm 0,12$ мм. против $0,52 \pm 0,09$ мм. и $0,51 \pm 0,04$ мм.), сопровождалось гиперхолестеринемией ($6,07 \pm 1,2$ ммоль/л против $5,4 \pm 0,49$ ммоль/л и $4,68 \pm 0,12$ ммоль/л), тенденцией роста ЛПОНП и достоверным повышением индекса атерогенности ($2,67 \pm 0,7$ против $2,06 \pm 0,47$ и $2,01 \pm 0,12$). В условиях проведения пробы у больных с ПНЯ до начала ЗГТ величина ЭЗВД оказалась в среднем на треть ниже таковых в группе контроля и составила $9,12 \pm 3\%$ против $14,45 \pm 6\%$, что, по-видимому, может ассоциироваться с ранним развитием ЭД на фоне преждевременной овариальной недостаточности. Выявленная тенденция к нормализации показателя ЭЗВД ($11,8 \pm 2,5\%$), после ЗГТ у пациенток с идиопатической ПНЯ, коррелирующая со снижением атерогенных фракций липопротеинов отражает обратимость сосудистой ЭД. Вместе с тем, у гема-

тологических больных с ятрогенной ПНЯ, отсутствие существенной динамики показателя ЭЗВД ($10,4 \pm 0,9\%$), по-видимому, обусловлено механизмом по типу «острого» выключения овариальной функции, вследствие высокодозной комбинированной химиотерапии и отрицательного влияния последней на эндотелий.

Таким образом, анализ предварительных результатов исследования ЭД у молодых женщин с ПНЯ подтверждает повышенный риск ССЗ и демонстрирует возможность нормализации ФЭ у данной категории больных. Требуется дальнейшее накопление данных для оценки сердечно-сосудистых последствий ПНЯ и долгосрочного прогноза.

АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЛИГОМНОРЕЕ

Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е.,
Мирошниченко С.А.

Россия, Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Нарушение менструального цикла у девочек-подростков приводит к нарушениям репродуктивного здоровья. К факторам, оказывающим влияние на функционирование репродуктивной системы относится в том числе и соматический статус пациентки

Целью настоящего исследования явилось изучение соматического статуса при первичной олигоменорее у девочек-подростков.

Материалы и методы: всего было обследовано 34 девушки в возрасте 14-18 лет. Группу сравнения составили 23 девушки с нормальным менструальным циклом аналогичного возраста. Соматический статус анализировался по результатам проведенного обследования девочек-подростков смежными специалистами.

Обсуждение полученных результатов. В результате проведенного исследования было отмечено, что у девочек основной группы в достоверно большем количестве случаев по сравнению с контрольной группой отмечалась патология сердечно-сосудистой системы (70,5% и 34,8% соответственно), желудочно-кишечного тракта (64,7% и 30,4% соответственно), нервной системы (58,8% и 17,3% соответственно), патологии щитовидной железы (55,9% и 8,7% соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при первичной олигоменорее у девочек-подростков имеется отягощенный соматический статус. Это требует наряду с коррекцией гормонального статуса выполнения превентивных мероприятий, направленных на его нормализацию.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОЛИГОМЕНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е.,
Мирошниченко С.А.

Россия, Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Менструальный цикл — результат сложных взаимодействий и реактивации гипоталамических и гипофизарных отделов репродуктивной системы в подростковом возрасте с последующим становлением функциональной активности яичников и увеличением секреции половых гормонов. При нарушении этих взаимодействий происходит нарушение менструальной функции у девочек, что приводит в дальнейшем к нарушению репродуктивного здоровья.

Целью настоящего исследования явилось изучение гормонального статуса при первичной олигоменорее у девочек-подростков.

Материалы и методы: всего было обследовано 34 девушки в возрасте 14-18 лет. Контрольную группу составили 23 здоровых девушек аналогичного возраста. Обследование гормонального статуса в основной и контрольной группах проведено путем определения яичниковых и гонадотропных гормонов, а также гормонов периферических желез внутренней секреции в сыворотке крови иммуноферментным методом. Особенности гормонального статуса изучались у всех обследованных нами девочек на 5-7 день менструального цикла после самостоятельной менструации.

Обсуждение полученных результатов. В результате проведенного исследования было отмечено, что у девочек основной группы тестостерон вырабатывался в достоверно большем количестве, чем в контрольной, в то время, как секреция эстрадиола была как повышенной, так и нормальной, а прогестерона — достоверно снижена ($p < 0,05$). Выработка гонадотропных гормонов в основной группе также достоверно отличалась от таковой у здоровых девочек — имела тенденция к снижению выделения ФСГ, при достоверном повышении уровня ЛГ. Концентрация пролактина в крови девушек основной группы практически не отличалась от таковой в контрольной группе. Также обращала на себя внимание тенденция к повышению секреции кортизола ($p < 0,01$) у девочек основной группы, что очевидно связано с активацией коры надпочечников. Секреция гормонов репродуктивной системы в контрольной группе соответствовала гормональным показателям здоровых девушек-подростков.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при первичной олигоменорее у девочек-подростков имеются существенные нарушения гормонального статуса, что является следствием неполноценной регуляции репродуктивных структур.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МАТКИ В РЕШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ

Буянова С.Н., Логутова Л.С., Мгелиашвили М.В.,
Чечнева М.А.

Россия, г. Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Проведен анализ результатов реконструктивных операций у 168 пациенток с патологией матки, вызывающей репродуктивные проблемы: у 90 женщин с миомой матки, планирующих беременность и имеющих для этого реальные возможности (замужние); у 42 — с двурогой маткой; у 36 — с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения.

Возраст пациенток колебался от 22 до 44 лет (средний возраст — 33 года). Из 90 пациенток с миомой матки у 33-х (36,6%) в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности, у 38 (42,2%) — бесплодие в течение от 1 до 17 лет. Показанием к миомэктомии на этапе прегравидарной подготовки являлись: быстрый рост узлов, атипичное их расположение (шеечно-перешеечное, интралигаментарное и подслизистое), большие размеры, маточные кровотечения, некроз узла, бесплодие. Миомэктомия выполнена лапаротомным доступом. Беременность планировали через 6 месяцев после операции после ультразвуковой оценки состоятельности рубца (рубцов). При УЗИ с доплерометрией толщина миометрия была равна толщине интактного миометрия без ниш и дополнительных включений с адекватным кровотоком.

Из 90 женщин беременность наступила у 61 (67,8%) пациентки (при этом у 6 пациенток за время наблюдения беременность наступила дважды). В группе больных с бесплодием из 38 пациенток беременность наступила у 20 (52,6%), у 11 (61,1%) из 18 — с невынашиванием и у 30 (88,2%) из 34 пациенток — с ненарушенной репродуктивной функцией. В среднем наступление беременности после операции отмечено через 12 месяцев (минимум — через 5 месяцев, максимум — через 6 лет). Из 61 пациентки, у которых наступила беременность, 45 женщин ее доносили до срока родов, при этом у 7 пациенток произошли срочные самопроизвольные роды и 38 пациенток родоразрешены путем операции кесарева сечения. У 5 женщин беременность прогрессирует.

У 11 (12,2%) пациенток отмечены неблагоприятные исходы беременности: у 6 женщин произошел самопроизвольный выкидыш в раннем сроке беременности, в 3 случаях диагностирована неразвивающаяся беременность малого срока, у одной пациентки произошел поздний самопроизвольный выкидыш в сроке 17 недель гестации, у одной пациентки диагностирована левосторонняя трубная беременность, в связи с чем выполнена лапароскопия, левосторонняя тубэктомия (в последующем у этой пациентки наступила беременность, которая на данном этапе прогрессирует).

МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Валиуллина Н.З., Красильникова О.К.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Показанием к метропластике при двурогой матке у 28 (66,6%) пациенток явилось невынашивание беременности (поздние самопроизвольные выкидыши во II триместре беременности от 1 до 3-х), у 14 (33,4 %) — бесплодие. Метропластика по Штрассману выполнена 24 больным, по Джонсу — 18. Во время операции более чем у половины больных выявлялась сопутствующая патология: СПКЯ, наружный эндометриоз, сактосальпинксы, миома одного рога, что являлось показанием к расширению объема операции. Беременность разрешали через 6 месяцев. Признаков несостоятельности рубца при УЗИ с доплерометрией не выявлено ни в одном случае. Характерной эхоскопической особенностью у большинства больных была седловидная форма матки.

Беременность наступила у 26 из 42 пациенток (61,9%), завершилась рождением живых детей (кесарево сечение 24, самопроизвольные роды — 2). Четыре женщины от планирования беременности отказались, 12 остались бесплодными («ниша» для ЭКО).

Эндометрит после кесарева сечения является основной причиной формирования несостоятельности рубца на матке. Оперировано 36 женщин с несостоятельным рубцом на матке: 27 в послеродовом периоде (на 14 — 72 сутки после кесарева сечения переведены из различных стационаров с клиникой вялотекущего эндометрита и УЗ — признаками несостоятельного рубца) и 9 — на этапе прегравидарной подготовки (эхоскопические признаки несостоятельности рубца от 2 до 5 лет после кесарева сечения).

Признаки несостоятельности рубца вне беременности проявлялись в виде деформации наружного контура матки в нижнем сегменте и на уровне перешейка, втяжения серозной оболочки, резком истончении миометрия, «ниши» со стороны полости матки или деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии. Наличие «ниши» со стороны полости во всех случаях подтверждено при гистероскопии. Из 36 женщин у 14 были интра- или антенатальные потери плодов. Выполнена метропластика лапаротомным доступом. Через 6 месяцев при УЗИ с доплерометрией ни в одном случае не выявлено несостоятельности рубца. Беременность наступила у 21 пациентки (58,3%), родоразрешены оперативным путем 18, через естественные родовые пути — 3 в сроке беременности 36-38 недель живыми детьми. 15 пациенток в данный момент беременность не планируют.

Таким образом, реконструктивные операции на матке, выполненные по строгим показаниям, с соблюдением современных хирургических технологий и реабилитации, направленных на формирование состоятельного рубца, являются реальным фактором восстановления репродуктивного здоровья женщин.

Проблема женского бесплодия является весьма актуальной. Бесплодие — неспособность к оплодотворению у мужчин и зачатию у женщин. У женщин различают первичное бесплодие — отсутствие беременности в анамнезе и вторичное, когда бесплодию предшествовала хотя бы одна беременность. Первичное и вторичное бесплодие может быть относительным, если восстановление репродуктивной функции возможно, и абсолютным при невозможности забеременеть естественным путем (отсутствие матки, яичников, пороки развития половых органов).

Бесплодных супругов необходимо обследовать одновременно. Частота бесплодия браков в Российской Федерации составляет 15-17%, из них, на женское бесплодие приходится 40-60%. Диагностическим критерием считается отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в течение 12 месяцев. Наиболее распространенные формы женского бесплодия — трубно-перитонимальная (50-60%) и ановуляторная (эндокринная) (30-40%). Ановуляторная (эндокринная) форма бесплодия характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений, но существует единственный признак, объединяющий все формы эндокринного бесплодия — ановуляция. Физиологическая ограниченность репродуктивного периода у женщин в значительной степени определяет врачебную тактику. Многообразие факторов, приводящих к бесплодию в браке и особенно их сочетания, вызывают трудности при выборе метода. Тактика терапии зависит от формы эндокринного бесплодия. Несмотря на значительные успехи, достигнутое в изучении проблемы эндокринного бесплодия, вопросы, касающиеся лечения его, еще не решены.

Применяют различные гормональные и негормональные препараты, при чем одни из них используют на подготовительных этапах лечения, другие непосредственно в процессе индукции овуляции. Среди негормональных методов лечения эндокринных форм бесплодия рефлексотерапия (РТ) в комплексе с прижиганием заслуживает внимания.

Целью нашей работы является использование метода рефлексотерапии в комплексе с прижиганием, направленного на восстановление процесса овуляции, обусловленного нарушением сложных взаимоотношений в системе гипоталамус - гипофиз - яичника - матка, приводящих к бесплодию у женщин.

Для оценки эффективности РТ нами проведено наблюдение у 76 женщин в возрасте от 25 до 35 лет, страдающих бесплодием, обусловленным ановуляцией. Менструации у обследованных больных начались в возрасте 11-17 лет; у 36 женщин менархе сначала были нерегулярными, у 27 — нарушения менструального цикла возникли позднее,

а у 13 женщин ритм менструаций не был нарушен. Первичным бесплодием страдали 56 женщин, 20 — вторичным.

Ановуляция установлена в процессе исследования с помощью измерения базальной температуры и цервикального числа, определения половых стероидных гормонов в плазме крови радиоиммунологическим методом, УЗИ-мониторинга овуляции, а также гистологического исследования эндометрия.

У 23 женщин, по данным тестов функциональной диагностики, была выявлена недостаточность второй фазы менструального цикла, приводящая к недостаточности секреторной трансформации эндометрия, у 53 больных ановуляция.

До рефлексотерапии 46 больным проводилось неоднократное лечение гормональными препаратами, которое оказалось неэффективным.

РТ проводилась ежедневно двумя курсами, каждый по 10-12 процедур, начиная с 5-го дня менструального цикла. На сеанс брались 4-6 точек. Во время овуляции проводилось прижигание полынными сигарами, которое прекращали сразу после периода овуляции. Учитывая преобладающее влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы в 1 фазу менструального цикла, в основном использовались точки VC 3,4; C 5,7; MC 6,7; R 12, 13. В дни овуляции тонизировали прижиганием точки VC 3,8; RP 6: После игл, прижигали точку R13 и точку бесплодия, которая расположена латеральнее точки VC 4 на 5 см.

В первую фазу менструального цикла использована аурикулярная точка AT 23. Во вторую фазу цикла, преобладающее влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы, усиливалось воздействием на точки VB3, E 36, G 4, P 7, R 6 и AT 51. В процессе лечения в течение 2-3 менструальных циклов по окончании РТ, проводилось систематическое изучение тестов функциональной диагностики для клинической оценки эффективности примененного лечения, характеристики фаз менструального цикла.

В результате лечения овуляция наступила у 75% (72 больные), из них 54 женщины забеременели. Беременность закончилась своевременно родами у 43 женщин. Внематочную беременность наблюдали у 3, самопроизвольный выкидыш у 8.

Таким образом, полученные результаты показали, что рефлексотерапия оказывает стимулирующее и нормализующее влияние на функцию яичников и восстанавливает овуляцию.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ФОТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ

**Валиуллина Н.З., Попова Е.М., Жданова Л.Л.,
Зайнуллина Р.М.**

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Одна из ведущих причин как первичного, так и вторичного бесплодия — воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗЖПО) и их по-

следствия в виде локального спаечного процесса, нарушений гистотрофики и иннервации. В этой связи изучение вопросов, связанных с разработкой и совершенствованием методов, направленных на скорейшее купирование воспалительных процессов и реабилитацию репродуктивной функции, продолжает оставаться доминантой в современной акушерско — гинекологической практике. Фотогемотерапия — метод квантовой терапии, оказывающий своё воздействие квантами электромагнитного излучения. При внутриматочной ФГТ происходит фотомодификация локального венозного и артериального коллектора, что оказывает как местное, так и системное адаптивное влияние. Цель исследования — повышение эффективности лечения бесплодия методом внутриматочной модификации фотогемотерапии (ВМФГТ). Нами была использована более безопасная модификация ФГТ, что объясняется стремлением внедрить в практику современные малоинвазивные технологии. Было пролечено 83 пациентки в возрасте 24-39 лет, из них 48 женщин были с гормональным, 35 — с трубно-перитонеальным бесплодием. Всего проведено 415 сеансов ВМФГТ. Курс лечения состоял из 5 процедур, с интервалом между сеансами 1-2 дня. ВМФГТ выполнялась с помощью аппарата ОВК-0,3, модель 5 (облучатель волоконный кварцевый), в режиме «I» + «III», течения 50 минут. Стерильный световод вводился через цервикальный канал в полость матки, на 1-2 см выше внутреннего зева. Для контроля эффективности ВМФГТ больным проводилось полное клинико-лабораторное, бактериоскопическое обследование, контрольная гистеросальпингография, УЗИ органов малого таза, исследование гормональной функции яичников. В результате лечения улучшались показатели крови, гормональной функции яичников, происходила активация клеточного иммунитета, наблюдалось восстановление проходимости труб. После проведенных сеансов ВМФГТ у 62 женщин наступила беременность, у 56 из них беременность завершилась своевременными родами, у 6 — самопроизвольным абортom. Проведенные данные показывают, что применение ВМФГТ оказывает стимулирующее и нормализующее влияние на функцию яичников, способствуя рассасыванию спаек и восстановлению репродуктивной функции.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Ващанова Ю.П., Егорова А.Т.

Россия, г. Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования

Одной из основных проблем современной медицины, в том числе в акушерско-гинекологической практике, являются гнойно-септические осложне-

ния. Несмотря на достижения в вопросах профилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений в оперативной гинекологии, их число остается высоким. Частота ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений не имеет тенденции к снижению и составляет по различным данным, от 0,3 до 8,6% к общему числу операций на органах брюшной полости и малого таза при сохраняющейся высокой летальности — от 23,6 до 71,2% — и достигающей при тяжелых формах послеоперационного перитонита 80% и более.

Цель исследования: Определить место гнойно-септических осложнений в структуре послеоперационной летальности гинекологических больных и на основании клинико-экспертного анализа разработать систему мероприятий по профилактике и уменьшению частоты их возникновения.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ случаев послеоперационной летальности вследствие развития гнойно-септических осложнений на основании первичной документации.

Результаты: Проведен анализ историй болезни женщин, оперированных и умерших в гинекологических отделениях МУЗ г. Красноярска (ККБ №1, ГБ №4, ГБ №6 им. Н.С. Карповича) за 10 лет (1999 - 2009 гг.). В проведенном исследовании из 79 (100%) летальных исходов, относящихся к послеоперационной летальности, выявлено 29 (36,7%) вследствие гнойно-септических осложнений.

В исследуемой группе женщины распределились следующим образом: в возрасте 27-28 лет было 2 (6,9%), 30-39 лет — 4 (13,8%), 40-49 лет — 12 (41,4%), 50-59 лет — 5 (17,3%), 60-69 лет — 3 (10,3%) и 3 (10,3%) женщины имели возраст 70, 79, 83 года. Средний возраст составил $48,1 \pm 14$ лет.

Социально-гигиенический портрет женщин исследуемой группы выглядел следующим образом: городских жительниц было в 55,2% (16) случаев против сельских жительниц, с материально-бытовыми условиями ниже среднего, которые составили — 44,8% (13) случаев. Безработных было 48,3% (14), работающих — 27,6% (8) и пенсионерок — 24,1% (7) случаев.

Женщины, как правило, поступали в стационар в тяжелом состоянии и в 72,4% (21) случаев операция выполнялась по ургентным показаниям и только в 27,6% (8) случаев операция была плановой. Показаниями к оперативному лечению в 51,7% (15) случаев были гнойные tuboовариальные опухоли с гнойно-фибринозным перитонитом; в 13,8% (4) — кистомы яичников с малигнизацией и без; в 6,9% (2) — cancer colli uteri; в 10,5% (3) — симптомные миома матки; в 6,9% (2) — cancer corpus uteri; в 3,4% (1) — миома матки, осложненная кровотечением и гнойной tuboовариальной опухолью; в 3,4% (1) острый гнойно-абсцедирующий метроэндометрит, двусторонний гнойный сальпинго-оофорит, гнойный параметрит; в 3,4% (1) случаев — актиномикозный эндометрит, абсцесс прямокишечно-маточного углубления.

Объем выполненных операций: в 44,8% (13) случаев — гистерэктомия, ревизия, санация брюшной полости; в 34,5% (10) — аднексэктомия, санация

и дренирование брюшной полости; в 10,4% (3) — вскрытие абсцесса брюшной полости или малого таза, санация и дренирование брюшной полости; в 6,9% (2) — ревизия, санация и дренирование брюшной полости, наложение лапаростомы; и в 3,4% (1) случаев — диагностическая лапаротомия, биопсия опухоли, дренирование брюшной полости.

Осложнения послеоперационного периода, которые привели к летальному исходу: перитонит (гнойно-фибринозный в 51,7%; каловый, в результате перфорации тонкой и толстой кишки в 27,6% случаев), сепсис, синдром полиорганной недостаточности в 79,3% (23) случаев; диффузный серозно-фибринозный перитонит, синдром полиорганной недостаточности в результате обострения неспецифического энтероколита или механической кишечной непроходимости или мезентериального тромбоза — в 10,4% (3); острая почечная недостаточность, пневмония, абсцесс малого таза — в 6,9% (2); постреанимационная болезнь головного мозга, сердечно-сосудистая недостаточность — в 3,4% (1) случаев.

Релапаротомия по экстренным показаниям выполнена в 65,5% (19) случаев, из них в 31,6% (6) случаев повторные оперативные вмешательства проводились двух- и трехкратно. При разлитом фибринозно-гнойном и каловом перитонитах проводились плановые ревизии, санации брюшной полости от 2 до 7 раз в 37,9% (11) случаев.

Таким образом, гнойно-септические осложнения занимают лидирующее место в структуре послеоперационной летальности. Причиной этого является позднее обращение за медицинской помощью. Больные поступали в стационар поздно и, как правило, в тяжелом состоянии. Своевременное обращение за медицинской помощью и адекватно проведенные лечебные мероприятия снизят риск послеоперационной смертности.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКЦИИ У ВОЗРАСТНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР.

Вдовенко И.А.(1), Пилипенко И.А.(2),
Прудникова Н.Н.(2), Сафронова И.В.(2),
Аушева Н.(1), Ненашева М.(1)

Оренбургская государственная медицинская академия
Клиника «МаксиМед»

Данные эпидемиологических исследований по проблеме бесплодия в браке показывают, что способность к зачатию после 35 лет достоверно снижается в 3- 4 раза, и возраст оказывается самым значимым фактором риска нарушения репродуктивной функции (Серов В.Н., Пшеничникова Т.Я., Прилепская В.Н., 2001). Однако, в последние годы все чаще супружеские пары в возрасте после 35 лет планируют деторождение по разным причинам. В ряде случаев желание родить ребенка в возрасте после 35 лет обусловлено болезнью или смертью старших детей, повторным браком.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности процедуры экстракорпорального оплодотворения у пар позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 30 супружеских пар в возрасте 35-45 лет, обратившихся по поводу бесплодия в клинику «Максимед» в 2006-2008 г.г. Средний возраст женщин составил $38,8 \pm 3,7$ лет (от 35 до 45 лет). Первичное бесплодие у женщин установлено у 46,5% (14), вторичное — у 53,3% (16). Средний возраст мужчин составил $36,9 \pm 5,3$ лет. При этом в спермограмме отклонения от нормы выявлены у 35,7% из них.

Выявленные причины женского бесплодия были следующими: трубно-перитонеальный фактор — 70,0% (21), генитальной эндометриоз — 13,0% (4), эндокринный фактор — 30,0% (9), мужской фактор — 6,7% (2), идиопатическое бесплодие — 3,3% (1). У 16,7% (5) больных выявлено сочетание нескольких факторов.

Отмечена высокая частота хирургических вмешательств на внутренних гениталиях у женщин: тубэктомия — у 36,7% (11), сольпинголизис и/или сальпингопластика — у 36,7% (11), резекция яичника — у 13,3% (4), миомэктомия 6,7% (2). У 29% (6) больных в анамнезе было 2 и более хирургических вмешательств на органах малого таза.

Показатели гормонограммы у обследуемых женщин были следующими: фолликулостимулирующий гормон — $8,54 \pm 4,38$ МЕ/л (от 2,3 до 10,9 МЕ/л), лютеинизирующий гормон — $7,65 \pm 3,01$ МЕ/л (от 3,1 до 10,6 МЕ/л), пролактин $379,56 \pm 166,1$ МЕ/л (от 167 до 512 МЕ/л).

Результаты исследования. Стандартный длинный протокол стимуляции супероуляции с агонистами рилизинг-гормона был применен у 22,7% (8) женщин, короткий протокол агонистами рилизинг-гормона был применен у 73,3% (22). В процессе стимуляции супероуляции у исследуемых больных было получено всего преовуляторных фолликулов — 175 (в среднем 5,88 на один цикл; от 2 до 7); ооцитов — 143 (в среднем 4,76 на один цикл; от 1 до 5). Оплодотворено всего 70 ооцитов (48,9%), что составило в среднем 2,33 на один цикл; от 0 до 3. Осуществлен перенос 63 эмбрионов. Количество переносов на одну пункцию составило 0,9. Получено всего 2 клинических беременности (6,6% от всех циклов). Из полученных беременностей 1 закончилась спонтанным абортom в сроке 6-7 недель, и 1 беременность закончилась срочными родами.

Выводы. У супружеских пар позднего репродуктивного возраста, вступающих в программу экстракорпорального оплодотворения, имеет место высокая частота сочетания 2-х и более факторов бесплодия в браке. У женщин отмечается скудный ответ на стимуляцию супероуляции и снижение качества ооцитов. У мужчин, в свою очередь, имеют место субфертильные показатели спермограммы. Снижение качества гамет, обусловленное возрастом, приводит к высокой частоте спонтанного аборта в случае наступления беременности. Все вышеперечисленное ведет к снижению эффектив-

ности экстракорпорального оплодотворения в лечении бесплодия у супружеских пар позднего репродуктивного периода и диктует необходимость более широкого применения интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов, донорства гамет и эмбрионов.

ПЕРИМENOПАЗА: УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Начало проявления симптомов урогенитальных расстройств относится к периоду перименопаузы и галопирующе прогрессирует.

Цель: оценить параметры качества жизни женщин, страдающих расстройствами мочеиспускания и влияние на них различных видов терапии, а также уточнить особенности симптомов проявляющихся и преобладающих в перименопаузе.

Проанализировано 425 историй болезни женщин, госпитализированных в стационар в течение 5 лет. У 228 пациенток были отмечены симптомы урогенитальных нарушений в перименопаузе. Возраст больных составил 45-55 лет. Для уточнения особенностей нарушения мочеиспускания всем больным проводилось комплексное уродинамическое исследование с профилометрией. Больные вели дневники мочеиспускания.

Основой терапии пациенток явилась индивидуально подобранная системная и локальная заместительная гормонотерапия в сочетании с модуляторами негормональных рецепторов мочевого тракта (α -адреноблокаторы, М-холиномиметики, их сочетание)

У 12,8% пациенток был выявлен атрофический вагинит и недержание мочи различной степени тяжести, стрессовое недержание мочи отмечено у 30% пациенток, а смешанная форма нарушения присутствовала у 22%. Согласно анкетированию снижение качества жизни до начала лечения отмечали более 70% пациенток, а через 6 месяцев лечения этот процент значительно снизился.

Результатом лечения явилось подтверждение, что подавляющее число симптомов урогенитальных расстройств проявлялось в перименопаузе, и практически, большая часть пациенток (82%) к врачу не обращалась из-за наличия чувства «стыда». Результатом адекватно подобранной гормонозаместительной терапии в течение полугода купировались симптомы урогенитальной атрофии и нарушения мочеиспускания. Раннее начало ЗГТ является ступенькой в системе профилактики тяжелых урогенитальных расстройств.

ПАРАМЕТРЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н., Агеев М.Б.,
Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им.
И.М. Сеченова

Актуальность данной темы определена продолжающимся ростом воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

Несмотря на проводимую профилактику, ВЗОМТ развивается у 30% женщин с хламидийной инфекцией. В большинстве случаев пусковым механизмом развития ВЗОМТ являются инфекции, передаваемые половым путем. Наличие во влагалище анаэробов, являющихся частью нормального влагалищного биоценоза, также могут быть причиной ВЗОМТ. При выявлении этих возбудителей целесообразно проводить этиотропную терапию ВЗОМТ.

Однако, если установить возбудителя не представляется возможным, необходимо назначить средства, способные воздействовать на наиболее широкий спектр патогенных механизмов. Лечение необходимо начинать раньше, основываясь на клинической симптоматике.

Время ожидания лабораторного подтверждения диагноза может существенно ухудшить результаты терапии.

В нашем исследовании (104 пациентки) одним из основных препаратов, который используется во всех схемах лечения ВЗОМТ является доксицилин. Его использовали либо в сочетании с нитроимидазолами, или в сочетании с другими антибиотиками (цефалоспорины, фторхинолоны).

У 64% пациенток в течении 2 суток отмечалось улучшение, а в течении последующих дней — исчезновение основных симптомов (12%).

Таким образом, при правильной оценки клинической ситуации риск наступления побочных эффектов минимален. Однако, предпочтительным остается комбинация препаратов, которая наиболее полно перекрывает спектр возможных этиологических агентов ВЗОМТ.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Вишнякова С.В., Пекарев О.Г.

Россия, г. Новосибирск, ГОУ Новосибирский государственный
медицинский университет

Актуальность проблемы обусловлена не только высокой частотой и разнообразием патологии шейки матки, но и риском развития предраковых заболеваний и рака шейки матки, который продолжает

занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии у женщин. Наряду с воспалением, травмой, нарушением местного иммунитета, в генезе заболеваний шейки матки существенную роль играет нарушение гормонального баланса. Тем не менее, данные литературы о функциональном состоянии гипофизарно-яичниковой системы крайне противоречивы.

Целью исследования явилось изучение состояния менструальной и репродуктивной функции у женщин, страдающих фоновыми заболеваниями шейки матки с целью разработки на этой основе более эффективных методов профилактики и лечения, что способствовало бы позитивному решению комплекса проблем частоты опухолевой патологии шейки матки.

Обследовано 290 больных с заболеваниями шейки матки и 25 женщин без патологии шейки матки, которым проведено полное клиническое обследование, расширенная кольпоскопия, гистологическое исследование биоптата шейки матки, измерение базальной температуры, гормональная кольпоцитология, определение содержания ФСГ, ЛГ, пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Е2), прогестерона, тестостерона, по показаниям — ДЭА-С в крови радиоиммунным методом. В зависимости от возраста все больные разделены на IV группы: I группу составили 290 нерожавших женщин в возрасте от 16 до 25 лет, а II — 340 больных в возрасте от 26 до 44 лет, III и IV группы составили женщины без патологии шейки матки в возрасте соответственно от 16 до 25 лет и от 26 до 44 лет.

Установлено, что у большинства больных (86,4%) менархе наступило своевременно в возрасте от 11 до 15 лет. Позднее становление менструальной функции отмечалось у 13,5% больных. Более чем у половины больных (52%) менструальный цикл установился сразу, у каждой четвертой (25%) — в течение года, у 17% — более 1 года, у 10% — не установился до момента обследования. Нарушения менструальной функции отмечали в анамнезе 54% больных. При этом первичная аменорея была у 2%, гипоменструальный синдром — у 18%, гиперполименорея — у 12%, альгоменорея — у 42%.

Анализ репродуктивной функции показал, что аборт у больных встречались у каждой третьей пациентки. В группах контроля, как правило, были 1 роды, аборт отмечались лишь в 0,5% случаев. Начало заболевания до беременности отмечалось у 18% больных, во время беременности — у 10%, после родов — у 25%, после абортов — у 42%.

На момент обследования средняя продолжительность менструального цикла у обследованных больных имела тенденцию к увеличению и составила 33,3 + 3,1 дня, тогда как в контрольных группах — 27,2 + 2,2 дня. Продолжительность менструаций составила соответственно 6,2 + 0,5 дня и 4,5 + 0,5 дня. Установлено, что у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет преобладает хроническая ановуляция по типу атрезии фолликула. Уровень эстрадиола и прогестерона снижен. Монотонно низкий уровень секреции эстрадиола приводит к

повышению секреции ФСГ. Уровень ЛГ хотя и достоверно не отличается от контроля, но более чем у трети больных этой группы превышает его значения в контрольной группе и находится на верхней границе нормы. В возрасте от 25 до 44 лет уровень гипофизарных и яичниковых гормонов отличался от такового у пациенток более раннего возраста и женщин контрольной группы. Уровень эстрадиола у каждой третьей был повышен, а к каждой четвертой — снижен. При этом уровни ФСГ и ЛГ, в среднем, не отличались от контроля. Дефицит прогестерона отмечен и в этой группе больных. Но в отличие от более молодых пациенток, у больных этой группы основным типом нарушения менструальной функции стал двухфазный менструальный цикл с лютеиновой недостаточностью как основной тип нарушения менструальной функции. Учитывая стимуляцию пролиферации эпителиального покрова шейки матки эстрогенами, возможно прогнозировать высокую частоту ее заболеваний, а также недостаточную эффективность их терапии и рецидивирующий характер течения при отсутствии в комплексной терапии лечения, направленного на коррекцию менструальной функции. Средние показатели уровня пролактина в сыворотке крови имеют тенденцию к повышению и достоверно отличаются от контрольной группы, хотя не выходят за пределы колебаний нормальных значений.

Таким образом, нарушения менструальной функции отмечаются у 71% больных с фоновыми заболеваниями шейки матки. Более чем у половины больных они обнаруживаются до развития фонового процесса. Эти данные косвенно подтверждают существенную роль нарушения баланса гипофизарных и яичниковых гормонов в генезе фоновых заболеваний шейки матки. Прогнозирование, своевременное выявление и адекватная коррекция нарушений менструальной функции при фоновых заболеваниях шейки матки необходимы для повышения эффективности их лечения, снижения частоты рецидивов после лечения и профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Вознесенская Н.В., Савинова Н.А., Албутова М.Л.
ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет г. Ульяновск, Россия

Инфицированность женщин вирусом папилломы человека (ВПЧ) является серьезной медико-социальной проблемой. В настоящее время этиологическая роль многих штаммов ВПЧ в онкологической трансформации эпителия и развитии рака шейки матки (РШМ) не вызывает сомнения. ДНК ВПЧ может быть идентифицирована практически во всех (99,7%) случаях РШМ. При наличии скрининговой программы по раннему выявлению предраковых заболеваний шейки матки и РШМ, в практической деятельности не используется единый ал-

горитм ведения пациенток с ВПЧ — инфекцией, не внедрены методы для динамической оценки патологического процесса и эффективности проводимого лечения. Все это диктует необходимость поиска новых, информативных и неинвазивных методов диагностики состояния эпителия шейки матки.

Цель работы — изучение локальной организации цервикальной слизи ВПЧ-инфицированных женщин в динамике лечения.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы женщин в возрасте от 18 до 57 лет. Первую группу (контрольную) составили 30 гинекологически и соматически здоровых женщин в возрасте от 19 до 41 года, средний возраст 26,7 + 7,1 лет. Во вторую вошли 61 ВПЧ - инфицированная женщина в возрасте от 18 до 57 лет, средний возраст 27,4 + 7,4 лет. Методы исследования включали общеклинические, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала, обследование на инфекции, передающиеся половым путем методом полимеразной цепной реакции, простая и расширенная кольпоскопия. При наличии патологической кольпоскопической картины проводилась прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Материалом для изучения локальной организации служила цервикальная слизь в нативном виде. Использован метод краевой дегидратации биологических жидкостей В.Н.Шабалина и С.Н. Шатохиной (1998г.) и рекомендованный для изучения всех биологических жидкостей организма человека.

На период обследования здоровые женщины жалоб не предъявляли, ВПЧ -инфицированные женщины жаловались на бели (42,6%), наличие кондилом наружных половых органов (16,4%), мастодению (14,8%). Не предъявляли жалоб 14,8% женщин. В анамнезе женщин 2-ой группы отмечены: патология шейки матки-37,7%, ИППП — 23%, кольпит — 23%, сальпингоофориты — 19,7%. В подавляющем большинстве случаев выявлены IV и III степень чистоты влагалища (47,5% и 36,1% соответственно). При бактериологическом исследовании отделяемого цервикального канала у 26,3% обнаружена условно-патогенная флора, с частотой от 2% до 7% выявлены: *Enter. faecalis*, *Candida albicans*, *St. aureus*, *St. epidermidis* и другие. Следует отметить, что в 52,5% случаев ВПЧ-инфекция сочеталась с уреоплазмозом, в 18,0% с бактериальным вагинозом, по 9,8% с кандидозом и микоплазмозом, в 8,2% - с хламидийной инфекцией. Инфицированность вирусом папилломы человека в 86,8% случаев сопровождалось развитием структурных изменений на шейке матки, причем эктопия встречалась в 65,8% наблюдений. Атипичная кольпоскопическая картина в виде ацетобелого эпителия, мозаики, атипичных сосудов, плоских папиллом обнаружена у 38,9% обследованных.

В препаратах локальной организации цервикальной слизи здоровых женщин выявлены нормальные морфотипы: базисные (базисные сферолиты, миелиновые бороздки), которые встречались

в 33,3% случаев, папоротникообразные и переходные структуры в 33,3% и 55,6% соответственно. В группе ВПЧ-инфицированных женщин также выявлялись нормальные морфотипы, но частота их уменьшалась, в препаратах появлялись патологические маркеры. У 40,9% женщин выявлены параллельные структуры, которые в сыворотке крови описаны как маркеры гиперпластических процессов, у 52,3% женщин наблюдались пластинчатые структуры — маркеры воспаления. Кроме того, в группе ВПЧ-инфицированных женщин выявлены вторичные морфотипы (20,5%) и аморфный тип структуропостроения (2,3%). Количество вторичных морфотипов в цервикальной слизи при дисплазии возрастает с 21% до 62% по сравнению с ВПЧ-инфицированными без дисплазии.

Таким образом, при изучении локальной организации цервикальной слизи у ВПЧ-инфицированных женщин выявлено снижение нормальных и появление патологических маркеров. Частота встречаемости патологических маркеров коррелирует со степенью выраженности деструктивных изменений на шейке матки.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ АНТИПРОГЕСТЕРОНАМИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Волков В.Г., Гусева Н.В., Горшкова И.А.

Тульский Медицинский Институт, кафедра акушерства и гинекологии

Цель работы: оптимизация консервативного лечения миомы матки антипрогестеронами путем снижения терапевтической дозы мифепристона и определение его клинической эффективности посредством оценки качества жизни больных.

Материалы и методы исследования: общеклинические, трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование; определение уровня гормонов крови; по показаниям РДВ, биопсия эндометрия, гистероскопия.

Параллельно проводилась оценка качества жизни женщин посредством опросника SF-36 до начала терапии и по окончании 6 мес. курса лечения.

26 пациенток (возраст 35-53 лет) с лейомиомами матки размерами до 12 недель получали мифепристон (гинестрил) по 12,5 мг ежедневно в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. В свою очередь, больные были разделены на 2 группы: I группу составили пациентки репродуктивного возраста (30-45 лет) n=13, II группу — больные в пременопаузе (46-53 лет) n=13.

Критерии включения: возраст 30-53 лет, миома матки, в том числе множественная, с интерстициальной, интерстициально-субсерозной, субсерозной локализацией, отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии, отсутствие гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты: применение мифепристона (гинестрила) привело к редукции следующих клиниче-

ских симптомов: у всех пациенток имела место аменорея, купировалась болевой; уровень гемоглобина нормализовался к 3 мес. терапии.

У 9 больных (34,6 %) к концу терапии возникла железистая гиперплазия эндометрия: в I группе — у 4 пациенток (15,4 %); во II группе — у 5 (19,2 %), в том числе у одной из пациенток II группы сформировалась гиперплазия с дисплазией эндометрия легкой степени. У остальных женщин состояние эндометрия соответствовало фазе пролиферации.

При оценке качества жизни улучшились показатели как психического, так и физического здоровья. Значимых побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: клиническая эффективность и хорошая переносимость в дозе 2,5 мг в сутки дает возможность успешно его использовать для лечения пациентов с миомой матки как в репродуктивном периоде, так и в пременопаузе с целью редукции клинической симптоматики, так и с целью улучшения качества жизни больных; однако развитие гиперпластического процесса в эндометрии на фоне проводимой терапии как в репродуктивном возрасте, так и в пременопаузе требует тщательного ультразвукового мониторинга в процессе проведения лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН

Волкова Н.И., Рымашевский А.Н.,
Алексеева Н.А., Димитриадис Т.А.

Россия, г.Ростов-на-Дону, кафедра внутренних болезней №3, кафедра акушерства и гинекологии №1, кафедра медицинской и биологической физики Ростовского государственного медицинского университета, Областной консультативно-диагностический центр

Цель: оптимизация диагностики синдрома гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: обследовано 104 пациентки с НМЦ и подозрением на гиперандрогению (ГА). Для верификации диагноза использовали алгоритм, включающий поэтапную оценку клинических проявлений ГА, далее лабораторную и инструментальную диагностику.

Результаты: на 1-м этапе диагностики «объективная оценка жалоб» — у 20 женщин дальнейшее обследование по выявлению ГА было прекращено, т.к. не были получены объективные признаки избытка андрогенов. Обследование продолжили 84 женщины, имевшие сочетание клинических проявлений из разных групп симптомов: поражение сально-волосного комплекса, репродуктивной системы и соматические нарушения. На 2-м этапе диагностики, согласно разработанному алгоритму, проведено гормональное обследование повышение уровня общего тестостерона, т.е. лабораторно подтвержденная ГА выявлена у 53 обследованных. Этим пациенткам выполнено дальнейшее обследование для уточнения источника гиперпродукции

андрогенов: определение в сыворотке крови ДГЭАС и 17-ОП. Синдром ГА надпочечникового генеза выявлен у 27 пациенток, о чем свидетельствует повышение ДГЭАС и/или 17-ОП. Метаболические нарушения, характерные для ГА (дислипидемия, нарушение углеводного обмена, изменение индексов инсулинорезистентности) диагностированы у 6 пациенток с синдромом ГА. Выявляемость синдрома ГА с использованием поэтапного алгоритма диагностики составила 51%, при средней продолжительности обследования 10,5 дней;

Выводы: использование поэтапного алгоритма диагностики ГА позволяет в короткие сроки не только выявлять синдром гиперандрогении, но и уточнять генез этого нарушения.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Габидуллина Р.И.

Россия, г.Казань, Казанский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности индивидуально подобранной дозы гормонального препарата в схеме гормональной терапии климактерического синдрома.

В исследование были включены 42 женщины перименопаузального периода, обратившиеся с вазомоторными и эмоционально-вегетативными симптомами. Средний возраст пациенток составил $46 \pm 1,5$ года. Все они сохранили менструальную функцию, но отмечали нерегулярность цикла. Основную группу составили 12 женщин, которым проводился подбор индивидуальной дозы гормонов. Контрольная группа — 10 женщин со стандартной схемой применения гормональной терапии. Значение уровня ФСГ находилось в пределах $20,3 \pm \text{мМЕ/литр}$. Среднее значение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) $42 \pm 3,2$ балла в основной группе и $45 \pm 4,5$ баллов в контрольной. Гормональная терапия проводилась по схеме с сохранением менструальной функции. Было предложено использование эстрогель-геля в сочетании с утрожестаном с оценкой результатов через 3, 6 и 12 месяцев. В контрольной группе пациенток доза эстрогеля составляла 2,5 г в сутки (1,5 мг эстрадиола (E2)). В основной группе доза препарата снижалась каждые три месяца до 1,25 г в сутки (0,75 мг E2) и 0,83 г (0,5 мг E2) в сутки в зависимости от жалоб и объективного статуса пациенток. Утрожестан применялся с 14 по 25 день цикла 200 мг в сутки вагинально.

При обследовании пациенток через 12 месяцев значение ММИ в контрольной группе оставалось в пределах 16-18 баллов. В основной группе у 2 пациенток, принимавших 1,25 г эстрогеля в сутки ММИ снизился до 20 и 22 баллов. У 40% женщин, использовавших дозу 0,83 г эстрогеля, ММИ вырос на 6

баллов, но их самочувствие не требовало увеличения дозы. У 2 пациенток (20%) ММИ вырос на 12 баллов. С учетом появления жалоб на приливы жара, повышенную потливость, эмоциональную лабильность, было решено рекомендовать им увеличить дозу эстрогеля до 1,25 г/сутки. Следует отметить, что менструальный цикл восстановился у всех женщин. Данные объективного осмотра выявили следующее: изменение веса не отмечалось у 18 из 22 пациенток, у 1 пациентки из контрольной группы и у 3 из основной, страдающих ожирением, масса тела снизилась в среднем на 5,4 кг. По остальным исследуемым параметрам результаты оставались стабильными, не имели достоверных отличий между группами и в сопоставлении с исходными данными.

Таким образом, схема гормональной терапии с сохранением менструальной функции у женщин с климактерическим синдромом, включавшая использование эстрогель-геля в уменьшающейся индивидуально подобранной дозировке и утрожестана, оказалась эффективной, удобной в применении и безопасной, что подтверждается отсутствием побочных действий и хорошей переносимостью препарата всеми обследуемыми пациентками.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Габуня М.С., Капаназде Н.М.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ

В литературе обсуждается как защитная и лечебная роль гормональных контрацептивов (ГК), так и возможность индуцирования рака молочной железы.

Целью данной работы явилось изучение возможностей применения разных видов ГК для лечения фиброзно-кистозной болезни молочных желез и определение критериев подбора контрацептивных средств в зависимости от исходного состояния молочных желез.

Обследованы 220 женщин с фиброзно-кистозной болезнью и проведен сравнительный анализ изменений в молочных железах, в зависимости от состава, дозы и продолжительности применения ГК. У 150 пациенток использовали низкодозные монофазные эстроген-гестагенные ГК (Ригевидон, Регулон, Фемоден, Линдинет 30, Линдинет 20, Новинет), у 32 — трехфазный ГК — Трирегол, у 38 — комбинированный монофазные ГК с антиандрогенным действием (Ярина, Жаннин, Диане — 35). Возраст обследованных женщин колебался от 17 до 43 лет.

ГК подбирали с учетом возраста пациенток, гинекологического и соматического статуса, состояния молочных желез, фенотипа, факторов риска по осложнениям, переносимости препарата. Учитывали общепринятые противопоказания к гормональной контрацепции. Критерием исключения являлось наличие узловых форм ФКБ требующее хирургического лечения.

Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, которое включало пальпацию молочных желез и региональных лимфатических узлов, ультразвуковое сканирование молочных желез и маммографию (по показаниям). При узловых образованиях и кистах в молочных железах производили пункционную биопсию. Проводилось также цитологическое исследование (ЦИ) пунктата и отделяемого из сосков.

Молочные железы обследовали до назначения ГК, через 6, 12, 18 месяцев после начала приема ГК и в течение 1—1,5 лет после окончания приема препаратов. Всего состояние молочных желез прослежено в течение 2920 менструальных циклов.

В результате проведенных исследований молочных желез до назначения ГК у 201 (91,4 %) пациентки установлена диффузная форма ФКБ, у 11 (5 %) выявлена диффузно-узловая форма ФКБ, у 8 (3,6 %) — кисты молочных желез на фоне диффузной ФКБ. У 201 пациентки с диффузными изменениями молочных желез маммографическая картина (по данным УЗМ и РМГ) была разнообразной: у 31 (15%) пациенток преобладал фиброзный компонент, у 76 (38%) — железистый, у 18 (9%) — кистозный, а у 76 (38%) пациенток отмечены гиперпластические изменения всех компонентов стромы.

Из сопутствующих гинекологических заболеваний выявлены хронические воспалительные заболевания гениталий у 48 (22 %) пациенток, миома матки небольших размеров — у 42 (19 %), генитальный эндометриоз I-II степени — у 66 (30 %), гиперпластические процессы эндометрия — у 22 (10 %), поликистоз яичников — у 38 (17,3 %). У 65 (29,5 %) женщин менструации были нерегулярными, у 48 (22 %) — обильными, у 56 (25 %) — болезненными. У 128 (49 %) обследованных гинекологической патологии не обнаружено.

У 26 (12 %) пациенток гормональная контрацепция продолжалась в течение 6 месяцев, у 128 (58%) — в течение 12 месяцев, у 66 (30%) — в течение 18 месяцев и более.

В результате проведенных исследований мы пришли к выводу, что при умеренно выраженных диффузных формах ФКБ в молочных железах лечебным эффектом обладают низкодозные монофазные эстроген-гестагенные ГК (Регулон, Линдинет 20 и 30, Новинет и др.). Эффективность лечения диффузной ФКБ указанными КОК в наших наблюдениях составила 85-90 %.

При выраженных диффузных изменениях и резко выраженной диффузно-узловой формы ФКБ методом выбора являются монофазные эстроген-гестагенные препараты — Линдинет 20 и Новинет, которые в качестве эстрогенного компонента содержат 0,02 мг этинилэстрадиола, а в качестве гестагенного компонента — норстероиды 3-го поколения (Гестоден, Дезогестрел).

Трехфазные ГК и антиандрогенные препараты (Ярина, Жанин, Диане 35) при непродолжительном их использовании не оказывают выраженного лечебного воздействия. Однако с увеличением продолжительности применения и осуществлением

ингибирования гипоталамо-гипофизарной системы указанные ГК могут обеспечить и положительную динамику в состоянии молочных желез при умеренно выраженной диффузной ФКБ.

Динамическое наблюдение за состоянием молочных желез должно продолжаться как в процессе гормонального лечения, так и после ее отмены (в течение 1—1,5 лет).

Таким образом использование гормональных препаратов, применяемых для контрацепции является вполне оправданным для лечения ФКБ молочных желез.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**Гаглоева Ц.Н., Сотникова Л.С., Удуд Е.В.,
Насырова Р.Ф., Степанов И.А., Тонких О.С.,
Оккель Ю.В., ЭльАкад Е.В., Федосова Л.Н.**

По определению ВОЗ (1984), мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь, дисгормональная дисплазия) — заболевание молочной железы (МЖ) вне беременности, характеризующееся спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани МЖ с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. По различным статистическим данным, в популяции заболеваемость мастопатией составляет 30-50%, а среди женщин репродуктивного возраста, страдающих различными гинекологическими заболеваниями, достигает 36-95% (В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 2001).

Целью исследования является выявление особенностей иммунного статуса при различных клинических вариантах диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желез. Объектом исследования явились 40 женщин репродуктивного возраста с различными формами диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желез. Всем пациенткам основной и контрольной групп проводилось определение субпопуляционного состава лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD25, CD72, CD95) иммуноцитохимическим методом [Тотолян А.Н. и соавт., 2002]; основных классов иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG методом иммунодиффузии по Manchini, общего IgE- методом твердофазного иммуноферментного анализа («Veda-Lab», Франция; «Вектор-бест», Россия); ультразвуковое исследование на аппарате «Sonix» фирмы Ultrasonix (США) с использованием линейных датчиков от 10 до 14 МГц с применением цветового и энергетического доплеровского картирования. Нами впервые проведен анализ изменений иммунного статуса в зависимости от формы диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желез.

При диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желез у пациенток происходят изменения иммунного статуса. Это проявляется увеличением общего числа пациенток с явлениями лимфоцитопений. Отклонения в иммунном ста-

туте характеризуются, в первую очередь, угнетением Т-хелперного звена иммунитета, а также активацией В-клеточного и гуморального звеньев иммунной системы организма. Все эти сдвиги в иммунитете усугубляют имеющиеся гормональные отклонения и замыкают своеобразный порочный круг: каждое инфицирование приводит к ухудшению состояния иммунитета, а снижение иммунитета приводит к рецидиву старых инфекционных процессов и к облегченному приобретению новых. Функционирование иммунной системы при мастопатии представлено нарушением регуляции иммунного ответа с резко выраженной патологией по типу относительно высоких показателей Т-лимфоцитов из субпопуляции киллеров/супрессоров и значительно сниженным количеством Т-лимфоцитов субпопуляции хелперов/индукторов.

Современный взгляд на доброкачественные заболевания молочных желез как на фактор риска развития рака и распространенность этой патологии среди женщин различных возрастов на долгое время определили интерес исследователей к данной проблеме. Анализ опубликованных за последние годы работ показывает, что существуют противоречия по вопросам этиологии и патогенеза различных форм мастопатий. Однако, до сих пор нарушения в иммунной системе при ДДГМЖ является практически неизученной областью. Но всегда было известно, что за постоянством клеточного состава тканей организма наблюдает иммунная система. Своевременное распознавание, уничтожение и выведение атипичных, мутирующих клеток, не характерных для ткани — залог не только противоопухолевой защиты, но просто нормального функционирования органов. Следовательно, особенности иммунологических расстройств нужно учитывать в возникновении, течении, и терапии соматического заболевания.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Газазян М.Г., Волкова Л. В., Иванова Т.С.,
Пономарева С.В., Липатов В.А.

Россия, Курск, Курский государственный медицинский университет

Ведущим фактором, который обуславливает повторные потери беременности, процессы хронизации воспалительных процессов, является неполноценная регенерация эндометрия после неразвивающейся беременности. Цель: профилактика повторных потерь беременности путем разработки комплексного метода восстановления морфо-функционального состояния эндометрия после неразвивающейся беременности. Данная цель выполнялась в два этапа: первый — экспериментальное применение отечественного антиадгезивного препарата «Линтекс-Мезогель», второй — клиническое внутриматочное применение данного препарата после неразвивающейся беременности в раннем

послеоперационном периоде. Материалы и методы. Эксперименты проводились на 66 белых крысах-самках. Животные были разделены на три группы: 1 группа (моделирование внутриматочной адгезии), 2 группа (экспериментальная) с применением антиадгезивного препарата. 3 группа (интактная). Животные выводились из опыта на 7-е, 14-е и 21-е сутки для оценки макроморфологической картины и гистологического исследования матки. Полученные результаты. При аутопсии на 7-е сутки в группе моделирования отмечался отек, гиперемия и субсерозные кровоизлияния под брюшину маточных рогов. В экспериментальной группе с применением «Линтекс-Мезогель» гиперемия маточных рогов имели незначительный характер. На 14-е сутки-выше перечисленные макроморфологические изменения были выражены в меньшей степени, как в группе моделирования, так и в экспериментальной группе. К 21 суткам в первой группе животных отмечался незначительный отек и гиперемия маточных рогов. В экспериментальной группе видимые патологические изменения отсутствуют. При гистологическом исследовании структуры матки в группе моделирования к 14 суткам наблюдалась полная облитерация просвета матки с диаметром соединительной ткани в полости в среднем 437мкм и на 21 сутки еще большее сужение до 393мкм. В экспериментальной группе к 14 суткам просвет полностью сужается до 518мкм, признаки воспаления и облитерации отсутствуют, а к 21 суткам диаметр просвета 486мкм, что максимально соответствует интактной группе. Клиническое комплексное обследование проводилось у 60 женщин с неразвивающейся беременностью: 1 группа (основная) — 30 женщин, которым сразу после инструментального опорожнения полости матки вводили 5 мл препарата «Линтекс-Мезогель» на фоне проводимой антибактериальной, иммунокорректирующей терапии и эфферентных методов лечения, 2 группа (сравнения) — 30 пациенток — без применения внутриматочных средств с традиционным ведением данной категории больных. Течение послеоперационного периода оценивалось по общему состоянию пациенток, динамике ЛИИ, УЗИ. Для оценки стадии воспалительного, регенераторного процессов проводилось исследование аспирационных цитогамм из полости матки на 3-и, 5-и и 7-е сутки послеоперационного периода с оценкой содержания лимфоцитов, нейтрофилов, полибластов. Интерпретация результатов основывалась на классификации раневого процесса, предложенного М.Ф. Камаевым. Данная методика является неинвазивной и высокоинформативной для оценки воспалительного и регенераторного процессов. Полученные результаты. Для пациенток, как основной группы, так и группы сравнения, был характерен высокий инфекционный индекс, наличие гинекологических заболеваний, из экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочевыделительной системы. Исчезновение признаков интоксикации, болей внизу живота, уменьшение выделений из половых путей и нормализация температуры тела, сниже-

ние ЛИИ происходили на 3-и сутки послеоперационного периода у женщин основной группы, в то время как у пациенток группы сравнения эти симптомы исчезали только к 5-6-ым суткам. По данным УЗИ на 3-5-е сутки послеоперационного периода у пациенток сравниваемых групп инволюция матки ускорялась, контуры ее приобретали четкость, но у пациенток основной группы инволюция матки шла значительно быстрее, чем у пациенток группы сравнения. На 3-и сутки послеоперационного периода у основной группы цитологическая картина соответствовала 1-й фазе регенераторного периода; в группе сравнения — дегенеративно-воспалительной фазе. У больных основной группы в цитограмме на 5-е сутки лечения происходили изменения численности нейтрофилов и лимфоцитов, что характерно для 2-й фазы регенераторного периода и указывало на благоприятное течение репаративных процессов. У больных группы сравнения только к 7-м суткам послеоперационного периода происходило снижение числа нейтрофилов, увеличение количества лимфоцитов, полибластов и эозинофилов, что соответствовало 1-й фазе регенераторного периода. Таким образом, улучшение регенераторных, снижение воспалительных процессов эндометрия при комплексном применении данного препарата способствует профилактике внутриматочной адгезии, как в экспериментальном исследовании, так и в клиническом применении. Разработанный комплексный метод восстановления эндометрия с внутриматочным использованием препарата «Линтекс-Мезогель» после прерывания неразвивающейся беременности является достаточно эффективным. В настоящее время пять пациенток имеют прогрессирующую беременность и три беременности закончились срочными родами.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СОЗДАНИЯ МИКРОБИЦИДОВ

Гайдарова А.Х.^{1,7}, Елинсон В.М.², Юровская М.А.³,

Куркин А.В.³, Лямин А.², Тимошенко В.Ю.⁴,

Осминкина Л.⁴, Карамов Э.В.⁵, Кашкаров П.К.^{4,6}

Россия, г. Москва, ММА им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ
Россия, г. Москва, Московский авиационно-технологический институт - РГТУ им. К.Э. Циолковского

Россия, г. Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, Химический факультет,

Россия, г. Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, Физический факультет,

Россия, г. Москва, НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН
Россия, г. Москва, РНЦ «Курчатовский институт»

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Минздравсоцразвития России

Учитывая актуальность проблемы распространения ВИЧ и иных инфекций передающихся половым путем, была поставлена задача — создание микробицидов способных прервать половой путь их передачи.

Современный этап развития науки характеризуется междисциплинарным характером исследований, широким взаимопроникновением идей и разработок, интеграцией материалов и методов. Это неизбежный процесс, является неременным условием дальнейшего развития медицинской науки, основой перехода на принципиально новые возобновляемые ресурсы и технологии. Развитие науки в таком направлении, позволит создать «новую платформу» для дизайна современных научных исследований, долгое время, в силу недостаточности материала, замкнутых в узкие рамки одной специальности. Фактически, речь идет о создании принципиально новой науки — «науки будущего», которая немыслима без нанотехнологий. Управляя наночастицами, можно придавать материалам совершенно новые функциональные характеристики. Биология и медицина, в этом смысле, представляют собой широчайшие области для использования наночастиц и наноструктурированных материалов для решения своих наиболее актуальных задач.

СПИД — заболевание, которое угрожает человечеству как виду. По данным ООН число больных СПИДом составляет около 35 млн. человек, половина из них — женщины; СПИД послужил причиной смерти 23 млн. человек. Во всем мире развернута глобальная компания по разработке новых высокоэффективных анти-ВИЧ препаратов. Микробициды — фактически «химические презервативы», находящиеся непосредственно под контролем женщины, могут стать реальной альтернативой существующим методам защиты женского здоровья. Предлагаемая нами инновационная идея состоит в создании микробицидов на основе наночастиц кристаллического (nc-cSi) и пористого (nc-pSi) кремния, а также композитных нанобиоматериалов, объединяющих две фармакофорных составляющих: наноструктурированных биосовместимых полимеров и гетероциклических производных фуллерена C₆₀.

Наночастицы кристаллического (nc-cSi) и пористого (nc-pSi) кремния изготавливались с помощью метода механического измельчения пластин кристаллического кремния р-типа проводимости (100) 12 Ом·см, или пленок пористого кремния в планетарной мельнице FRITZSCH «Pulverisette 7 premium line» в течение 30 минут. Пленки пористого кремния, в свою очередь, формировались стандартным методом электрохимического травления пластин c-Si (100) p++ 25 мОм·см в растворе HF(50%):C₂H₅OH при плотности тока травления 60 мА/см² и времени травления 60 минут. Для формирования наноструктурированной поверхности исходные полимерные материалы обрабатывали ионами химически активной газовой смеси (O₂ + N₂), а затем ионно-плазменными методами на поверхность наносились углеродные пленки различной толщины (5 — 120 нм). В результате такого воздействия поверхность полимера стала шероховатой и приобрела большой поверхностный заряд. Следующим компонентом наших композитных материалов послужили органические производные фуллерена[60].

Полученные результаты позволяют надеяться на создание, в скором будущем, антибиотиков на основе наночастиц и наноструктурированных синтетических и природных полимеров. Междисциплинарный подход, взятый за основу данного научного исследования, по нашему мнению, есть единственно верный путь, который позволит провести научный проект от стадии фундаментальных исследований до прикладной стадии реализации научной идеи.

СВЯЗЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Гайсина Ю.Р., Бондаренко К.Р., Еникеев А.Н., Мавзютов А.Р., Гильманов А.Ж.

Россия, г. Уфа, ГОУ ВПО "Башкирский Государственный Медицинский Университет" Росздрава

Научно-практический интерес к проблеме бактериального вагиноза обусловлен наличием патогенетической связи БВ с некоторыми формами патологии в акушерско-гинекологической практике, в частности, рядом острых и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

В настоящее время БВ следует рассматривать как инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся чрезмерно высоким уровнем облигатно-анаэробных бактерий (БВ-ассоциированных микроорганизмов) и резким снижением содержания лактобацилл. Длительное сохранение весьма высоких концентраций условно-патогенных бактерий, являющихся основными возбудителями воспалительных процессов органов малого таза, приводит к послеродовым эндометритам, сальпингоофоритам, другим гинекологическим осложнениям, а также инфекциям мочевыводящих путей [Дмитриев Г. А., Глазко И.И. 2008]. Так, [Korn A и соавторы, 1995] показали, что почти у половины из обследованных женщин с бактериальным вагинозом при биопсии эндометрия определялись плазматические клетки. Это позволило предположить взаимосвязь бактериального вагиноза с хламидийным и негонококковым воспалением верхних отделов половых путей.

Целью данной работы явилось изучение связи бактериального вагиноза с некоторыми формами воспалительных процессов органов малого таза. В исследовании участвовало 90 женщин, в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст 28,3) с лабораторно верифицированным диагнозом-бактериальный вагиноз. Микробиоценоз влагалища исследовали методом светооптической микроскопии биоматериала с заднего свода влагалища. Для исключения инфицированности обследованных безусловно-патогенными *Chlamydia trachomatis* и условно-патогенными *M. hominis* и *U. urealyticum* использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР). На момент исследования у 18% пациенток был диагностирован хрониче-

ский сальпингоофорит вне обострения. Клиника острого сальпингоофорита наблюдалась у 8% женщин, при том, что 3% из них на момент исследования пользовались внутриматочной контрацепцией. Прослеживалась прямая связь бактериального вагиноза и послеродового эндометрита у рожениц, в частности, у 20 женщин послеродового периода течение осложнилось метроэндометритом в 10% случаев.

Кроме того, 17% обследованных женщин периодически испытывали рези и жжение при мочеиспускании, а в 10% случаев данная клиника сопровождалась наличием в анамнезе заболевания мочевыводящих путей хронического цистита. Хронический пиелонефрит в качестве сопутствующего экстрагенитального заболевания был диагностирован в 45% случаев.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляют подавляющее большинство среди пациенток с бактериальным вагинозом. Таким образом, можно утверждать о наличии патогенетической связи дисбиотического нарушения микрофлоры влагалища и патологии в акушерско-гинекологической практике.

СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ 3% КИСЛОРОДА ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Галеев А.А., Габуллина Р.И.

Россия, Казань, ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования явилась оценка гемодинамических показателей и микроциркуляции брюшины у пациенток при инфузии газовой смеси 3% кислорода (O₂) и 97% углекислого газа (CO₂) в сопоставлении со 100% карбоксиперитонеумом во время эндовидеохирургических вмешательств в гинекологии.

Исследования проведены при лапароскопических вмешательствах у 62 гинекологических больных. Средний возраст пациенток составил 30±0,7 лет. Оценку гемодинамики проводили методом объемной компрессионной осциллометрии с помощью анализатора параметров кровообращения («АПКО-8-РИЦ», Россия). Микроциркуляцию брюшины изучали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на лазерном анализаторе капиллярного кровотока — ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Россия).

В результате исследований были выявлены достоверные отличия в состоянии гемодинамики женщин, оперированных с применением карбоксиперитонеума. Ухудшались показатели артериального давления, сердечной деятельности. Оперативные вмешательства с добавлением 3% кислорода в карбоксиперитонеум не приводили к достоверному изменению параметров гемодинамики у женщин за исключением скорости пульсовой волны. Оценка микроциркуляции позволила выявить снижение

параметров микроциркуляции брюшины в обеих группах. Вместе с тем, добавление кислорода достоверно уменьшило падение показателя микроциркуляции: в сопоставлении с исходными данными применение в смеси 3% кислорода приводило к ухудшению капиллярного кровотока на 16,3%, а в группе с карбоксиперитонеумом — на 28,1%. Индекс эффективности микроциркуляции в конце операции составил при использовании кислорода в смеси 0,56+0,08 и 0,43+0,06 в группе с углекислым газом.

Таким образом, при проведении лапароскопических операций в гинекологии с традиционным карбоксиперитонеумом показатели гемодинамики, сердечной деятельности пациенток и состояние локальной микроциркуляции брюшины ухудшались. Однако в группе, где применяли для инсуффляции газовую смесь 3% кислорода и 97% CO₂, гемодинамика оставалась стабильной, отсутствовал спазм сосудов. Показатели микроциркуляции были достоверно выше в сопоставлении с данными, полученными при использовании «чистого» углекислого газа.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Гамидов С.И.^{1,2}, Овчинников Р.И.³,
Тхагапсоева Р.А.¹, Тажетдинов О.Х.¹

¹ — Россия, г. Москва, кафедра урологии ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

² — Россия, г. Москва, курс клинической андрологии при кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

³ — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

На сегодняшний день не существует общепризнанного оптимального способа варикоцелэктомии у мужчин с бесплодием при варикоцеле. Выбор вида оперативного вмешательства в настоящее время в основном определяется предпочтениями хирурга. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности и переносимости субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомии в лечении таких больных.

355 больным с патозооспермией и варикоцеле (средний возраст 34,5±8,3 года), из них 204 — с левосторонним варикоцеле и 151 — с двухсторонним варикоцеле, после проведения ультразвуковой доплерографии сосудов мошонки, оценки гормонального статуса и анализа спермограммы была выполнена субингвинальная микрохирургическая варикоцелэктомия слева под эпидуральной анестезией с последующим контрольным обследованием.

У всех больных выявлена астенозооспермия, в 87% случаев сочетающаяся с тератозооспермией, а в 45% случаев — с олигозооспермией. Средняя разница в объеме между левым и правым яичком составила 12,3±3,8%. 56,9% больных имели гиперпрогестеронемию, 39,2% — гиперкортизолемию.

Средняя длительность операции составила 49±10,3 мин. В послеоперационном периоде увеличение количества активно-подвижных сперматозоидов отмечалось у 63,9% больных, улучшение морфологии — у 54,7%, наступление беременности — у 47,9%. Эффективность варикоцелэктомии прямо коррелировала с исходным уровнем прогестерона в крови. Частота наступления беременности после микрохирургической варикоцелэктомии слева у больных с двухсторонним варикоцеле была почти 2 раза меньше, чем при одностороннем. Ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения отсутствовали. Данный факт подчеркивает необходимость выполнения двухсторонней операции у больных с двухсторонним варикоцеле. При контрольной доплерографии через 12 мес. послеоперационный рецидив выявлен у 2 (0,6%) больных.

Преимуществами субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомии являются высокая эффективность при всех гемодинамических типах варикоцеле, минимальные сроки госпитализации, незначительный риск рецидива заболелания, отсутствие осложнений, легкий и короткий послеоперационный восстановительный период.

ОБМЕН ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМой МАТКИ ДО И ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА)

Гаспарян С.А., Слеткова М.А., Ричардс А.А.

Россия, г. Ставрополь, ГУЗ «СККЦ ОСВМП», Ставропольская государственная медицинская академия

С целью оценки показателей обмена отдельных цитокинов у больных лейомиомой матки до и после ЭМА нами было проведено комплексное иммунологическое обследование 110 женщин, больных лейомиомой матки, до и после ЭМА и 110 практически здоровых женщин. Объем исследований включал изучение спонтанной продукции ФНО α , ИЛ1 β , ИЛ2, ИЛ4, ИЛ8, ИФН γ в изолированной культуре мононуклеарных клеток (МНК) периферической крови *in vitro*.

У больных лейомиомой матки до ЭМА отмечается увеличение продукции МНК периферической крови ФНО α в 1,9 раз выше нормы, что указывает на увеличение цитотоксической активности моноцитов. Уровень продукции ИЛ1 β , ИЛ2 и ИЛ4 МНК периферической крови у больных лейомиомой матки достоверно не отличается от нормы, что указывает на нормальную функциональную активность макрофагов, на этапе презентации антигена и активации Т-лимфоцитов, а так же на достаточную активность Т-хелперов и Т-супрессоров. Продукция ИЛ8 МНК периферической крови достоверно не отличается от нормы, что указывает на нормальную активность нейтрофилов. Снижение продукции ИФН γ МНК периферической крови у больных лейомиомой матки указывает на снижение активности естественных киллерных клеток.

На третьи сутки после ЭМА отмечается увеличение спонтанной продукции ФНО α в 4,2 раза, а ИЛ1 β в 1,6 раз, что указывает на увеличение как цитотоксической активности моноцитов, так и увеличение их активности на этапе распознавания антигена и активации Т-лимфоцитов. Уровень продукции ИЛ2 возрастает в 1,7 раз, а продукция ИЛ4 снижается в 1,25 раз, что указывает на увеличение активности Т-хелперов и снижение активности Т-супрессоров. Уровень продукции ИЛ8 на третьи сутки после ЭМА достоверно не изменяется, что указывает на нормальную активность нейтрофилов. Продукция ИФН γ на третьи сутки после ЭМА остается ниже нормы, что указывает на сохраняющийся низкий уровень активности естественных киллеров.

Через 1 месяц после ЭМА у больных лейомиомой матки уровень продукции ФНО α , ИЛ1 β , ИЛ2 и ИЛ8 приходит к норме, что указывает на нормализацию активности нейтрофилов, моноцитов и Т-хелперов. Уровень продукции ИЛ4 и ИФН γ через 1 месяц после ЭМА остается пониженным, что указывает на сохраняющееся уменьшение активности Т-супрессоров и естественных киллеров.

Выводы: у больных лейомиомой матки отмечается увеличение цитотоксической активности моноцитов периферической крови и снижение функциональной активности естественных киллеров. ЭМА ведет к увеличению функциональной активности моноцитов и Т-хелперов, которая возвращается к норме в течение одного месяца, не влияет на активность нейтрофилов и естественных киллеров и приводит к снижению активности Т-супрессоров. Обращает на себя внимание, что активность естественных киллеров у больных миомой матки, не смотря на выполнение ЭМА, остается сниженной, что позволяет рекомендовать применение интерферона в комплексной терапии этих пациенток.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В.
СтГМА - кафедра акушерства-гинекологии ФПО г. Ставрополь,
Россия

Доказано, что опущение и выпадение внутренних половых органов, является мультифакторальным заболеванием и установлены главные этиологические факторы в генезе пролапса гениталий: дисплазия соединительной ткани, роды через естественные родовые пути, травма тазового дна в анамнезе, гормональные факторы, наличие заболеваний приведших к повышению внутрибрюшного давления. Все это диктует необходимость поиска адекватных реконструктивно-пластических хирургических вмешательств.

Цель исследования: изучение возможных причин приведших к развитию пролапса гениталий у больных, которым для восстановления функции тазовых органов проводили реконструктивно-пластические операции с использованием сетчатых синтетических эндопротезов.

Материалы и методы: за период 2007-2009 годы проведен анализ результатов хирургического лечения у 85 больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий, с использованием синтетических материалов следующих фирм производителей: Jonson&Jonson, AMS.

Проводился анализ жалоб, анамнестических данных, результатов гинекологического осмотра, а также инструментальных методов исследования.

Тип оперативного лечения и вид синтетического материала определялся хирургом индивидуально. Пациенткам пожилого возраста с выраженной степенью опущения гениталий, а также в случаях рецидивных форм или высокого риска его развития (при дисплазии соединительной ткани), выполнялась полная тазовая реконструкция с использованием системы Prolift total (Jonson&Jonson) у 30 (35,2%). Передняя и задняя реконструкция с использованием сетчатого эндопротеза Peridgi и Apodgi(AMS) у 16(18,8%). Восстановление только переднего отдела таза с использованием сетчатого эндопротеза Prolift anterior (Jonson&Jonson) у 16 (18,8%), Peridgi(AMS) у 10(11,7%). Восстановление только заднего отдела тазового дна с использованием сетчатого эндопротеза Prolift posterior(Jonson%Jonson) у 7(8,2%) и Apodgi(AMS)у 6(7,0%).

Результаты. Средний возраст больных составил 53.08+3,1 лет. Согласно периодам жизни женщин: репродуктивный период 9 (10,5%), пременопаузальный 30 (35,2%), менопаузальный 25 (29,4%) постменопаузальный 21 (24,7%).

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что все женщины с пролапсом гениталий были рожавшими, 85,3% из них имели 2 и более родов, максимальное количество родов от 4 до 6 у 16,4% больных. Роды крупным плодом составили 13,1%. Роды осложнившиеся разрывами промежности 14,8%.

Диагноз несостоятельности мышц тазового дна выставлен в 90,1% случаев, как результат «недифференцированной дисплазии соединительной ткани». Согласно литературным источникам данные о распространенности дисплазии соединительной ткани разноречивы, что связано с различными классификационными и диагностическими подходами. Одной из основополагающих характеристик являются фенотипические признаки, которые могут отсутствовать при рождении и с годами проявляться в течение всей жизни. В связи с этим у больных нами исследовались фенотипические признаки, являющиеся причиной развития пролапса гениталий. Первую группу составили больные с сосудистым синдромом -64,7% (варикозное расширение вен верхних и нижних конечностей, геморроидальных вен, телеангиоэктазии). Вторую группу составили больные с синдромом неврологических нарушений — 21% (вегетососудистая дистония). Третью группу составили больные с висцеральным синдромом — 34% (дискинезии органов желудочно-кишечного тракта, дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы). Четвертую группу составили больные с синдромом патологии органа зрения — 16,4% (миопия различной степени выражен-

ности, астигматизм). Пятая группа с вертеброгенным синдромом- 9,5% (ювенильный остеохондроз позвоночника, межпозвоноквые грыжи) и шестая с бронхолегочным синдромом — 7% (трахеобронхиальная дискинезия, вентиляционные нарушения).

Заключение: проведенный анализ показал, что этиология пролапса тазовых органов носит комплексный характер. Таким образом, к причинам связанным с родами относятся: родовая травма поддерживающих структур, рождение крупного плода в сочетании с определенными обстоятельствами, такими как неправильный физический режим после родов, врожденная предрасположенность к пролапсу в виде слабости соединительной ткани. Выявлена высокая частота синдромов «недифференцированной дисплазии соединительной ткани» у пациенток, что свидетельствует об определенной ее роли в развитии пролапса гениталий.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ-АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Гаспарян С.А., Слеткова М.А., Ричардс А.А.

Россия, г.Ставрополь, ГУЗ «СККЦ ОСВМП», Ставропольская государственная медицинская академия

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов. В последние годы отмечена тенденция к увеличению заболеваемости миомой матки и омоложению контингента больных. В возрасте 25-30 лет частота их достигает 20%, в 40-45 лет-70%.

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных результатов лечения лейомиомы матки у пациенток репродуктивного периода способом эмболизации маточных артерий (ЭМА).

Для оценки влияния ЭМА на качество жизни женщин, размеры матки и доминирующего миоматозного узла всем больным лейомиомой матки были выполнены: анкетированный опрос через 1 и 3 года после ЭМА, УЗИ и МРТ малого таза до ЭМА, через 3,6 и 12 месяцев после операции. Для оценки статистической значимости выявленных различий применялся дисперсионный анализ повторных измерений, критерий Ньюмана-Кейлса. Различия между показателями считали достоверными при $P < 0,05$.

На базе Ставропольской краевой клинической больницы ЭМА выполняется с сентября 2004 года. За прошедший промежуток времени ЭМА выполнена у 300 пациенток. Критериями включения в группу исследования являлись: наличие лейомиомы матки с субмукозным или интрамуральным расположением одного или нескольких узлов у женщин репродуктивного периода, желание лечить лейомиому матки с помощью ЭМА с последующим сохранением фертильности. Исключающие критерии: субсерозная миома матки, отягощенный аллергологический анамнез, наличие опухолевых образований яичников, возраст пациенток старше 45 лет.

Средний объем матки до выполнения ЭМА составлял 811,9 см³. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками при поступлении в отделение гинекологии, были: меноррагии, приводящие к анемии (82,7%), боли в нижних отделах живота и пояснице различной интенсивности (79,4%), нарушение функции смежных органов и симптомы, связанные с массой образования (недержание мочи, тяжесть в животе, 23,8%), бесплодие (24,8%).

В плане предоперационного обследования проводились: бимануальный осмотр, УЗИ органов малого таза трансабдоминальным и трансвагинальным датчиком, МРТ органов малого таза, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием, стандартные лабораторные методы обследования, в том числе и определение уровня гормонов гипофиза, щитовидной железы, яичников.

ЭМА у всех пациенток проводилась в плановом порядке, под местной анестезией, дополненной седацией с сохранением сознания, трансфemorальным доступом. Использовались катетеры фирмы COOK (Roberts) и эмболизат фирмы COOK (PVA-500).

Результаты ЭМА были изучены у 245 пациенток. Длительность наблюдения составила от 3 до 72 месяцев.

Согласно полученным данным, через 3 мес. после ЭМА средний размер матки достоверно уменьшился по сравнению с исходным в 3,1 раза и составил 261,0 см³. Через 6 мес. после ЭМА средний размер матки уменьшился в 6,4 раза и составил 127,3 см³, через год после ЭМА в 8,5 раза и составил 95,2 см³, через 2 года после ЭМА - в 8,9 раз и составил 91,4 см³, что достоверно не отличается от нормальных размеров органа. Средний размер лидирующего миоматозного узла до выполнения ЭМА составлял 242,0 см³. Через 3 мес. после ЭМА уменьшился по сравнению с исходным в 3,3 раза, составляя 73,3 см³, через 6 мес. в 7,5 раза (32,4 см³) и через год после ЭМА в 8,8 раза и составил 27,4 см³. Спустя 2 года после ЭМА в 9,3 раза и составил 23,7 см³.

Уровень успеха процедуры, определяемый как выраженное или полное разрешение связанных с лейомиомой симптомов, в результате чего последующее хирургическое лечение не требуется, составляет 85-94%. У женщин, пролеченных методом ЭМА по поводу меноррагии, уровень успеха составляет 86%-92%. Симптомы, связанные с массой образования (недержание мочи, тяжесть в животе и т.п.) купируются в 85-96% случаев.

В период наблюдения беременность наступила у 11 женщин, 7 из которых жаловались на отсутствие наступления беременности более 1 года. В 5 случаях беременность протекала без особенностей, завершилась срочными родами через естественные родовые пути, в 2- была выполнена операция кесарево сечение по поводу первичной родовой слабости, в 1-самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 недель, в 3 случаях зафиксирован искусственный аборт в связи с нежеланной беременностью. Среди пациенток имеет очень высокий уровень удовлетворенности процедурой (более 90%).

ЭМА является альтернативой хирургическому лечению больных лейомиомой матки. ЭМА оказывает положительное влияние на качество жизни пациенток.

Это малоинвазивная, максимально безопасная, имеющая меньший спектр ограничений и эффективная методика лечения пациенток с лейомиомой матки, заинтересованных в сохранении репродуктивных функций.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гашенко В.О., Адамян Л.В., Данилов А.Ю.

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

Актуальность. В настоящее время большинство ученых считают, что золотым стандартом диагностики порока развития половой системы внутриматочной перегородки является комбинация гистероскопии и лапароскопии, так как метод позволяет не только установить правильный диагноз в 100% случаев, но и выявить сопутствующую патологию, оценить состояние маточных труб и яичников, что немаловажно при таких жалобах, как невынашивание беременности и бесплодие. Наиболее частой жалобой больных с внутриматочной перегородкой является невынашивание беременности, а точнее привычная потеря беременности. В настоящее время с целью восстановления репродуктивной функции во всем мире проводится гистерорезектоскопическая метропластика, так как бесспорно прослеживаются хорошие результаты. Частота самопроизвольных выкидышей снизилась с 83% до 20%, преждевременных родов с 40% до 8% (Fernandez I. et al., 2005; Heinonen P.K., 2006; Tomazevic T. et al., 2006).

Однако, остается не выясненным, что является причиной невынашивания после оперативного лечения, какая реабилитация наиболее эффективна в послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучение репродуктивных исходов у больных с внутриматочной перегородкой после оперативного лечения и проведения различных способов реабилитации, их зависимость от частоты и видов сопутствующей гинекологической патологии. Также, будет изучено влияние факторов ангиогенеза, пролиферации и рецептивности эндометрия в области внутриматочной перегородки и нормальной стенки матки.

Материал и методы. В исследование включены пациентки с внутриматочной перегородкой, подвергшиеся оперативному лечению (гистерорезектоскопической метропластике). Ретроспективно были изучены 80 женщин с полной и неполной внутриматочной перегородкой. Проспективно 20 женщин, у которых проведено рассечение внутриматочной перегородки, взят материал (соскок эндометрия с нормальной стенки матки, кусочек внутриматоч-

ной перегородки, полученной с помощью петли ректоскопа. После операции был установлен викариловый маточный протектор.

Среди методов исследования были использованы: УЗИ, ГСГ, МРТ, лапароскопия, гистероскопия, контрольная гистероскопия через 3 месяца после операции, исследование гормонального фона, морфологический и иммуногистохимический методы. При морфологическом методе исследования у проспективно обследованных больных обнаружено, что у 15(75%) внутриматочная перегородка представлена хаотично расположенными пучками гладкомышечных клеток. Микрососуды со склерозированными стенками и суженными просветами. Обращает на себя внимание формирование сосудистых малформаций. С целью изучения состояния эндометрия были проведены исследования сосудистоэндотелиального фактора роста (VEGFR) и его рецептора (Flt-1) в области стенки матки и внутриматочной перегородки. Рецептивность эндометрия с помощью исследования рецепторов прогестерона и эстрогенов. Пролиферация с помощью исследования Ki 67.

Результаты и обсуждение: У 80 женщин получено 62 беременности. Из них доношенная беременность у 45 (72,6%). Преждевременные роды у 6 (9,7). сапроизвольные выкидыши у 11(17,7). При контрольной гистероскопии у 20 женщин в ретроспективной группе и у 5 в проспективной внутриматочная перегородка была недостаточно рассечена в 5 случаях и ни в одном случае соответственно. Снижение VEGFR и Flt наблюдалось в эндометрии внутриматочной перегородки по сравнению со стенкой матки.

Однако короткий срок наблюдений и небольшая выборка пациентов диктуют необходимость дальнейших исследований.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Геворкян М.А., Манухина Е.И., Манухин И.Б., Студеная Л.Б., Смирнова Л.И.

МГМСУ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

За последнее десятилетие частота ожирения удвоилась. 30-60% женщин репродуктивного возраста имеют избыточную массу тела, а 25-27% страдают ожирением.

У женщин репродуктивного возраста метаболический синдром (МС) является одной из наиболее частых причин нарушения репродуктивной функции. Частота данной патологии составляет примерно 30-35% в структуре нарушений репродуктивной функции, а частота невынашивания беременности возрастает до 40-50%.

Основным принципом лечения МС является редукция массы тела. На этом фоне восстанавливается гормональный и метаболический гомеостаз и, как результат, репродуктивная функция. Однако

добиться снижения массы тела на фоне принципов рационального питания бывает очень сложно. Поэтому, продолжается поиск различных препаратов, которые могут повысить эффективность диеты, направленной на снижение массы тела.

Цель исследования изучить эффективность комплексной метаболической терапии в восстановлении генеративной функции у пациенток с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследований

Нами обследовано 60 пациенток с метаболическим синдромом, средний возраст $27 \pm 1,2$ лет, ИМТ $33 \pm 1,9$ кг/м². I бесплодие отмечено у 16 пациенток, II бесплодие — у 31 и ранние потери беременности — у 12 пациенток. Общеклиническое исследование включало изучение данных анамнеза, определение ИМТ, соотношения Т/Б, значение которого при висцеральном типе ожирения свыше 0,8. Диагностику инсулинорезистентности проводили с помощью определения индекса НОМА. У всех пациенток, включенных в исследование значение данного индекса превышало 2,5, что является критерием диагностики ИР. УЗИ проводили до и в процессе наблюдения и тестирования овуляции. Комплексная терапия, включающая низкокалорийное питание, физические нагрузки, препараты, повышающие чувствительность к инсулину (Сиофор по 1500 мг/сут), назначена всем пациенткам. Выделено 2 группы: I группа пациенток (n=30) получала основное лечение и медикаментозную терапию препаратом Меридиа 10-15 мг/сут, II группа (n=30, группа сравнения) — только основное лечение. Лечение проводили в течение 6-12 мес. в зависимости от исходной массы тела и темпов ее снижения.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам общеклинического исследования обе группы были сопоставимы. Анализ данных анамнеза показал, что у всех пациенток было вторичное нарушение менструального цикла на фоне прогрессирующей прибавки массы тела после воздействия различных факторов (аборт, роды, операции, психологические стрессы и т.д.). У всех пациенток выявлен висцеральный тип распределения жировой ткани (Т/Б более 0,8) что является кардинальным клиническим признаком МС. Кроме того, у большинства пациенток (84,6% и 79,4% в I и II группе) наблюдали «нигроидный акантоз»- клинический критерий диагностики МС. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи выявлено у большинства пациенток I и II групп (59,7% и 61,2%, соответственно). По тестам функциональной диагностики и УЗИ овуляторные циклы наблюдали у 28,2% и 25,4% пациенток I и II групп, а у остальных — диагностирована НЛФ и ановуляция. УЗ признаки ПКЯ выявлены у 56,4% и 49,8% пациенток I и II групп соответственно. Индекс НОМА — $3,6 \pm 0,4$ и $3,7 \pm 0,6$ в I и II группе соответственно. Известно, что золотым стандартом диагностики ИР является проведение эуликемического клемп метода, что невозможно для широкого использования. По данным многих авторов определение индекса НОМА более чувствительный тест на ИР, чем про-

ведение перорального глюкозотолерантного теста. Комплексная терапия способствовала редукции массы тела у подавляющего большинства обследованных пациенток, достоверно более выраженной в I группе, получавших дополнительно к основному лечению Меридиа. Как результат, отмечено повышение чувствительности к инсулину по индексу НОМА. Побочных эффектов терапии Бодимарином не наблюдали.

В результате проведенного лечения у 51,3% и 35,7% пациенток наступила беременность, что указывает на функциональные нарушения в репродуктивной системе. Частота восстановления фертильности достоверно выше в I группе пациенток, получавших Меридиа, что можно объяснить более выраженной редукцией массы тела. Отсутствие эффекта метаболической терапии в восстановление овуляции свидетельствует о формировании вторичных поликистозных яичников, что требует вторым этапом терапии назначение консервативных или хирургических методов стимуляции овуляции. Трудности лечения ожирения объясняются частым рецидивом, поэтому стимуляцию овуляции кломифеном и/или гонадотропинами проводили на фоне продолжения комплексной метаболической терапии. В результате беременность наступила еще у 36,9% и 21,5% пациенток I и II групп. Суммарная эффективность лечения бесплодия составила 88,2% и 57,2%, достоверно выше на фоне Меридиа. Остальным пациенткам, резистентным к консервативным методам стимуляции овуляции, предложено хирургическое лечение.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали высокую эффективность Меридиа в комплексной терапии метаболического синдрома, направленной на восстановление генеративной функции у женщин репродуктивного возраста.

ХАРАКТЕР ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Гергарт В.И.

г. Астана, Казахстан

В настоящее время, когда неуклонно повышается заболеваемость злокачественными опухолями гормонозависимых органов (молочная железа, матка, яичники и правые отделы толстой кишки) своевременное выявление и адекватное лечение гиперпластических процессов эндометрия, маркера гормонального неблагополучия в организме, залог сохранения жизни миллионов женщин, а избавление от кровотечений и восстановление репродуктивной функции — улучшение качества жизни (1).

Гиперпластические процессы эндометрия наблюдаются в любом возрасте женщин. Частота их возросла в ювенильном и раннем репродуктивном возрастах (2). Данных о характере гиперпластических процессов в зависимости от возраста репродуктивной системы в доступной литературе нет.

Целью нашего исследования явилось определение характера гиперпластических процессов эндометрия у женщин различного возраста.

Материал и методы исследования. В работу включены результаты обследования 270 женщин 19-60 лет, у которых при гистологическом исследовании эндометрия выявлена патология эндометрия.

Все женщины были распределены на женщин раннего репродуктивного возраста: возраст с 20 до 35 лет (n=36), женщин позднего репродуктивного возраста 36-47 лет (n=68), женщин перименопаузального возраста с 48 лет и менопаузой (n=126), женщин постменопаузы (отсутствие менструации более 1 года — n=40).

Проведено клиническое исследование, диагностическое выскабливание слизистой матки, гистологическое исследование полученного биоптата. Результаты гистологического исследования эндометрия проанализированы в зависимости от возраста женщин. Получены результаты подвергнуты статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Большинство женщин были перименопаузального возраста. У всех женщин было нарушение менструального цикла по типу менорагий и метрорагий.

Гиперпластические процессы эндометрия были выявлены в 98,1%, аденокарцинома в 1,9%(5) наблюдениях.

Из гиперпластических процессов фоновая патология — полипы эндометрия отмечены в 34,8%(94), гиперплазия эндометрия в 54,1%(146), атипическая гиперплазия в 4,4%. Таким образом, в большинстве случаев была гиперплазия эндометрия, притом чаще железисто-кистозная (40,4%-109).

По возрастам гистологическое исследование эндометрия выглядела следующим образом.

У женщин раннего репродуктивного возраста частой патологией была гиперплазия эндометрия — 83,3%(30), притом на 11,1% чаще наблюдалась железисто-кистозная (47,2%), чем железистая (36,1%). Полипы отмечены в этом возрасте у 16,7% (6), чаще железистый полип — 11,1%(4) против 5,6%(4) частоты фиброзного полипа.

У женщин позднего репродуктивного возраста гиперплазия эндометрия отмечена в 64,7% (44), железисто-кистозная в 41,2(28), железистая в 23,5% (16) наблюдениях. Полипы эндометрия в этой возрастной группе выявлены в 32,4%(22), в 17,7%(12) фиброзный полип, в 8,8% (6) железистый полип, в 5,9% (4) железисто-кистозный полип. В 2,9%(2) наблюдениях в группе женщин позднего репродуктивного возраста отмечена атипическая гиперплазия по типу аденоматозного полипа.

В перименопаузальном периоде у женщин с кровотечением довольно часто наблюдалась атипическая гиперплазия (12,6% — 16), в одинаковом проценте случаев атипическая гиперплазия (6,3%) и аденоматозный полип (6,3%). Частота атипической гиперплазии в этой возрастной группе была выше в 4,3 раза, чем в группе женщин позднего репродуктивного возраста.

Железистая гиперплазия была у почти каждой второй женщины (44,4%-56), чаще железисто-кистозная гиперплазия (38,1%-48). Полипы эндометрия наблюдались в 43% (54), железистый полип в 17,6(22), железисто-кистозный полип в 14,3%(18), фиброзный полип в 11,1%(14).

У женщин постменопаузального периода в 12,5% (5) наблюдалась аденокарцинома, в 17,5%(7) — атипическая гиперплазия (10,0% — атипическая гиперплазия, в 7,5%- аденоматозный полип), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия в 40,0% (16), полипы эндометрия в 30% (12). Полипы имели в большинстве случаев (17,5%-5) железисто-кистозную структуру, в 7,5%(3) — железистую, в 5,0% (2) фиброзную.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при маточных кровотечениях в постменопаузе у каждой восьмой женщины выявлена аденокарцинома, у каждой шестой — атипическая гиперплазия эндометрия. Атипическая гиперплазия эндометрия отмечена у каждой восьмой женщины с кровотечением в перименопаузальном периоде и у одной трети женщин позднего репродуктивного возраста. Эти данные свидетельствуют о необходимости гистологического исследования эндометрия у женщин с различным характером нарушения менструальной функции в любом возрасте.

Во всех возрастных группах превалировала железисто-кистозная гиперплазия над железистой гиперплазией, свидетельствующая о длительном воздействии эстрогенов на эндометрий.

Закключение. У женщин с кровотечением в любом возрасте наблюдаются гиперпластические процессы эндометрия. С возрастом увеличивается частота атипической гиперплазии эндометрия. Во всех возрастных группах гиперплазия эндометрия в большинстве случаев представлена железисто-кистозной гиперплазией, частота ее увеличения по отношению к железистой гиперплазии нарастает с возрастом

Различные формы полипов эндометрия наблюдаются во всех возрастных группах. Если в перименопаузальном периоде чаще наблюдались железистые полипы, то в постменопаузе железисто-кистозные полипы, свидетельствующие о разном уровне стероидных гормонов у женщин различной возрастной группы.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПРОЛАКТИНСЕКРЕТИРУЮЩИМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Гиниятуллина Е.Н.¹, Дзеранова Л.К.²,
Рожинская Л.Я.²

¹ Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

² ФГУ Эндокринологический Научный Центр
Росмедтехнологий, Москва, Россия

Гиперпролактинемия (ГП) является одной из ведущих причин как женского, так и мужского бесплодия эндокринного генеза. Пролактинсекретирующие

аденомы преобладают среди всех опухолей гипоталамо-гипофизарной области, как у женщин, так и у мужчин. Однако, если вопросы диагностики, особенностей клинической симптоматики и лечения ГП у женщин изучены достаточно, то те же проблемы у мужчин с ГП продолжают обсуждаться.

Материалы и методы: В исследование включено 110 мужчин с ГП опухолевого генеза (содержание Прл более 600 мЕд/л) в возрасте от 16 до 71 года, медиана 35 лет. Микропролактиномы выявлены у 30 мужчин (27%), макропролактиномы у 80 пациентов (73%). Всем пациентам определялись концентрации сывороточного пролактина (Прл) (Delfia; Финляндия), общего тестостерона (Т), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), (Vitros Есі, Великобритания). Семиологический анализ проводился согласно рекомендациям ВОЗ (ВОЗ, 1999 г). МР-томографическое исследование (МРТ) головного мозга проводилось с помощью магнитно-резонансного томографа Siemens Magnetom Impact. При необходимости проводилось внутривенное контрастирование с помощью внутривенного введения 0,1 мл/кг магневиста (Schering, Германия). Контрольную группу составили 52 практически здоровых мужчины, сопоставимых по возрасту основной исследовательской группе.

Результаты: Проведенный анализ показал, что чаще всего пациенты с ГП различного генеза предъявляли жалобы на снижение потенции (71,4%), головные боли (59,2 %), нарушение эрекции (48,5%), слабость и утомляемость (37,1%), головокружение (32,8%), увеличение массы тела (30%). Кроме того, выявлены офтальмологические нарушения (15,7%), снижение памяти (13,5%), нарушения эякуляции (7,8%), нарушение оргазма (5,7%).

При заполнении пациентами опросников AMS и МИЭФ-15 было показано снижение общих баллов (41 [37; 48] и 14 [10; 18] соответственно) по сравнению с группой контроля ($p=0,009$ и $p=0,002$ соответственно).

У мужчин с ГП различного генеза в общем по группе содержание Прл составило 3477 мЕд/л [1184; 10000]; медиана базального Прл при макропролактиномах составила 8516 мЕд/л [3171; 21492]; при микропролактиномах — 2621 мЕд/л [1460; 5583], а у мужчин с ГП неопухолевого генеза — 937 мЕд/л [712; 1174].

При физикальном обследовании на момент установления диагноза объем яичек был нормальным у 134 мужчин, однако, у 6 больных с ГП опухолевого генеза отмечалась гипоплазия гонад: это были пациенты с уровнем Т ниже референсных значений.

У пациентов с ГП содержание в крови ЛГ и ФСГ было ниже нормативных значений, что указывает на наличие выраженного гипогонадизма: 1,65 Ед/л [1,1; 2,7] и 1,85 Ед/л [1,2; 2,4] соответственно. Концентрация Т в сыворотке крови у мужчин с ГП различного генеза составил 5,6 нмоль/л [2,6; 10,0]. У 112 пациентов уровень Т был ниже референсных значений (80%), а у 28 — в пределах нормы (20%). Среди пациентов с нормальным уровнем Т были 14 мужчин с ГП неопухолевого генеза (50%) и 14 больных с пролактиномами (50%).

При исследовании спермограммы у 1 больного выявлена азооспермия, у 17 — олигозооспермия и у 20 — нормальная концентрация сперматозоидов ($\geq 20 \times 10^6$ мл). Подвижность сперматозоидов (А+В) у 14 больных оказалась меньше 50%. Тератозооспермия выявлена у 35 больных (92,1%) ($p=0,001$ в сравнении с группой контроля).

Заключение: Пролактинсекретирующие опухоли гипофиза у мужчин являются одной из причин сексуальных расстройств, проявляющихся снижением либидо, прогрессированием эректильной дисфункции, что подтверждается результатами анализа опросников AMS и МИЭФ-15. Было показано снижение процентного содержания нормальных форм сперматозоидов в эякуляте, наличие азооспермии, олигозооспермии и тератозооспермии в 92% случаев, что, несомненно, играет существенную роль в развитии бесплодия. Необходимо помнить, что все случаи нарушений сексуальной и репродуктивной функций у мужчин, а также выявление офтальмологических расстройств не должны рассматриваться как транзиторные либо «возрастные», а требуют исключения синдрома ГП с целью своевременной диагностики и лечения заболевания.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гладкова Н.А., Андреева М.В., Андреев В.А.

ФГУ «КБ Росздрави», г. Москва

Волгоградский государственный медицинский университет

Цель работы: выявление ведущих факторов риска возникновения климактерического синдрома (КС).

Проведено комплексное обследование и лечение 158 пациенток в возрасте 45–60 лет с КС различной степени тяжести. Контрольную группу составили 53 пациентки аналогичного возраста с физиологическим течением климактерия.

На основе оценки адаптационных возможностей психо-вегетативно-эндокринного статуса и качества жизни, а также данных анамнеза, выявлены следующие особенности.

У жительниц современного мегаполиса ведущими факторами риска формирования КС явились: социально-экономические (стрессовые ситуации в семье — 90%, неудовлетворительные жилищные условия — 86%); отягощенная наследственность (КС — 53%, гипертоническая болезнь — 49% у матери); патология перинатального периода (54%); отягощенный преморбидный фон в детстве (ветряная оспа — 52%, хронический тонзиллит — 49%); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (осложнения беременности — 80%, неэффективные методы контрацепции — 80%); сопутствующая хроническая соматическая патология (гипертоническая болезнь — 54%).

Частота и степень выраженности нейровегетативных (100%) и психо-эмоциональных (81%) нарушений увеличивалась с нарастанием тяжести климактерического синдрома.

Нарушения адаптационных возможностей в виде срыва и неудовлетворительной адаптации имели место у 92% больных с КС. Наибольшая частота и тяжесть их зарегистрирована при тяжелой форме (86%), наименьшая — при физиологическом климактерии (45%).

Установлена достоверно высокая частота нарушений психической адаптации при КС (70%) с преобладанием астено-невротического состояния (44%). У 70% пациенток присутствовал синдром психоэмоционального напряжения с тревожностью различной степени выраженности.

При КС у 86% больных выявлена дисфункция подкорково-стволовых структур мозга, наиболее выраженная при тяжелой форме заболевания.

У 95% пациенток синдром вегетативной дистонии выражался в энергетическом дисбалансе меридианов, ответственных за функциональное состояние нервно-психического, соматического и репродуктивного здоровья. Наибольшая частота его отмечалась при тяжелой форме (100%).

Таким образом, анализ ведущих факторов риска возникновения КС имеет большое социальное значение, а профилактика его тяжелых форм диктует необходимость в консультировании и лечении этих женщин не только терапевтами, но и такими специалистами, как эндокринологи, психоневрологи, психологи.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Глазкова О.Л., Фадеев И.Е.

Кафедра акушерства и гинекологии РМАПО

Основными составляющими метаболического синдрома являются ожирение абдоминального типа, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и дислипидемия. С точки зрения гинеколога, пациентки с метаболическим синдромом — это женщины с разнообразными нарушениями менструального цикла (чаще — с ановуляцией), гиперандрогенией, гиперпластическими процессами в гормонозависимых органах и тканях. Материалы и методы. В исследование были включены 30 женщин с метаболическим синдромом в возрасте от 22 до 40 лет ($33,0 \pm 4,2$) с морфологически подтвержденной железисто-кистозной гиперплазией эндометрия. Ожирение центрального типа имело место во всех наблюдениях. Индекс массы тела колебался от 30,8 до 44,5. Артериальная гипертензия была отмечена у всех пациенток. Женщин с сахарным диабетом в исследовании не было. У всех пациенток исходно была выявлена гиперинсулинемия, что позволяло предполагать наличие у них инсулинорезистентности. Первую группу составили 10 больных, которым мы в течение 6 мес проводили терапию норэтистероном по 10 мг в сутки с 5 по 25 день менструального цикла в сочетании с непрерывным приемом симвастатина по 20 мг в сутки, начиная с

3-го месяца лечения. Пациентки второй группы (10 человек) принимали норэтистерон по аналогичной схеме, дополняя его приемом симвастатина в течение всех 6 месяцев лечения. Контрольную группу составили 10 женщин, принимавших норэтистерон без статинов в течение 6 мес.

Показатели углеводного и липидного обмена исследовали до начала лечения, через 3 мес и в течение последней недели терапии. Контрольную группу биопсию эндометрия выполняли через 1,5-2 месяца после прекращения лечения. Результаты. Во всех случаях, по данным контрольной гистероскопии и морфологического исследования, было констатировано морфологическое излечение. У всех пациенток контрольной группы отмечена прибавка массы тела за время лечения. Средняя масса тела увеличилась с 77,27 до 83,35 кг, ИМТ — с 28,90 до 31,19. Масса тела увеличилась также у всех женщин 1 группы при этом средняя масса тела возросла с 82,44 до 87,99 кг, а ИМТ -- с 31,41 до 33,14. Во второй группе прибавка массы тела наблюдалась также во всех случаях, но составляла 1-1,9 кг, ИМТ увеличился недостоверно с 31,62 до 32,18.

Лечение гестагенами без дополнительной терапии статинами у больных с гиперплазией эндометрия и метаболическим синдромом приводило к неблагоприятным изменениям липидного профиля сыворотки крови: снижение содержания липидов высокой плотности сочеталось с возрастанием концентрации атерогенных фракций. В первой группе такие изменения отмечались вплоть до начала приема симвастатина, а после начала приема последнего показатели не только не продолжали ухудшаться, но напротив значительно улучшились. У пациенток, принимавших симвастатин в течение всего курса терапии, все показатели липидного профиля постепенно улучшались.

В контрольной группе содержание инсулина натощак и после стимуляции возрастало с течением времени. Напротив, концентрация инсулина сыворотки крови после начала приема симвастатина несколько снижалась. При проведении терапии симвастатином в течение всего периода приема гестагенов прогрессирования инсулинорезистентности не наступало вообще. Можно предположить, что прогрессирование инсулинорезистентности при приеме препаратов половых гормонов наступает отчасти вследствие липотоксического действия жиров на рецепторы инсулина.

Заключение. На основании полученных данных можно считать, что прием норэтистерона с целью лечения железисто-кистозной гиперплазии эндометрия у пациенток с метаболическим синдромом приводит не неблагоприятному лекарственному патоморфозу синдрома, который помимо прибавки массы тела включает также ухудшение липидного спектра крови и прогрессирование инсулинорезистентности. Неблагоприятный патоморфоз отчасти может быть предотвращен совместным приемом симвастатина.

ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Глазкова О.Л., Полетова Т.Н., Сумятина Л.В.

Российская медицинская академия последипломного образования Росздрова, Кафедра акушерства и гинекологии

Гормональная контрацепция в настоящее время является важнейшим элементом системы планирования семьи. Пероральные контрацептивы противопоказаны пациенткам с тяжелым ожирением, но могут быть использованы у тех женщин, у которых имеется «избыточная масса тела». Согласно рекомендациям Европейского общества по контрацепции (2008), наличие ожирения у пациентки автоматически относит применение пероральных контрацептивов у нее к категории приемлемости II по классификации ВОЗ. Целью исследования было изучить влияние приема современных пероральных гормональных контрацептивов на антропометрические показатели, липиды сыворотки крови и показатели чувствительности рецепторов инсулина у пациенток с умеренно повышенной массой тела. Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациенток в возрасте от 23 до 34 лет (29,3±3,4 лет) с индексом массы тела от 25 до 30 кг/м², 30 пациенток в дальнейшем получали с целью контрацепции 30 мкг этинилэстрадиола/0,15 мг левоноргестрела (1 группа), 30 пациенток -- 30 мкг этинилэстрадиола/3 мг дроспиренона (2 группа). Контрацепцию проводили в течение 6 мес. в обеих группах. Дополнительное обследование в соответствии с целью работы проводили до начала и на 6 мес. приема препарата. В том числе определяли индекс массы тела по Brey, оценивали содержание жировой ткани в организме при помощи прибора OMRON (Omron Corporation, Japan). Также изучали содержание в сыворотке крови липидов, определяли индекс НОМА (The Homeostatic Model Assessment), как косвенный показатель наличия инсулинорезистентности. Результаты исследования. Полный контрацептивный эффект был достигнут у всех пациенток. Не было отмечено побочных эффектов, которые потребовали бы отмены препарата. В первой группе ИМТ до начала приема препаратов составил 27,5 ±0,78, через 6 мес -- 28,7±1,25, процент жировой массы 33,4±3,5 и 35,1±4,4 соответственно, во второй группе ИМТ составил 26,1±1,07 и 26,9±0,65, а процент жировой ткани 34,2±2,77 и 34,5±2,98 соответственно. Иными словами, показатели в обеих группах были стабильными, а некоторая отрицательная динамика имела место за счет 7 пациенток первой (23,33%) и 3 пациенток второй (10,0%) групп, прибавивших в весе от 1 до 5 кг.

В первой группе концентрация общего холестерина составила 5,1±0,94 и 5,5±1,08 ммоль/л до начала приема и на 6 месяц приема соответственно, триглицеридов 1,4±0,74 и 1,5±0,76 ммоль/л, ЛПВП 1,05±0,29 и 1,23±0,34 ммоль/л, ЛПНП 3,1±0,98 и 3,6±1,07 ммоль/л. Во второй группе

коцентрация ОХ составила 5,3±1,07 и 5,3±1,02 ммоль/л, триглицеридов 1,4±1,06 и 1,7±1,9 ммоль/л (достоверно), ЛПВП 1,1±0,51 и 1,2±0,45 ммоль/л, ЛПНП 2,9±0,18 и 3,0±0,26 ммоль/л.

В обеих группах имеет место достоверное увеличение показателей инсулинорезистентности: НОМА в первой группе составил 2,10±1,99 и 2,44±1,9, во второй 2,13±2,41 и 2,38±0,96.

Современные низкодозированные препараты для гормональной пероральной контрацепции в целом не оказывают существенного влияния на обмен веществ. Однако в группе пациенток с избыточной массой тела возможно увеличение ИМТ и содержания жировой ткани в организме. Такой эффект мы наблюдали у 23,33% женщин, принимающих низкодозированный препарат, содержащий левоноргестрел, и у 10% женщин, принимавших низкодозированный препарат, содержащий дроспиренон. Также на фоне препарата, содержащего дроспиренон, у пациенток с избыточной массой тела отмечалось повышение содержания триглицеридов в сыворотке крови, в то время как содержание в сыворотке крови липопротеидов высокой и низкой плотности достоверно не изменилось (увеличение содержания ЛПНП у пациенток 1 группы имело характер недостоверной тенденции). Эффект увеличения концентрации триглицеридов в принципе возможен при использовании препаратов с более высокой дозой эстрогена относительно прогестина, при наличии в составе КОК прогестагена с высокой селективностью, то есть именно такого, как в группе 2, но у изучаемых нами пациенток с избыточной массой тела этот эффект особенно отчетливо проявляется. В обеих группах имеет место достоверное увеличение показателей инсулинорезистентности. Можно считать, что при наличии у пациентки избыточной массы тела все элементы использованного нами обследования следует считать обязательными при мониторинге безопасности приема КОК.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ФОНЕ ЗГТ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Головкина О.А., Богатова И.К., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

На фоне заместительной гормональной терапии климактерического синдрома у женщин в постменопаузальном периоде могут возникать болезненность, увеличение объема и плотности тканей молочной железы, а также пролиферация и повышение эхогенности железистых структур. Появление мастодинии и масталгии как осложнений заместительной гормональной терапии (ЗГТ) ухудшает ка-

чество жизни пациенток с климактерическим синдромом, отрицательно сказывается на отношении к этому виду лечения и может явиться поводом для самостоятельного прекращения терапии. При этом у подавляющего большинства женщин (65%-76%) имеется сопутствующая диффузная фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), на фоне которой в 3-5 раз повышается риск развития рака молочной железы. При назначении гормональных препаратов необходимо учитывать возможность их пролиферативного воздействия на ткани молочной железы, а также опосредованное влияние на иммунную систему. Однако данные по влиянию препаратов ЗГТ на иммунный статус немногочисленны. Это определяет актуальность поиска новых иммунологических факторов, принимающих участие в развитии осложнений со стороны молочных желез на фоне заместительной гормональной терапии у женщин с климактерическим синдромом в постменопаузальном периоде. Целью нашего исследования было изучение особенностей внутриклеточной продукции IL-6 лимфоцитами периферической крови при развитии мастодинии и/или масталгии у женщин постменопаузального периода с климактерическим синдромом и фиброзно-кистозной мастопатией на фоне проведения заместительной гормональной терапии. Обследовано 40 женщин постменопаузального периода с климактерическим синдромом I-II степени тяжести. Иммунологическое и клинико-инструментальное обследование проводилось дважды: до назначения заместительной гормональной терапии климактерического синдрома и через 6 месяцев непрерывного лечения. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Уровень экспрессии IL-6 лимфоцитами определялся с помощью моноклональных антител методом двухцветной проточной цитофлюориметрии на приборе FACScan (Becton Dickinson, USA). Внутриклеточную процедуру окрашивания проводили с помощью коммерческого набора FIX & PERM (CALTAG Laboratories). Лечение климактерического синдрома у женщин в постменопаузальном периоде проводилось непрерывно в течение 6 месяцев комбинированным эстроген-гестагенным препаратом климодиен (содержит 2 мг эстрадиола валерата и 2 мг диеногеста, производится фирмой «АГ Шеринг», Германия) или фемостон 1/5 (содержит 1 мг 17 β -эстрадиола и 5 мг дидрогестерона, производится фирмой «Солвей Фарма», Люксембург). В результате комплексного обследования у 16 (40%) женщин с климактерическим синдромом патологии молочных желез не выявлено, у 14 (35%) женщин обнаружена диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента, у 8 (20%) — смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии, у 2 (5%) — диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента. На фоне лечения климактерического синдрома препаратами ЗГТ слабо- и умеренно выраженная мастодиния (и/или масталгия) в течение первых 3-х месяцев терапии отмечалась у 14 (58%) женщин с диффузной ФКМ и у 5 (31%) женщин без патологии молочных желез. У

пациенток с ФКМ и мастодинией, возникшей как осложнение заместительной гормональной терапии, до начала лечения наблюдалось повышение уровня внутриклеточно-продуцирующих IL-6 лимфоцитов по сравнению с женщинами, не предъявлявшими жалоб со стороны молочных желез на фоне ЗГТ. Развитие мастодинии на фоне заместительной гормональной терапии у пациенток с климактерическим синдромом без патологии молочных желез не сопровождалось изменениями внутриклеточной продукции цитокинов до начала лечения. Вероятно, повышенный уровень периферических лимфоцитов, внутриклеточно продуцирующих IL-6 и проникающих в ткань молочной железы, может активировать локальный синтез эстрогенов за счет стимуляции ароматазной активности и провоцировать тем самым отек и пролиферацию железистой ткани молочной железы с развитием мастодинии и масталгии. Следовательно, усиление продукции IL-6 лимфоцитами может являться одним из возможных патогенетических факторов развития патологии молочных желез. Лечение пациенток с климактерическим синдромом и ФКМ препаратами климодиен и фемостон 1/5 не оказывало влияния на характер внутриклеточной продукции IL-6 лимфоцитами. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что развитие мастодинии на фоне заместительной гормональной терапии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией ассоциируется с повышенным, более 6,9%, до начала лечения уровнем внутриклеточно-продуцирующих IL-6 периферических лимфоцитов. Эти результаты могут использоваться для прогнозирования развития осложнений со стороны молочных желез на фоне ЗГТ у данной категории пациенток и своевременного проведения, необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ И МАКРОГЛОБУЛИНЫ ПРИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Горин В.С., Кондранина Т.Г., Потехина Н.Г., Сагинор М.Е., Молоткова Е.Д.

Россия, г. Новокузнецк, ГОУ ДПО Институт усовершенствования врачей,

Россия, г. Новосибирск, ГОУ ВПО Медицинский университет

Вариабельность симптомов, высокий удельный вес стертых, атипичных форм и отсутствие при этом достоверных лабораторно-диагностических тестов, способных определить степень поражения придатков матки и вовлечения в воспалительный процесс смежных органов, при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки (ГВЗПМ) побуждает к поиску объективных критериев оценки степени тяжести патологического процесса, развившегося в органах малого таза женщины.

Белки семейства макроглобулинов — α -2-макроглобулин (МГ) и, в меньшей степени, α -2-ассоциированный с беременностью гликопротеин

(PAG) — универсальные ингибиторы протеиназ, обладающие рядом иммунорегуляторных свойств и являющиеся полифункциональными регуляторами воспалительного ответа; лактоферрин - гликопротеин, обладающий иммунорегуляторными свойствами, типичный острофазовый реактант.

Цель исследования — изучение уровней МГ, PAG и ЛФ в крови больных с различными вариантами ГВЗПМ и их сравнение с концентрацией классического ингибитора протеиназ α -1-антитрипсина (АТ) для оценки значимости исследуемых показателей при дифференциальной диагностике ОВЗПМ..

Обследовано 94 больных, пролеченных в отделении экстренной гинекологии МУЗ ГKB №1 г.Новокузнецка с различными вариантами ВЗОМТ до начала проведения лечебных мероприятий — исследуемая группа и 30 здоровых женщин — контрольная группа. Все пациентки были разделены на 4 группы. I-я группа -18 женщин с острым эндометритом и сальпингоофоритом, с умеренным болевым абдоминальным синдромом, с нормальной температурой тела, длительность заболевания 5-7 дней. Во II-ю группу включены 20 женщин с острым эндометритом и сальпингоофоритом, с клиникой пельвиоперитонита, с выраженным интоксикационным и болевым абдоминальным синдромом с перитонеальной реакцией, гипертермией, длительность заболевания — от нескольких часов до 3 дней. III-я группа — 30 женщин с локализованными очагами гнойно-некротической деструкции в придатках матки (тубо-овариальные абсцессы без клиники перфорации), с болевым абдоминальным синдромом, или с неярким поясничной локализацией, с нормальной температурой тела. Клиника заболевания была стертой, длительность заболевания 2-4 нед. В IV-ю группу включены 26 женщин с распространенным гнойно-деструктивным процессом (с клиникой перфорации тубо-овариального абсцесса и разлитым перитонитом или пельвиоперитонитом), в крайне тяжелом состоянии, обусловленным проявлениями перитонита и тяжелым интоксикационным синдромом с гипертермией, с длительным догоспитальным этапом, сопровождавшимся атипичной и стертой симптоматикой заболевания.

У всех обследованных изучено сывороточное содержание МГ, PAG, АТ методом ракетного иммуноэлектрофореза, ЛФ методом твердофазного ИФА. Статистическую обработку материала проводили при помощи сертифицированных прикладных статистических программ In Stat II (Sigma, США).

Установлено, что в 1-й группе достоверно повышено содержание ЛФ ($p < 0,005$), по сравнению с контрольной группой, но уровень ЛФ ниже чем во 2-й группе пациенток ($P < 0,0005$). Сравнение с 3-й группой не показало достоверных различий, а сопоставление с 4-й группой выявило сниженный уровень ЛФ ($p < 0,0001$) и повышенный уровень МГ ($P < 0,02$) в данной группе обследованных.

Во 2-й группе больных отмечено статистически значимое увеличение уровней МГ ($P < 0,005$), ЛФ ($p < 0,0001$) по сравнению со здоровыми женщинами. Выявлена положительная корреляция уровней МГ

с АТ ($r = 0,577$, $P < 0,02$). При сравнении с 3-й группой больных обнаружены значительно повышенные концентрации МГ ($P < 0,05$) и ЛФ ($P < 0,0002$). Сравнение с 4-й группой продемонстрировало более высокое содержание МГ ($P < 0,002$).

В 3-й группе женщин с локализованными очагами гнойно-некротической деструкции обнаружено достоверное повышение уровней ЛФ ($P < 0,0001$), достоверная положительная корреляция уровней МГ ($r = 0,524$) и отрицательная — ЛФ и АТ ($r = -0,412$, $p = 0,0453$). Помимо упомянутых выше отличий, был выявлен сниженный уровень ЛФ ($p < 0,0001$) по сравнению с 4-й группой больных.

У пациенток 4-й группы с распространенным гнойно-деструктивным процессом достоверные отличия от группы контроля показаны в следующих случаях: увеличен уровень ЛФ ($p < 0,0001$), PAG ($p < 0,0005$), снижено содержание МГ ($p < 0,02$). Показаны отрицательные корреляции концентрации ЛФ и АТ ($r = -0,481$, $P < 0,02$).

Таким образом, несмотря на схожесть симптоматики, изученные нами воспалительные заболевания, имеют ряд различий, как на уровне иммунного ответа, так и на уровне полифункциональных белков-регуляторов метаболизма, и в разной степени изменяют концентрации как ЛФ, так и МГ. Мы считаем, что выявленные нами различия могут быть использованы в качестве дополнительных критериев при дифференциальной диагностике воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Грачева О.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский
Университет, Самара, Россия

Актуальность. В течение двух последних десятилетий в России получило широкое распространение представление о «недифференцированных дисплазиях соединительной ткани» (НДСТ). Сегодня под «недифференцированными дисплазиями соединительной ткани» следует понимать нарушения структуры и функции соединительной ткани, по своим фенотипическим и клиническим проявлениям не укладывающиеся в уже известные дифференцированные и иные диспластические синдромы и фенотипы (Земцовский Э.В., 2001).

Наследственная патология соединительной ткани встречается достаточно редко и составляют в популяции лишь доли процента. Намного чаще практический врач сталкивается с пациентами, имеющими неполный набор диагностических критериев.

В настоящее время получил широкое распространение подход, согласно которому для диагностики НДСТ достаточно выявления нескольких внешних признаков дисплазии.

Цель исследования. Изучить насколько внешние фенотипические признаки (ВФТП) дисплазии соединительной ткани коррелируют с биохимическими маркерами дисплазии.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 500 пациенток с признаками НДСТ в возрасте от 20 до 37 лет. Средний возраст составил $27,3 \pm 0,19$ лет. Выяснялись анамнестические данные, состояние соматического профиля, признаки дисплазии соединительной ткани оценивались согласно шкале Т.Ю.Смолевой, С.Н.Буяновой (2003). Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани. Кроме оценки соматического профиля женщинам определяли уровень свободного оксипролина и магния в суточной моче в ранние сроки беременности. Полученные результаты анализировались с применением квази-ньютоновского метода.

Результаты исследования. Оксипролин — одна из основных аминокислот коллагена, отражающий катаболизм этого белка. Ионы магния входят в состав основного вещества соединительной ткани и участвуют в регуляции ее метаболизма. Поэтому, по показателям оксипролина и магния можно косвенно судить о процессах коллагенообразования в организме.

Проведенный анализ показал, что у 57,0% пациенток с признаками НДСТ определялись низкие показатели уровня магния в суточной моче, в то время как в контрольной группе количество женщин с низким содержанием магния было минимальным (8,0%). В основной группе концентрация магния была изначально статистически значимо меньше, чем в контрольной группе: $2,85 \pm 0,08$ и $3,92 \pm 0,07$ ммоль/л, соответственно. При этом следует отметить, что уменьшение концентрации магния сопряжено с увеличением количества внешних фенотипических признаков ($r = 0,30$).

Результаты исследования распределения оксипролина в моче у беременных женщин показали, что его содержание у подавляющего большинства обследуемых контрольной группы находилось в пределах нормы. Ни у одной женщины контрольной группы содержание оксипролина не превышало границы нормы. В основной группе более чем у половины женщин была отмечена повышенная концентрация оксипролина в моче — $347,60 \pm 9,81$ и $220,93 \pm 7,25$ мкмоль/сут соответственно ($p=0,00$).

Увеличение концентрации оксипролина также сопряжено с увеличением количества внешних фенотипических признаков. Эта связь более плотная по сравнению с магнием и составила $r=0,51$.

Мы провели анализ вектора обмена магния и оксипролина (ВСОМО) у беременных женщин в контрольной и основной группах. Из полученных результатов следует, что квазиаттракторы движения ВСОМО в контрольной и основной группах имели разные объёмы (vX) и коэффициенты асимметрии (rX). Так, rX в основной группе было в 16,5 раза, а vX в 2,0 раза превышали таковой в контрольной группе. Это свидетельство того, что система магний-оксипролин у женщин с ВФТП менее стабильна (более хаотична) по сравнению с женщинами контрольной группы. Представленные данные позволяют предположить, что развитие ВФТП может быть связано с дестабилизацией в системе обмена магния и оксипролина.

Заключение. Формальный количественный подход к диагностике НДСТ уравнивает между собой все признаки и приводит к чрезвычайной пестроте клинической картины, и попаданию в одну и ту же группу как вполне благополучных пациенток с повышенной диспластической стигматизацией, так и пациенток с выраженной наследственной патологией соединительной ткани. Поэтому, для диагностики НДСТ необходимо учитывать не только диагностическую значимость отдельных внешних и висцеральных фенов, а также биохимические признаки дисплазии.

ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЯ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ В МОЧЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК 14-19 ЛЕТ

Григоренко Ю.П.¹, Уварова Е.В.¹, Каюкова С.И.²,
Полуэктова Ф.А.²

¹ Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

² Россия, г. Москва, ГУ Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН

В последнее время особый интерес исследователей вызывает связь между соотношением уровня метаболитов эстрогенов и патологической клеточной пролиферацией в эстроген-чувствительных тканях. Доказано, что длительное нарушение баланса соотношения 2 гидроксистерона 1 (2-ОНЕ1) и 16-альфа-гидроксистерона 1 (16 α -ОНЕ1) в сторону повышения синтеза агрессивного метаболита 16 α -ОНЕ1 является причиной развития патологической пролиферации и надежным диагностическим критерием при определении риска и прогноза развития гипер- и неопластических процессов в половых органах и молочных железах. Контроль уровня метаболитов эстрогенов дает возможность ранней и точной диагностики эстроген-зависимых пролиферативных патологий, а, следовательно, и своевременного применения лекарственных средств, способных изменить метаболизм стероидов преимущественно по пути трансформации в 2-ОНЕ1. Установлено, что в норме у женщин репродуктивного возраста соотношение 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1 должно быть более 2. В то же время у подростков подобного исследования не проводилось.

В соответствии с этим, задачей нашего исследования явилось определение уровней и соотношения 2-ОНЕ1/16 α -ОНЕ1 у здоровых девочек в возрасте 14-19 лет.

С согласия девочек или их законных представителей нами обследовано 13 девственниц в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил $15,69 \pm 0,43$), не имевших соматических и гинекологических заболеваний в анамнезе, с нормативными клинико-лабораторными параметрами общего и иммунного статуса, с регулярными менструациями при своевременном менархе ($13 \pm 0,3$ лет). Возраст 14-16 лет (1 группа) имели 10 девочек (76,9%), 17-19 лет (2 группа) — 3 девочки (23,1%).

Всем девочкам производилось УЗИ органов малого таза и определение уровня эстрадиола в сыворотке крови на 5-7 день менструального цикла, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого для исключения эндокринной и гинекологической патологии. На 23-25 день менструального цикла произведен забор средней порции суточной мочи для количественного определения метаболитов эстрогенов (тест-система ESTRAMET 2/16α ELISA).

Средние размеры матки, яичников по данным эхографии соответствовали нормативным показателями у всех девочек. Толщина эндометрия у обследованных колебалась от 4 до 6 мм. При исследовании гормонального статуса уровень эстрадиола у девочек 1 группы составил $156,4 \pm 30,68$ пмоль/л при норме 154-291 пмоль/л, у девочек 17-19 лет — $102 \pm 14,64$ пмоль/л при норме 119-331 пмоль/л, что исключает вероятность стимуляции эстрогенами патологической клеточной пролиферации клеток органов их репродуктивной системы.

Влагалищная микрофлора у всех девочек соответствовала I-II степени чистоты, что исключило воспалительный процесс гениталий как возможную причину отклонений содержания метаболитов эстрогенов в моче пациенток.

Средний уровень 2-ОНЕ1 в моче обследованных составил $33,49 \pm 9,32$ нг/мл, 16-α-ОНЕ1 — $31,2 \pm 4,82$ нг/мл, соотношение 2/16-α — $1,24 \pm 0,22$. Детальный анализ величины соотношения, однако, позволил определить что у 6 из 13 девочек оно оказалось меньше 1,0, у двух — соответствовало 1,0 и у 5 было более 2,0. Таким образом, у 2/3 девочек полученные результаты свидетельствуют о преобладании 16α пути метаболизма эстрадиол-эстрона.

Полученные результаты требуют проведения дальнейшего исследования в данном направлении для установления референтных значений соотношения 2-ОНЕ1/16α-ОНЕ1 у подростков, либо формирования групп, нуждающихся в пролонгированном динамическом контроле с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы, в основе которой заложены механизмы патологической клеточной пролиферации. Диагностика и своевременное патогенетически оправданное лечение патологического процесса уже в юном возрасте позволит предотвратить развитие грозных осложнений в будущем.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Гродницкая Е.Э., Шаманова М.Б., Курцер М.А.
Россия, г. Москва, ГУЗ Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы

Невынашивание беременности остается одной из важнейших проблем современного акушерства. В последние годы появились данные о важной роли нарушений обмена фолатов и гипергомоцистеи-

немии (ГГЦ) в патогенезе микроциркуляторных и тромботических осложнений при различных заболеваниях, в том числе и в акушерской практике. Неблагоприятное воздействие ГГЦ на эндотелий и эластические свойства сосудов, а также стимуляция тромбообразования могут вызывать уже на ранних сроках беременности нарушения плацентации и расстройства фетоплацентарного кровообращения, результатом которого может стать привычное невынашивание беременности.

Гомоцистеин является цитотоксичной аминокислотой и его низкое содержание в клетках обеспечивается путем реметилирования до метионина, а также путем транссульфирования до цистеина. Реметилирование до метионина осуществляется двумя путями: фолат-зависимым и бетаин-зависимым. Единственным путем инактивации внутриклеточного гомоцистеина в эндотелии является фолат-зависимый путь, в котором в качестве донора метильной группы, необходимой для превращения гомоцистеина в метионин, используется 5-метилтетрагидрофолат — активная форма фолиевой кислоты. ГГЦ является ранним маркером дефицита фолатов, даже определение концентрации фолатов в крови имеет меньшее значение.

Адекватное обеспечение фолатами необходимо еще в периоде прегравидарной подготовки. Это способствует коррекции (профилактике) ГГЦ, а также снижению риска развития дефектов нервной трубки. Патогенетическая терапия ГГЦ различного генеза подразумевает назначение фолиевой кислоты, как до зачатия, так и в течение всей беременности в дозе не менее 4-5 мг/сутки.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Громова А.В., Нурмагомедова С.С., Черкесова А.У.
Дагестанский Научный Медицинский Центр, Махачкала, Россия.

Репродуктивная система — единственная система, которая начинает активно функционировать по достижении определенных физических и психических параметров развития девочки или определенного календарного возраста. В последующем в периоде полового созревания формируется, а затем закрепляется взрослый репродуктивный тип функционирования, который позволяет обеспечить осуществление генеративной функции — зачатие, вынашивание беременности, рождение и вскармливание ребенка.

Вместе с тем, малоизученной остается проблема влияния вирусных гепатитов на состояние репродуктивного здоровья.

Цель исследования: изучить влияние вирусных гепатитов на физическое развитие девочек-подростков Республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. 400 девочек-подростков в возрасте 8-18 лет были распределены на три основные группы: I — 100 с вирусным

гепатитом А, II — 100 с вирусным гепатитом В и III — 100 с вирусным гепатитом С. Группу контроля составили 100 здоровых девочек-подростков. Антропометрические исследования девушек проводились по унифицированной методике А.Б. Ставицкой и Д.И. Арон (1959), включали измерение роста стоя, определение массы тела, измерение окружности грудной клетки и четырех размеров таза. ИМТ вычислялся по формуле Брея.

Полученные результаты. Все дети, начиная с 8 лет и включая девушек, достигших половой зрелости (18 лет), были обследованы по параметрам их физического развития. Активность роста девочек-подростков контрольной группы постепенно и умеренно увеличивается до 10 лет. Представляет собой особый интерес скачок роста у девочек в 11-12 летнем возрасте, накануне менархе, когда прибавка длины тела составила у большинства девочек 8-11см (с колебаниями длины тела от 140-167 см).

Пубертатный и юношеский периоды характеризуются небольшим постоянным увеличением длины тела на 2-3 см.

Наши исследования обнаружили наличие пика активного прироста массы тела в 2-х возрастных точках пубертатного возраста. Первая представляет собой ранний пубертатный период и соответствует времени появления менархе 11-12 лет. Вторая относится к 14-летнему возрасту, что совпадает с достижением регулярных менструаций у девушек этого возраста и активным переходом от ановуляторных к овуляторным циклам. В последующие 2 года прирост массы тела умеренный 2-3 кг в год, исключение составляет 14-летний возраст, когда у девочек резко нарастает масса тела. У большинства девочек в этой возрастной группе прибавка массы тела составила 2-3 кг (с колебаниями от 46 кг до 58 кг). В 17-18 лет вновь наблюдается резкая прибавка массы тела на 3,5 - 4 кг (с колебаниями от 47 кг до 65 кг).

Необходимо отметить, что среди девочек — подростков с гепатитом С скачок роста и вес стабилизировался на более низком уровне по сравнению с девочками с гепатитом А и В. При вычислении перцентильных показателей отмечено, что только 53,0% девочек основной группы с гепатитом С находилось в оптимальной зоне значений роста, 31,0% — в допустимой, а 16,0% — имели отклонения от нормальных процессов роста. Анализ перцентильных показателей массы тела указывает, что в группе с гепатитом В 75,0% подростков (в 1,4 раза больше, чем в III группе) находились в подростках находились в оптимальной зоне значений роста, 14,0% - в допустимой зоне значений роста, 11,0% имели отклонения от нормальных показателей с преобладанием дефицита массы, а в группе с гепатитом А 2% интервал отклонений составил 5,0 перцентилля при преобладании избытка веса, а 95% подростков (в 1,8 раз больше, чем в III группе) находились в оптимальной зоне значений роста. Нарастание поперечных размеров таза во всех группах шло неравномерно и завершилось к 17-18 годам. Замедление процессов роста поперечных размеров таза отмечено у 24% подростков.

Заключение: основные показатели физического развития у девочек-подростков с гепатитами ниже аналогичных показателей их здоровых сверстниц. Они имеют меньшую длину и массу тела, массоростовой коэффициент, окружность грудной клетки и размеры таза по сравнению со здоровыми сверстницами. Наихудшие показатели отмечены в группе девочек-подростков с гепатитом С. В группе девочек-подростков с гепатитом А показатели физического развития подростков выше, чем в группе с гепатитом В, но все же остаются ниже, чем в группе здоровых девочек-подростков.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО СТАТУСА ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Громова А.В., Нурмагомедова С.С.,
Абдурахманова Р.А.

Дагестанский Научный Медицинский Центр, Махачкала, Россия

В последние годы отмечается рост заболеваемости вирусными гепатитами как среди взрослого, так и среди подрастающего населения. Однако значение этой проблемы для здравоохранения не ограничивается числом лиц с клинически явными заболеваниями. К «скрытым» последствиям гепатитов относятся нарушения менструальной и репродуктивной функции, ухудшение индекса здоровья будущих матерей. В связи с этим научный интерес представляет изучение взаимосвязи вирусных гепатитов и гинекологической патологии у девочек-подростков и влияние их на репродуктивный потенциал. Правильная оценка и коррекция физического и полового развития невозможна без оценки влияния на них гормонального статуса.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса, а также гормонопродуцирующей функции яичников у девочек-подростков с вирусными гепатитами.

Материалы и методы исследования. Гормональные исследования проведены у 150 девочек основных групп (I — 50 с вирусным гепатитом А, II — 50 с вирусным гепатитом В и III — 50 с вирусным гепатитом С) и у 25 здоровых девочек-подростков контрольной группы в возрасте 12-18 лет. Определяли концентрацию в сыворотке крови следующих гормонов: фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ), пролактин, тиротропный (ТТГ), эстрадиол, прогестерон, кортизол методом ИФА с использованием реактивов фирмы «Вектор - Бест», Новосибирск.

Полученные результаты. Выявлено снижение уровня содержания эстрадиола в сыворотке крови у девочек-подростков основной группы и, особенно с гепатитом С в сравнении со здоровыми сверстницами ($457,4 \pm 0,26$ пмоль/л). Так, в I группе уровень эстрадиола составил $229,3 \pm 0,58$ пмоль/л. Во II группе девочек-подростков уровень эстрадиола еще

ниже — $181,7 \pm 0,31$ пмоль/л, а в III группе уровень эстрадиола достигает минимальных значений — $119,8 \pm 1,05$ пмоль/л.

Такая же тенденция отмечена и в уровне прогестерона — минимальные значения его отмечены в III группе — $9,4 \pm 0,16$ нмоль/л против $12,26 \pm 0,11$ нмоль/л в I группе, $10,73 \pm 0,29$ нмоль/л во II группе и $21,43 \pm 1,33$ нмоль/л в контроле.

Так как снижение экскреции прогестерона, как правило, является результатом однофазных менструальных циклов и циклов с недостаточностью лютеиновой фазы, то полученные результаты свидетельствуют о нарушении овуляторной функции яичников у девочек с вирусными гепатитами и, особенно, с гепатитом С.

Некоторое повышение уровня тестостерона отмечено в группе с гепатитом С: $0,15 \pm 0,18$ нмоль/л ($p > 0,05$), а в группах с гепатитами А, В и в контрольной группе существенно не различается ($0,12 \pm 0,36$ нмоль/л в I группе, $0,11 \pm 0,27$ нмоль/л во II группе и $0,12 \pm 0,62$ нмоль/л в контроле).

Экскреция кортизола у девочек основной группы превышала аналогичный показатель в группе сравнения. Наибольшее значение уровня гормона отмечено в III группе — $352,4 \pm 0,57$ нмоль/л, против $331,4 \pm 0,21$ нмоль/л в контроле. Во II группе уровень кортизола несколько выше, чем в I группе: $346,4 \pm 0,82$ нмоль/л против $338,9 \pm 0,67$ нмоль/л.

Общеизвестно, что переход к «зрелому» типу функционирования репродуктивной системы (к овуляторным менструальным циклам) связан с уровнем пролактин-секретирующей функции гипофиза, о чем свидетельствует увеличение концентрации этого гормона к концу пубертатного периода, когда процент овуляторных циклов резко увеличивается. У здоровых девочек секреция ПРЛ колебалась от очень низких показателей до верхней границы нормы. Выявлено достоверное угнетение пролактинообразующей функции гипофиза у девочек с вирусными гепатитами. Так, в I группе уровень ПРЛ снизился до $278,3 \pm 15,8$ мМЕ/л, во II группе до $229,6 \pm 13,4$ мМЕ/л, а в III группе — до $193,3 \pm 15,6$ мМЕ/л против $484,7 \pm 11,8$ мМЕ/л в контроле. Уровни ЛГ в группах с гепатитами А и В достоверно не различаются: $5,63 \pm 0,27$ МЕ/л в I группе и $5,31 \pm 0,25$ МЕ/л во II группе. В III группе отмечены наименьшие значения этого гормона — $3,26 \pm 0,11$ МЕ/л. Аналогичная ситуация отмечена с уровнем ФСГ — в III группе значения ФСГ максимальны — $1,03 \pm 0,18$ МЕ/л, против $2,84 \pm 0,61$ МЕ/л в I группе, $1,69 \pm 0,12$ МЕ/л во II группе и $3,47 \pm 0,24$ в контрольной группе.

Заключение: выявленные нами особенности гормонального профиля у девочек- подростков с вирусными гепатитами говорят об угнетении гормонпродуцирующей функции гипоталамо- гипофизарной системы и яичников у этого контингента подростков. Секреция ФСГ и ЛГ у девочек с гепатитами была ниже по сравнению со здоровыми сверстницами, это дает основание полагать, что запуск системы гипоталамус—яичники—надпочечники происходит у этих подростков позже, что, по-видимому, связано со снижением функциональной активности печени.

ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКО

Гульчеева С.В., Яворовская К.А., Коган Е.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Несмотря на многочисленные работы, тема рецептивности эндометрия остаётся до конца неосвещённой и неизученной. Одной из причин снижения рецептивности эндометрия может являться нарушенная концентрация маркёров, необходимых для удачной имплантации эмбрионов. Особый интерес представляют следующие иммуногистохимические маркёры рецептивности: лейкемия ингибирующий фактор (ЛИФ), гликоделин — А и CLDN4 (клаудин 4). В результате проводимых исследований было выяснено, что у всех вышеперечисленных маркёров рецептивности эндометрия имеются циклические изменения концентрации в полости матки, с максимальными значениями в период предполагаемого окна имплантации. Проводимые исследования позволяют выявить ведущие предикторы рецептивности у пациенток с различными формами бесплодия, которые смогут использоваться в дальнейшем для повышения эффективности программ ВРТ. Также, большое внимание уделяется изучению пиноподий, возникающих посредством трансформации плазменной мембраны. Известно, что пиноподии играют неотъемлемую роль в процессе имплантации, являясь местом непосредственного прикрепления бластоцист, а также источником секреции ЛИФ. Однако, несмотря на многочисленные исследования, роль пиноподий в процессе имплантации эмбриона до конца не ясна.

Цель исследования:

Определить концентрации маркёров рецептивности в цервикальной слизи и биоптатах эндометрия у пациенток с различными формами бесплодия.

Оценить морфологическое состояние эндометрия и характер формирования пиноподий у пациенток с различными формами бесплодия в период предполагаемого окна имплантации.

Выявить ведущие предикторы рецептивности эндометрия у пациенток с различными формами бесплодия.

Материалы и методы исследования:

Путём проведения ИФА, иммуногистохимического, молекулярного и морфологического исследований в эндометрии определяли: ЛИФ и в фолликулярной жидкости, гликоделин, клаудин 4, а также пиноподии в период предполагаемого окна имплантации у женщин с различными формами бесплодия. В течение 6 месяцев было обследовано 25 пациенток, которые были разделены на группы: 10 пациенток с трубно - перитонеальным фактором, 6 пациенток с СПКЯ, 4 пациентки с бесплодием неясного генеза и 5 пациенток с мужским фактором бесплодия. Среди обследованных женщин, беременности наступили у 7 (28%) пациенток, ис-

следуемые нами маркёры рецептивности определялись у данных пациенток в высокой концентрации, а пиноподии определялись на 50% и более от всей поверхности эндометрия. Среди 18 (72%) пациенток, у которых беременность не наступила данные маркёры определялись в более низких концентрациях, а пиноподии определялись на 30 — 50% от всей поверхности эндометрия.

Заключение:

В результате проведённых исследований будет оценено влияние различных маркеров рецептивности эндометрия на процесс имплантации, а также будут определены ведущие предикторы рецептивности у пациенток с различными формами бесплодия. Будут выявлены морфологические и молекулярные нарушения рецептивности эндометрия у пациенток с различными формами бесплодия. Результаты работы могут быть использованы в дальнейшем для оценки состояния эндометрия и определения наиболее благоприятного периода для имплантации эмбриона, что, в свою очередь, может способствовать повышению эффективности программ ВРТ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ В ЭТИОЛОГИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гуман Л.П.

Россия, г.Белгород, областная клиническая больница
Святителя Иоасафа

Воспалительные заболевания половых органов занимают основное положение в структуре гинекологических заболеваний, являясь наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, создавая медицинские, социальные, психологические и экономические проблемы как в семье, так и в социуме. 60-80% случаев хронических воспалительных заболеваний органов малого таза принадлежит хроническому эндометриту (ХЭ). Чаще всего (до 90%) заболевание встречается у женщин репродуктивного возраста и обуславливает нарушение репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО и ПЭ, неразвивающейся беременности, невынашивания беременности, осложненного течения беременности и родов.

Целью данной работы явилось выяснение частоты хронического эндометрита у пациенток, перенесших неразвивающуюся беременность. Нами было обследовано 40 женщин, имевших в анамнезе замершую беременность до 20 недель гестации. Обследование проводилось вне беременности, на 5-7 день менструального цикла. Основными диагностическими методами были бактериологическое, бактериоскопическое обследование, ПЦР-диагностика, иммуноферментный анализ, метод прямой иммунофлюорисценции, гистероскопия, ультразвуковое сканирование гениталий, гистологическое, цитологическое исследования содержимого полости матки. В результате комплексного

обследования хронический эндометрит диагностирован у 67,5% пациенток. В анамнезе у этих пациенток было бесплодие, привычное невынашивание беременности, нарушение менструальной функции. При ультразвуковом исследовании хронический эндометрит диагностирован только у трети пациенток. При гистероскопии, выполненной в фазу полиферации, в полости матки обнаружена следующая картина: формирование участков неравномерно утолщенной, бугристой, неоднородно окрашенной слизистой с участками неизменного эндометрия.

Как монозаболевание ХЭ регистрировался у 30% женщин. Сочетанная патология наблюдалась у каждой четвертой пациентки, чаще всего сочетание истмико-цервикальной недостаточности с ХЭ и гипоплазией матки — 7,5%, пороков развития матки с ХЭ — 7,5%, спаечной болезни полости матки с ХЭ — 10%. Спаечная болезнь полости матки на фоне хронического эндометрита была диагностирована у каждой десятой пациентки, причем клинически I степень сращения (7,5%) ничем не проявлялась, II степень (2,5%) проявлялась гипоменструальным синдромом.

Следует отметить, что диагностика спаечной болезни полости матки возможно только эндоскопически. С помощью ультразвука данная патология не диагностировалась.

Морфологическим методом диагноз ХЭ был подтвержден. В 57,5% случаев наблюдалась воспалительная инфильтрация клеток эндометрия, у всех больных регистрировалась урогенитальная инфекция. У 25% этой группы имело место гнойное воспаление, дистрофия клеток эндометрия. В 7,5% случаев регистрировалась железисто-кистозная гиперплазия и у 5% обследованных — железистый эндометриальный полип. При комплексном обследовании урогенитальная инфекция диагностирована у всех пациенток, имевших ХЭ. Один вид возбудителя выявлен у 28,5% женщин, в 70% случаев наблюдалась микст-инфекция. Наиболее частым сочетанием являются: урогенитальный хламидиоз и уреоплазмоз — 25%, микоплазмоз и трихомониаз — 15%, хламидиоз, уреоплазмоз и трихомониаз — 12,5%. Реже встречается сочетание уреоплазмоза и ЦМВ-инфекции — 5%, хламидиоза и острого токсоплазмоза — 5%. Вирусносительство цитомегаловируса выявлено у 10% пациенток. У 40% больных регистрировались нарушения менструального цикла на фоне хронического эндометрита в виде олигоменореи, гиперполименореи, предменструального синдрома. Морфология содержимого полости матки этих пациенток представлена гиперплазией эндометрия, дистрофией эндометрия, железистыми полипами.

Таким образом, хронический эндометрит, как фактор, способствующий возникновению неразвивающейся беременности, наблюдался у 67,5% пациенток. Сочетанная патология наблюдалась у 25% женщин. У всех больных, имевших ХЭ, диагностирована урогенитальная инфекция. Данные, полученные при нашем обследовании, включены в программу прегравидарной подготовки пациенток, перенесших неразвивающуюся беременность.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДВУХСТОРОННЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКО

Гус А.И., Тетерина К.И., Калинина Е.А.,
Смольникова В.Ю., Аскольская С.И., Кухарчук С.А.
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Двухсторонняя трубная беременность в акушерско-гинекологической практике встречается крайне редко. Частота ее составляет примерно 1:725 — 1:1580 среди всех внематочных беременностей и 1 случай на 200000 родов (De Los Rios JF, 2007). Повышенный риск эктопической беременности при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), по сравнению с спонтанной беременностью, возлагает повышенную бдительность при проведении ультразвукового исследования у таких пациенток (De Los Rios JF, 2007). Так, среди описанных в литературе 45 случаев двухсторонней трубной беременности в результате применения ВРТ, только два из их числа были выявлены при эхографии (Hoormann M, 2003; Mock P, 2001.). Данное состояние крайне редко диагностируется до лапароскопии, так как в большинстве случаев при визуализации трубной беременности или образования в области придатков матки с одной стороны специалист ультразвуковой диагностики уже менее тщательно исследует область придатков с другой. Поэтому диагноз двухсторонней трубной беременности устанавливается, как правило, в ходе операции (De Los Rios JF, 2007). Мы приводим описание первого в нашей практике клинического наблюдения двухсторонней трубной беременности, наступившей у суррогатной матери в результате программы ЭКО, установленной при ультразвуковом исследовании.

В нашем наблюдении пациентке, участвующей в программе ЭКО в качестве суррогатной матери, в спонтанном цикле проводилась подготовка эндометрия для переноса эмбрионов. На 19-й день цикла при толщине эндометрия 10 мм был произведен перенос 2-х замороженных эмбрионов. Через две недели уровень В-ХГЧ в плазме крови был положительный. На 21 сутки после переноса эмбрионов у пациентки появились жалобы на кровяные выделения из половых путей. Уровень В-ХГЧ составил 1283 МЕ/л, что соответствовало сроку беременности 3-4 недели от зачатия. При контрольном ультразвуковом исследовании на фоне утолщенного до 12 мм эндометрия ни одного плодного яйца в полости матки не определялось, в дне полость матки была расширена до 9 мм за счет жидкой крови. При дальнейшем исследовании с обеих сторон визуализировались расширенные до 10-11 мм за счет жидкостного содержимого с мелкодисперсной взвесью маточные трубы, в каждой из которых визуализировалось плодное яйцо 3 мм и 4 мм в диаметре. В позадаточном пространстве определялось 150 мл свободной жидкости с мелкодисперсной взвесью.

Пациентка была срочно госпитализирована в отделение оперативной гинекологии и ей была произ-

ведена лапароскопия в экстренном порядке. Во время оперативного вмешательства было обнаружено: в полости малого таза около 100 мл темной крови со сгустками, тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, синюшного цвета, не деформировано; яичники с обеих сторон — без видимой патологии; справа маточная труба извита, несколько гипертрофирована, утолщена в ампулярном отделе до 2,5 см за счет интратубарной гематомы; слева в области ампулярного отдела имеется перитубарная гематома, прикрывающая собой фимбриальный отдел, целостность левой маточной трубы не нарушена. Учитывая одни самопроизвольные роды в анамнезе у пациентки 31 года, участие в программе ЭКО в качестве суррогатной матери и желание сохранить репродуктивную функцию, пациентке была произведена органосохраняющая операция: милкинг левой маточной трубы, туботомия справа, выскабливание слизистой полости матки. Оба плодных яйца и соскок из полости матки отправлены на гистологическое исследование.

Как показывает практика, диагностика двухсторонней трубной беременности, особенно на ранних сроках, достаточно проблематична, но, тем не менее, необходимо производить тщательное ультразвуковое исследование с обеих сторон при выявлении односторонней внематочной беременности.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Гусан О.А, Ильтинская Г.Ю.

МУЗ ГКБ №4 г. Ставрополя, СтГМА, кафедра акушерства и гинекологии

Одна из задач охраны здоровья женщин в послеродовом периоде включает в себя поиск надежной и безопасной контрацепции. Уже через 9 недель после родов возможно наступление беременности. Согласно данным статистики, через месяц начинают половую жизнь 98% супружеских пар. Первый год после родов является периодом высокого риска незапланированной беременности. Несоблюдение интервала между родами менее 2-х лет повышает перинатальную смертность на 25%. Значительно возрастает количество гестационных осложнений: самопроизвольного прерывания беременности, угрозы прерывания беременности, развитие ХФПН, гипотрофии плода, анемии. Раннее наступление повторной беременности способствует уменьшению лактации более чем в 30% случаев. Наибольший процент женщин задумывается о послеродовой контрацепции через 1-3-6 месяцев. Последняя должна обладать 1) безопасностью для матери и ребенка, 2) надежностью, удобностью, хорошей переносимостью, 3) доступностью по ценовой политике, 4) не влиять на лактацию

ВМС «Мирена» соединила в себе преимущества гормональной и внутриматочной контрацепции. Ее использование не влияет на лактацию, на вес женщины, безопасно для ребенка, уменьшает менструальную кровопотерю. «Мирена» является методом выбора контрацепции у пациенток с сахар-

ным диабетом, эндометриозом, миомой в анамнезе. Восстановление фертильности после удаления «Мирены» соответствует уровню фертильности в популяции. Применение данного вида ВМС не оказывает неблагоприятного воздействия на течение последующей беременности и родов.

За 4 года «МИРЕНА» нами использована в качестве послеродовой контрацепции в 22 случаях. Постановка спирали осуществлялась через 2 месяца после родов у 4 женщин, через 6 месяцев у 10, через 12 месяцев у 8. Из них 5 пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения. Постановка ВМС проводилась не ранее чем через 3 месяца после оперативного родоразрешения. Ни в одном случае применения «Мирены» не наблюдалось экспульсий или досрочного удаления в связи с непереносимостью или наличием выраженных побочных эффектов. Перед постановкой проводилось рекомендуемое обследование: сбор анамнеза, мазок на флору из цервикального канала и влагалища, ПЦР на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, УЗИ органов малого таза, гинекологический осмотр. Обязательно необходимо исключить наличие инфекционного агента как основного фактора возникновения такого осложнения как экспульсия. При наличии очагов инфекции проводилась их санация путем назначения системных антибактериальных препаратов или местного использования вагинальных таблеток «Тержинан», при отсутствии лактации — «Нео-пенотран».

Введение ВМС «Мирена» после родов имеет свои особенности: 1) повышенный риск перфорации матки, 2) не требуется расширения цервикального канала, 3) не выражен или слабо выражен болевой синдром после введения спирали. Контроль осуществляли через 1 месяц после постановки, затем 1 раз в год. У 4 (18%) пациенток наблюдались кровянистые выделения, которые потребовали применения препаратов транексама, аскорутин и НПВС. У 1 пациентки через год после постановки ВМС отмечались 2 менструальных цикла с обильными кровянистыми выделениями, что противоречит лечебному действию спирали. Пациентка обследована. Исключена экспульсия и неправильное положение ВМС. Проведено УЗИ органов малого таза — без патологии. Из анамнеза выяснено, что перенесла острый цистит, кандидозный кольпит. Назначены были транексам, аскорутин, НПВП, лечение кольпита («Нео-пенотраном»). От лечения антибактериальными препаратами решено было воздержаться в связи с отсутствием острых клинических проявлений на момент обращения. После данной терапии менструации вновь приобрели скудный характер. В одном случае отмечалось появление акне, которые исчезли через 1 месяц после постановки спирали, в 2-х (9%) случаях отмечалась тошнота, которая прошла через 2 недели и не потребовала медикаментозной коррекции. У 6 (30%) женщин отмечалось нарушение цикла в виде полного отсутствия менструаций в течение 4-5 месяцев, которые в последующем самостоятельно восстановились и носили характер скудных. У 9 (42%) пациенток наблюдалась в течение 2-3 месяцев умеренно выраженная масталгия.

Таким образом, ВМС «Мирена» является наиболее оптимальным методом послеродовой контрацепции. Не следует бояться использовать данный вид ВМС у женщин после родоразрешения путем операции кесарево сечение. Преимущества данной спирали, ее креативность позволяет рекомендовать вышеуказанный метод контрацепции более широкому кругу пациенток.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Дамиров М.М., Шабалова И.П., Бушкова А.С.,
Тютерева И.Н., Колотеев А.И.**

Россия, г.Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО
РМАПО

В последние годы наблюдается значительное возрастание частоты заболеваний шейки матки. В структуре онкологической заболеваемости рак шейки матки (РШМ) занимает второе место, составляя 12% от числа всех злокачественных новообразований у женщин. На фоне снижения общей заболеваемости РШМ, возросла частота этой патологии у молодых женщин. Частота лейкоплакии в структуре заболеваний шейки матки составляет около 5%, причем злокачественную трансформацию многослойного плоского эпителия шейки матки выявляют в 17-31,6% случаев. Совершенствование методов диагностики и лечения у больных лейкоплакией шейки матки (ЛШМ) является одним из звеньев профилактики онкологической патологии.

Цель исследования — улучшение результатов диагностики и лечения у больных ЛШМ.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 80 больных с простой формой ЛШМ (средний возраст $35,2 \pm 2,75$ лет). Всем пациенткам выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Проведен сравнительный анализ традиционного PAP-исследования и жидкостного цитологического исследования в диагностике ЛШМ.

Проведена оценка состояния микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате «ЛАКК-02» (Лазма, Россия). При анализе ЛДФ-грамм оценивали средние величины перфузии тканей на основе анализа результатов показателя микроциркуляции (ПМ), индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) и показателя соотношения амплитуд дыхательных и вазомоторных колебаний (АД/АВ). Группу сравнения для оценки состояния микроциркуляции составили 40 здоровых женщин (ЗЖ) (средний возраст $35,5 \pm 2,89$ лет).

Лечение больных ЛШМ проводили радиоволновым аппаратом «Сургитрон» («Ellman International», США). В состав I группы вошли 40 больных с простой формой ЛШМ (средний возраст

34,7±3,45 лет), которым в послеоперационном периоде проведен 10 дневный курс лечения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) аппаратом РИКТА по разработанной нами методике и местной терапии с момента отхождения струпа (Депантол). В состав II группы больных вошли 40 больных с простой формой ЛШМ (средний возраст 35,9±2,81 лет), которым проведено радиохирургическое лечение.

Оценка течения раневого процесса в зоне хирургического вмешательства у больных ЛШМ проводилась методом жидкостного цитологического исследования раневого экссудата (на 6-7 сутки и 12-13 сутки).

Результаты исследования. Установлено, что традиционное цитологическое исследование отличалось высоким уровнем как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Жидкостная цитология позволяет значительно улучшить качество диагностики. Это связано с тем, что микрокопии подвергается монослой клеток на предметном стекле, в результате чего повышается их репрезентативность, снижается число ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Отмечено, что информативность традиционного PAP-исследования в диагностике простой формы ЛШМ составила 78,7 ± 2,36%, тогда как жидкостной цитологии — 93,8 ± 2,76%.

При анализе результатов ЛДФ-грамм у всех больных ЛШМ диагностировано нарушение базального кровотока. Так, у 90,0% ЗЖ диагностировали нормоциркуляторный тип МКЦ, при котором доминировали нейрогенные и миогенные колебания, при относительно низких значениях дыхательных ритмов. Застойный тип МКЦ, при котором определяли увеличение частоты дыхательных ритмов, диагностирован у 10,0% ЗЖ. Выявлены достоверные различия показателей МКЦ у ЗЖ и в основной группе. Так, у 68,8% больных с простой формой ЛШМ определялся застой в венолярном звене микрокровотока, что подтверждалось высокими значениями показателей дыхательных колебаний.

В группе больных с простой формой ЛШМ, которым проводилось традиционное радиохирургическое лечение, отхождение струпа наблюдалось с 7-9 суток и завершалось в течение 2-3 дней, причем, в 15% случаев сопровождалось незначительными кровяными выделениями. Цитологическое исследование раневого экссудата, взятого на 6-7 сутки, в 30% случаев характеризовало воспалительный тип мазка и у 70% пациенток — воспалительно-регенеративный. К 12-13 суткам регенеративный тип мазка наблюдался в 62,5% случаев, а воспалительно-регенеративный — у 37,5%.

В I группе больных с простой формой ЛШМ после радиохирургического лечения в результате проводимой коррекции местных МКЦ нарушений, возникающих на фоне отека шейки матки и явлений реактивного воспаления, путем применения НИЛИ и местной терапии (Депантол), происходило формирование более тонкого струпа. Как правило, струп отходил в течение суток и ни в одном случае

этот процесс не сопровождался кровотечением. Подсчет клеток в раневом экссудате, взятом на 6-7 сутки, в 10% случаев выявил воспалительный тип мазка и в 90% — воспалительно-регенеративный. Цитологическое исследование раневого экссудата на 12-13 сутки у 95% пациенток выявило регенеративный тип мазка и у 5% пациенток, имеющих изначально застойный тип микроциркуляции — воспалительно-регенеративный.

Заключение. Таким образом, использование жидкостной цитологии и оценка состояния МКЦ у больных ЛШМ дает возможность получить важную дополнительную информацию, позволяющую улучшить диагностику заболевания и оптимизировать тактику их ведения. Коррекция выявленных МКЦ нарушений у больных ЛШМ приводит к улучшению результатов лечения.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Демьянова Т.Н., Елгина С.И., Богданова Н.Л.,
Фетищева Л.Е., Болотова С.Н.

Россия, г.Кемерово, Городская клиническая больница № 3

Внематочная беременность любой локализации всегда является абсолютным показанием к оперативному вмешательству, при котором, как правило, производят удаление маточной трубы. Удаление даже одной маточной трубы в 70-80% случаев обуславливает развитие вторичного бесплодия, эндокринных расстройств, повышает риск возникновения ВВ в оставшейся трубе, а так же ведет к развитию послеоперационного спаечного процесса.

Целью настоящего исследования явилось изучение преимуществ лапароскопии в лечении внематочной беременности.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 107 случаев внематочной беременности за 2009 год. Лапароскопические операции были выполнены у 81 женщины. Для производства лапароскопии и эндохирургических операций был использован инструментарий и эндоскопическая аппаратура фирмы «Karl Storz». Операции проводили под внутривенным или интубационным наркозом. Длительность операций колебалась от 20 минут до одного часа.

Результаты исследования. Среди 81 женщины в возрасте 18-50 лет было 67 (82,7%) пациенток с нарушенной трубной беременностью по типу трубного аборта, 13 (16,1%) с прогрессирующей трубной и 1 (1,2%) яичниковой беременностью. Среди прооперированных было 18 первобеременных, все остальные были повтробеременные. Воспалительные процессы матки и придатков в анамнезе были у 30 (37%) больных, 7 (8,6%) женщин в прошлом перенесли различные оперативные вмешательства. Во время лапароскопии при нарушенной трубной беременности дифференцировано избирали характер оперативного вмешательства, при выраженной

деформации трубы ее удаляли у 72 (88,7%) пациенток. У 9 (11%) пациентов — осуществлено консервативное вмешательство: рассечение расширенного участка и эвакуация плодного яйца, выдавливание сгустка либо вакуум-аспирация плодного яйца из просвета трубы. Больных выписывали на 3-4 день после операции. Для уточнения характера изменений в брюшной полости у 13 больных через 3 месяца после операции была проведена гистеросальпингография, при которой спаечных изменений не обнаружено у четырех женщин. Остальным в последующем выполнена динамическая лапароскопия с рассечением перитубарных спаек, хромогидротубацией. Спустя год после перенесенной внематочной беременности у шести женщин наступила маточная беременность, которая закончилась срочными родами у двух женщин, прерыванием беременности по собственному желанию у одной.

Таким образом, внедрение в клиническую практику лапароскопии позволило почти полностью исключить лапаротомию при трубной беременности, уменьшить объем оперативного вмешательства и сократить сроки госпитализации.

РОЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРМЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ P16, N33 И MLH1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета,
Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова ГОУ
ВПО Росздрава, Москва, Россия

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки составляет от 10 до 15% и служит фоном для развития предраковых состояний и рака шейки матки. Одно из основных генетических событий, необходимых для развития опухоли — инактивация генов-супрессоров опухолевого роста. Самым частым механизмом подобной инактивации является метилирование CpG-островков в промоторных и регуляторных областях этих генов. Аномальное метилирование генов, участвующих в канцерогенезе, происходит на начальных стадиях опухолеобразования и часто обнаруживается во многих предраковых состояниях.

Целью данного исследования является определение роли гиперметилирования генов p16, N33 и MLH1 при лечении доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки. В период с июня 2007 по июнь 2010 гг. нами было проведено обследование и лечение 46 пациенток. В комплекс стандартного обследования входила расширенная кольпоскопия, цитологическое и морфологическое исследование биоптатов шейки матки и соскобов эндоцервикса, а так же молекулярное исследование биоптатов шейки матки для определения метилирования 3-х генов: p16(ген-супрессор, наиболее часто поражаемый при канцерогенезе), N33

(ген, проявляющий супрессивные функции и демонстрирующий высокий уровень метилирования в различных типах опухолей) и гена MLH1(ген репарации ошибок репликаций ДНК). Возраст обследованных варьировал от 21 до 72 лет, в среднем составив $37,02 \pm 1,01$ лет.

Полученные результаты: у 30 пациенток аномального метилирования генов обнаружено не было, и ни у одной из них не выявлены предраковые изменения и рак шейки матки. У 16 пациенток в материалах биопсии было определено метилирование генов: p16 — в 94 % случаев, N33 — у 50 %, MLH1 — в 81 % случаев. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки у пациенток с установленным гиперметилированием генов было обнаружено: картина простой лейкоплакии и хронического воспаления — у 8(50%) пациенток, плоскоклеточный рак шейки матки — у 2(12,5%) пациенток, дисплазия 2-3 степени — в 6(37,5%) случаях. После получения результатов гистологического исследования 2 пациенткам с диагностированным раком шейки матки выполнены радикальные операции в онкологических стационарах, 10 пациенткам с дисплазией 2-3 степени — лазерная конизация шейки матки, остальным (34) — лазервапоризация патологических участков. После проведенного лечения наблюдение за пациентками осуществлялось в течение двух лет. Контрольное обследование, проведенное через 6, 12 и 24 месяца, включало расширенную кольпоскопию и цитологическое исследование. При наблюдении пациенток с подтвержденным гистологическим диагнозом лейкоплакии шейки матки и установленным гиперметилированием генов MLH1, N33 p16, рецидив лейкоплакии обнаружен в 50 % случаев, тогда как у пациенток с тем же гистологически подтвержденным диагнозом, но без гиперметилирования генов за время наблюдения не было зафиксировано ни одного рецидива. При наблюдении группы женщин с подтвержденным гистологическим диагнозом дисплазии шейки матки и установленным гиперметилированием генов MLH1, N33 p16, в 37,5% случаях при проведении кольпоскопии были обнаружены участки лейкоплакии шейки матки, что может быть расценено как рецидив заболевания. В группе из 30 пациенток, у которых не было определено аномального метилирования генов, при проведении контрольного обследования патологии шейки матки выявлено не было.

Обнаружение аномального метилирования генов в тканях шейки матки позволяет выявить пациенток с повышенным риском рецидива как фоновых, так и предраковых заболеваний шейки матки. Следовательно, определение молекулярно-генетических маркеров злокачественной трансформации в тканях шейки матки позволяет улучшить алгоритм обследования и ведения пациенток с патологическими процессами шейки матки, выявить группу риска развития онкологических процессов и определить дальнейшую тактику ведения.

ОБЪЕМ МАТКИ, ОБЪЕМ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ И ИХ СООТНОШЕНИЕ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дикке Г.Б., Зданевич М.С., Доронин Г.Л., Яговкина И.А., Курчишвили В.И.

Россия, Москва, ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрави»
Россия, Москва, ГОУ ВПО «ММА им. И.М. Сеченова»

Определение размеров матки, локализации, размеров и количества миоматозных узлов являются основой построения диагноза и выбора дальнейшей тактики ведения пациенток с лейомиомой матки. При объективном исследовании акушеры-гинекологи определяют размеры матки путем сравнения ее с размерами беременной матки соответствующего срока в неделях беременности, что по своей «объективности» нельзя считать оптимальным.

С широким введением в клиническую практику метода ультразвуковой диагностики предпринимались неоднократные попытки объективизировать столь важный диагностический показатель при лейомиоме матки как ее размер, а именно — определить объем матки. Анализ литературы показал, что использовались различные формулы, как чисто математические, так и определенные экспериментально. Так, наиболее простым вариантом является применение формулы для определения объема шара или объема эллипсоидных объемных объектов, а также формула Ю.Д. Ландеховского (1988).

Простой математический расчет с использованием указанных формул показывает, что при равных исходных данных результат получается неодинаковым и разница может достигать 15 %. Такая погрешность является неприемлемой. Кроме того, за пределами внимания врачей и исследователей остаются такие важные показатели как объем миоматозных узлов и их соотношение к общему объему матки.

В связи с тем, что общепринятая методика вычисления объемов матки имеет недостатки, влияющие на точность результатов измерения, такие как: искажение расчетов за счет того, что при развитии гиперпластических процессов в матке, она увеличивается не пропорционально в длину, ширину и толщину, чаще имеет неправильную форму и поэтому размеры ее могут быть оценены разными врачами в большом диапазоне, высокой погрешности результатов, выполняемых «вручную», существенных затрат времени по подсчету, нами с целью достижения точности, простоты и быстроты расчета для использования в практическом здравоохранении и в научных целях была разработана компьютерная Программа для вычисления объемов матки, миоматозных узлов и их соотношения «Volume» (свидетельство о гос. регистрации программы для ЭВМ № 2010613047 от 07.05.2010).

Алгоритм Программы основан на принципе расчета объема матки и суммы объемов пяти миоматозных узлов и их соотношения на основании их линейных размеров, полученных при ультразвуковом исследовании. При этом для вычисления

объема матки используются показатели длины, ширины и передне-заднего размеров, а для вычисления объема узла — его диаметр (если узел имеет форму овоида, то вычисляется средний диаметр). Расчет объема матки проводится по формуле Ю.Д. Ландеховского, объем узла — по формуле шара. Полученные размеры заносятся в соответствующие окна интерфейса Программы на компьютере и простым нажатием кнопки «Расчет» Программа выдает результат в соответствующих полях. Одновременно выполняется расчет соотношения объемных образований (суммы объемов миоматозных узлов) к объему матки $V_{\Sigma d}/V_u$ в абсолютном выражении и в % от общего объема органа в крайнем правом поле интерфейса Программы.

Стандартизация объемов матки в соответствии с традиционным способом определения ее размеров по сравнению с размерами беременной матки была проведена на основании анализа 500 протоколов заключений ультразвукового исследования женщин с лейомиомой матки в возрасте 18-60 лет и 30 протоколов женщин без лейомиомы матки с нормальными ее размерами. Согласно выполненным расчетам было определено, что размеры неизменной матки составляют в среднем $54,1 \pm 3,3$ см³ и могут достигать $599,6 \pm 10,4$ см³ при ее увеличении более 13 недель соответствующего срока беременности. При этом небольшие узлы диаметром до 2-2,5 см³ не зависимо от их количества могут не сказываться на объеме матки, а соотношение суммы объемов таких узлов к общему объему матки не превышает 10 %. Прогрессирование заболевания и рост миоматозных узлов приводит к увеличению матки, причем, не только за счет наличия собственно узлов, но и за счет гипертрофии неизмененного миометрия. При этом величина интерстициальных узлов редко превышает 30 % от общего объема матки, в отличие от субсерозных, величина которых может превосходить размеры самой матки более чем на 100 %.

Таким образом, объем матки, объем суммы миоматозных узлов и их соотношение могут служить интегральными параметрами изменения размеров лейомиомы, а разработанная Программа позволит точно, легко и быстро объективизировать их размеры и оценивать эффективность проведенного лечения.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

На настоящий момент известно значительное количество гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, в клинической картине которых основным симптомом является хроническая тазовая боль. Их диагностика чрезвычайно сложная и мультидисциплинарная проблема. Вместе с тем, часто пациентки необоснованно наблюдаются только врачом акушером-гинекологом женской консультации, неоднократно получают курсы малоэффективного лечения.

Целью исследования явилась оценка данных гинекологического анамнеза пациенток с хронической тазовой болью и выявление ошибок диагностики.

Материалы и методы: нами было проведено комплексное клиничко-лабораторное, инструментальное обследование и лечение 170 пациенток с хронической тазовой болью, которые были отобраны случайным методом для дальнейшего обследования и лечения.

Всем пациенткам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование, эндоскопические исследования, врачи других специальностей (терапевты, урологи, проктологи, неврологи, ангиохирурги, психотерапевты) Всем пациенткам выполнено диагностическое лапароскопическое вмешательство, с последующим лечебным воздействием, если таковое требовалось.

При включении пациенток в группу исследования, а также спустя 6 месяцев после проведенного лечения, выполнялись анкетирование для определения выраженности болевого синдрома. Количественную оценку боли по визуально-аналоговой шкале, качественную оценку по Мак-Гилловскому опроснику боли.

Результаты и их обсуждение: с момента обращения пациенток за медицинской помощью с жалобами на боли в нижних отделах живота прошел срок достаточный для установления первичного очага поражения и назначения адекватной терапии, в среднем $5,4 \pm 1,1$ года, в течение этого времени пациентки наблюдались у врачей акушеров-гинекологов (в среднем $7,2 \pm 1,2$ явки за время наблюдения). За время наблюдения пациентки с хронической тазовой болью в амбулаторных условиях проходили от 2 до 11 курсов лечения, в среднем $7,9 \pm 1,4$. Причем достоверные критерии для выбора того или иного метода лечения прослеживались далеко не всегда. Обращало на себя внимание, что назначавшиеся группы препаратов носили преимущественно симптоматический характер.

Длительные и неэффективные курсы терапии подтверждены нами исходно высокими показателями болевых индексов (визуально-аналоговая шкала $7,3 \pm 0,34$, опросник боли McGill — $26,3 \pm 5,18$).

Уточнения гинекологического диагноза, после проведенной лапароскопии, внесло существенные коррективы в состав исследуемой группы пациентов. Причем нами отмечены как случаи не подтверждения предшествующего диагноза и, как следствие перевод пациенток в другую группу, так включение новых случаев, когда на предшествующем диагностическом лапароскопии этапу по данным клиничко-инструментального исследования заболевание не был очевидным.

Как результат этого мы отметили изменившуюся структуру нозологий: уменьшение групп хронических воспалительных заболеваний (с $42,5\%$ до $22,9\%$) и различных форм эндометриоза (с $37,6\%$ до $32,9\%$), показав, таким образом, очевидную гипердиагностику этих состояний акушерами-гинекологами, и столь же значительное увеличение пациен-

ток с верифицированными варикозом вен малого таза (с $1,7\%$ до $17,0\%$) и экстрагенитальными заболеваниями (с $3,4\%$ до $15,9\%$), что и позволило, в том числе, объяснить не эффективность курсов предшествующего лечения.

Эффективность скорректированной после лапароскопического исследования лечебной тактики подтверждены достоверным снижением болевых индексов (визуально-аналоговая шкала $3,8 \pm 0,58$, опросник боли McGill — $11,7 \pm 3,69$).

Таким образом, нам представляется возможным предложить алгоритм поведения врача женской консультации при обращении пациентки с хронической тазовой болью. На первом этапе несмотря на кажущуюся очевидность клинической картины заболевания провести комплекс полноценного инструментального обследования и при выявлении признаков гинекологической патологии, как впрочем, и их комбинации с экстрагенитальной патологией направить пациентку на диагностическую лапароскопию. Проведение курса консервативной терапии на наш взгляд нецелесообразно, т.к. такие пациентки имеют уже «богатый» опыт консервативного лечения без должного эффекта, вероятность не подтверждения клинического диагноза достаточно высока, и дальнейшее аналогичное лечение только усугубит психоэмоциональный статус пациентки, который в патогенезе хронической тазовой боли занимает одну из главных ролей.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

В современной исследовательской и клинической практиках отмечается повышенный интерес к оценке качества жизни у больных с гинекологическими заболеваниями. Очевидна необходимость более детального изучения показателей качества жизни у пациенток с хронической тазовой болью, которые является в данном случае важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести и эффективности лечения больных.

Целью исследования явилась оценка показателей качества жизни пациенток с хронической тазовой болью, ассоциированной с генитальным эндометриозом.

Материалы и методы: нами было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение 56 пациенток с наружным и внутренним генитальным эндометриозом, среди которых были и сочетанные формы. Окончательный диагноз верифицировался по результатам эндоскопической диагностики. Всем пациенткам выполнено лапароскопическое вмешательство с коагуляцией или иссечением эндометриоидных гетеротопий, и/или резекцией яичников, 23 пациенткам ($41,1\%$) выполнена гистероскопия.

В группу контроля были включены 34 пациентки без болевого синдрома и признаков гинекологической патологии при удовлетворительном общем самочувствии, подвергшихся операции медицинской стерилизации.

Средний возраст основной группы пациенток составил $35,4 \pm 4,2$ лет, группы контроля $37,1 \pm 2,3$ лет.

Качество жизни оценивалось по анкете SF-36 (SF-36 Health Status Survey). Структура анкеты дает возможность проанализировать 4 компонента физического здоровья: состояние физического здоровья (Physical Functioning — PF), влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (Role-Physical Functioning — RP), влияние боли на ежедневную активность (Bodily pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH) и 4 компонента психического жизненную активность (Vitality — VT), ограничение в социальной активности (Social Functioning — SF), ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем (Role-Emotional — RE), психическое здоровье (Mental Health — MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: физическое (Physical health — PH) и психологическое (Mental Health — MH) благополучие.

Результаты и их обсуждение: при оценке показателей качества жизни в контрольной группе нами определены следующие показатели: состояние физического здоровья (PF) — $95,5 \pm 6,8$; влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (RP) — $90,2 \pm 4,9$; влияние боли на ежедневную активность (BP) — $97,1 \pm 7,4$; общее состояние здоровья (GH) — $81,9 \pm 5,3$; жизненная активность (VT) — $72,3 \pm 7,9$; ограничение в социальной активности (SF) — $88,3 \pm 7,6$; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем (RE) — $75,5 \pm 6,9$; психическое здоровье (MH) — $74,4 \pm 7,5$. Показатель физического благополучия (PH) составил $55,6 \pm 6,2$ и психологического благополучия (MH) — $46,8 \pm 5,3$.

Результаты анкетирования группы исследования продемонстрировали следующие показатели качества жизни: состояние физического здоровья (PF) — $71,2 \pm 6,02$; влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (RP) — $70,1 \pm 9,98$; влияние боли на ежедневную активность (BP) — $59,3 \pm 8,76$; общее состояние здоровья (GH) — $47,7 \pm 9,06$; жизненная активность (VT) — $47,3 \pm 7,94$; ограничение в социальной активности (SF) — $52,9 \pm 8,63$; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем (RE) — $35,3 \pm 4,59$; психическое здоровье (MH) — $57,7 \pm 8,53$. Показатель физического благополучия (PH) составил $52,3 \pm 3,73$ и психологического благополучия (MH) — $36,7 \pm 2,8$.

Таким образом, анкетирование продемонстрировало достоверно более низкие, в сравнении с контролем, показатели качества жизни пациенток с хронической газовой болью, ассоциированной с генитальным эндометриозом по всем шкалам физического и психического компонента здоровья, кро-

ме суммарного показателя физического компонента здоровья (PH), который достоверно не отличался от группы контроля.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)

Долгушина Н.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Развитие вакцинных программ началось после того, как было открыто, что L1 капсидный протеин ВПЧ может формировать вирусоподобные частицы (VLP) при экспрессии в качестве рекомбинантного протеина в гетерологичной эукариотической системе. VLP являются весьма иммуногенными частицами. При иммунитете, индуцированном вакциной, происходит выработка высоких концентраций нейтрализующих антител против L1. Уровни этих антител как минимум в 100 раз превышают уровни при естественном инфицировании, образование их наблюдаются практически у всех субъектов и сохраняется на протяжении уже 10 лет наблюдения.

Нейтрализующие антитела после введения вакцины предотвращают инфицирование эпителия ВПЧ. Выяснение того, как происходит эта защита, сегодня является предметом усиленного научного интереса. Ответ на этот вопрос был получен только на примере животной модели. Точно известно, что для нейтрализации вируса достаточно очень низкой концентрации антител — 10-11-10-12М. Взаимосвязь серологических показателей с кратковременной или долговременной защитой для какого-либо из типов VLP ВПЧ, а также минимальный уровень антител к вирусу папилломы человека, который соответствовал бы защите от вируса, не были установлены, поэтому серопозитивность вакцины не является критерием ее клинической эффективности. Основным фактором защиты после вакцинации является не определяемый уровень антител, а так называемый феномен иммунной памяти. Полученные наблюдения позволяют предположить, что длительность защиты от ВПЧ будет измеряться десятилетиями, как например, в случае вакцин против гепатита В. При исходном наличии АТ к ВПЧ антительный ответ после вакцинации был значимо выше, чем при исходном отсутствии АТ, а у не наивных пациенток титр антител к ВПЧ после 1ой вакцинации были в 12-26 раз выше, чем у наивных женщин, что свидетельствовало об анамнестическом иммунном ответе.

В настоящее время синтезированы две вакцины против VLP ВПЧ L1: Церварикс — бивалентная ВПЧ-16/18 VLP вакцина от GlaxoSmithKline и Гардасил (известная также как Силгард) — квадριвалентная ВПЧ-16/18/6/11 VLP вакцина от Merck Vaccines. Квадριвалентная вакцина содержит запатентованный ААHS (аморфный алюминия гидрок-

сифосфата сульфат) или МАА (Merck Алюминия Адьювант) в дозе 225 мкг. Бивалентная вакцина содержит ASO4 (Гидроксид алюминия + 3-диацилат-4'-монофосфорил липида А) (MPL, Corixa, Montana). ASO4 — это патентованный адьювант, состоящий из двух компонентов: алюминия гидроксида и 3-деацилмонофосфорил липида А (MPL или 3D-MPL). Каждая доза бивалентной вакцины содержит 500 мкг алюминия в форме алюминия гидроксида и 50 мкг MPL. Адьюванты играют большую роль в иммуногенности вакцин. Их использование повышает эффективность вакцин за счет ускорения иммунного ответа. Кроме того, адьюванты позволяют уменьшить количество антигена, которое требуется для получения необходимого иммунного ответа. Антигены в комбинации с адьювантами на основе алюминия стимулируют образование антител В-лимфоцитами (гуморальный иммунитет), но не стимулируют клеточное звено иммунитета (то есть образование цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+ клеток). Напротив, MPL может стимулировать и продукцию антител, и клеточный иммунный ответ (активацию цитотоксических Т-лимфоцитов). Однако клиническое значение возможного формирования ЦТЛ под действием MPL в составе бивалентной вакцины не было изучено. Известно, что как алюминий, так и MPL могут обуславливать развитие побочных эффектов вакцины, таких как лихорадка, миалгии, гиперемия в месте введения.

Необходимы дополнительные исследования для определения значения стимуляции иммунной системы, в том числе Т-клеточного ее звена при вакцинопрофилактике против ВПЧ и роли адьювантов в иммунном ответе на вакцину, а также их влияния на развитие общих, в том числе аутоиммунных реакций.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Дошанова А.М., Скакова Р.С.

г. Астана, Казахстан

Лечение внутреннего эндометриоза — трудная задача. В последние годы возросла частота этой патологии и главной задачей врача при клинически выраженном внутреннем эндометриозе является уменьшить страдания пациента. С этой задачей не справляется гистерэктомия, которая, не избавляет женщин от болевого синдрома, психоэмоциональных нарушений. В связи с этим требуется изыскание эффективных не хирургических методов терапии внутреннего эндометриоза.

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение клинической эффективности прогестагена и комбинированного орального контрацептива в лечение больных с внутренним эндометриозом.

Материал и методы исследования. Лечение проведено у 35 больных с внутренним эндометриозом,

установленного на основании комплексного обследования, включавшего клинические, гистероскопию и ЯМРТ. Для лечения эндометриоза у 11 больных использована внутриматочная гормональная система «Мирена», содержащая левоноргестрел. 25 пациенток получали Новинет, содержащий дезогестрел. Оценены динамика нарушения менструальной функции, болевого синдрома путем вычисления болевого индекса (БИ), психоэмоциональных нарушений, самочувствия и трудоспособности по методике института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РФ. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием специальных программ.

Результаты исследования. Болевой индекс до лечения составил 9 баллов, при том 8,2 балла у женщин, получивших эстроген-гестагенный препарат, и 9,8 баллов у женщин, которым был назначен прогестаген. К концу 6 месяцев лечения БИ снизился на 6,7 баллов от исходного, при том на 5,4 и 8 баллов соответственно примененным препаратам.

Шестимесячное лечение прогестагеном обеспечило снижение болевого синдрома в 5,5 раз, тогда как лечение эстроген-гестагенным препаратом только лишь в 3 раза. На фоне терапии прогестагеном достоверно чаще отмечено снижение частоты различной степени болевого синдрома, даже тяжелой степени, по сравнению с лечением эстроген-гестагенным препаратом.

У 8(72,7%) из 11 больных, которым была введена внутриматочная гормональная система, до лечения были нарушения менструальной функции. К концу 6 месяцев лечения прогестагеном только у 1(9,1%) сохранились меноррагии. У половины женщин 14(58,3%), которым был назначен эстроген-гестагенный препарат, до лечения были нарушения менструальной функции, к концу 6 месяцев частота их снизилась до 12,5%, т.е. в 4,7 раз. Нарушения менструальной функции у 3 пациенток были по типу полименореи и сопровождалась болями тяжелой степени, что послужило показанием к оперативному лечению.

Таким образом, клинический эффект (снижение частоты и выраженности симптомов) был достигнут у 31 (88,6%) из 35 пациенток, им была продолжена консервативная гормональная терапия. 4 (11,4%) пациенткам произведено оперативное лечение.

Оценка психоэмоциональных нарушений в динамике лечения позволила нам выявить, что на фоне приема эстроген-гестагенного препарата происходило снижение частоты нарушений в 6 раз после 6-месячного лечения и тяжести их проявлений- 2-ая степень тяжести наблюдалась к 6 месяцу терапии лишь у 4,2% (1) пациенток, тогда как до лечения — у 41,7%(10).

У половины пациенток на фоне терапии прогестагеном к 6 месяцу терапии сохранились психоэмоциональные нарушения (63,6%), при том у каждой шестой 2-ая степень выраженности (18,2%).

Результаты изучения влияния гормонотерапии на выраженность нарушения самочувствия и трудоспособности у женщин с внутренним эндометриозом

свидетельствовали о том, что на фоне приема эстроген-гестагенного препарата частота нарушения самочувствия и трудоспособности снизились до 12,5%. Почти такие же показатели были и в группе больных, получавших прогестаген (36,4% через 3 месяца против 100% до лечения и 18,2% — через 6 месяцев).

Оценка эффективности лечения больных с внутренним эндометриозом путем использования метода непараметрической статистики, позволило получить следующие результаты. Фактор болевого синдрома значительно отличался от вида терапии, что доказывает критерий $\chi^2 = 13,43$, свидетельствующий о высоком различии. В группе, где проводилось лечение прогестагеном, болевой синдром значительно снизился, чем в группе, где проводилось лечение эстроген-гестагенным препаратом. Нарушение менструальной функции имело также достоверное различие в зависимости от вида терапии ($\chi^2 = 5,35$, $p = 0,05$). Частота нарушения менструальной функции значительно снизилась при лечении эстроген-гестагенным препаратом. Психологические нарушения имели также значительную значимую связь от вида проводимой терапии ($\chi^2 = 15,09$, $p = 0,001$). Эффективность влияния на данный фактор оказалась гораздо выше при лечении эстроген-гестагенным препаратом, чем прогестагеном. Нарушение самочувствия и трудоспособности не зависело от вида гормональной терапии, о чем свидетельствовал критерий $\chi^2 = 0,91$, $p = 0,481$.

Таким образом, для лечения внутреннего эндометриоза эффективнее, использование внутриматочной гормональной системы, чем эстроген-гестагенный препарат.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПО МЕТОДИКЕ ВЕТТОСЧИ И ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ РАССЕЧЕНИИ СИНЕХИЙ ПОЛОСТИ МАТКИ

Дубинин А.А., Панидов К.В., Тугушев М.Т.

Россия, Самара, Медицинская компания ИДК

В современных условиях актуальна тенденция к снижению инвазивности оперативных вмешательств при различной внутриматочной патологии. Гистерорезектоскопия обладает широкими возможностями при лечении внутриматочной патологии, но является инвазивным методом лечения, требующим расширения канала шейки матки, общей анестезии, относительно длительным периодом реабилитации репродуктивной функции. Использование электрической энергии для рассечения внутриматочных синехий при гистерорезектоскопии может являться фактором, увеличивающим частоту рецидива синехий.

Целью данного исследования было сравнить эффективность рассечения синехий при оперативной гистероскопии по методике Bettocchi с использованием механической энергии (гистероскопические ножницы) и монополярной гистерорезектоскопии.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 57 пациенток с синехиями полости матки 1-3 степени (классификация Европейского общества гистероскопии, 1995г), которым производилось рассечение спаек методом оперативной гистероскопии по Bettocchi (31 пациентка — основная группа) и методом монополярной гистерорезектоскопии (26 пациенток — группа сравнения). Оперативная гистероскопия выполнялась жесткими гистероскопами малого диаметра (наружный тубус гистероскопа до 5 мм — гистероскоп Bettocchi, фирмы KARL STORZ) без расширения цервикального канала и использования влажных зеркал и пулевых щипцов. После осуществления доступа в полость матки производится оперативный прием, направленный на рассечение синехий при помощи миниатюрных ножниц диаметром 5 Fr., введенных через операционный канал гистероскопа. Монополярная гистерорезектоскопия выполнялась гистерорезектоскопом фирмы KARL STORZ диаметром 27 Fr. после расширения цервикального канала расширителями Гегара до №10. После осуществления доступа в полость матки синехии рассекались электродом «электронож» с использованием монополярного тока мощностью 80 Вт. Параметрами сравнительной оценки оперативной гистероскопии и монополярной гистерорезектоскопии при рассечении синехий полости матки являлись: вид используемой анестезии и длительность операции; количество интра- и послеоперационных осложнений; частота и степень выраженности рецидива заболевания. Частоту и степень выраженности рецидива заболевания оценивали путем проведения second-look гистероскопии через 7 дней после выполнения оперативной гистероскопии по Bettocchi и через 30-35 дней после проведения монополярной гистерорезектоскопии и оперативной гистероскопии по Bettocchi. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета Excel, использовался дисперсионный двухвыборочный t-тест с равными дисперсиями. Рассечение синехий полости матки методом оперативной гистероскопии по Bettocchi производилось без использования какой-либо анестезии в 38,7% случаев и в 61,3% под внутривенным наркозом. Монополярная гистерорезектоскопия выполнялась в 100% случаев под внутривенным наркозом. Данное различие между группами является статистически достоверным ($p < 0,05$). Средняя продолжительность оперативной гистероскопии по Bettocchi при рассечении синехий полости матки составила $8,5 \pm 2,1$ мин., средняя продолжительность монополярной гистерорезектоскопии составила $12,5 \pm 3,0$ мин. ($p < 0,05$). Осложнений, связанных с использованием данных операций не было отмечено ни в одном случае. Частота рецидивов спаечного процесса в полости матки была меньше после рассечения синехий полости матки методом оперативной гистероскопии по методу Bettocchi, составляя 9,7% по сравнению с 19,2% в группе монополярной гистерорезектоскопии. Разница является статистически достоверной ($p < 0,05$). В ос-

новой группе выявлены рецидивирующие спайки 1 степени, в группе сравнения 1 и 2 степени, что также является статистически достоверным.

Таким образом, сравнение эффективности рассечения синехий при оперативной гистероскопии по методике Bettocchi с использованием гистероскопических ножниц и монополярной гистерорезектоскопии показало лучшие результаты по параметрам длительности операции, частоты и степени выраженности рецидива заболевания при оперативной гистероскопии по методике Bettocchi. Кроме того, в 38,7% случаев оперативную гистероскопию по методике Bettocchi было возможно выполнить без проведения какой-либо анестезии.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КАК ФАКТОР БЫСТРОГО РОСТА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Дюжев Ж.А., Фетисова И.Н., Малышкина А.И., Ситникова О.Г.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

Миома матки как любой опухолевый процесс имеет под собой генетическую основу. Деление миоцитов и формирование миоматозных узлов происходит при возникновении мутаций в генах-кандидатах. По-видимому, одни гены-кандидаты могут быть ответственными собственно за возникновение клеток-предшественниц миомы, в то время как другие могут отвечать за динамику роста узла. Мутации в генах-кандидатах могут возникать под действием свободных радикалов при перекисных процессах. Целью настоящей работы явилась оценка состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) у женщин с лейомиомой матки выявление связи интенсивности ПОЛ с темпами роста миоматозных узлов. Были обследованы 50 женщин репродуктивного возраста, поступивших в гинекологическую клинику Ивановского НИИ материнства и детства на оперативное лечение по поводу лейомиомы матки. Средний возраст пациенток составил 37,2±4,2 года. На момент обследования у пациенток были исключены наружный и внутренний генитальный эндометриоз, острые воспалительные и аллергические заболевания, тяжелые экстрагинетальные заболевания. У всех пациенток миома матки была впервые выявлена не ранее 5 лет назад. Все женщины регулярно наблюдались у гинеколога. У 20 женщин миома матки имела стабильно малые размеры (размер матки до 9 недель). У 30 женщин отмечался быстрый рост миомы (размер матки более 10 недель беременности, темпы роста за последний год — 4 нед/год). Группу сравнения составили 20 женщин сопоставимого возраста без клинических и ультразвуковых признаков лейомиомы матки. Оценку состояния свободнорадикального окисления в сыворотке венозной крови изучали методом индукционной хемилюминесценции (ХЛ) на основе реакции Фентона. Регистровали максимальную

интенсивность свечения (I_{max} , имп), прямо пропорциональную уровню перекисного окисления липидов, светосумму свечения (S , имп²сек), обратно пропорциональную антиоксидантной активности, и $tg \alpha$ — тангенс угла убывания сигнала после достижения максимальной интенсивности, характеризующий скорость снижения свободнорадикальных процессов в системе. У женщин с миомой матки, по сравнению со здоровыми, при хемилюминесценции отмечено увеличение светосуммы S (28,742±1,375 против 24,554±0,796 в контроле, $p<0,05$) и тангенса угла убывания сигнала $tg \alpha$ (0,470±0,022 против 0,352±0,017 в контроле, $p<0,05$). Мы можем говорить о том, что для женщин с лейомиомой матки характерно усиление перекисных процессов наряду с активацией антиоксидантной защиты. Наиболее выражены данные нарушения у женщин с быстрорастущей миомой матки больших размеров, у которых наряду с достоверным увеличением показателей S и $tg \alpha$ отмечался также рост I_{max} (2,277±0,080 против 1,866±0,059 в контроле, $p<0,05$). В то же время показатели ХЛ у женщин с миомой матки стабильно малых размеров практически не отличались от контрольных значений. По всей видимости, напряжение антиоксидантных механизмов в этой группе позволяет компенсировать уровень свободнорадикальных процессов. В то же время срыв компенсации и выход уровня ПОЛ за допустимый предел может приводить к повышенному риску мутационных процессов в миометрии и, соответственно, быть причиной истинного роста узлов, или свидетельствовать об интенсивных воспалительных процессах в матке, которые подчас обуславливают ложный рост узлов. Таким образом, по нашему мнению, выявление высоких показателей ПОЛ у женщин с миомой малых размеров может рассматриваться как фактор риска быстрого роста миомы.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ОСЛОЖНЕННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Евсеева М.М., Гладкова М.Д.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Разнообразие клинических проявлений хронического воспаления органов малого таза (ХВОМТ), особенно при нарушении репродуктивной функции с формированием «доминанты бесплодия» может быть источником актуальной психогенной ситуации, неизбежно вызывающей у больных нервно-психические расстройства. Восприятие собственных ощущений, их оценка и личностная реакция всегда сугубо индивидуальны, кроме того пациентки с тревожно-мнительными чертами характера и склонностью к ипохондрическим реакциям испытывают наиболее тягостные и болезненные ощущения, что зачастую ставит под угрозу их привычный уклад жизни. Необходимость

неопределенно долгого лечения, нередкая ежедневная озабоченность аккуратным выполнением врачебных назначений также отрицательно влияют на психику больных. Уточнение и изучение типа реагирования пациентов на свою болезнь имеет большое значение для правильной оценки состояния больной, адекватной тактики врача, а также для предупреждения возможного вторичного нарушения деформации личности. Учитывая вышеуказанные обстоятельства, мы изучали психоэмоциональный статус у больных с ХВОМТ, используя различные варианты медико-психологического тестирования.

Целью исследования явилась оценка психоэмоционального состояния женщин репродуктивного возраста с хроническим воспалением органов малого таза, осложненным трубно-перитонеальным бесплодием.

53 женщины в возрасте 25-35 (средний возраст $31,2 \pm 1,3$) лет с хроническим воспалением органов малого таза, осложненным бесплодием трубно-перитонеального генеза. Оценку ситуационной и личностной тревожности проводили по шкале Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина. Дифференцированную самооценку состояния по шкале самочувствие, активность, настроение (САН) оценивали как возможный маркер психологической составляющей качества жизни, для определения эмоционального статуса использовали восьмицветовой компьютерный тест Люшера.

По результатам проведенных психодиагностических исследований выявлено, что у всех больных с ХВОМТ и трубно-перитонеальным бесплодием имеются психопатологические изменения. Так дифференцированная самооценка по шкале САН указывала на низкие значения всех составляющих категорий теста: С — $3,8 \pm 0,2$; А — $3,6 \pm 0,5$; Н — $3,1 \pm 0,2$; пациенты жаловались на легко развивающееся утомление, плохую работоспособность, вялость, внутренний дискомфорт и неудовлетворительное самочувствие (категория «самочувствие»); снижение активности, потребность в отдыхе, замедление темпа деятельности, вплоть до отсутствия желания заниматься каким-либо видом деятельности (категория «активность»); снижение настроения, подавленность, недовольство собой и окружающими, тревожность и угнетенность (категория «настроение»). По данным компьютерного теста Люшера 65% пациенток при выборе цвета отдавали предпочтение серо-коричневым тонам, что свидетельствовало о депрессивных расстройствах, остальные — красным, указывающим на повышение реактивности и обидчивости. Тревожное состояние пациентки описывали как ощущение немотивированной угрозы, «внутреннего беспокойства», психического дискомфорта, напряженного ожидания, внутренней дрожи. У 56% уровень ситуационной тревожности был высоким (более 45 баллов), у 44% — средним (до 45 баллов), низкого уровня мы не наблюдали ни у одной пациентки. При определении личностной тревожности удельный вес женщин с высокими показателями достигал 75,2%, умеренная тревожность выявлена у 24,8%.

Возможно, что длительное течение воспалительного процесса, осложненное нарушением репродуктивной функции, могло явиться причиной нарушения психосоциальной адаптации и ухудшения качества жизни больных.

Полученные результаты свидетельствуют о значительном психологическом дискомфорте, эмоциональной и невротической отягощенности пациенток с хроническим воспалением органов малого таза, осложненным трубно-перитонеальным бесплодием, что указывает на необходимость включения методов психологической коррекции при лечении данной категории больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЛОИДНОГО ПРЕПАРАТА «ТАМБУИЛ» ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Евсеева М.М., Карагулов Х.Г.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Для ускорения эпителизации псевдоэрозии шейки матки часто используют иловые грязи, обладающие антибактериальным, противовоспалительным, ранозаживляющим, иммунокорректирующим и обезболивающим действием. Новые технологии вакуумной экстракции позволили получить биосубстанцию из нативной Тамбуканской грязи, полностью сохраняя ее активность. В состав свечей «Тамбуил», помимо биосубстанции иловой грязи, входит натуральный прополис, мед цветов гречихи, масло какао и эмульгатор. Такое соотношение компонентов в препарате обеспечивает быстрое всасывание биологических активных веществ через слизистую оболочку.

Мы применили пелоидные свечи «Тамбуил» с целью ускорения эпителизации псевдоэрозии (эктопий) после химической коагуляции солковагином у нерожавших женщин.

После предварительного обследования, включавшего бактериоскопическое, бактерио- и цитологическое исследования, а также диагностику хламидийной, уреа- и микоплазменной, цитомегаловирусной, герпетической и папилломовирусной инфекций, 46 нерожавшим женщинам в возрасте от 17 до 27 (92% из них были до 25) лет амбулаторно проведена химическая коагуляция эктопии шейки матки в пределах здоровых тканей препаратом «Солковагин». Далее пациентки были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту, анамнестическим данным, результатам клинического обследования и размерам раневой поверхности. Пациенткам 1 группы (32 женщины) после аппликации солковагина было рекомендовано самостоятельное применение свечей «Тамбуил». Препарат вводили ежедневно во влагалище перед сном в течение 10 дней. 14 человек после аппликации солковагина дополнительного лечения не получали и составили 2 (контрольную) группу.

Жалобы на бели предъявляли 2/3 женщин, у 15% они сопровождались зудом. Длительность заболевания у 95% не превышала 5 лет. У 7 женщин в анамнезе были беременности, прерванные в ранние сроки по личным мотивам. При кольпоскопии у всех больных выявлен участок эктопии диаметром от 0,5 до 3,5 см, у 72% имелись признаки воспаления (гиперемия, неравномерное пестрое окрашивание при проведении пробы Шиллера за счет оттока слизи). При цитологическом исследовании лишь у 28% мазок соответствовал I типу (Пап-тест), у 72% мазок был II типа. Перед проведением коагуляции больным с 3-й и 4-й степенью чистоты влагалищных мазков проведена антибактериальная терапия с учетом результатов бактериологического исследования. Все пациентки лечение перенесли хорошо, явлений непереносимости и осложнений не было. По данным динамической кольпоскопии очищение поверхности раны шейки матки у пациенток 1 группы начиналось на 3,4±0,7, 2-й группы на 6,1±0,9 день и продолжалось в 1-й группе 4,1±0,9, во 2-й группе 6,2±0,5 дней. В 1-й группе эпителизация начиналась с 7,0±0,3, во 2-й группе с 12,1±2,4 суток. Средние сроки полной эпителизации у пациенток 1-й группы были 16,0±0,9, 2-й группы 27,8±2,1 день.

Полученные результаты свидетельствуют не только о целесообразности применения пелоидных свечей «Тамбуил» в комплексном лечении псевдоэрозий шейки матки, но и указывают на сохранение биологически активных веществ Тамбуканской иловой грязи в исследуемом препарате. Использование свечей ускоряет очищение и заживление раны после химической коагуляции солковагином, что подтверждает их противовоспалительное, антибактериальное и трофическое действие.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВПЧ-ДИАГНОСТИКИ В СОВОКУПНОСТИ С ЧАСТОТой АНОМАЛЬНОГО МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ-СУПРЕССОРОВ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ПРИ ФОНОВЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Евтина И.П., Унанян А.Л., Залетаев Д.В.,
Макарова И.И.

кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ ММА им.
И.М.Сеченова, Москва, Россия

Патологические процессы шейки матки относятся к одним из актуальных вопросов современной гинекологии в связи с тем, что они часто трансформируются в злокачественные заболевания и нередко отмечаются в репродуктивном возрасте.

В этиологии предраковых заболеваний ключевая роль отводится вирусу папилломы человека (ВПЧ). Однако ВПЧ лишь инициирует опухолевый процесс, но является недостаточным для его развития. Одним из важных событий необходимых для развития опухолевого роста являются эпигенетические нарушения — инактивация генов-супрессоров

опухолевого роста. Поэтому важной областью исследования является оценка наличия или отсутствия ВПЧ инфекции в совокупности с результатами аномального метилирования генов.

Цель: проведение корреляционного анализа частоты метилирования генов-супрессоров опухолевого роста при фоновых и диспластических процессах шейки матки с частотой ВПЧ высокого онкогенного риска.

Материалы и методы: проведено обследование 127 женщин репродуктивного возраста с фоновыми заболеваниями и CIN I-III с наличием/отсутствием ВПЧ высокого риска.

Методы обследования: общее клиническое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков, обследование на инфекции передающиеся половым путем методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение вирусной нагрузки методом Hybrid Capture II (Digene-тест), цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, морфологическое и генетическое исследование биопсийного материала, УЗИ ОМТ.

Результаты: При фоновых заболеваниях шейки матки ВПЧ высокого онкогенного риска определен в 21,4% случаев, метилирование гена HIC1 в 1%, MLH1 в 1%. Ни в одном случае не обнаружено метилирования гена RASSF1, что позволяет сделать заключение о том, что метилирование данного гена не характерно для фоновых процессов шейки матки.

При CIN I ВПЧ высокого риска выявлен в 21,2% случаев, метилирование гена HIC1 в 3%, MLH1 в 3%, RASSF1 в 7%.

При CIN II — ВПЧ в 29,6%, HIC1 в 33%, MLH1 в 32%, RASSF1 в 45%.

При CIN III — ВПЧ в 44% случаев, HIC1 в 82%, RASSF1 в 68%, MLH1 в 47%, MGMT в 12,5%, что достоверно отличается от фоновых процессов.

Выводы: Существует прямая связь между возрастом степени тяжести дисплазии и увеличением частоты обнаружения ВПЧ высокого риска ($p < 0,05$). Полученные результаты подтверждают роль ВПЧ высокого риска в развитии фоновых и диспластических заболеваний шейки матки.

Установлена корреляция между наличием ВПЧ высокого риска с результатами генетических исследований. Существует тенденция к увеличению частоты метилирования генов-супрессоров опухолевого роста MGMT, RASSF1, HIC1, MLH1 с увеличением тяжести плоскоклеточных поражений и частотой обнаружения ВПЧ высокого риска.

ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Егорова И.А., Червоток А.Е., Бучнов А.Д.
Институт Остеопатической медицины, г. Санкт-Петербург

В течение 2000-2010гг. в Институте Остеопатической медицины (г. Санкт-Петербург) выполнен ряд комплексных исследований по оцен-

ке возможности остеопатических методов для диагностики состояния, эффективности реабилитации и прогноза успешности лечения заболеваний женской репродуктивной сферы.

В настоящее время остеопатия представляет собой целостную систему философского подхода к диагностике и лечению, который рассматривает человека в единстве его механических, гидродинамических и нервных функций. Основным инструментом, как диагностики, так и лечения в остеопатии являются руки врача. Еще А.Т. Стилл, основоположник остеопатии, в своей книге «Остеопатия: исследования и практика» (1910 г.) указывал на необходимость остеопатического ведения беременных, основываясь на убеждении, что только биомеханически здоровый организм может выносить и родить здорового ребенка, что обеспечит возможность его дальнейшего нормального развития.

Одной из актуальных проблем современного акушерства, определяющей высокий уровень материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, является фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и осложнения беременности, приводящие к её развитию. Установлено, что остеопатические техники по уравниванию матки, её мышечных слоёв и связок оказывают положительное влияние на кровоснабжение плода при ФПН, особенно на фоне традиционной аллопатической терапии. При остеопатическом лечении, по сравнению со стандартным лечением, у детей отмечались более высокие, в среднем на 1 балл, значения показателя общего состояния по шкале Апгар (по данным выписок из роддома). На фоне остеопатического лечения число случаев родоразрешения через кесарево сечение составляло 28%, при стандартном лечении — 41%.

Показано, что остеопатическое ведение беременных женщин является значимым элементом подготовки рожениц, особенно в случае развития нефропатии. Разработан алгоритм обследования и лечения женщин с нефропатией беременных с использованием остеопатических методик.

По результатам комплексного обследования 29 рожавших женщин научно доказана высокая эффективность остеопатической диагностики и лечения дисфункций таза в отдаленном послеродовом периоде. У женщин после остеопатического лечения, по сравнению с данными до лечения, отмечалось уменьшение количества жалоб на головные боли (в 3 раза; $p < 0,05$), повышенную утомляемость и снижение настроения (в 1,7 раза; $p < 0,05$), на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (в 4 раза; $p < 0,05$), боли при половом контакте (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и на снижение либидо (в 3 раза; $p < 0,05$). Выявлено также уменьшение количества жалоб на болезненные месячные (в 2 раза) и тяжесть в промежности (в 1,7 раза; $p < 0,05$). По результатам психофизиологического тестирования установлено, что через месяц после остеопатического лечения, по сравнению с исходными данными, у женщин отмечалось существенное улучшение показателя субъективного самочувствия с удовлетворительного (5,2 балла) до хорошего (8,1 балла;

$p < 0,05$). Результаты стабилотрии показали улучшение поструральной системы уже после первого сеанса, чего не отмечалось при стандартном лечении.

Проведена оценка эффективности остеопатического лечения миомы матки (максимальный размер 18 мм) у женщин старшего детородного возраста. Установлено, что остеопатическое лечение с частотой 1-2 раза в неделю в течение 3 месяцев способствовало существенному уменьшению болевого синдрома в области таза, в том числе ночных болей. У женщин после остеопатического лечения, по сравнению с исходными данными, величина узлов матки уменьшалась, в среднем, в 1,3 раза ($p < 0,01$). Остеопатическое лечение миомы матки способствовало уменьшению у женщин уровня ситуационной тревожности (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и субъективного самочувствия (в 2,8 раза; $p < 0,05$), чего не отмечалось при стандартном лечении. Это даёт основания утверждать об эффективности остеопатического лечения миомы матки при нормальных показателях эстрогена, прогестерона, ТТГ, Т3, Т4 в системном кровотоке за счёт улучшения локальной гормонами матки. Остеопатическое лечение позволяет получить существенное улучшение без побочных эффектов.

Доказана высокая эффективность остеопатического лечения женщин с начальными стадиями эндометриоза. Остеопатическое лечение способствует более выраженному уменьшению количества жалоб на состояние здоровья; нормализации психоэмоционального статуса: улучшение субъективного самочувствия (в 1,3 раза; $p < 0,05$), уменьшение уровня личностной тревожности (в 1,1 раза; $p < 0,05$) и ситуационной тревожности (в 1,4 раза; $p < 0,05$); значительному улучшению показателей неврологического статуса (уменьшение частоты встречаемости признаков снижения рефлекса с ахиллова сухожилия и нарушения чувствительности, отсутствие симптомов Лассега и Вассермана-Мацкевича); благоприятным изменениям в гормональном статусе (увеличение значений показателя прогестерона (в 2,1 раза; $p < 0,05$) в крови и уменьшение значений показателя эстрадиола (в 1,6 раза; $p < 0,05$); уменьшению размеров матки, в среднем, на 6,2% ($p < 0,05$), чего не наблюдалось после стандартного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРА

**Ежов В.В., Торчинов А.М., Гейниц А.В.,
Дымковец В.П., Фириченко В.И., Антохин В.М.,
Салиев А.А.**

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета
Московский государственный медико — стоматологический университет
Городская клиническая больница № 52, г. Москва
Москва, Россия

Актуальность проблемы лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки не вызывает сомнения, так как рак шейки матки занимает

третье место среди онкологических заболеваний в гинекологии. В связи с этим целью нашего исследования был поиск новых эффективных методов терапии данной патологии. Несмотря на обилие методов, не решен вопрос об оптимальном способе лечения фоновых заболеваний шейки матки.

Исходя из актуальности проблемы, нами впервые проведена работа по изучению эффективности аппарата «Лазермед-1-10» (Россия) (далее ЛМ), работающего в инфракрасном диапазоне для лечения больных фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки ассоциированных с хроническим воспалением.

Работа проводится под патронажем ООО «Новые энергетические технологии России».

С целью определения эффективности лазерной терапии в лечении фоновых заболеваний шейки матки (на фоне воспаления) — эктопии, дисплазии и лейкоплакии — проведено обследование и лечение 80 женщин с указанными патологиями.

В качестве светового излучателя был использован полупроводниковый лазер ЛМ, длина волны которого составляет 1060 нм в непрерывном режиме. Общее время воздействия колебалось от 10 до 20 мин, плотность энергии 300-600 Дж/см², глубина проникновения 20-60 мм. В связи с высоким коэффициентом отражения лазерного излучения перед лечением на поверхность экзоцервикса наносили черный углеродный краситель. Длина волны представленного аппарата ЛМ находится в ближнем инфракрасном диапазоне. В связи с этим его коагуляционные свойства более выражены по сравнению с другими лазерами, работающими в ИК-диапазоне. При дистанционном режиме лазерного воздействия плотность светового потока, а так же коагуляционный и терапевтический эффекты будут зависеть от размеров окрашенного пятна и от расстояния обрабатываемой поверхности. Лечение проводили чередованием расфокусированного до 10мм и сфокусированного излучения в непрерывном режиме, преследуя цель деструкции обрабатываемой поверхности, с учетом специфики патологического процесса. С нашей точки зрения, целесообразно использовать короткие временные импульсы при обработке поверхности эндоцервикса, пауза при этом должна быть не менее 50% от продолжительности воздействия, чтобы половина полученного в результате облучения лазером тепла передалась от кровеносных сосудов в окружающую ткань. Скорость и характер репаративных процессов зависит от множества факторов, требующих дальнейшего изучения.

Проведено лечение 80 гинекологических больных: 65 женщин с эктопией, 2 с дисплазией,

и 13 с лейкоплакией шейки матки (без деформации цервикального канала, на фоне местного воспаления) в возрасте от 28 до 60 лет. Средний возраст составил 34±0,02года. Диагноз подтверждали кольпоскопическим, цитологическим или гистологическими исследованиями; при сомнительном цитологическом заключении (наличии атипических клеток) производили ножевую биопсию и выскабли-

вание цервикального канала, с последующим гистологическим исследованием. Всем больным проводили ДНК-ПЦР-диагностику на наличие инфекций, передаваемых половым путем, при выявлении которых проводили соответствующую медикаментозную терапию с последующим лабораторным контролем (у 10 человек выявлен вирус папилломы человека). Лазерная терапия проводилась только после курса противовоспалительной терапии.

Побочные эффекты во время проведения сеанса лазерной терапии были отмечены только в виде незначительных тянущих болей внизу живота у 40 (50%) женщин. Случаев геморрагии не наблюдалось.

Контрольные осмотры проводили через 7,14,30 дней. Полное излечение происходило через 2 мес. Через 6-8 мес. всем больным проводили расширенную кольпоскопию и лабораторные исследования. У всех женщин отторжение струпа наблюдалось на 7-10 сутки после сеанса терапии. Полный эффект, характеризовавшийся формированием нормально го (многослойного плоского) эпителия шейки матки, удалось наблюдать у 60 пациенток — 75%. У 16 (20%) пациенток наблюдался частичный эффект лечения в виде начала краевой эпителизации, у 4 (5%) больных эффект не отмечен.

Таким образом, эффективность проведенного лечения доказана клиническим, кольпоскопическим, бактериологическим, цитологическим, гистологическим методами исследований. Кроме того, эффект отмечен и у пациенток с папилломавирусной инфекцией (ВПЧ у ряда больных не обнаружен). На основании результатов лечения фоновых заболеваний шейки матки данный метод представляется перспективным и нуждается в дальнейшем, более глубоком изучении и анализе.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ИК-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ (КИЛТ)

Ежов В.В.¹, Данилейко Ю.К.², Салюк В.А.²,
Дымковец В.П.¹, Маныкин А.А.⁴, Салиев А.А.³

¹ Городская клиническая больница №52 г. Москва

² Институт общей физики им. М.А. Прохорова РАН

³ Московский государственный медико-стоматологический университет

⁴ Вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН

Введение Поиск и разработка новых патогномичных методов лечения доракковой патологии шейки матки не вызывает сомнения в связи с актуальностью данной проблемы. Методы, сочетающие в себе деструктивные и регенеративные эффекты, являются наиболее перспективными.

Материалы и методы исследования С 2006 года изучается метод контактной инфракрасной лазерной терапии шейки матки с применением аппарата ЛАЗЕРМЕД 1-10 с колимирующей насадкой дистанционно и углеродного красителя (УК). ПАТЕНТ на изобретение Российской Федерации № 2330630

Способ хирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. 2008 - 2026

УК наносится на обрабатываемую поверхность, а затем после высыхания пигмента проводится лазерное воздействие. При этом краситель полностью воспринимает на себя приходящую квантовую энергию любого спектра. Затем в результате взаимодействия происходит локальное воспламенение частичек УК с выделением большого количества теплоты. После полного сгорания УК лазерный луч проникает дальше в ткань, но его энергия становится низкоинтенсивной. Этот эффект позволяет провести сдвиг эпителия шейки матки избирательно на нужную глубину.

Полученные результаты. Пролечено 108 больных с различной патологией вплоть до C_{in} II. Общая эффективность составила приблизительно 72%. Остальным пациенткам проведено другое деструктивное лечение.

Заключение: Объединяя термолазерный деструктивный эффект с низкоинтенсивным лазерным излучением удалось совместить деструктивный и стимулирующий метод воздействия на биоткань и эффективно лечить доракковую патологию шейки матки ассоциированную с ВПЧ.

Работа ведется под патронажем ООО «Новые энергетические технологии России». Разрабатывается фотоактивируемый гетерогенный лекарственный препарат на основе УК для лечения патологии шейки матки и элиминации вируса папилломы высокого онкогенного риска.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДАМИ DIGENE И ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ

Екимов А.Н., Квасов А.В., Файзуллин Л.З., Муллабаева С.М., Карнаухов В.Н., Трофимов Д.Ю., Сабдулаева Э.Х., Роговская С.И.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Показано, что инфицирование вирусом папилломы (ВПЧ) всегда предшествует развитию интраэпителиальной неоплазии (SIL) и рака шейки матки, поэтому выявление онкогенных типов ВПЧ рассматривается, как важный этап диагностики SIL. Цитологический скрининг (Пап-тест) признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для выявления SIL, однако он характеризуется низкой чувствительностью. “Золотым” стандартом ВПЧ тестирования в мире является DIGENE-тест (HYBRID CAPTURE® II), основанный на реакции гибридизации вирусной ДНК с РНК-зондами, сорбированными на полистироловых планшетах, и амплификации сигнала с применением хемолуминисценции. Метод позволяет оценить критическую

концентрацию вирусной ДНК и степень риска развития SIL в пораженной области. В то же время из-за низкой чувствительности DIGENE-тест не позволяет выявлять малые концентрации вируса, связанные с ранними сроками инфицирования. Предложенные сегодня для клинической практики два других ПЦР-теста AMPLCOR HPV и LINEAR ARRAY HPV (Roche Molecular Systems) более чувствительны, но менее специфичны, чем система DIGENE. Большую эффективность диагностики ДНК ВПЧ может быть достигнута при использовании методики ПЦР в реальном времени (рв-ПЦР). Кроме того, DIGENE-тест не позволяет дифференцировать типы ВПЧ и выявлять инфицирование одновременно несколькими типами вируса.

Целью настоящей работы было:

Оценить диагностическую значимость Digene-теста при различных цитологических мазках с шейки матки.

Сравнить эффективность количественной диагностики ВПЧ с применением ПЦР в реальном времени и системы DIGENE.

Материалы и методы. 95 женщин с результатами цитологического исследования шейки матки были разделены на 3 группы: I группа — отсутствует патология или ASCUS (50 женщин), II группа- LSIL (23), III группа- HSIL (22). Всем пациентам проведено определение клинически значимой вирусной нагрузки с использованием наборов DIGENE или рв-ПЦР (НПО ДНК-технология, Москва). Обе системы диагностики идентифицируют одну и ту же группу типов вируса с высоким риском онкогенности.

Результаты исследования. Из 95 обследованных на ВПЧ женщин с использованием тест-системы DIGENE у 44 результат был положительный и у 52 отрицательный. При сравнении данных Пап и ВПЧ тестов выявлено: в I-группе Digene-тест показал положительный результат у 26,7%; во II-группе (LSIL) у 68,8% и в III-группе (HSIL) у 92,3% женщин. Все 44 женщины с положительным результатом в системе DIGENE оказались положительными при исследовании методом ПЦР. Среди 52 отрицательных в системе DIGENE образцов в 45 (88,2%) случаях метод ПЦР также показал отрицательный результат и 7 случаях — положительный. При сравнении количественных показателей двух методов была отмечена прямая связь с коэффициентом корреляции 0,76. Более того, те образцы, которые были отрицательными в системе DIGENE, но положительными при ПЦР анализе, содержали минимальные концентрации вирусной ДНК.

Выводы. Таким образом, подтверждено, что выявляемость ВПЧ повышается пропорционально с ростом степени цервикального поражения. Совокупность положительных результатов Digene и ПАП теста с более высокой вероятностью соответствует HSIL. Диагностика ВПЧ методом количественной рв-ПЦР не уступает по чувствительности системе DIGENE, а меньшая его специфичность обусловлена низкой чувствительностью гибридизационного метода выявления вирусной ДНК.

Исследование продолжается.

ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Елисева М.Ю., Рыжков В.В., Мынбаев О.А., Манухин И.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет и ООО Институт репродуктивной технологии АльтраВита, Москва; Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь; Россия

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются широко распространенными заболеваниями, которые значительно снижают качество жизни женщин репродуктивного возраста.

Согласно данным литературы распространенность ВЗОМТ среди женщин, регулярно принимающие оральные контрацептивы (ОК), более чем двукратно реже по сравнению с аналогичными показателями контингента женщин, которые не используют ОК. Более того половые гормоны играют важную роль в развитии некоторых аутоиммунных заболеваний. Клиническими и экспериментальными исследованиями показано, что компоненты ОК задерживают прогрессирования рассеянного склероза и экспериментального аутоиммунного энцефалита. Причины и механизмы этих феноменов широко дискутируются в литературе. В то же время, проблемы, связанные с применением ОК пациентам, перенесшим острые ВЗОМТ, для реабилитации менструальной и репродуктивной функции недостаточны изучены. Результаты наших ранних исследований свидетельствуют, что введение стафилококков в маточные рога морских свинок сопровождается тяжелыми нарушениями во всех органах гипоталамо-гипофизарно, надпочечниковой/яичниковой оси. Роль ОК у больных, перенесших острые ВЗОМТ, недостаточно изучены. Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение эффективности ранней реабилитации менструальной функции у больных, перенесших острые ВЗОМТ, с применением ОК.

Материал исследования состоит из 80 пациенток с острыми ВЗОМТ, перенесших хирургическое лечение в стационаре больницы скорой медицинской помощи. Всем пациенткам проводились стандартная антибактериальная терапия (в соответствии с Европейскими рекомендациями 2007 года), лапароскопические процедуры с целью ревизии органов малого таза и брюшной полости, адгезиолизиса и дренирования абсцессов малого таза. Спустя 1 месяц после хирургической терапии в начале реабилитации пациентки младше 35 лет, которые не имели противопоказания к применению ОК, были рандомизированно распределены на 2 группы. В основной группе 30 пациенткам назначали ОК — Линдинет 30 (Гедеон Рихтер) в течение 3 месяцев. В контрольной группе 50 пациенткам, получившие аналогичные хирургические процедуры и антибактериальное лечение в той же клинике, ОК не назначали. Пациенток наблюдали в течение 6 месяцев с забором материалов для клинико-лабораторного исследования гормональных

(ФСГ, ЛГ, ПРЛ, АКТГ, кортизол, Е2, прогестерон и тестостерон) и биохимических (коагулограмма, С-реактивный белок, АЛТ/АСТ) параметров в начале исследования, спустя 3 и 6 месяцев. Кроме того, ежемесячно изучали характер менструальной функции (межменструальные интервалы, длительность менструации и количество теряемой крови) с ультразвуковой регистрацией диаметров фолликулов и толщину эндометрия. Результаты исследования показали о выраженной положительной корреляции высокой частоты менструальной дисфункции с повышенным количеством теряемой крови у пациенток контрольной группы, что сопровождалось высокой вариабельностью диаметров доминантных фолликулов и толщины эндометрия в контраст умеренным параметрам у пациенток основной группы. В заключение, применение ОК после перенесенной ВЗОМТ способствует регуляции менструальной функции и снижению неблагоприятных последствий острого воспалительного процесса на всем протяжении гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой оси.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Жаркин Н.А., Булова Н.А., Якушева Л.В.

Россия, г. Волгоград, ГОУ ВПО ВолГМУ Росздрава, Кафедра акушерства и гинекологии

Хирургическое лечение больных с гинекологической патологией вызывают нарушение анатомии малого таза и могут обусловить или усугубить дисфункцию мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Разработка новых методов лечения различных форм дисфункции мочевого пузыря после гинекологических операций является актуальной задачей современной урогинекологии.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий, сокращение сроков послеоперационной реабилитации и повышение качества жизни у гинекологических больных с дисфункцией мочевого пузыря в послеоперационном периоде с использованием комбинированной вагинальной рефлексотерапии.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 162 женщин в возрасте от 27 до 66 лет с гиперактивным мочевым пузырем и различной гинекологической патологией, требующей оперативного лечения. Пациентки были разделены на две клинические группы: основную и группу сравнения. В группе сравнения обследованы 59 больных, послеоперационный период которым проводился по общепринятым методикам. В основной группе, состоящей из 103 пациенток с третьих суток послеоперационного периода проводился комплекс реабилитационных мероприятий с использованием электро-магнито-нейростимулирующего воздействия вагинальных точек акупунктуры

аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН» (Россия). Всего проводилось 5 процедур. Обследование включало в себя анкетирование с использованием методики урологической клиники МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ведение дневника мочеиспусканий, исследование общего и микробиологического анализа мочи, урофлоуметрии, определение психоэмоционального профиля личности. Исследование вегетативной регуляции проводилось определением кожного дермографизма в сегменте мочевого пузыря и методом электропунктометрии по Накатани. Всем обследованным выполнялось ультразвуковое сканирование мочевого пузыря, уретры и гениталий с доплерометрией. Все специальные методы обследования производили накануне операции, а так же на 3 и 7-е сутки после операции.

В дооперационном периоде дисфункция мочевого пузыря выявлена у 59 (36,4%) пациенток группы сравнения и у 103 (63,6%) пациенток основной группы. Психо-эмоциональный профиль личности характеризовался малым числом пациенток с устойчивым ПЭПЛ по группам 13(22,1%) и 25(24,3%) соответственно. По данным электропунктометрии отмечался вегетативный дисбаланс в виде повышения электропроводности в каналах мочевого пузыря (V), желудка (E), печени (F) и желчного пузыря (VB) в среднем на $15 \pm 3,3$ мкА ($p < 0,05$) и снижение электропроводности в точках каналов верхних конечностей в среднем на $12 \pm 1,7$ мкА ($p < 0,05$) в обеих обследованных группах. Урофлоуметрическая кривая носила перемежающийся характер с внезапным повышением детрузорного давления до $23 \pm 1,4$ см водного столба при цистометрии, которое сопровождалось императивными позывами. Оценка регионарного кровообращения у всех обследованных больных выявила исходный высокий пульсационный индекс ($1,86 \pm 0,3$) и снижение скорости кровотока в уретральной ($8,0 \pm 0,205$) и маточной артериях ($10,0 \pm 0,082$), ($p < 0,05$). Все больные были прооперированы. Надвлагалищная ампутация матки выполнена у 124 (76,5%) обследованных пациенток, экстирпация матки — у 38 (23,5%). В результате проведенного исследования к 3-м суткам послеоперационного периода дисфункция мочевого пузыря сохранялась у 53 (91,5%) пациенток группы сравнения и у 85 (82,5%) обследованных основной группы. К 7-м суткам послеоперационного периода, у больных группы сравнения urgentный позыв и учащенное мочеиспускание сохранялось у 30 (50,1%) пациенток против лишь 18 (17,5%) больных основной группы. Среди больных группы сравнения, имевших астено-невротический фон, отмечалось усугубление невроза, а у больных основной группы выявлена тенденция к увеличению устойчивого фона и снижение числа обследованных с астено-невротическим фоном. В конце курса лечения процентное отношение пациенток с устойчивым психо-эмоциональным состоянием возросло на 4,3%, с астено-невротическим — уменьшилось на 5,8% ($p < 0,05$). Электропунктометрия указывала на нормализацию вегетативного баланса у 79 (77%)

больных основной группы, обусловив снижение вертикального коэффициента в 1,2 раза, что не наблюдалось в группе сравнения. Кроме того, в основной группе симпатикотония и эутопия были на 46% чаще, а парасимпатикотония встречалась на 47,4% реже, чем в группе сравнения. Перемежающийся характер урофлоуметрической кривой сохранялся лишь у 9 (8,7%) пациенток основной группы и у 19 (32%) больных группы сравнения, а у 94 (91,3%) обследованных основной группы кривая носила регулярный характер, против 40 (67,8%) пациенток группы сравнения. Пузырное давление при наполнении у большинства 88 (86%) больных основной группы колебалось в пределах 15 см в.ст., что характеризует стабильный детрузор и оказалось в 1,3 раза меньше, чем у больных группы сравнения. На фоне разработанной нами методики лечения происходило увеличение скорости кровотока ($12,2 \pm 0,153$ см/с) и снижение пульсационного индекса ($1,9 \pm 0,127$), что свидетельствовало об улучшении кровоснабжения ($p < 0,05$).

Таким образом, гинекологические операции у больных с гиперактивным мочевым пузырем приводят к нарастанию дисфункции мочевого пузыря и ухудшению качества жизни в послеоперационном периоде. Применение усовершенствованной методики восстановления функции мочевого пузыря у гинекологических больных на основе сочетанных физических факторов воздействия в послеоперационном периоде привело к снижению уродинамических расстройств в 2,3 раза, восстановлению функции детрузора — в 66,1% случаев, ослаблению астено-невротического синдрома, что свидетельствует об улучшении качества жизни пациенток.

ГОНАДНЫЙ МОЗАИЦИЗМ ПО ПОЛОВЫМ ХРОМОСОМАМ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ И СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Жахур Н.А.¹, Чернуха Г.Е.¹, Марченко Л.А.¹, Карселадзе А.И.², Бутарева Л.Б.¹, Строганова А.М.²

¹ Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

² Россия, г. Москва, ГУ Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н. Блохина РАМН

Всестороннее изучение механизмов развития преждевременной недостаточности (ПНЯ) и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) в последние годы способствовало открытию новых молекулярно-генетических причин, приводящих к патологии яичника. Было выявлено множество генов-кандидатов, ответственных за нормальное развитие и функционирование женской половой железы, основными из которых считаются WT1 и SF1, BMP15, FMR1, INHα, FOXL2 и многие другие. Несмотря на это, более чем в половине случаев этиологию этих заболеваний выявить не удается. Исходя из вышесказанного, мы продолжили изуче-

ние генетической патологии, способной привести к нарушению яичниковой функции, и провели исследование с целью изучения половых хромосом в клетках гонад у больных с ПНЯ и СПКЯ.

В исследование было включено 42 пациентки — 29 с ПНЯ (средний возраст $31,3 \pm 4,9$ лет) и 13 с СПКЯ (средний возраст $26,7 \pm 1,9$ лет) с кариотипом 46,XX в лимфоцитах, определенным с помощью стандартной цитогенетической методики (G-окрашивание). В качестве контрольной группы были использованы 10 образцов яичниковой ткани, взятых от молодых женщин (средний возраст $29,1 \pm 5,6$ года), погибших при чрезвычайных обстоятельствах. После получения информированного согласия пациенткам производилась лапароскопия с биопсией яичников. Исследование половых хромосом осуществлялось с помощью интерфазной *in situ* гибридизации (FISH), при этом использовались коммерческие центромерные пробы к хромосомам X (CEPX), Y (CEPY) и контрольная проба на 18 пару аутосом (CEP18), Vysis (США).

В результате проведенного FISH анализа клеток яичниковой ткани установлено, что при ПНЯ только в 27,6% случаев (8/29) все исследованные клетки яичника имели две X-хромосомы, соответственно, в 72,4% (21/29) случаев был выявлен мозаицизм по половым хромосомам. Анализ распределения клеточных клонов показал, что в 51,7% случаев (15/29) в гонадной ткани обнаруживается простой мозаицизм, представленный у 9 (31%) больных моносомией X и у 6 (20,7%) — трисомией X-хромосомы, встречающейся в 2-10% и 1-10% анализированных клеток соответственно. У 6 (20,7%) оставшихся пациенток был обнаружен сложный мозаицизм, при котором имели место несколько клеточных линий с различным хромосомным набором. При этом у 3 (10,3%) пациенток было выявлено наличие двух патологических клеточных линий — в двух случаях сочетание моносомии с трисомией X в 13% клеток и в одном случае сочетание трисомии с тетрасомией X-хромосомы в 11% клеток яичника. У 3 (10,3%) других пациенток нами были обнаружены три патологические клона клеток: 2 из них имели сочетание моно-, три- и тетрасомии X, встречающиеся в 16-26% клеток, одна — сочетание моносомии X в 38% клеток, трисомии X в 3% клеток и наличие Y хромосомы в 30% клеток яичников. Учитывая выявление клеток с Y-хромосомой в яичнике, дополнительно у данной пациентки был проведен FISH анализ половых хромосом и в лимфоцитах, который аналогично G-окраски не выявил ни одной клетки с Y-хромосомой.

Результат FISH анализа яичниковой ткани пациенток с СПКЯ свидетельствовал о том, что в 15,4% случаев (2/13) все исследованные клетки яичника содержат две X-хромосомы, в остальных 84,6% случаев (11/13) обнаруживаются клетки с нарушенной ploидностью половых хромосом. Простой мозаицизм с наличием одной патологической клеточной линии был диагностирован в 6 (46,1%) образцах яичниковой ткани: в 3 случаях (23,1%) имела место X моносомия в 2-4% клеток только одного яичника, в двух случаях (13,3%) в одном яичнике

обнаружено 2-4% клеток с моносомией X, а в другом яичнике — 2-6% клеток с трисомией X. Сложный мозаицизм, таким образом, был выявлен у 5 больных (38,5%) с СПКЯ. При этом у 2 (15,4%) из них имело место сочетание X моносомии (в 2-5% клеток) с X трисомией (в 2-6% клеток) в обоих яичниках. У 3-х больных (23,1%) в правом и левом яичниках было выявлено различное сочетание патологических клеточных линий: в двух случаях в одном яичнике обнаруживалось 3-4% X моносомных клеток, а в другом яичнике имелось сочетание моносомии и трисомии X-хромосомы в 4-8% клеток, и в одном случае в правом яичнике была обнаружена трисомия X в 5% клеток, а в левом яичнике сочетание трисомии и тетрасомии X в 4% клеток.

В 80% (8/10) случаев контрольные образцы яичниковой ткани содержали две X хромосомы во всех исследованных клетках и лишь в 20% (2/10) был обнаружен гонадный мозаицизм (моносомия X хромосомы в 39% клеток атрезиирующегося фолликула или трисомия X в 9% гонадных клеток). Результат сравнительного анализа частоты выявления мозаицизма в ткани яичников при ПНЯ и СПКЯ с контрольной группой с высокой достоверностью ($p < 0,004$) подтвердил, что у больных с патологией яичника, характеризующейся преждевременным истощением фолликулярного пула или, наоборот, избыточным фолликулярным запасом, в гонадах имеются нарушения ploидности половых хромосом, не отражающиеся на фенотипе. Стоит отметить, что несмотря на одинаковую частоту встречаемости гонадного мозаицизма у больных с ПНЯ и СПКЯ (72,4% и 84,6% соответственно, $p > 0,05$), при ПНЯ, в отличие от СПКЯ отмечается явно больший процент представленности клеток с нарушением ploидности половых хромосом (до 71% и до 8% соответственно), а также возможно выявление Y-хромосомы. Полученные данные приводят к заключению о том, что скрытый гонадный мозаицизм половых хромосом при ПНЯ и СПКЯ, возможно, возникает в результате дисэмбриогенеза и может быть одним из механизмов ускоренного истощения фолликулярного пула или нарушения циклического созревания фолликулов.

ФУНГИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКОТИКОВ НА ГРИБЫ РОДА *CANDIDA IN VITRO*

Желтикова Т.М., Глушакова А.М.

Россия, Москва, Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ вакцин и сывороток им.И.И.Мечникова РАМН

Работа посвящена сравнительному анализу фунгицидной активности препаратов, в качестве действующего вещества содержащих флуконазол. Исследование проводили на тест-штаммах 3 видов дрожжей рода *Candida*: *C.albicans*, *C.parapsilosis*, *C.glabrata in vitro*. Работу проводили двойным-слепым методом. Были использованы дифлюкан, оригинальный препарат, содержащий флуконазол, и 5

его дженериков. Дрожжи высевали на среду Сабуро и ПГДА. В работе использовали луночно-диффузионный метод. Препараты в капсулах исследовали в суспензии в концентрациях 150 и 2 мг/мл. Контролем служил дифлюкан для внутривенного введения. Эксперименты проводили в 15-кратной повторности по 3 раза. Результаты оценивали по величине зоны ингибиции роста дрожжей (в мм).

При сравнительном изучении препаратов, содержащих флуконазол, наибольшую статистически достоверную фунгицидную активность на всех трех модельных штаммах дрожжей при максимальной (150 мг/мл) и минимальной (2 мг/мл) концентрации показал дифлюкан. Фунгицидная активность капсулированной формы дифлюкана (2 мг/мл) и жидкой для внутривенного введения (2 мг/мл) статистически достоверно не отличалась как на *S.albicans*, так и на *S.parapsilosis*. Наиболее чувствительными к препарату оказались *S.albicans* и *S.parapsilosis*. Дифлюкан подавляет рост *S.glabrata* статистически достоверно более выражено, чем другие исследованные препараты, содержащие флуконазол.

Таким образом, фунгицидная активность флуконазола в различных препаратах неодинакова, что, по-видимому, может быть связано с различными условиями и технологией синтеза препарата

ПОРТРЕТ ЖЕНЩИНЫ, ПРИШЕДШЕЙ НА АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ АБОРТ

Жигаленко А.Р., Карахалис Л.Ю.,
Черевцова Ю.М., Бороденко Е.Ю.

ГУЗ Центр планирования семьи, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, КГМУ, г. Краснодар

К сожалению, аборт до сегодняшнего дня является одним из основных методов регуляции рождаемости в нашей стране. Медицинский аборт часто приводит к ранним послеабортным осложнениям (кровотечения, эндометрит, травмы шейки матки и т.д.) и к грозным отдаленным последствиям, таким как бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность, хронические эндометриты).

Целью исследования явилось выяснение причин, приведших пациентку к ситуации, вынудившей ее пойти на производство медицинского аборта и возможность его предотвращения.

По специально разработанной анкете, включавшей 83 вопроса, было опрошено 136 женщин в возрасте от 14 до 45 лет, поступивших в отделение гинекологии на прерывание беременности в сроке до 12 недель. Средний возраст опрошенных составил $32,4 \pm 3,7$ года, что соответствует данным по краю (наиболее часто аборты производятся в возрастной группе от 30 до 35 лет). В соответствии с возрастом, все пациентки были разделены на шесть возрастных групп: 1-я -14-19 лет; 2-я -20-24 года; 3-я — 25-29 лет; 4-я 30-34 года; 5-я 35-39 лет и 6-я 40-44 года. В подавляющем случае это были городские жители (от 73 до 100%). Однако, в группах 1 и 2 доля жительниц села была наибольшей, в сравнении с другими группами, соответственно 20 и 27%. Начало

половой жизни в группах обследованных пришлось на возраст 16,5 года. Первая беременность была прервана у 29 человек, что составило 21,3%, вторая — у 34 (25%). В 1-ой группе первая настоящая беременность была прервана в 50%, во 2-ой — в 39% случаев. Только у одной пациентки в 1-ой группе было двое родов в анамнезе, что составило 7%. Первая беременность закончилась абортom во 2-ой группе у 15% женщин, в 3-ей — у 31%, в 4-ой — у 22%, в 6-ой — у 38%. Два и более аборта до первых родов произвели 17 обследованных женщин, что составило 12,5%. Из числа анкетированных, 46 женщин отметили те или иные осложнения после проведенных ранее абортов, что составило 33,8%. Из числа возникших осложнений лидировали: нарушения менструально-овариальной функции, воспалительные процессы, невынашивание беременности. Из числа опрошенных 37,5% не применяли контрацептивные средства, а в остальных случаях лидировали следующие методы: использовали презерватив 29,4% опрошенных женщин, прерванный половой акт -11%, сочетание использования презерватива и прерванного полового акта 15,4%. Гормональные контрацептивы использовали 19,9%, ВМК — 5,1%. На вопрос, кто рассказал о методах контрацепции, большинство назвали врача — 28,7%, на втором месте были родители — 21,3%, на третьем друзья 15,4%. Необходимо отметить, что врач как источник знания о методах контрацепции лидировал в ответах опрошенных всех возрастных групп. Несмотря на знание о методах контрацепции, их прием не отличался регулярностью. Только 28 опрошенных женщин указали, что использовали контрацепцию в течение 2-х и более лет, что составило всего 20,6%.

На изменение настроения перед абортom указали только трое из числа опрошенных женщин. Причины, приведшие к абортom, были следующие: 13,2% указали, что настоящая беременность не была запланирована; 12,5% указали на нежелание иметь еще одного ребенка; 10,3% указали на тяжелое материальное положение; 8,8% причин назвали отсутствие квартиры; у 8,9% причина аборта была связана с желанием продолжать учебу в средних и высших учебных заведениях; такое же количество женщин — 8,9% указали причиной настоящего аборта отсутствие мужа и нежелание партнера иметь детей; 5,9% считают, что причиной аборта послужило наличие маленьких детей. И только около 6% опрошенных пациенток были направлены на искусственный аборт по медицинским показаниям. Из всех опрошенных женщин, только 2,2% указали, что у них изменилось настроение, они переживают за последствия и т.д. В группе до 30 лет была всего одна такая пациентка.

Анализ проведенных исследований показал, что если суммировать причины настоящего аборта (незапланированная беременность, нежелание иметь детей, тяжелое материальное положение, отсутствие квартиры, наличие маленьких детей и желание продолжать учебу без ухода в декретный отпуск), то в подавляющем большинстве случаев эти причины при использовании контрацепции

являются предотвратимыми. Необходимым условием предотвращения последующих абортот являются совместная планомерная и грамотная работа акушера-гинеколога и медицинского психолога. Проведенные консультации по вопросам планирования семьи у 136 опрошенных женщин привели к следующим результатам: 60,1% используют в настоящее время современные методы контрацепции; 2,9% на сегодняшний день родили, а 8,8% наблюдаются по поводу желанных беременностей различных сроков.

Таким образом, акушер-гинеколог и медицинский психолог не могут решить экономические причины, толкающие женщину на аборт, но они могут помочь избежать аборта путем назначения современных методов контрацепции, проведения до- и постабортного консультирования.

ТАКТИЧЕСКИЕ ШАГИ В ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ВПЧ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НАЛИЧИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Ша Ша, Короткова Т.Ф.
Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Диагностика и лечение заболеваний шейки матки ассоциировано с вирусом папилломы человека (HPV) является актуальной и современной. Продолжающийся рост инфицированности, контактиозность определяют способность данного возбудителя вызывать злокачественные заболевания шейки матки.

Доказано, что инфицирование вирусом папилломы человека зависит от иммунного статуса больных, типа папилломавирусной инфекции, сопутствующей патологии.

Целью исследования явилось определение эффективности препаратов Панавир и Аллокин-альфа в комплексной терапии пациенток с ПВИ. Панавир — препарат растительного происхождения, обладающий иммуномоделирующим и регенерирующим действием. Аллокин-альфа первый представитель новой группы противовирусных препаратов природного происхождения на основе действующего вещества Аллоферон.

Материал и методы. В исследование вошли 46 больных с рецидивирующей папилломатозной инфекцией в возрасте 18-36 лет и давностью заболевания от 6 до 22 месяцев.

В I группу (Панавир) вошли 22 пациентки, во II группу (Аллокин-альфа) 24 женщины. II группу составили пациентки с дисплазиями шейки матки I, II и III ст. (24 женщины)

ДНК ВПЧ диагностировали с помощью ПЦР с определением типов с 6 по 70.

В результате исследования изучали эффективность, переносимость и безопасность препаратов на основании уменьшения или прекращения клинических проявлений, динамики показателей

γ-интерферона, наличия ДНК вируса после лечения при типировании методом ПЦР и длительности ремиссии.

Выводы: Панавир характеризуется высоким противовирусным действием с ПВИ 16, 18 и 33 типа. Ремиссия отмечена в 48% случаев. Системное противовирусное лечение женщин с заболеваниями шейки матки препаратом Аллокин-альфа имеет высокую эффективность (более 60%). В данной группе больных получено отсутствие ВПЧ по данным ПЦР контроля и клиническое излечение по данным цитологического и кольпоскопического исследования (в 81,9% случаев).

Однако, несмотря на достаточно обширный арсенал противовирусных препаратов, лечение папилломавирусной инфекции остается сложной задачей.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ

Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.
Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Миома матки является наиболее часто встречающейся опухолью внутренних половых органов и наблюдается чаще всего в возрасте старше 30 лет.

Подслизистые миоматозные узлы часто встречаются у 25% женщин репродуктивного возраста. Клинические проявления разнообразны: обильные менструации, приводящие к анемизации больной. Все это является одной из причин невынашивания беременности или бесплодия.

Всем пациенткам с целью уточнения диагноза было проведено ультразвуковое исследование и выполнена гистероскопия.

Точность эхографии в диагностике данной патологии колеблется от 60% до 95% (по данным литературы). Применение трансабдоминального сканирования позволяет диагностировать подслизистую и межмышечную миому матки с центрипетальным ростом лишь в 50% случаев.

Целью исследования является сравнение достоверности возможностей трансвагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике подслизистых и межмышечных миоматозных узлов с центрипетальным ростом. Диагноз подтверждался с помощью гистероскопии и дальнейшего оперативного лечения и гистологического исследования.

Средний возраст больных с подслизистой локализацией миоматозных узлов составил 40±2 года. За подслизистый узел принимали узел, выступающий в полость матки более, чем на половину своего диаметра. Исследование проводилось в II фазу менструального цикла, когда эндометрий наиболее выражен.

В ряде случаев возникает необходимость в дифференцировке субмукозных узлов и рождающихся миом, расположенных в шейке.

Высокая информативность диагностики расположения миоматозных узлов способствует на этапе амбулаторного обследования выбору наиболее рациональной тактики ведения больных с указанной патологией. У 3 пациенток гистероскопически узел не был обнаружен.

После выполнения диагностического этапа больные были прооперированы. 23 пациенткам произведено удаление узла с помощью резектотомии. Диагноз субмукозного узла подтвержден последующим гистологическим исследованием.

Таким образом, ультразвуковое исследование и гистероскопия — два взаимодополняющих метода, позволяющих достоверно подтвердить наличие субмукозной миомы матки. Гистероскопия, кроме этого, дает возможность обнаружить узел и оценить варианты его последующего удаления при гистероскопии, что особенно актуально для женщин репродуктивного возраста.

ТРАВМА ТАЗОВОЙ ФАСЦИИ В РОДАХ И РАЗВИТИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Журавлева В.И., Гайнутдинова З.Р.

Россия, г. Казань, Казанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1

Общеизвестно, что одной из распространенных проблем современной урогинекологии является стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин. СНМ — непроизвольное выделение мочи при повышении внутрибрюшного давления, не поддающееся волевому усилию. Значимую роль в этиологии СНМ играет недостаточная фиксация проксимального отдела уретры и шейки мочевого пузыря, что зачастую является следствием травмы промежности в родах. Уретра лежит в слое, образованном внутритазовой фасцией и передней стенкой влагалища. Латерально этот слой прикреплен к сухожильным дугам тазовой фасции и внутреннему краю *m.levator ani*. Урогенитальная диафрагма фиксирует дистальную часть уретры к лобковым костям. При повышении внутрибрюшного давления происходит прижатие вентральной части уретры к этому гамаку. Недостаточная фиксация уретры ведет к недостаточному ее сдавлению и потере мочи.

В мире более 200 млн. женщин страдают недержанием мочи. Данная патология является актуальной ввиду широкого распространения заболевания. До 30 лет у 20% встречаются эпизоды недержания мочи. Среди женщин 55-60 лет недержание мочи встречается с частотой 30-60%. СНМ у женщин встречается с частотой 40%, и лишь 4% из них обращаются за помощью в лечебные учреждения.

Целью данного исследования явилось выявление роли травмы тазовой фасции как этиологического фактора развития СНМ. Для этого мы определили и сопоставили количество беременностей, родов, абортов и их осложнений в исследуемой и контрольной группах; оценили и сравнили степень недержания мочи в обеих группах.

Нами было исследовано 2 группы женщин на базе гинекологического отделения Клиники Медицинского Университета: 10 женщин контрольной группы без симптомов СНМ и 50 женщин исследуемой группы с симптомами СНМ 2-3 степени, подвергшиеся оперативному наложению T-sling. Полученные результаты были статистически обработаны и проанализированы. Средний возраст женщин контрольной и исследуемой групп примерно одинаков (52,5 и 52,9 года соответственно). Средняя продолжительность заболевания СНМ составила 8,2 года. 40% страдали СНМ в течение 3-5 лет до операции.

Анализ репродуктивной функции показал, что среднее количество беременностей у женщин контрольной группы составило 2,8 (от 1 до 5) и у женщин со СНМ — 5,6 (от 2 до 20). Большая часть женщин исследуемой группы (66%) имели от 2 до 5 беременностей. Женщины контрольной группы имели в анамнезе в среднем 1,2 родов (от 0 до 2). Нерожавшими было 10%. Пациентки со СНМ имели до 5 родов — в среднем 1,8. Причем 70% женщин имели 1-2 родов, а нерожавшими были только 4%. В контрольной женщины имели в анамнезе от 0 до абортов — в среднем 1,6. Соотношение роды/аборты составило 3:4. Женщины со СНМ имели от 0 до 17 абортов — в среднем 3,6. Соотношение роды/аборты составило 1:1,85. Большая часть женщин (56%) имели в анамнезе от 1 до 3 абортов, 28% — 4-6 аборта, и 8% — 7 и более.

У 32% женщин со СНМ при осмотре в зеркалах были обнаружены старые разрывы промежности. Причем при сборе анамнеза 90% наблюдаемых пациенток отмечали травматичные роды — о разрывах говорили 70%, затяжных родах — 10%, стремительных родах — 10%, родах крупным плодом — 12%. Повторному выскабливанию полости матки после абортов подверглись 8% женщин, а одной из них было проведено ручное обследование полости матки после родов. Женщины без признаков СНМ не отмечали травму родовых путей в родах.

Менструальная функция оставалась сохранной в обеих группах у половины женщин.

Результаты и обсуждение: у больных со СНМ было выявлено статистически значимое большее количество беременностей (2,8 в контрольной группе и 5,6 в исследуемой), родов (1,2 и 2 соответственно), абортов (1,6 и 3,7).

Таким образом, абсолютное большинство женщин с симптомами СНМ, в отличие от контрольной группы без СНМ, имели травмы родовых путей в анамнезе, что подтверждает наше предположение о значимости травмы тазовой фасции в развитии в последующем СНМ. Существует множество гипотез развития СНМ у женщин. Придают значение дефициту эстрогенов в период перименопаузы, деградации коллагена, однако ни одна из этих теорий не может объяснить, способно ли состояние эстроген-дефицита само по себе привести к СНМ. Разрыв и даже возможной отрыв тазовой фасции от стенок таза в результате травмы родовых путей ведет к дефекту фиксации уретры. При увеличении интраабдоминального давления при этом не происходит ротации шейки мочевого пузыря

и уретры вниз и назад, что приводит к недостаточно-му сдавлению уретры и риску потери мочи. Данные изменения могут возникнуть непосредственно после родов, но чаще в период перименопаузы, когда присоединяется дегенеративные процессы соединительной ткани, усугубляя признаки СНМ. Поэтому все женщины, имеющие травматичные роды в анамнезе, должны проходить диспансерное наблюдение гинеколога и уролога. Бережное и адекватное ведение родов является профилактикой развития в последующем СНМ у женщин.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Зайдиева Я.З., Курбанбекова Г.Э.

ГУЗ МОНИИАГ, Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

В последние годы среди проблем, возникающих после физиологического и, особенно, хирургического выключения функции яичников, повышенное внимание уделяют женскому сексуальному здоровью. По данным мировой статистики, частота сексуальной дисфункции колеблется от 25 до 63% и зависит от этнической принадлежности, возраста женщины и чаще встречается у женщин, чем у мужчин (Dennerstein L. et.al., 2003; Graziottin A., 2008). Причины сексуальной дисфункции у женщин многофакторны и могут включать социальные и физиологические проблемы (Althof S.E., et.al. 2005). Данные литературных источников указывают на взаимосвязь между менопаузой и сексуальной дисфункцией (Lara L., et. al. 2009).

Цель: оптимизация диагностики и лечения сексуальной дисфункции на основании сравнительного анализа влияния различных типов гормонотерапии у больных с хирургической и физиологической менопаузой.

Программа обследования пациенток включала: 1) общеклиническое; 2) определение уровней гормонов в крови: ФСГ, ЛГ, Е2, Т(общ.), Т(св.), ДГТ, АНД, 17ОП, ДГЭА-С, ТЭСГ, пролактин, кортизола и ИСА=Тобщий (нмоль/л)/ТЭСГ(нмоль/л)х100%; 3) оценка сексуальной функции проводилась с помощью анкеты — FSFI (Индекс Сексуальной Функции Женщин).

Проведено открытое проспективное сравнительное исследование. Под наблюдением находилось 77 с наличием жалоб на симптомы климактерического синдрома и сексуальной дисфункцией, что составило 41% из 188 опрошенных больных. Пациентки были разделены на две группы. I гр. составили 36 женщин позднего репродуктивного возраста (38,9±4,4 лет), которым в ближайшие 5 лет была произведена двусторонняя овариэктомия. Во II гр. вошла 41 женщина (50,4±3,6 лет) в ранней постменопаузе. 36 пациенток с хирургической менопаузой

методом случайной выборки были разделены на 2 группы: в IA подгр. лечение 18 больных проводилось препаратом тиболон. 18 больных (IB подгр.) и женщины II гр. получали комбинированный препарат (1мг 17βЕ2+5мг ДИД) в непрерывном режиме в течение года. Проведена оценка сексуальной функции у обследованных женщин. Полученные нами результаты на фоне лечения тиболоном у женщин с овариэктомией отличались от исходных, о чем свидетельствует повышение индекса FSFI с 18,5±5,3 до 26,7±4,7. Через год ГТ в IB подгр. (с 18,8±5,2 до 24,6±4,3) и во II гр. (с 17,2±7,4 до 23,2±6,5) повышение индекса FSFI было менее выражено. У женщин с овариэктомией исходно установлена положительная умеренная корреляция между низким уровнем Е2 и сексуальной дисфункцией ($r=0,513$ $p<0,05$). Особое внимание в исследовании уделено оценке андрогенного статуса женщин с хирургической и естественной менопаузой. Так, на этапе скрининга концентрация в крови Т(общ.) у пациенток IA подгр. составила 1,07±0,4, в IB подгр. — 1,1±0,6 и в постменопаузе — 1,9±0,7 нмоль/л. Данный показатель у пациенток всех групп был в два раза ниже в сравнении с женщинами в пременопаузе. Уровень Т(св.) в крови находился на нижней границе возрастной нормы: в IA подгр. — 0,8±0,5, в IB подгр. — 0,8±0,7 и 0,8±0,6 нмоль/л во II гр. Во всех группах средний показатель Е2 статистически достоверно увеличился к концу года ГТ по сравнению с исходными данными. Наряду с этим, на фоне лечения отмечено разнонаправленное влияние использованных препаратов на андрогенный профиль пациенток. Только на фоне терапии тиболоном у больных с овариэктомией отмечено повышение Т(общ.) с 1,07±0,4 до 2,1±0,6 нмоль/л, Т(св.) с 0,8±0,8 до 1,6±0,5 нмоль/л, ДГЭА-С с 3,6±2,1 до 5,1±2,6 мкмоль/л и АНД с 2,4±0,5 до 3,8±0,7 нмоль/л. Высокая прямая корреляция установлена в этой группе между уровнем Т(св.) и индексом FSFI ($r=0,72$ $p<0,05$). Исходно нормальные уровни ДГТ и 17-ОП на фоне терапии оставались стабильными у всех больных. У всех пациенток исходно показатели ИСА были снижены по сравнению с нормативными значениями: 2,2±0,7% (IA); 2,1±0,8% (IB) и 2,3±0,9% (II гр.). Через год ГТ значимых изменений ИСА, как у женщин с хирургической (2,05±0,7%), так и физиологической менопаузой (2,05±0,8%), получавших лечение 1мг 17βЕ2+5мг ДИД не установлено, в то время как на фоне лечения тиболоном выявлено повышение ИСА почти в 2 раза (4,05±0,7%).

Результаты изучения гормонального профиля женщин с хирургической и физиологической менопаузой убедительно свидетельствовали о снижении не только женских половых гормонов, но и дефиците андрогенов, что приводит не только к классическим симптомам КС, но и к нарушениям сексуальной функции у данного контингента больных. Назначение ГТ (1мг 17βЕ2+5мг ДИД) оказывает положительный эффект на некоторые параметры сексуальной дисфункции, в основном, за счет восполнения дефицита эстрогенов. Эффективность

тиболона при лечении сексуальной дисфункции у женщин с овариэктомией оказалась выше, что обусловлено частичным андрогенным эффектом препарата. Отсюда вытекает вывод об индивидуальном подходе к выбору препарата для коррекции сексуальной дисфункции у женщин с хирургической и физиологической менопаузой.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Закрытая О.С., Мусин И.И.
Россия, г. Уфа

Актуальность: Дисплазией соединительной ткани (ДСТ) это любое наследственно обусловленное снижение прочности СТ вследствие аномалии ее строения. Нарушение структуры соединительной ткани (СТ) имеет прямую связь с развитием недержания мочи. Системность поражения обусловлена широким распространением в организме СТ, составляющей строю всех органов. Характер поражения органов обусловлен их собственными паренхиматозно-стромальными взаимоотношениями. Морфологические изменения в тканях неспецифичны и имеют разную степень выраженности.

Цель: Экстрагенитальные заболевания у женщин страдающих недержанием мочи. **Материалы и методы исследования:** Среди обследованных 140 женщин выявили 30 пациенток (21,5%) с жалобами на НМ, которые составили основную (I) группу. В сравнительную (II) группу вошли 110 (78,5%), не имеющих расстройств мочеиспускания. Первородящих в первой группе было 9 (30%), повторнородящих — 21 (70%). Во второй группе соответственно 49 (44,6%) и 61 (55,4%). Были использованы общепринятые клинические методы: сбор соматического анамнеза, в том числе учитывалось наличие заболеваний, являющихся висцеральными проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Общий осмотр, в том числе оценка внешних фенотипических проявлений НДСТ: состояние кожных покровов, гипермобильности суставов, наличие стигм дизэмбриогенеза. Электрокардиографическое исследование с целью выявления нарушения ритма и проводимости — как признака ДСТ.

Результаты исследования: В I группе пролапс митрального клапана обнаружен 4 случаях (13,3%), изменения ЭКГ- 16 случаях (53,3%). Во II группе те же показатели составили 4 (3,63%) и 20 (18,1%). Расстройство вегетативной нервной системы диагностировано в 13 случаях (43,3%) в I группе и в 23 (20,9%) — в сравнительной. Варикозное расширение вен в 8 случаях (26,6%) I группы и в 12 (10,9%) — II. В основной группе геморрой диагностирован 10 случаях (33,3%), частые респираторные инфекции — 13 (43,3%). В сравнительной группе те же показатели составили 10 (8,1%) и 25 (22,7%). Хронический бронхит, ларинготрахеит установлен-

ны в 6 случаях (20%) в I группе и в 7 (6,36%) — во II группе соответственно, хронический тонзиллит в 5 случаях (16,6%) I группы и 6 (5,4%) — II. Нефроптоз и грыжи имело место 2 (6,6%) и 2 (6,6%) в I группе, во II 2 (1,8%) и 3 (27,3%) соответственно. Патология зрения, миопия у 8 (26,6%) в I и у 14 (12,7%) — во II группе. В I группе хронический гастрит 8 случаях (26,6%), дискинезия желчевыводящих путей — 8 случаях (26,6%) и хроническая констипация в 7 случаях (23,3%). Во II группе те же показатели составили 23 (20,9%), 18 (16,3%) и 9(8,14%).

Заключение: Изменения ЭКГ, включающие нарушения проводимости, ритма и реполяризации наблюдались у пациенток основной группы в 2,9 раза чаще, чем в группе сравнения. Высокая частота расстройств вегетативной нервной системы обусловлена наследуемыми при НДСТ особенностями структуры и функции лимбикоретикулярного комплекса, включающего гипоталамус, ствол и височные доли мозга. Расстройство вегетативной нервной системы (РВНС) у пациенток основной группы отмечено в 2,07 раза чаще, чем в группе сравнения. Наличие геморроидальных узлов свидетельствует о нарушении кровообращения тазового дна, которое, в свою очередь, может быть причиной его нестойкости. При изучении частоты сосудистой патологии среди больных основной группы ВРВ нижних конечностей выявлено в 2,4 раза чаще, геморрой — в 4,1 раза чаще, чем в группе сравнения. Установлены нарушения в иммунной системе при НДСТ, проявляющиеся рецидивирующими хроническими воспалительными процессами верхних дыхательных путей, легких, почек и кожных покровов. Среди инконтинентных женщин основной группы частые простудные заболевания наблюдались в 1,9 раза чаще, хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей в 3,1 раза чаще, хронический тонзиллит и тонзиллэктомия в 2,9 раза чаще, чем в группе сравнения. Ярким проявлением генерализованного соединительнотканного дефекта являются нефроптоз. У пациенток основной группы нефроптоз отмечен в 3,6 раза чаще, чем в группе сравнения. Для НДСТ характерна патология органов зрения, представленная миопией. Патология зрения, в том числе изменения на глазном дне и миопия у больных основной группы отмечены в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. У пациенток основной группы хронические запоры отмечались в 2,7 раза чаще, дискинезия желчевыводящих путей — в 1,5 раза чаще хронический гастрит, гастродуоденит в 1,2 раза чаще чем в группе сравнения.

Таким образом, высокая частота экстрагенитальных заболеваний, являющихся висцеральными проявлениями синдрома НДСТ у женщин основной группы, свидетельствует о том, что генерализованный дефект соединительной ткани является одной из причин манифестации симптомов недержания мочи у женщин репродуктивного возраста.

ДЕРМАТО-КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗГТ В ПРОГРАММАХ АНТИЭЙДЖ-ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ

Звычайный М..А., Хлуткова Е.В., Воронцова А.В.,
Мельхер Ю.В

Россия, Екатеринбург, Кафедра акушерства и гинекологии
лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО «Уральская
государственная медицинская академия Росздрав»

Согласно мировой статистике, почти две трети всех косметических средств предназначены именно для борьбы со старением кожи. Однако процесс старения кожи связан в большей степени с внутренними причинами, а потому его невозможно существенно затормозить с помощью одних лишь технологий эстетической медицины.

Цель исследования — выяснить эстетические возможности использования ЗГТ в программах антиэйдж-терапии и профилактики у женщин с дефицитом половых стероидов.

На базах кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии, амбулаторно-консультативного отделения Городского эндокринологического центра г. Екатеринбурга и Клиники эстетики и медицины «La Клиник» в течение 6 месяцев проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и динамическое наблюдение 38 женщин в возрасте 45-49 лет с хирургической менопаузой.

В исследуемой группе у 23 пациенток применялась разработанная нами программа антиэйдж-терапии и профилактики старения, включающая в том числе: ЗГТ трансдермальным гелем «Эстрожел» в виде аппликатора по рекомендованной схеме (нанесение на область плеча и предплечья 1 дозы препарата 1 раз в сутки; одна доза аппликатора геля = 2,5 г и содержит 1,5 мг 17 α -эстрадиола) и комплекс косметологических процедур: контурная пластика препаратами гиалуроновой кислоты; срединный пилинг ТСА 15% 1 раз в месяц (3 процедуры); мезотерапия (от 5 до 10 процедур 1 раз в неделю). Группу сравнения составили 15 женщин: им проводился только стандартный комплекс косметических процедур.

Исходя из анализа полученных данных об общем состоянии женщины и состоянии кожного покрова, составлялись индивидуальные рекомендации и программы ухода за кожей лица и тела, отражающие этапность, кратность, последовательность и совместимость косметологических процедур. Для сравнения эффективности косметологических процедур учитывалась субъективная оценка удовлетворенности пациенток проведенными процедурами по 10-балльной визуально-аналоговой шкале, где 10 баллов — максимальная эффективность, 0 баллов — минимальная эффективность процедуры.

Результаты исследования: 1. Контурная пластика препаратами гиалуроновой кислоты (критерии

оценки — выраженность носогубных складок и морщин). Исследуемая группа оценила процедуру в среднем на 9,5 балла на 14-й день контроля, через 3 месяца средняя оценка составила 8,2 балла, через 6 месяцев изменений в оценке не наблюдалось. В группе сравнения оценка результата на 14-й день после процедуры составила 8,5 балла, через 3 месяца состояние носогубных складок оценивалось в среднем на 7,2 балла, а через 6 месяцев средняя оценка составила 5,5 балла ($p < 0,01$) и появилась необходимость в дополнительной коррекции.

2. Химический пилинг ТСА 15% (критерии оценки — цвет кожи, участки гиперпигментации, состояние пор). Исследуемая группа на 14-й день после первого сеанса срединного пилинга оценила результат процедуры в среднем на 7,2 балла, после второго сеанса — на 8,1 балла, после третьего сеанса — на 8,8 балла. Через 6 месяцев эффективность соответствовала 7,9 балла. Женщины группы сравнения результат первого сеанса пилинга оценили на 6,7 балла, второго сеанса — на 6,9 балла и третьего сеанса — на 7,1 балла, а через полгода эффективность процедуры оценивалась на 4,1 балла. Кроме того, у пациенток данной группы отмечен более длительный восстановительный период и высокая степень дегидратации кожи, потребовавшие специальных мер коррекции.

3. Мезотерапия (критерии оценки — тонус кожи, степень коррекции овала лица). Пациентки исследуемой группы оценили результат на 8,4 балла уже после второй процедуры; после четвертой процедуры оценка составила 9,2 балла, что позволило сократить количество процедур до 5 на курс, и через 6 месяцев при оценке результата мезотерапии на 7,5 балла было принято решение о проведении двух профилактических сеансов для поддержания эффекта. В группе сравнения после второй процедуры мезотерапии оценка ее эффективности составила 4,5 балла, после четырех процедур — 5,1 балла, после шести — 5,5 балла, а к десятой процедуре результат оценивался лишь на 5,9 балла; через полгода от начала терапии оценка составила уже всего 2,5 балла, что потребовало повтора курса процедур.

Таким образом, проведенное наблюдение позволяет сделать вывод о том, что комплекс антиэйдж — мероприятий с включением трансдермального геля «Эстрожел» оказывает более благоприятное влияние на внешний вид пациентки по сравнению со стандартным комплексом косметологических процедур, обеспечивая дополнительный омолаживающий косметологический эффект. И только такой комплексный подход дает возможность решать эстетические проблемы с акцентом на долговременные задачи — сохранение здоровья и активное долголетие.

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ

Звычайный М.А., Липлавк Н.А.

Россия, Екатеринбург, Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрави»

Доказано, что дефицит половых стероидов (ДПС), наблюдающийся у женщин в климактерии и при двусторонней овариэктомии в репродуктивном возрасте, может дестабилизировать гомеостатический контроль и привести к ранней и (или) ускоренной инволюции не только половых желез, но и отдельных тканей, органов и систем, деятельность которых неразрывно связана с состоянием репродуктивной системы, в том числе, опорно-двигательного аппарата, так как, на сегодня установлено, что костная и соединительная ткань являются «органами-мишенями» для воздействия половых стероидов. С другой стороны, среди патологий опорно-двигательного аппарата (ОДА) одно из ведущих мест занимают заболевания, связанные с дегенеративно-дистрофическими и метаболическими изменениями в костно-мышечной системе и соединительной ткани, часто сопровождающиеся развитием костно-болевых синдромов в позвоночнике и конечностях различной степени выраженности. Такими заболеваниями являются остеопороз (ОП) и остеохондроз (ОХ). Вот почему, целью нашей работы явилось выяснение состояния ОДА и качества жизни (КЖ) у женщин с различными вариантами ДПС.

На базе Городского эндокринологического центра МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга нами было проведено комплексное обследование 303 пациенток. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (25-35 лет). Остальные обследуемые (273 пациентки) с ДПС (установленным при гормональном обследовании), в зависимости от варианта развития ДПС были распределены в следующие группы: I группа — 22 женщины в возрасте 45-60 лет с физиологически протекающим климактерием; II группа — 143 женщин в возрасте 45-60 лет, имеющих клинические проявления типичной формы климактерического синдрома; III группа — 108 женщин репродуктивного возраста (26-34 года), перенесших двухстороннюю оварио- или аднексэктомию с гистерэктомией или без нее. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) выяснялась при проведении денситометрии поясничного отдела позвоночника (L2-L4) и проксимального отдела бедренной кости на двухэнергетическом рентгеновском костном денситометре «Lunar» (США) в УрНИИТО. Врачом — неврологом первично и при каждом рецидиве болевого синдрома оценивался вертебрологический статус пациенток и выраженность рентгенологических признаков ОХ по рентгенограммам позвоночника в боковой проекции. КЖ пациенток оценивалось по опроснику «Уровень социальной фрустрирован-

ности» и авторской шкале «Комплексная оценка степени влияния болевого синдрома в позвоночнике и костях периферического скелета на качество жизни пациенток».

В сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного возраста, для обследованных с физиологическим климактерием свойственны начальные проявления закономерной возрастной инволюции в состоянии опорно-двигательного аппарата (у всех — нормальная МПКТ, отсутствует распространенный остеохондроз) и практически полное отсутствие болевых ощущений, как в позвоночнике (68,2%), так и в периферических костях скелета (86,4%) и, следовательно, отсутствие болевого синдрома в позвоночнике и периферических костях и его влияния на КЖ ($0,7 \pm 0,65$ баллов, $p < 0,01$). Для больных с климактерием, протекающим патологически, характерно: наличие ускоренных инволюционно-дегенеративных процессов в опорно-двигательном аппарате (снижение плотности костной ткани — у 93%, распространенный остеохондроз — 64,5%), болевого синдрома (у 99,0% пациенток), преимущественно, сильной или средней интенсивности ($25,5 \pm 6,5$ балла, $p < 0,001$), локализующегося во всех отделах позвоночника, с распространением на пояс и верхних, и нижних конечностей, с частым рецидивированием (76,9%), негативно влияющего на КЖ ($2,5 \pm 0,84$ балла, $p < 0,001$). Для пациенток репродуктивного возраста, подвергнутых хирургическому удалению яичников, типичными являются грубые инволюционно-дегенеративные отклонения в состоянии опорно-двигательного аппарата, отличающиеся ранним для данной возрастной группы характером и быстро прогрессирующим течением (снижение МПКТ вплоть до остеопении и ОП — у 96,3%, распространенный ОХ — у 65,7%), болевой синдром (у всех пациенток), имеющий тенденцию, как к нарастанию интенсивности (14,8 балла, $p < 0,001$), так и к генерализации, частое рецидивирование болевого синдрома (до 4-5 раз в год у 18,5%), оказывающего крайне негативное влияние болевого синдрома в позвоночнике и периферических костях на КЖ ($3,8 \pm 0,79$ балла, $p < 0,001$).

Таким образом, различные варианты ДПС оказывают хотя и не равноценное, но однонаправленное влияние на состояние ОДА, следствием чего является возникновение болевого синдрома в позвоночнике и костях периферического скелета, значительно ухудшающего общее состояние и КЖ женщин.

ДИНАМИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМой МАТКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Зданевич М.С., Курчишвили В.И.

Россия, Москва, ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрави»
Россия, Москва, ГОУ ВПО «ММА им. И.М. Сеченова»

Известно, что молекулярные изменения, участвующие в трансформации гладкомышечных клеток

миометрия в лейомиому остаются до конца неизученными, но, несомненно, то, что ключевую роль в развитии лейомиомы играют яичниковые стероиды и поэтому для терапии этого состояния в настоящее время наиболее часто используют аналоги ГнРГ. Однако высокая частота рецидивов и побочных эффектов, связанных с развитием гипоестрогении, вынуждают исследователей искать новые методы консервативного воздействия на лейомиому.

Цель: изучить влияние мифепристона (антагониста прогестерона) на содержание гонадотропных и яичниковых гормонов в сыворотке крови у больных с лейомиомой матки в сравнении агонистами ГнРГ.

Материал и методы: обследовано 60 больных с лейомиомой матки размерами до 10 недель, которые были разделены на 2 равные группы, получавшие соответственно лечение мифепристоном и одним из агонистов ГнРГ (бусерелин). Забор крови проводился до лечения и после него в первом менструальном цикле после его восстановления (на 5—7-й день, прогестерон — на 22-24-й день). Исследование выполнено с помощью стандартных иммуноферментных наборов.

Результаты и их обсуждение: выявлено, что изменения содержания ФСГ (с $9,3 \pm 1,0$ до $3,6 \pm 0,5$ ММЕ/л), ЛГ (с $10,7 \pm 1,5$ до $5,34 \pm 0,5$ ММЕ/л) и эстрадиола (с $484,5 \pm 41,4$ до $172,7 \pm 31,7$ нмоль/мл) произошло под влиянием а-ГнРГ ($p=0,01$), тогда как мифепристон практически не повлиял на их содержание (незначительно увеличилось).

До лечения достоверных различий уровня прогестерона в изучаемых группах выявлено не было. После лечения отмечено достоверное снижение его содержания в обеих группах (в первой — с $21,5 \pm 4,1$ до $6,3 \pm 1,3$ и во второй — с $15,3 \pm 2,8$ до $4,5 \pm 0,9$ пг/мл соответственно ($p=0,00005$ и $0,0004$)).

Выводы: представленные данные свидетельствуют о том, что у больных, получавших лечение мифепристоном, произошло достоверное снижение концентрации прогестерона в сыворотке крови, при этом, концентрация гонадотропинов и других гормонов оставалась практически неизменной, что не вызывало вегетативно-сосудистых и психо-эмоциональных расстройств, связанных с гипоестрогенией, характерной для лечения а-ГнРГ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ И ЕГО ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Зданевич М.С., Курчишвили В.И.

Россия, Москва, ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава»
Россия, Москва, ГОУ ВПО «ММА им. И.М. Сеченова»

Цель: изучить качество жизни (КЖ) у больных с лейомиомой матки и получить количественную оценку субъективного восприятия больными физического, психологического, эмоционального и социального функционирования своего организма, т.е. комплексное представление о здоровье в целом.

Материал и методы: обследовано 60 больных с лейомиомой матки размерами до 10 недель, которые были разделены на 2 равные группы, получавшие соответственно лечение антипрогестинном (мифепристон) и одним из агонистов ГнРГ (бусерелин). Исследование выполнено с помощью стандартной формы опросника SF-36.

Результаты и их обсуждение: оценка полученных параметров КЖ показала, что до лечения у больных I и II групп показатели были достоверно ниже по сравнению с референтными значениями (условно здоровые женщины соответствующего возраста) по шкалам, оценивающим BR (физическая боль), RP и RE (роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности соответственно) и MH (психическое здоровье). После полученного лечения в связи с уменьшением болевого синдрома эти показатели существенно улучшились в обеих группах.

Сниженные показатели MH у больных свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии, а RE — о степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Увеличение данных показателей после проведенного лечения мифепристоном указывает на улучшение психо-эмоционального состояния обследованных. Напротив, во второй группе значения указанных параметров снизились в 2 раза в связи с развитием симптомокомплекса, обусловленного гипоестрогенией.

Кроме того, такие показатели КЖ как общее состояние здоровья, отражающее оценку здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни, жизнеспособность — ощущения сил и энергии, и физическая активность — способность выполнять объем повседневной нагрузки, были на достаточном уровне, что свидетельствует о положительном настрое на лечение и оптимистичном прогнозе заболевания у больных, получавших мифепристон.

Таким образом, консервативное лечение миомы матки антипрогестинами или агонистами ГнРГ приводит к улучшению качества жизни пациентов по показателям физических проблем в связи с уменьшением болевого синдрома. В то же время, возникновение депрессивных, тревожных состояний и психологического неблагополучия, возникших на фоне приема а-ГнРГ, свидетельствуют о существенном снижении качества жизни пациентов в период лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОДА АДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И В БЛИЖАЙШЕМ ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭМА

Здирук С.В., Алиев Я.Р.

Россия, Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «РостГМУ Федерального агентства здравоохранения и социального развития»

Миома матки — это ограниченная доброкачественная опухоль, состоящая из гладкомышечных и фиброзных соединительнотканых элементов. Выявляют данное заболевание примерно у каждой 10 женщины в мире, при этом чем старше, тем чаще — у 20% женщин старше 30 лет и у 40% женщин старше 50 лет.

Актуальность исследования данной проблемы, обусловлена довольно широкой ее распространенностью среди женщин репродуктивного возраста. По данным различных авторов, в последние годы отмечается рост частоты сочетания миомы матки и беременности с 6% до 18% [Шмаков Г.С.2003,]. Поэтому в последнее время — наибольшее развитие приобрели использование органосберегающих операций, направленных на решение проблемы, и, сохранении функции органа.

Одним из наиболее современных направлений в лечении миомы матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). К настоящему времени опубликовано достаточно большое количество работ, посвященных оценке клинических результатов этого эндоваскулярного вмешательства и основанных на совокупном опыте более 100 000 операций [С.А.Капранов и др. 2003]. В них убедительно доказано, что эмболизация маточных артерий является альтернативным и органосохраняющим методом хирургического лечения миомы матки. По результатам J.Ravina et al. (2000), почти 90% больных сообщают либо о полном исчезновении, либо о выраженном снижении клинических симптомов, сопровождающих миому матки. Вместе с тем, в результате эндоваскулярной операции в ближайшем послеоперационном периоде развивается достаточно своеобразная клиническая картина [Hemingway A., 1991], характеризующаяся развитием длительного (от 1 до 5 суток) болевого синдрома в нижней части живота различной интенсивности [Ryan J. et al., 2002]. Купирование, прогнозирование дальнейшего развития болевого синдрома у пациентки, и улучшение психо-эмоционального состояния пациенток — основное направление деятельности врача анестезиолога.

Основываясь на этом, при написании данной работы мы ставили перед собой цель определить наиболее адекватный метод обезболивания пациенток в пре- и постоперационный период при ЭМА.

В исследовании принимало участие 68 пациенток в возрастном интервале от 32 до 54 лет, перенесших данный вид операционного вмешательства, которые были условно разделены на 2 равные группы, по виду анестезии. Группе А (50 %) во время операции в/в вводился раствор морфина гидрохлорида 1% — 1 мл, в сочетании с приемом НПВС

в постоперационном периоде. Группе Б (50%) проводилась эпидуральная блокада методом постоянной инфузии (ЭБПИ) раствором маркаина 0,5%. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась по стандартной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и Мак-Гилловскому опроснику (МРQ).

Анализируя данные историй болезней, в группе А, интенсивность болевого синдрома во время операции у 17 пациенток (49%) составила по ВАШ 7 баллов, по МРQ — 14 баллов: у 12 женщин (35%) — по ВАШ интенсивность боли составила 8 баллов, по МРQ — 17 баллов; у 5 больных (16%) — ВАШ составила 6 баллов, МРQ — 9 баллов. Во время ближайшего постоперационного периода почти у всех пациенток данной группы болевой синдром нарастал, что вызвало необходимость повторного применения наркотических препаратов, на фоне приема стандартных НПВС. Группа Б, которым проводилась ЭБПИ, характеризовалась стабильностью результатов исследования как во время проведения ЭМА, так и в постоперационном периоде. По историям болезней данных пациенток болевой синдром у 28 пациенток (82,4%) болевой синдром не наблюдался, у 6 пациенток (17,6%) — болевой синдром по ВАШ составлял 5 баллов, по МРQ — 5 баллов.

В ходе исследования было установлено, что: классический метод обезболивания наркотическими препаратами, в сочетании с применением НПВС в постоперационном периоде не является методом выбора при проведении операций по эмболизации маточных артерий, так как не обеспечивает адекватный уровень анальгезии, что приводит к ухудшению психо-эмоционального состояния пациенток. Оптимальным методом обезболивания пациенток при таком виде хирургического вмешательства, следует считать эпидуральную блокаду методом постоянной инфузии, которая обеспечивает непрерывное обезболивание, постоянный уровень блокады, стабильность витальных функций организма и менее выраженную моторную блокаду пациентки.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Зиганшин А.М., Кулавский В.А.

Россия, г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность: Миома матки (ММ) представляет собой доброкачественную, гормонально-зависимую опухоль мышечной оболочки матки. Несмотря на доступность диагностики и большой объем оперативных вмешательств в гинекологических стационарах по поводу ММ (от 50 до 70%) уменьшения количества женщин (наблюдается она у 30-35% женщин в возрасте после 35 лет) и снижения ее распространенности (занимает 2 место после воспалительных заболеваний) не происходит. Успехи современных хирургических технологий мало повлияли на технологию лечения миом (объем реконструктивно-пластических операций составляет 8-19%), по прежнему в стационарах основным методом лечения ММ явля-

ется хирургический метод — удаление матки, которое происходит в среднем в 81 — 92% случаев, даже в НЦ АГ и П РАМН — 32,5 — 38,2%. ММ часто диагностируется во время гинекологических операций, но хирурги зачастую ограничиваются выжидательной тактикой при малых размерах или миомэктомией доминирующего узла при множественной миоме, не используя всех возможностей хирургического лечения при проводимой лапаротомии. Хотя риск возникновения осложнения в виде нарушения питания и инфицирования миоматозного узла не превышает 2% во время беременности (Фадеев И.Е., Скворцова М.Ю. 2009); доказана высокая эффективность метода эмболизации маточных артерий (ЭМА), когда за счет медикаментозной закупорки сосудов, питающих матку, развивается ишемия и регресс миоматозных узлов, доказано отсутствие некроза матки (Антропова Е.Ю., Тухватуллина Л.М. 2006) выполнение органосохраняющих хирургических методик ограничивается консерватизмом проведения органосохраняющей, хирургической методики — перевязки маточных сосудов (a. et v. uterina). Широкое применение ЭМА ограничено недостаточным обеспечением стационаров рентгенохирургическими установками.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности метода перевязки маточных сосудов матки у пациенток, страдающих миомой матки.

Материалы и методы исследования: нами проведено 12 перевязок магистральных сосудов матки у женщин, страдающих миомой матки с интрамуральной и субсерозной локализацией узлов, величиной матки, не превышающей 7-8 недель, с множественными миоматозными узлами диаметром до 1,0 см. Возраст пациенток составлял от 23 до 34 лет, (средний возраст $29,1 \pm 3,2$ года). Все пациентки до операции были обследованы и страдали ММ в течение 5 — 9 лет, в среднем $7,5 \pm 1,2$ года. Большинство женщин (75%) имели в анамнезе маточные кровотечения по типу гиперполименореи (53%), болевой синдром (45%), различные функциональные нарушения органов малого таза выявлены у (74%), во многих случаях было сочетание расстройств. Все пациентки были заинтересованы в сохранении матки, устранении геморрагического и болевого синдрома. Техника выполнения метода перевязки маточных артерий заключалась в наложении узловатых поперечных викриловых швов на сосудистый пучок матки. Оценка гемодинамики сосудов проводилась на аппарате Siemens Sonoline G-40 (США), с использованием трансабдоминального и трансвагинального трансдюдера (2,5-7,5 МГц). Сканирование сосудов матки проводилось с обеих сторон на 1, 3, 7, 10 сутки послеоперационного периода и через 3 месяца после операции.

Результаты исследования: перевязка магистральных сосудов матки было выполнено успешно у 10 (83%) пациенток, осложнилась техническими трудностями при наложении швов на сосуды из-за варикозно расширенных вен нижнего сегмента матки в 2 (16%) случаях. Основной жалобой в течение послеоперационного периода явилась боль в

100%; если боль в области послеоперационной раны длилась, ослабевала в течение 2-3 дней, то после перевязки тянущие боли схваткообразного характера внизу живота, наблюдались вплоть до выписки, выраженными они были у 8 (66%) пациенток. Купирование болей внизу живота проводились ректальным введением свечей с индометацином. В ПП субфебрильное повышение температуры в течение 1-3 дней отмечено у 9 (75%) пациенток, фебрильная в течение 1-5 суток наблюдалась у 3 (25%). С целью профилактики послеоперационных осложнений проводился курс антибактериальной, антианемической терапии, прием ингибиторов агрегации тромбоцитов (курантил, аспирин). Ультразвуковое исследование кровотока подтвердило отсутствие кровотока в a. et v. uterina в первые трое суток, на 4-е сутки регистрировался кровоток у 75% пациенток. На 7-е сутки гемодинамика отмечалась у всех прооперированных женщин, также снижался кровоток на 74%, на 10-е сутки снижение кровотока было на 46%. При исследовании через 3 месяца после операции, отмечено уменьшение объема матки в среднем на 25% и объема доминирующего миоматозного узла на 30%. Подсчет количества визуализированных миоматозных узлов расположенных на передней стенке матки, до и через 3 месяца после операции подтвердил уменьшение количества узлов с $3,7 \pm 1,1$ до $2,8 \pm 1,3$.

Заключение: двухсторонняя перевязка магистральных сосудов матки представляет собой метод органосохраняющего хирургического лечения миомы матки, дающий шанс определенной категории больных сохранить матку, приостановить рост и добиться регресса узлов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ

Зотова Ю.А., Курмачева Н.А., Василян А.Н., Шурыгина Т.А., Костенко И.В.

Россия, г.Саратов, ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции»

Ожирение — актуальная медико-социальная проблема современного общества, общепризнанный фактор риска нарушений в репродуктивной сфере и онкологической патологии.

Цель: оценка эффективности программы реабилитации (ПР) женщин с репродуктивными нарушениями и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 156 женщин с ожирением, средний возраст $29,4 \pm 5,8$ лет. Репродуктивные нарушения: бесплодие I — у 32% женщин, бесплодие II — у 17%, НОМЦ — у 51%. Комплексное обследование включало антропометрию с расчетом ИМТ, оценку артериального давления, диагностику метаболического синдрома (МС) по критериям IDF, гормональное, инструментальное обследование, консультацию эндокринолога, гинеколога, терапевта, психолога, психотерапевта.

Результаты: ожирение I степени диагностировано у 65%, II — у 22%, III — у 13%; абдоминальное ожирение — у 90% женщин, среднее значение ИМТ-33,1±3,2 кг/м². Артериальная гипертензия выявлена у 22%, гипертриглицеридемия — у 38%, снижение ЛПВП — у 22%, нарушение толерантности к глюкозе — у 13%; МС — у 66% женщин. У 78% обследованных диагностированы различные типы нарушений пищевого поведения (ПП): эмоциогенное — у 50%, ограничительное — у 43%, экстернальное — у 36% пациенток. Была разработана ПР, включающая немедикаментозные методы: поведенческую терапию — обучение эндокринологом в «школе управления весом» (ШУВ), индивидуальную и/или групповую психокоррекцию, диетотерапию, дозированные физические нагрузки, физиолечение; а также фармакотерапию по показаниям — орлистат, сибутрамин, метформин, симптоматическую терапию. Ключевым звеном программы является мотивационное обучение, направленное на формирование у женщин с ожирением мотивации на лечение и самоконтроль заболевания, изменение стереотипа питания и увеличение физической активности. ШУВ включает 4 занятия, начинается с анкетирования больных. В ШУВ проводятся микролекции и практические занятия, пациенты учатся составлять свой рацион, решают ситуационные задачи. На занятиях используется интерактивная форма обучения с элементами «деловой игры». Психокоррекция ожирения проводится в 4 этапа. На 1 этапе — индивидуальное консультирование (психодиагностическая беседа, тестирование); на 2 — индивидуальная психокоррекция психотравм, стресса, интроектов, выявленных в ходе первичной консультации; на 3 этапе проводится групповая работа в тренинговой форме. Заключительный, 4 этап — амбулаторная группа психологической поддержки. По результатам повторного анкетирования через 6 месяцев 97% женщин изменили стереотип питания. Получена положительная динамика в виде снижения выраженности эмоциогенного ПП с 2,9±0,4 до 2,1±0,2 (p<0,05), экстернального ПП — с 3,8±0,6 до 2,6±0,4 (p<0,05), ограничительного ПП с 3,5±0,3 до 2,1±0,1 (p<0,05) баллов. 19% женщин стали регулярно посещать тренировки, 90% увеличили ежедневную физическую активность за счет ходьбы. Снизилась масса тела 87% женщин (менее чем на 5 кг — 24%, от 5 до 10 кг — 63%), стабилизировали массу тела 13% пациенток; зафиксировано статистически значимое снижение ИМТ с 33,1±3,2 кг/м² до 31,2±3,4 кг/м² (p<0,05). Частота встречаемости МС уменьшилась с 66% до 50% (p<0,05). Улучшение / нормализация менструальной функции получены у 49% женщин.

Выводы: 1. Разработана ПР женщин с ожирением, включающая мотивационное обучение в ШУВ, психологическую поддержку, диетотерапию, физические нагрузки, физиолечение, по показаниям — фармакотерапию.

2. Включение в ПР методов поведенческой терапии создает мотивацию на соблюдение диеты, увеличение физической активности, самоконтроль заболевания.

3. Реабилитация женщин с репродуктивными нарушениями и ожирением в течение 6 месяцев привела к снижению массы тела у 87% обследованных, уменьшению частоты встречаемости МС с 66% до 50% (p<0,05), положительной динамике репродуктивной функции у 49% пациенток.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ (описание случая)

Зубенко Н.В., Зубенко В.Б.

Россия, г.Ставрополь, ГУЗ «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр».

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки. Чаще всего данная патология встречается при предлежании плаценты, это обусловлено тем, что ворсины плаценты проникают в стенку матки в области её перешейка значительно глубже, чем в тело матки; вследствие чего возникает плотное прикрепление, а иногда и истинное приращение плаценты. Последнее может быть полным или частичным и встречается с частотой 0,2-0,6% (Чернуха Е.А., 2004 год). Как известно, общепринятой тактикой при истинном приращении плаценты является проведение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки, поскольку вследствие невозможности нормального отделения плаценты, риск массивного кровотечения слишком велик. Таким образом, молодые женщины с таким диагнозом были обречены стать инвалидами и не могли иметь детей в будущем. Однако в современной литературе в течение последних лет стали появляться данные об альтернативных методах лечения данной патологии. Результатом проведенных нами научных и практических разработок в этом направлении стала возможность выполнять кесарево сечение с сохранением матки. С целью остановки кровотечения мы используем комплекс мероприятий, включающий введение утеротонических средств, тампонаду полости матки салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, перевязку внутренних подвздошных артерий (ВПА) с обеих сторон, прошивание кровоточащих сосудов плацентарной площадки гемостатическими швами, наложение компрессионных швов по В-Lynch, интраоперационную аппаратную реинфузию аутологических эритроцитов. За период с 2007 по 2009 годы нами родоразрешено 42 беременные с установленным диагнозом полного предлежания плаценты. У 8 (19%) выполнены органоуносящие операции, в связи с истинным приращением плаценты, в 81% случаев сохранена репродуктивная функция с помощью выше указанной методики (в том числе при подозрении на истинное вращение плаценты). У четырех женщин в дальнейшем наступила беременность, закончившаяся артефициальным абортom у 1 пациентки, а у трех — родились здоровые дети путем опера-

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Зудикова С.И.

Россия, г.Саратов, ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции»

ции кесарево сечение. Патологии локализации и прикрепления плаценты не было. Окончательного мнения по поводу использования метотрексата с целью резорбции оставленной плацентарной ткани в матке не сформировалось. Это связано с высоким риском гнойно-септических осложнений и кровотечения даже в отдаленные периоды времени.

Приводим клинический случай использования метотрексата в комплексе с хирургическими мероприятиями, направленными на остановку кровотечения при полном предлежании плаценты и ее частичном приращении.

Пациентка Г., 30 лет, поступила в отделение патологии беременности перинатального центра с диагнозом: беременность 34 — 35 недель, полное предлежание плаценты. В анамнезе — двое срочных родов без осложнений и два артефициальных аборта. При УЗ исследовании были выявлены признаки приращения плаценты: отсутствие нормального гипоэхогенного пространства перед миометрием, наличие локальных экзофитных масс, внутриплацентарные сосудистые лакуны. Согласно общепринятым стандартам беременность пролонгирована до 37-38 недель, осуществлена заготовка аутоплазмы в количестве 1000 мл. Операция кесарево сечение выполнена в плановом порядке. В связи с частичным приращением плаценты и невозможностью активного отделения одна треть ее оставлена в полости матки в области задней стенки. Матка туго затампонирована салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, осуществлена перевязка внутренних подвздошных артерий с обеих сторон. Плацентарная площадка прошита гемостатическими швами в кровоточащих местах. На данном этапе, учитывая отсутствие признаков кровотечения, от расширения объема оперативного вмешательства решено отказаться. Интраоперационно была выполнена аппаратная реинфузия аутологических эритроцитов аппаратом Cell — Saver, перелита аутоплазма. В послеродовом периоде с целью резорбции остатков плацентарной ткани, трижды, с интервалом 48 часов, вводился метотрексат, по 25мг внутримышечно, под контролем хорионического гонадотропина (ХГЧ), при этом уровень последнего снизился с 2553 мМЕ до 18,7 мМЕ. Послеродовый период осложнился гематолахиометрой, выполнена вакуумаспирация содержимого полости матки (при гистологическом исследовании — некротизированная плацентарная ткань). На 12 сутки родильница выписана домой. Через два месяца, в ходе диагностической гистероскопии, на задней стенке матки выявлен участок дефекта миометрия, заполненный белесоватой тканью со склерозированными сосудами. Произведена коагуляция. Уровень ХГЧ был в пределах нормы.

Таким образом, аномалии локализации и прикрепления плаценты являются тяжелой акушерской патологией с высоким риском материнской и перинатальной смертности. Консервативное ведение таких пациенток допустимо. В настоящее время одной из методик органосохраняющего подхода к ведению женщин с аномалией прикрепления плаценты, может являться введение метотрексата.

Согласно данным литературы более чем у половины женщин после оперативного вмешательства на яичниках наблюдаются различные нарушения менструального цикла с преобладанием недостаточности лютеиновой фазы, до 75% оперированных имеют викарную гипертрофию яичника. Общеизвестно, что неблагоприятные последствия чаще наблюдаются после односторонней овариэктомии или резекции 50% и более ткани яичника.

Для профилактики подобных последствий преимущественно рекомендуются комбинированные оральные контрацептивы (КОК), физиопроцедуры, адаптогены, седативные средства. Вместе с тем известно, что КОК могут нарушать метаболические процессы, гемокоагуляцию, вызывать гиперпролактинемию, задержку менструации на фоне и после отмены препарата и т.д. Следовательно, с учетом изменений, происходящих в организме, назначение КОК в первые месяцы после операции на яичниках требует особой осторожности.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности комбинированного фитопрепарата мастодинон (Бионорика АГ, Германия), использованного для профилактики расстройства гормональной функции яичников и нарушений менструального цикла после обширного оперативного вмешательства на яичниках. Выбор препарата обусловлен эффектами входящих в него компонентов. Многие исследователи отметили холинергическую, допаминергическую, пролактинингибирующую, слабую эстрогенную активность, способность ликвидировать дисбаланс половых гормонов с нормализацией функции желтого тела, улучшать психический статус и устранять нейровегетативные нарушения, гепатопротективное действие. Побочные эффекты редкие и малочисленные.

Под нашим наблюдением находились 40 пациенток в возрасте 18 — 37 лет, перенесших одностороннюю овариэктомии или резекцию 50% и более ткани яичника в связи с опухолевидными процессами. Кроме общеклинических исследований, в течение ближайшего месяца после операции производились эхография половых органов с оценкой кровотока, определение уровней ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ в сыворотке крови.

Мастодинон по 30 капель 2 раза в день назначался на протяжении 3-х послеоперационных месяцев с повторным аналогичным использованием после двухмесячного перерыва. Кроме того, все пациентки получали настойку элеутерококка, брюшно-крестцовый электрофорез 0,5% раствора сернокислого цинка. 11 пациенток с выраженными психоэмоциональными расстройствами дополнительно в течение 1 месяца принимали фитопрепа-

рат гелариум, обладающий антистрессовым и анти-депрессивным действием, улучшающий нейроэндокринную регуляцию.

Оценка эффекта осуществлялась на 3-й месяц лечения и на 2-й месяц его перерыва на основании субъективных ощущений пациентки, ультразвукового и гормонального исследований. Обследование констатировало наличие двухфазного менструального цикла у 36 (90%) пациенток при нормальных гормональных показателях. Отмечено значительное улучшение психоэмоционального состояния, ликвидация нейровегетативных нарушений. Отрицательные побочные эффекты не наблюдались.

Вместе с тем у 14 (35%) пациенток установлена викарная гипертрофия яичника.

В связи с олигоменореей, наблюдавшейся на протяжении 2-х послеоперационных месяцев, 4 (10%) пациентки в дальнейшем получали стимулирующую гормональную терапию. В анамнезе у них имели место различные факторы риска возникновения кист яичников; оперативное лечение произведено через 4-6 месяцев после первого обнаружения кисты.

Таким образом, комплексная послеоперационная реабилитация, включающая мастодинон как основное действующее средство, может быть использована для профилактики нарушений менструальной функции после оперативного вмешательства на яичниках.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Зуева Т.П., Карахалис Л.Ю., Петренко С.И.

Кафедра акушерства и гинекологии КГМУ, МУЗ ГБ №2 КМЛДО,
Центр кольпоскопии г. Краснодар.

Цервикальный предрак (CIN, SIL) диагностируют, используя комплекс различных методов — кольпоскопию, цитологическое исследование (рап-смаер тест), гистологическое исследование биоптата шейки матки и соскоба цервикального канала, а также специальные исследования, направленные на выявление инфекционного агента. В 25% случаев биопсия без контроля кольпоскопа не обнаруживает имеющиеся внутриэпителиальные повреждения. Тяжесть поражения слизистой влагалищной порции шейки матки рекомендуется оценивать по следующим признакам: характеру поверхности, ее цвету, размытости краев зоны поражения, сосудистому рисунку, включая межкапиллярное пространство, времени сохранения белого оттенка в ответ на воздействие раствора уксусной кислоты. Степень выраженности кольпоскопических признаков хорошо сопоставима с гистологической степенью поражения. Чем более выражен признак, чем быстрее проявляется и дольше сохраняется в ответ на воздействие уксусной кислотой, тем вероятнее более тяжелое поражение.

Кольпоскопическими признаками легких изменений являются: гладкая поверхность с неравно-

мерной внешней границей, легкое ацето-белое изменение, медленно появляющееся и быстро исчезающее, мягкий, часто крапчатый йод-позитив, тонкая (нежная) пунктация и тонкая (нежная) однородная мозаика.

К кольпоскопическим признакам тяжелых изменений относятся: обычно в целом гладкая поверхность с резкой (четкой) внешней границей, плотное ацето-белое изменение, которое появляется рано и медленно исчезает, йод-негативный участок, желтое окрашивание в раннее плотное ацето-белое эпителии, грубая пунктация и широкая неоднородная мозаика разного размера.

Для оценки результатов кольпоскопии предложены количественные и качественные методы. В качестве классификатора качественной оценки результатов кольпоскопии многие авторы предлагают систему M.Coppleson (Grade I, Grade II, Grade III), а для количественной оценки — балльную шкалу Richard Reid (модифицированный кольпоскопический индекс Рейда), позволяющую осуществлять дифференциальную диагностику различных поражений шейки матки.

Индекс Рейда — это систематический балльный метод оценки серьезности предраковых цервикальных поражений. Индекс рассматривает 4 кольпоскопических признака: края поражения, цвет после аппликации уксусной кислотой, сосудистый рисунок, качество окраски эпителия раствором Люголя. Оценка в баллах позволяет более скрупулезно оценить тяжесть поражения. Сумма 0-2 балла отражает минимальное повреждение эпителия, 3-5 баллов — его среднюю тяжесть и 6-8 баллов — высокую степень поражения. Выполненные рядом автором исследования продемонстрировали хорошую корреляцию между кольпоскопической оценкой и гистологическим диагнозом.

Целью исследования явилось определение эффективности использования системы Копплесона и индекса Рейда при кольпоскопии для прогнозирования степени тяжести цервикального предрака.

Нами было проанализировано 675 протоколов кольпоскопий, по результатам которых предполагалась наличие цервикального предрака. Средний возраст обследованных составил $28 \pm 2,5$ года.

Первую группу составили 575 (85,2%) обследованных женщин: минимальное повреждение эпителия (по Рейду — 0-2 балла), качественная оценка по Копплесону соответствовала 1-2 стадии. При гистологическом исследовании материала у 547 пациенток (95,2%) от числа всех обследованных выявлена CIN 1 (дисплазия 1), у 5-х (0,8%) — хронический экзоцервицит без признаков дисплазии, у 15 женщин (2,6%) — CIN 1-2 (дисплазия 1-2), у 7 (1,2%) — CIN 2 (дисплазия 2) и у 1 (0,2%) — CIN 2-3 (дисплазия 2-3).

Вторую группу составили 70 (10,4%) пациенток: им соответствовало среднее с переходом на высокую степень повреждения эпителия (по Рейду — 4-6 баллов), а качественная оценка соответствовала по Копплесону 2-3 стадии. При проведении гистологического исследования материала у 52 (74,2%)

обследованных выявлена дисплазия 1, у 12 (17,2%) дисплазия 1-2 и у 6 (8,6%) — дисплазия 2-3.

В третью группу вошли 30 (4,4%) пациенток с высокой степенью повреждения эпителия (по Рейду- 6-8 баллов), качественная оценка по Копплесону- соответствовала 2-3 стадии. При анализе полученного после гистологического исследования материала оказалось, что у 18 пациенток (60%) выявлена CIN II-III (дисплазия 2-3), у 3 (10%) — CIN I-II (дисплазия 1-2), и у 7 (23,34%) — CIN III (дисплазия 3 и *c-r in situ*).

Таким образом, проведенное исследование показывает высокую степень корреляции между кольпоскопической оценкой и результатами патоморфологического исследования. Кольпоскопическая оценка результатов не может заменить гистологическое исследование, однако с ее помощью возможно с высокой точностью прогнозирование дисплазий и доклинических форм рака, она способствует правильному выбору места для биопсии и дифференциальной диагностике многочисленных доброкачественных заболеваний.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ФИБРОЗНО- КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ И АДЕНОМИОЗОМ

Идрисова Э.А., Коган Е.А., Гуриев Т.Д.,
Демура Т.А., Бабгоева О.Х.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Минздравсоцразвития России

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

За последние годы значительно увеличилась частота пациенток, обращающихся в лечебные учреждения по поводу доброкачественных дисгормональных заболеваний молочных желез. Среди них наиболее часто (20-60%) встречается фибронокистозная болезнь (ФКБ). На фоне ФКБ риск развития рака молочной железы (РМЖ) возрастает до 3-5 раз. Это особенно важно в связи с ростом за последнее десятилетие показателей заболеваемости РМЖ в России, соответственно с 33,7 до 40,9 случаев на сто тысяч населения. Процессы, происходящие в молочной железе, находятся в тесной взаимосвязи с функцией репродуктивной системы. Особо следует подчеркнуть, что у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, частота встречаемости ФКБ достигает 95% случаев. Актуальность проблемы сочетания патологии молочных желез с гинекологическими заболеваниями обусловлена высокой частотой доброкачественных заболеваний, неуклонным их ростом, а также отсутствием научно и организационно обоснованных принципов профилактики и их патогенетической терапии.

Целью исследования являлось изучение клинико-патогенетических особенностей ФКБ у женщин

с сочетанной гинекологической патологией — лейомиомой матки и аденомиозом.

Для выполнения поставленных задач обследовано 133 пациентки с ФКБ. В 1-ю (основную) группу вошли 98 больных с ФКБ в сочетании лейомиомой матки и аденомиозом. Критериями включения в неё являлись: возраст 35-50 лет; индекс массы тела (ИМТ) <30 кг/м², наличие клинических, морфологических признаков, ультразвуковых характеристик ФКБ и сочетание лейомиомы матки и аденомиоза. Во 2-ю (группа сравнения) вошли 35 больных с ФКБ с идентичными критериями включения, за исключением того, что у них отсутствовала патология матки (лейомиома и/или аденомиоз) и имел место регулярный менструальный цикл. Критериями исключения из исследования являлись: РМЖ, беременность, гормонотерапия в течение последних 6 месяцев.

У 69 (51,9%) обследованных пациенток: 53 женщин в 1-й группе и 16 женщин — во 2-й — были диагностированы очаговые формы ФКБ и кисты. В связи с этим им была произведена секторальная резекция молочных желез и гистологическое исследование ткани. У больных основной группы значительно чаще (83%) встречалась пролиферативная форма ФКБ, по сравнению со 2-ой группой (25%). Из 48 больных с пролиферативной формой ФКБ 44 (91,7%) больных входили в 1-ю группу (сочетание лейомиомы матки и аденомиоза), 4 пациентки с пролиферативной формой ФКБ (8,3%) входили в группу сравнения (без патологии матки). Непролиферативная форма ФКБ чаще встречалась (75%) во 2-й группе, по сравнению с 1-й (17%). 9 пациенток из 21 с непролиферативной формой ФКБ входили в основную группу (сочетание лейомиомы матки и аденомиоза), а 12 — в группу сравнения (без патологии матки).

При ИГХ исследовании уровень экспрессии ядерного белка Ki-67 был значительно выше в 1-й группе в сравнении со 2-й (соответственно 3% в основной группе и 0,1% в группе сравнения). Уровень циклооксигеназы-2 (СОХ-2) был значительно выше в группе пациенток с сочетанием лейомиомы матки и аденомиоза (2 балла) по сравнению с пациентками без патологии матки (0,1 балл). У пациенток 1-й группы средний уровень эпидермального фактора роста (EGF) был значительно выше (4,4 балла) по сравнению со 2-й группой (0,6 балла). Рецепторы к EGF в основной группе составляли 2,5 балла, вместе с тем у пациенток из группы сравнения EGFR был достоверно ниже (0,4 балла). Средний уровень инсулиноподобного фактора роста (IGFII) практически не различался у обследованных пациенток, составляя соответственно 4,4 балла в основной и 4,5 балла в группе сравнения. Однако средний уровень рецепторов к IGFII у пациенток основной группы больных был значительно выше (1,8 балла) по сравнению с пациентками группы сравнения (0,1 балл). p53 выявлялся в очагах малигнизации в единичных эпителиальных клетках в виде коричневого окрашивания (соответственно 1% в 1-й группе и 0,1% во 2-й). Уровень эстрогеновых рецепторов в основной группе составлял в среднем 4%, в группе сравнения менее 0,1%; уровень прогестероновых

рецепторов в основной группе составлял 10%, в группе сравнения 0,1%.

У пациенток с сочетанием лейомиомы матки и аденомиоза при пролиферативной форме ФКБ были выявлены более выраженные клинические проявления заболевания, в первую очередь интенсивность болевого синдрома (масталгия). При УЗИ и ЦДК у пациенток с узловыми образованиями с выраженной пролиферацией (зона гиперплазии на фоне гипоехогенных участков железистой ткани) отмечалось локальное усиление сосудистого рисунка. В основной группе морфологические особенности в молочных железах характеризовались преобладанием пролиферативных форм ФКБ, вплоть до малигнизации. У пациенток ФКБ при сочетании с лейомиомой матки и аденомиозом выявлена более высокая пролиферативная активность клеток, повышенная экспрессия факторов роста, а также рецепторов к эстрогенам и прогестерону по сравнению с пациентками без патологии матки.

Выявление патологических процессов эндометрия является основанием для более тщательного диагностического поиска патологических процессов в молочных железах.

Пациенток с сочетанной патологией молочных желез и матки следует относить к группе повышенного риска по формированию онкопатологии органов репродуктивной системы.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И АППЕНДИКУЛЯРНО—ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В.,

Шаповаленко Т.В., Матвеева Н.К., Гладилина Л.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России,

ФГУ «Лечебно — реабилитационный центр» Росздрав

Известно, что аппендэктомия в любом возрасте у девочек опасна осложнениями. Одним из них является аппендикулярно-генитальный (А-Г синдром), т.е. одновременное воспалительное поражение аппендикса и придатков матки. Благоприятный прогноз при данном состоянии во многом зависит от своевременного и адекватного лечения.

Цель исследования: изучить возможности использования терапии бегущим магнитным полем (БМП) у девочек с ХВПМ и А-Г синдромом в анамнезе.

Материалы и методы исследования: обследованы 42 девочки 2-8 лет с ХВПМ вследствие А-Г синдрома через 1,5-12 месяцев после аппендэктомии. Все обследованные получали унифицированную противовоспалительную терапию. Из них сформировали 2 группы, идентичные по основным клиническим показателям. 34 пациенткам (I группа) провели терапию БМП (5-7 процедур), а остальным 8 пациенткам (II группа) — указанную электротерапию не прово-

дили. С целью объективизации полученного эффекта исследовали динамику клинического статуса пациенток и ряда параметров иммунной системы.

Результаты и их обсуждение. Для обследованных детей было характерно наличие рецидивирующих болей внизу живота, увеличение объёма правого яичника, размеров матки и её дэкстрапозиция. В исходной иммунограмме отмечен дисбаланс субпопуляций Т-лимфоцитов за счёт снижения Т-хелперных лимфоцитов, повышенного количества содержания Т-супрессорных клеток с достоверно низким иммунорегуляторным индексом, а также низким, по отношению к нормативному показателю IgG и высоким уровне IgA.

На 5 сутки лечения у всех пациенток I группы жалобы отсутствовали, тогда, как у 87,7% больных II группы ещё сохранялись «слабые», периодические возникающие боли внизу живота. Улучшение состояния внутренних половых органов отмечено у всех пациенток с БМП и у 12,5% пациенток без неё. У девочек I группы с БМП абсолютное и относительное содержания количества лимфоцитов не изменилось, а общее количество Т-лимфоцитов достоверно снизилось на 8,0% (до нормы). Содержание Т-хелперов не изменилось, а Т-супрессоров снизилось в 1,4 раза (до нормы). Эти изменения привели к достоверному повышению иммунорегуляторного индекса, который также достиг нормативной величины. Относительное и абсолютное количество В-лимфоцитов достоверных изменений не претерпело, но у пациенток с БМП оно соответствовало норме. Относительное содержание НК-клеток снизилось. Содержание IgM снизилось в 1,5 раза, а содержание IgG достоверно возросло до среднего показателя нормы. Уровень IgA остался высоким.

Изменения во II группе пациенток без физиотерапии по тем же показателям были менее значимы. Отмечено достоверное снижение содержания Т-супрессоров в 1,1 раза, что способствовало достоверному повышению иммунорегуляторного индекса, однако он не достиг нормативного значения. Снижение содержания НК-клеток не было существенным. Количество В-лимфоцитов снизилось на 10,1% и по-прежнему превышали нормативное значение. Показатели иммуноглобулинов указывали только на тенденцию к восстановлению гуморального звена иммунитета.

Итак, преимуществом применения БМП в лечении пациенток I группы с ХВПМ является его локальное воздействие на половые органы, что вызывает более быстрый и выраженный эффект в отношении динамики хронического воспалительного процесса и опосредованное положительное влияние на иммунную систему. Больным II группы только с медикаментозной терапией, требуется продолжение курса лечения.

Выводы. Таким образом, установлена клиническая эффективность терапии БМП в лечении девочек с ХВПМ, что даёт основание полагать о перспективности предложенного метода лечения.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОЛЛЬ-ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГОФОРИТОМ

Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В.,
Маланова Т.Б., Шаповаленко Т.В., Гладиллина Л.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Минздравсоцразвития России

ФГУ «Лечебно — реабилитационный центр» Росздрава

Хронические заболевания репродуктивной системы выявляются у 75% девочек, достигших совершеннолетия, где хроническое воспаление придатков матки (ХВПМ) является одной из основных составляющих.

Цель: оценка адекватности выбора и эффективности лечебного физического фактора электромагнитной природы у девочек с ХВПМ с помощью Фолль-диагностики.

Материалы и методы: обследованы 55 девочек 12-17 лет с ХВПМ. Диагноз верифицирован интраоперационно, при УЗИ и МРТ органов малого таза. Из них ультратонтерапию получили 31 пациентка, где показаниями явилось наличие спаечно-инфильтративных изменений в придатках матки с признаками пастозности и умеренный болевой симптом, а остальные — с выраженными спаечными изменениями в очаге поражения и выраженным болевым симптомом электроимпульсную терапию. Каждая 2-я девочка имела болезненные менструации и нарушение их ритма. Клиническую эффективность до и после лечения оценивали по клиническим критериям общего состояния, результатам бимануального исследования и Фолль-диагностики, которую проводили с задачей целенаправленного исследования функционального состояния половых органов.

Результаты и их обсуждение. По окончании лечения болеутоление отмечено у всех обследуемых и отсутствие болезненных менструаций, а восстановление их ритма отмечено у 22(78,6%). При бимануальном исследовании отмечено отсутствие инфильтративных изменений и размягчение спаечных структур в области придатков матки.

Фолль-диагностика подтвердила полученный положительный эффект от физиотерапии. Так, показатели измерения электропроводности в биологически активной зоне (БАЗ) «рука-рука» изменились с $88,01 \pm 0,36$ у.ед. до $84,01 \pm 0,09$ у.ед. у пациенток с исходной симпатикотонией в сердечно-сосудистой системе и с $78,21 \pm 0,23$ у.ед. до $81,99 \pm 0,07$ у.ед. — у пациенток с исходной ваготонией, что в обоих случаях соответствовало типу неспецифической реактивности «нормэргия», а тонус ВНС определяется как «эйтония». Эта величина у пациенток с исходной эйтонией не менялась. Отмечены позитивные изменения показателей в контрольных точках измерения точек (КТИ) мочеполювой системы, точках измерения V64 (фаллопиева труба, яичник) и V65 (матка, влагалище, широкая связка матки), что сви-

детельствовало о процессах нормализации в зонах. Так, у большинства больных в точке V65 показатели были в пределах $53,50 \pm 0,06$ — $66,41 \pm 0,10$ у.ед., что соответствовало зоне физиологического напряжения или предпатологического нарушения функции органа или системы. После лечения показатель снизился и не выходил за пределы $49,01 \pm 0,21$ у.ед. — $51,68 \pm 0,06$ у.ед. что соответствовало зоне «идеальной» нормы. При измерении электропроводности в точке V64 изначально сниженный показатель находился в пределах $43,33 \pm 0,09$ у.ед. — $47,04 \pm 0,04$ у.ед., т.е. соответствовал зоне начальной стадии дистрофического процесса и дисметаболических нарушений, вырос до $48,97 \pm 0,06$ у.ед. — $50,44 \pm 0,01$ у.ед. и стал входить в зону «идеальной» нормы. Отсутствие асимметрии показателей при измерении на обеих конечностях после лечения говорило в пользу нормализации регуляторных функций.

Выводы. Таким образом, ХВПМ у юных пациенток сопровождается изменениями электропотенциалов в биологически активных точках. Использование восстановительной физиотерапии в лечении девочек с указанной патологией является клинически эффективной и адекватно подобранной, что подтверждается Фолль-диагностикой. Выбор и назначение действенного лечебного физического фактора был обусловлен системным подходом, выявляющим «патологические» звенья функциональной системы, которые реагируют на его действие в виде усиления или компенсации, с тем, чтобы заболевание не прогрессировало.

СТРУКТУРА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ И ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Исламиди Д.К., Росюк Е.А.

Россия, г. Екатеринбург, МУ «Клинико-диагностический центр»

Репродуктивное здоровье населения является предметом пристального внимания исследователей и общественности в связи ухудшающейся демографической ситуацией в нашей стране. Увеличилась заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП) и число репродуктивных потерь (из 10 беременностей 6 заканчивается прерыванием: 4 искусственных и 2 самопроизвольных аборта). Частота предменструального синдрома (ПМС), по данным некоторых авторов, достигает 90 %.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось определение структуры репродуктивных потерь и оценка биоценоза влагалища у женщин с предменструальным синдромом.

В ходе исследования пациентки (от 18 до 38 лет) были разделены на две группы: I группа (n = 60) составили женщины с предменструальным синдромом, из них пациентки с преобладанием отёчной формы ПМС — 23, женщины с преобладанием психовегетативной формы ПМС — 35; цефалгической формой ПМС — 2; II группа (n = 33) женщины,

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОПАТОГЕНЕЗА ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИИ

Ищенко А.И.¹, Александров Л.С.², Горбенко О.Ю.¹,
Чушков Ю.В.², Будникова К.А.², Истомина В.Э.³,
Чистяков И.Н.³

ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава».¹
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, кафе-
дра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета.²
Институт медико-биологических проблем РАН, лаборатория
миологии.³

у которые не было отмечено синдрома предменструального напряжения. Набор групп проводился методом случайной выборки, по мере обращения. Пациентки были сопоставимы по возрасту, социальному статусу, индексу массы тела.

Диагностика ИППП осуществлялась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), количественное определение *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* с определением чувствительности к антибиотикам по показаниям — культуральным методом с использованием тест-систем «MYCOPLASMA IST 2» фирмы «BIOMERIEUX» (Франция).

Всем пациенткам проводилось бактериологическое исследование отделяемого влагалища с определением чувствительности к антибиотикам. Исследование проводилось на базе МУ «Клинико-диагностический центр» г. Екатеринбурга.

Средний возраст пациенток с ПМС составил $27,2 \pm 3,3$ лет, в контрольной группе — $26,2 \pm 5,6$ лет. У 26,6 % женщин с ПМС беременность закончилась родами, в контрольной группе процент родов составил 18,1 %. Структура репродуктивных потерь в I и во II группах: число искусственных абортов — 21,6 % и 24,2 % соответственно; трубная беременность — 1,6 % и 2,1 % соответственно; неразвивающаяся беременность — 1,6 % и 3 % соответственно; самопроизвольные выкидыши — 6,2 % и 15,5 % соответственно.

Статистически значимых различий между показателями мазков на флору, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, частоты встречаемости дрожжевого вульвовагинита и бактериального вагиноза в основной и контрольной группах выявлено не было. *Chlamydia trachomatis* в контрольной группе не встречалось вообще, а в основной частота обнаружения составила 3,6%.

При изучении флоры цервикального канала было выявлено, что нормальная флора в цервикальном канале встречается достоверно чаще в основной группе, чем в контрольной (96,3% и 78,5% соответственно).

В результате проведенного исследования нами сделан вывод о том, что структура репродуктивных потерь и инфекционный статус у женщин с предменструальным сопоставим со среднестатистическими показателями, а частота выявления условно-патогенной флоры у женщин с ПМС (по данным бактериологического исследования) достоверно ниже, чем у женщин без синдрома предменструального напряжения.

Актуальность проблемы пролапса гениталий обусловлена распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов. Данная патология достигает по данным различных авторов 28—38,9% среди всех гинекологических заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. Патогенез тазового пролапса в настоящее время окончательно не изучен, но полиэтиологичность этого заболевания не вызывает сомнений. Очень высокий процент послеоперационных рецидивов — 33,3—40% требует поиска новых подходов к решению данной проблемы, основных на более глубоком понимании патогенетических аспектов этого заболевания, что имеет огромное значение для формирования терапевтических, неврологических и хирургических методов лечения

Целью данного исследования было выявление морфологических изменений *m. levator ani* у пациенток с генитальным пролапсом, а также содержания нервной ткани в слизистой оболочке влагалища. Были проведены гистологические и иммуногистохимические исследования образцов биопсии лобково-прямокишечной мышцы у пациенток с пролапсом тазовых органов. Биоптаты тканей для исследования были получены от 25 пациенток, поступивших на оперативное лечение в клинику акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова. Были изучены образцы ткани *m. levator ani* от 19 пациенток. Основную группу составили 17 больных в возрасте от 47 до 69 лет, показанием к оперативному лечению у которых была несостоятельность мышц тазового дна, сопровождающаяся генитальным пролапсом. Контрольную группу составили 2 пациентки в возрасте 43 и 41 года, оперированных по поводу распространенных форм эндометриоза. Биоптаты *m. levator ani* были получены при проведении плановых оперативных вмешательств, причем у всех пациенток контрольной и основной групп в качестве материала для исследования использовали участок лобково-прямокишечной мышцы. В качестве маркеров содержания нервной ткани в слизистой оболочке влагалища мы использовали определение синаптофизина и кальретинина иммуногистохимическим методом. Образцы слизистой оболочки передней и задней стенки влагалища были получены также интраоперационно от 18 пациенток. В основной группе, которую составили 12 пациенток с пролапсом гениталий, образцы тканей были взяты во время плановых оперативных вмешательств по поводу основного заболевания, в

контрольной группе — 6 больных, при выполнении операций экстирпации матки по поводу миомы матки Доля положительных результатов биопсии поперечно-полосатой мышцы составила 70,6%, при 100% в контрольной группе. Было отмечено, что у пациенток с генитальным пролапсом изменяется пропорциональное соотношение мышечных волокон, содержащих медленные и быстрые изоформы миозина (соответственно ТЦМ I и ТЦМ II), а также соотношение коллагена I и III типов. При изучении содержания маркеров нервной ткани в слизистой оболочке влагалища было выявлено их снижение в слизистой передней стенки влагалища у больных с тазовым пролапсом, что может свидетельствовать о наличии нейрогенной составляющей в патогенезе данного заболевания.

Гистоморфологическое изучение мышечного компонента тазового дна, как в норме, так и при наличии симптомов его дисфункции играет важную роль для совершенствования прежних и разработки новых терапевтических, неврологических и хирургических методов лечения.

ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Калинкина О.Б., Мельников В.А.

Самарский государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1, г. Самара, Россия.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью расширения видов негормональных методов терапии нарушений менструальной функции и ожирения пациенток с метаболическим синдромом.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности препарата «Дисменорм» в сочетании с коррекцией массы тела для регуляции менструальной функции у пациенток с метаболическим синдромом.

В исследование вошли 28 пациенток с метаболическим синдромом и ожирением в возрасте от 18 до 30 лет с ИМТ более 27 кг/м², а также нарушением менструальной функции по типу опсоменореи. Пациенткам было проведено комплексное клиничко- лабораторное исследование, подтвердившее диагноз метаболического синдрома. В исследование не включались пациентки, имеющие сахарный диабет, неконтролируемую артериальную гипертензию, булимию, психические и тяжелые соматические заболевания. Продолжительность исследования составила 12 недель. Лечение было направлено на коррекцию нарушений менструальной функции и массы тела. Коррекцию нарушений менструальной функции проводили препаратом «Дисменорм», являющимся комплексным препаратом природного происхождения. Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 месяцев. Терапию ожирения проводили препаратом Меридиа в дозе 10 мг, принимаемой однократно утром в течение 3 месяцев.

После начала лечения менструаций возобновились у всех пациенток уже через 14-18 дней, причем в дальнейшем отмечалась нормализация не только ритма но также продолжительности и интенсивности менструальных кровотечений. На фоне терапии у всех больных отмечалась положительная динамика показателей антропометрии (массы тела, ИМТ (индекса массы тела), ОТ (объема талии), ОТ/ ОБ (объема бедер). Уменьшение массы тела, наблюдаемое спустя одну неделю от начала лечения, продолжалось в течение всего периода наблюдения. Через 12 недель терапии у всех больных наблюдали снижение массы тела, индивидуальные показатели которого колебались от 2,6 до 15 кг. Среднее снижение массы тела за период лечения составило 13% от исходной величины. У большинства больных снижение массы тела достигло клинически значимых величин. К концу исследования 50% пациенток достигли снижения массы тела более 5% от исходной величины. Масса тела у 40% пациенток снизилась на 10% и более от исходной, и только у 10% - менее 5%. Также за период наблюдения ОТ уменьшилась не менее чем на 4 см у 80% больных, у 20% - на 10 см и более по сравнению с исходным показателем (медиана -6 см). Также отмечено уменьшение ОБ.

Таким образом проведенное нами исследование показало эффективность использования препарата «Дисменорм» в сочетании с коррекцией массы тела с целью лечения нарушений менструальной функции пациенток с метаболическим синдромом.

ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Карахалис Л.Ю.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии КГМУ, г. Краснодар

Весьма распространенным на сегодняшний день является многообразие клинических проявлений с нарушениями менструальной, половой, и детородной функций, с вовлечением в этот процесс различных механизмов, поражающими, в основном, женщин репродуктивного возраста.

Нам представилось интересным изучить влияние уровня некоторых гормональных и иммунологических показателей на лептин у женщин с различной массой тела и нарушением менструально-вариальной функции (МОФ) на фоне гиперандрогенных состояний.

Обследовано более 2000 женщин, выделена группа из 374 пациенток, которые были разделены по возрасту: до 18 лет, 19-35 лет, 36-45 лет и 46 лет и старше. В группах выделены четыре подгруппы: контрольная с нормальным весом и нормальной МОФ; с нормальным весом и нарушенной МОФ; с повышенным весом и нормальной МОФ и с повы-

шенным весом и нарушенной МОФ. Проведено общеклиническое обследование и определение уровня гормонов, биохимических и иммунологических показателей.

До 78,8% пациенток, обратившихся с жалобами на нарушение МОФ, предъявляли жалобы на те или иные признаки перенесенной гипоксии, у практически половины обследованных отмечено наличие 2-х и более простудных заболеваний в течение года до начала менструаций, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе у 20% обследованных.

В первой группе (контрольной), показатели гормонального фона не выходили за пределы средних нормальных показателей. Во 2-ой группе показатели ТТГ в сравнении с группой контроля достоверно различны, как и в группе 3 и 4. Повышение пролактина, отмеченное в 3 и 4 группе при повышении массы тела обусловлено связью с гиперандрогенией. Нами выявлено повышение уровня тестостерона и 17-ОП в 3 и 4 группах, что коррелирует с увеличением в этих же группах пролактина.

Повышение выработки лептина ассоциируется с низкой массой тела, а его дефицит — с высокой, половые различия в концентрации лептина свидетельствуют о возможной роли половых стероидов в его продукции. Нами проведена оценка содержания в крови лептина и цитокинов — противовоспалительного (интерлейкин-4) и провоспалительного (интерлейкин-1 β) у женщин различного возраста с нарушениями МОФ и различной массой тела. Исследованиями показало, что в 1-ой группе содержание лептина в сыворотке крови с возрастом практически не изменяется, находясь в диапазоне от 21,72 \pm 2,42 (19-35 лет) до 35,66 \pm 9,53 (36-45 лет). Во 2-ой группе отмечаются достоверные возрастные изменения, заключающиеся в исходно низком уровне сывороточного лептина в группе «до 18 лет», «35-45 лет» и «46 лет и старше» относительно соответствующего возрастного контроля. При этом по сравнению с обследуемыми до 18 лет, в возрастной подгруппе женщин с нарушением МОФ «19-35 лет» имеет место почти четырехкратное увеличение содержания лептина до уровня такового у практически здоровых женщин того же возраста. В дальнейшем наблюдается снижение величины данного показателя, максимально — у женщин старше 46 лет с сохранением достоверных различий с данными младшей возрастной группы. Во всех возрастных подгруппах установлено его значительное возрастание, наиболее выраженное (в 3,7 раза) в младшей возрастной подгруппе. Избыточный вес обследуемых с нарушениями МОФ сопровождается снижением содержания сывороточного лептина у пациенток до 18 лет относительно такового при повышении массы тела, а по отношению к возрастному контролю отмечается лишь тенденция к увеличению данного показателя. С возрастом (от 19 до 45 лет и старше) уровень лептина в сыворотке достоверно увеличивается и соответствует таковому при избыточном весе. Таким образом, у женщин с нормальным весом и нарушениями МОФ содержание лептина достоверно снижается, особенно, в

младшей возрастной подгруппе, а при избыточном весе, как и при его наличии у пациентов с нарушениями МОФ — возрастает, однако в меньшей степени — в возрасте до 18 лет. Выявлена прямая зависимость между уровнем лептина и лютеинизирующего гормона (ЛГ)-предиктора выработки андрогенов. Между уровнем инсулина и лептина, также выявлена прямая корреляционная связь.

Таким образом, при повышении массы тела повышается лептин, что коррелирует с повышением уровня ЛГ и андрогенов, а также инсулина и изменением уровня пролактина в группе контроля и во 2-ой группе, между уровнем лептина и пролактина выявлена прямая корреляционная связь во всех возрастных группах. В 3-ей группе «до 18 лет» и «19-35 лет» повышение лептина коррелирует с повышением пролактина, а в этой же группе, но в возрасте «36-45 лет» и «46 лет и старше» выявлена обратная зависимость: при повышении лептина отмечено снижение пролактина. В 4-ой группе во всех четырех возрастных группах отмечена обратная зависимость между уровнем пролактина и лептина. Таким образом, патогенез, как повышения массы тела, так и нарушения МОФ установить чрезвычайно сложно. Определенную роль играет уровень пролактина, его изменение у старших по отношению к лептину. При определенных условиях весьма вероятно, что это может рассматриваться как защитные механизмы на фоне ускорения миграции ооцитов и возрастных изменений гормонального фона.

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Карданова М.Х., Логвина Л.Л.

Россия, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет им Х.М. Бербекова, кафедра детских болезней, акушерства и гинекологии

В последние годы прослеживается явная тенденция роста доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируются у каждой четвертой женщины в возрасте до 30 лет. В настоящее время 75-80% женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желез объединяемые общим термином — фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). Многие формы ФКБ и рака молочных желез являются гормонально-зависимыми заболеваниями и развиваются под влиянием множества факторов. Молочная железа, являясь органом репродуктивной системы и на протяжении всей жизни женщины, испытывает непрерывное гормональное воздействие. Доброкачественные заболевания молочных желез у гинекологических больных выявляются в 76-80% случаев, особенно с миомой матки, эндометриозом, гиперпластическими процессами эндометрия и т.д.

На современном этапе оперативному вмешательству с такими заболеваниями подвергаются от 50 до 70% больных, причем, на долю гистерэктомии (тотальной и субтотальной) приходится от 80-92%. Радикальные операции на матке приводят к возникновению психоэмоциональных расстройств, появлению нейроэндокринных осложнений. С целью коррекции подобных нарушений доказана эффективность заместительной гормонотерапии (ЗГТ). При этом достаточно подробно изучены системные изменения в организме женщины. Тем не менее, изучению состояния молочных желез у женщин репродуктивного возраста, перенесших ГЭ, не придавалось должного значения. В связи с этим актуальным является изучение изменений в репродуктивной системе и методов их коррекции у пациенток с наличием ФКБ молочных желез до и после гистерэктомии. Цель исследования: оценить изменения в состоянии органов репродуктивной системы и методы их коррекции у пациенток с наличием ФКБ молочных желез до и после гистерэктомии.

Для решения поставленных задач было проведено динамическое обследование и лечение 170 пациенток в возрасте от 31 до 45 лет с миомой матки, из которых 100 женщин, перенесших ГЭ, составили 1-ю группу, а 70- 2-ю группу, в которую вошли пациентки миомой матки небольших размеров. В исследуемых группах изучали данные анамнеза, длительность и характер течения патологии репродуктивной системы, клинико-лабораторное. Всем пациенткам проведено УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез. Исследование гормонов сыворотки крови: проводили перед операцией, в раннем послеоперационном периоде, через 3,6,12 месяцев и через 3 и 5 лет. Цитологическое исследование из экзо- и эндоцервикса, определяли опухолевые маркеры —СА-125 и МСА. По показаниям производили пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию кист молочных желез. Маммографию проводили перед назначением ЗГТ, через 1,3 и 5 лет. В послеоперационном периоде нами было изучена эффективность различных методов коррекции и лечения ФКБ и постгистерэктомического синдрома (ПГС) у 45 пациенток 1-й группы. При этом в зависимости от применяемого метода лечения, пациентки 1-й группы были поделены на подгруппы: 1а под- группа-16 пациенток, получавших ЗГТ (6 человека ливиал, 4-эстрофем и 6-гинодиан-депо); 1б подгруппа-14 женщин, которым проведена низкочастотная магнитотерапия(НМТ) с использованием антиэстрогеновой мази(тамоксифен) для коррекции патологических изменений в молочных железах; 1в подгруппа-15 пациенток, которым проведено комбинированная терапия(в 3-х случаях эстрофем+НМТ; в 6-гинодиан-депо+ НМТ; в 6-ливиал+НМТ); 1г подгруппа-55пациенток, которым не проводилась терапия. Динамическое наблюдение за пациентками 1 группы показало благоприятное влияние препаратов на проявления ПГС (100%): постепенное улучшение психоэмоционального состояния и исчезновение нейровегетативных симптомов. Анализируя полученные ре-

зультаты, нами установлены клинико-лабораторные параллели между динамикой функциональной активности яичников, уровнем секреции стероидных и гонадотропных гормонов и состоянием молочных желез у женщин, перенесших ГЭ, которые изменялись в различные временные периоды. Наиболее критический период для органов репродуктивной системы формировался через 3 месяца после ГЭ. Через 6-12 месяцев после ГЭ, развивалась своеобразная компенсаторная реакция. В отдаленные периоды(через 3и5 лет после ГЭ)за счет стойкой гипоэстрогении у пациенток постепенно формировалось состояние хирургической менопаузы, которое нередко сопровождалось различными проявлениями ПГС. В структуре молочных желез превалировала жировая трансформация, характерная для возрастных инволюционных процессов.

Выводы: 1. В течении 1 года после ГЭ динамика изменений в органах репродуктивной системы имела «волнообразное» течение: через 3 месяца резкое угнетение функциональной активности яичников, снижение уровня эстрадиола и прогестерона, повышенная секреция гонадотропных гормонов, появление жалоб на боли и чувство напряжения в молочных железах, симптомов мастодинии; через 6 и 12 месяцев- спонтанное восстановление функциональной активности яичников, постепенное повышение уровня эстрадиола и прогестерона, снижение ЛГ и ФСГ, уменьшение жалоб на боли и чувство напряжения в молочных железах, преходящий характер симптомов мастодинии, положительная динамика ФКБ при маммографическом, УЗ и морфологическом исследованиях. 2.В отдаленные временные периоды (3-5лет) после ГЭ у пациенток 1группы отмечалось: постепенное снижение функции яичников, возрастание количества ановуляторных циклов и НЛФ, постепенное уменьшение объема яичников и количества фолликулов, снижение процесса стероидогенеза, стойкое повышение гонадотропных гормонов, различные возрастные изменений в молочных железах (жировая трансформация железистого и фиброзного компонентов).3.Комбинированный метод лечения (ЗГТ+НМТ) с местным использованием антиэстрогеновой мази(тамоксифен) является оптимальным для пациенток, перенесших ГЭ, как в ближайшие, так и в отдаленные периоды времени. Предложенный метод лечения способствует коррекции ПГС и одновременному снижению онкологического риска со стороны молочных желез.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Карманов О.Г., Горин В.С., Сагинор М.Е.
Россия, г.Новосибирск, Медицинский университет

Пролапс гениталий (ПГ) — распространенная патология, составляющая по данным отечественных авторов от 1,7 до 38,9%, среди гинекологиче-

ских заболеваний составляет 28-38,9% и около 15% от так «называемых» больших гинекологических операций. В структуре плановых показаний к оперативному лечению выпадение матки и влагалища занимает третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза. Особую актуальность проблема ПГ приобретает ввиду тенденции к «омоложению» этой патологии, сопровождаемой тяжелыми функциональными изменениями соседних органов: у 85,5% больных с ПГ развиваются функциональные расстройства смежных органов — недержание мочи у 70,1% пациенток, нарушение дефекации — у 36,5%, диспареуния — у 53,3% больных. Клинические проявления ПГ и дисфункции тазовых органов приносят женщинам физические и моральные страдания, снижение качества жизни. Устранение ПГ с восстановлением функций тазовых органов и надежной профилактикой рецидивов заболевания — это не полностью решенная в настоящее время задача.

Основным методом лечения ПГ является хирургический. В настоящее время известно до 500 видов операций по устранению ПГ, ввиду того что полученные результаты не всегда устраивают пациенток и врачей из-за рецидивов ПГ и дисфункций мочевого пузыря, прямой кишки и сексуальной жизни, интра- и послеоперационных осложнений.

В связи с высокой частотой рецидивов заболевания после оперативного лечения ПГ, высок интерес к применению имплантированных материалов для восстановления фасциальных дефектов тазового дна. В реконструктивной тазовой хирургии предложены методы лечения с использованием нерассасывающихся синтетических материалов (полипропилен и др.) для более надежного восстановления тканевых дефектов.

Цель исследования — оценка эффективности применения синтетических имплантатов (Mesh) в эндовидеохирургической реконструкции генитального пролапса у гинекологических больных.

Прооперировано 83 пациентки с генитальным пролапсом (POP) II—IV стадии в возрасте от 37 до 69 лет. В зависимости от метода оперативного вмешательства пациентки были разделены на две группы. Больным первой группы (n=52) с цистоцеле смещения выполнены лапароскопическая Mesh промонтофиксация с паравагинальной реконструкцией, больным второй группы (n= 31) с цистоцеле растяжения произведена лапароскопическая версия Mesh кольпогистеропексии по Капанджи. Во всех случаях больным дополнительно выполнена облитерация прямокишечно-маточного пространства при сопутствующем энтероцеле по МакКоллу или Халбану. В качестве имплантата использовалась макропористая полипропиленовая монофиламентная сетка 15 * 3 см фирмы Ethicon, которая фиксировалась к пубо-цервикальной и или ректовагинальной фасциям.

При выполнении лапароскопических вмешательств отмечено одно интраоперационное ранение мочевого пузыря, повреждение стенки мочевого пузыря восстановлено лапароскопически.

Продолжительность операций определялась анатомическими дефектами тазового дна и составляла от 70 до 185 минут при Mesh —промонтофиксации. При лапароскопической версии операции Капанджи длительность вмешательства сокращалась на 10-15 минут, так как противоположные края сетки свободно располагались в тканях, и не требовали дополнительной фиксации. Ранний послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, пациентки выписаны на 5-8 сутки в зависимости от объема операции.

Отдаленные анатомо-функциональные результаты хирургического лечения ПГ оценены в срок от 6 месяцев до 3 лет с применением субъективных и объективных критериев исследования. Лапароскопическая Mesh — промонтофиксация позволяет надежно зафиксировать матку и среднюю треть влагалища, вместе с тем у 4 (7,7 %) больных не удалось устранить диастаз m.levator ani и ректоцеле, что связано с техническими трудностями сближения m. levator ani и возможным смещением сетки. Вторым этапом выполнена задняя кольпоперинеолеваторопластика. В одном случае у больной развился болевой синдром в пояснично-крестцовой области, что потребовало стационарного лечения в неврологическом отделении, с положительным эффектом. У 3 (9,6 %) больных второй группы через 1,5 — 2 месяца после операции диагностировано смешанное недержание мочи. Медикаментозная терапия спазмексом с последующим выполнением slingовой операции (IVS) позволило корригировать выявленные осложнения.

Отсутствие эрозии влагалища, реакции отторжения имплантата, инфицирования и болевого синдрома у оперированных нами больных доказывают обоснованность применения макропористой монофиламентной полипропиленовой сетки в хирургическом лечении генитального пролапса. Кроме того, использовались технические приемы которые на наш взгляд, позволили избежать специфических для Mesh осложнений, а именно, при фиксации сетки не прошивалась слизистая влагалища, верхняя граница фиксации сетки располагалась на расстоянии не менее 1,5 см от линии ушивания культи влагалища при гистерэктомии и фиксация сетки проводилась в ненапрянутом состоянии, что исключало вероятность несостоятельности швов и позволяло влагалищной трубке располагаться над m. levator ani.

Таким образом, реконструкция генитального пролапса с применением полипропиленовой макропористой монофиламентной сетки является эффективной хирургической методикой позволяющей в 92,3 % восстановить анатомические дефекты тазового дна.

НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кахиани Е.И., Святлов Д.И., Бардаков С.Н.,

Попов А.В., Жилин А.А., Ковалев С.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия» МО РФ

Продолжающийся рост заболеваемости гипертонической болезни (ГБ) не представляется возможным связать с действием только традиционных факторов риска. Одним из предполагаемых «кандидатов» на роль нетрадиционного фактора риска развития ГБ является гистерэктомию, ведущая к гормональному дисбалансу и формированию начальных звеньев патогенеза заболевания. В этой связи решение задачи реабилитации женщин, перенесших гистерэктомию, является одной из важных проблем предупреждения развития гипертонической болезни.

Для идентификации звеньев патогенеза нарушений регуляции, состояния и реактивности кровообращения обследовали 85 женщин в начальном периоде реабилитации после гистерэктомии, 50 женщин, больных ГБ (группа сравнения) и 50 практически здоровых женщин (контрольная группа).

При исследовании состояния вегетативной регуляции использовали оценку показателей вариабельности ритма сердца (ВРС). Состояние системного кровообращения определяли методом компьютерной биполярной интегральной реографии тела. Значения среднего артериального давления (САД) рассчитывали на основании величин систолического (СД) и диастолического (ДД) артериального давления, а удельного общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) — с использованием значений САД, СИ и площади тела. Реактивность системного кровообращения оценивали по изменениям показателей кровообращения при выполнении пробы с задержкой дыхания на 20 с после глубокого нефорсированного вдоха.

Дисперсионный анализ показал достоверное снижение значений временных показателей ВРС (SDNN, RMSSD, pNN50), а также общей мощности спектра частот КРГ (Total power) и его высокочастотной составляющей (HF) в группе перенесших гистерэктомию, по сравнению с величинами показателей в группе пациенток с ГБ ($p < 0,03$). У гинекологических больных и пациенток с ГБ обнаружена тенденция к достоверному росту значений отношения низкочастотной (LF) и высокочастотной составляющей ($p < 0,04$) по сравнению с практически здоровыми женщинами.

При дисперсионном анализе показателей гемодинамики выявлено, что группу женщин, перенесших гистерэктомию, отличали достоверно более высокие величины ЧСС, а также снижение УИ ($p < 0,0006$). Достоверных различий между значениями СИ во всех группах обследованных женщин не обнаружено ($p = 0,36$). Наибольшие величины ОПСС, достоверно отличавшиеся от уровня показателя в других группах, отмечены у больных ГБ ($p < 0,00007$). Обнаружено достоверное преобладание значения ОПСС у гинекологических больных над величиной

показателя у женщин без явной патологии ($p < 0,002$). Максимальные величины артериального давления, достоверно отличные от показателей в других группах, наблюдались у пациенток с ГБ ($p < 0,05$). У женщин, перенесших гистерэктомию, величины этих показателей были достоверно большими по сравнению с практически здоровыми женщинами ($p < 0,000...$), а значения СД и ДД находились в пределах диапазона высоких нормальных величин.

При изучении реактивности системного кровообращения на действие стимулов пробы с задержкой дыхания обнаружено, что реакция практически здоровых женщин проявлялась достоверным снижением ЧСС, ростом УИ и СИ ($p = 0,008$) и возвращением величин ЧСС и СИ к исходному уровню после прекращения апноэ ($p > 0,1$). Значения ОПСС и САД в этой группе оставались на уровне исходных. У пациенток с ГБ выявлено отсутствие изменений ЧСС в ходе выполнения функциональной пробы ($p = 0,59$) и персистирующий рост показателей УИ и СИ после апноэ ($p < 0,05$). Значения ОПСС и САД в этой группе достоверно снижались ($p < 0,05$). У гинекологических больных выявлено персистирование снижения ЧСС и роста УИ и СИ после прекращения апноэ ($p < 0,05$), а также снижение в результате задержки дыхания величины ОПСС ($p = 0,029$) и поддержание САД на относительно постоянном уровне.

Совокупность приведенных данных позволяет считать, что фенотип кровообращения пациенток, перенесших гистерэктомию, характеризуется:

- снижением в условиях покоя значений вариабельности ритма сердца с относительной активацией симпатических влияний;
- ростом значений ЧСС при снижении величин УИ в диапазоне нормальных величин, то есть сохранением физиологической отрицательной связи частоты сердечных сокращений и ударного индекса, а также ростом периферического сопротивления сосудов;
- ростом показателей артериального давления в пределах диапазона высоких нормальных значений;
- персистирующими снижением ЧСС и ростом УИ и СИ, а также снижением периферического сопротивления сосудов в ответ на действие стимулов пробы с задержкой дыхания.

Перечисленные расстройства регуляции, состояния и реактивности кровообращения у женщин, перенесших гистерэктомию, характерны для доклинической стадии гипертонической болезни.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ

Керималы Кызы Майрам

Кыргызская Республика, г. Бишкек, Национальный хирургический центр

В литературе описаны гуморальные факторы роста миоцитов матки — инсулиноподобный фактор роста, эпидермальный фактор роста, тромбоцитарный фактор роста, фактор роста фибробластов и др., что свидетельствуют о многофакторности генеза ми-

омы матки и объясняет частое её распространение с повышением возраста. Целью нашего исследования явилось выделение методом уксуснокислой экстракции гуморальных факторов из миоматозной ткани женщин, больных миомой матки и изучение 15-дневного внутримышечного введения этих пептидов на содержание половых гормонов в крови самок кроликов на 35 день опыта. Из миоматозной ткани после миомэктомии у 57 женщин, больных миомой матки, методом уксуснокислой экстракции выделены 2 гуморальных фактора, которые мы вводили внутримышечно самкам кроликов. Определяли у кроликов иммуноферментными методами содержание в крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), прогестерона, пролактина, тестостерона, эстрадиола. Эксперименты проведены в весенний период 2010 г. на 25 беспородных кроликах самках массой от 3 до 5 кг. Определение женских половых гормонов у экспериментальных самок кроликов проводили до опытов (фон), на 15 внутримышечного введения пептидных фракций и на 35 день наблюдений. Пептидные фракции в наших опытах животным вводились внутримышечно в дозе 1 мг/кг массы тела. Перед введением пептидных фракций разводились в стерильном физиологическом растворе. Препараты вводились 1 раз в сутки в течение 15 дней. В качестве контроля (препарата сравнения) 5 кроликам в таком же объёме вводился стерильный 0,9% раствор хлорида натрия в те же сроки. Полученный материал обработан методами вариационной статистики по Стьюденту для связанных и не связанных наблюдений и вычислен показатель достоверности различий (P). 15-дневное внутримышечное введение фракции 1 увеличивало содержание в крови с $0,5 \pm 0,07$ МЕ/л до $0,7 \pm 0,01$ МЕ/л ($P < 0,05$) ЛГ. Уровень прогестерона в крови на этот срок опыта был с $0,62 \pm 0,08$ нмоль/л увеличен до $15,2 \pm 0,1$ нмоль/л ($P < 0,001$). Гуморальная фракция 1 на 15 день внутримышечного введения уменьшалась с $158,0 \pm 0,05$ мМЕ/л до $106,4 \pm 0,1$ мМЕ/л ($P < 0,05$) уровень пролактина. Концентрация тестостерона в крови на этот срок наблюдений была увеличена с $2,1 \pm 0,03$ нмоль/л до $2,9 \pm 0,1$ нмоль/л ($P < 0,05$). Одновременно содержание в крови ФСГ и эстрадиола было соответственно уменьшено с $0,7 \pm 0,03$ МЕ/л до $0,4 \pm 0,01$ МЕ/л ($P < 0,05$) и с $90,0 \pm 0,1$ Пг/мл до $18,5 \pm 0,07$ Пг/мл ($P < 0,001$). После 15-дневного внутримышечного введения фракции 2 содержание в крови ЛГ было, наоборот, с $0,5 \pm 0,07$ МЕ/л увеличено до $1,3 \pm 0,01$ МЕ/л ($P < 0,05$). Одновременно эта фракция уменьшала в крови содержание тестостерона с $2,9 \pm 0,01$ нмоль/л (фракция 1) до $1,3 \pm 0,05$ нмоль/л ($P < 0,001$). Также при сравнении с контролем уровень тестостерона в крови с $2,1 \pm 0,03$ нмоль/л уменьшался до $1,3 \pm 0,05$ нмоль/л ($P < 0,001$). Уровень прогестерона в крови у этих животных с $0,62 \pm 0,08$ нмоль/л увеличивался до $5,4 \pm 0,01$ нмоль/л ($P < 0,001$), хотя при сравнении с влиянием фракции 1 на этот же срок опыта содержание этого гормона с $15,2 \pm 0,1$ нмоль/л уменьшалось до $5,4 \pm 0,01$ нмоль/л ($P < 0,001$). Концентрация в крови пролактина на 15 день внутримышечного введения фракции 2 была

с $158,0 \pm 0,05$ мМЕ/л уменьшена до $92,2 \pm 0,03$ мМЕ/л ($P < 0,001$) и была также снижена при сравнении с введением первой фракции с $106,4 \pm 0,1$ мМЕ/л до $92,2 \pm 0,03$ мМЕ/л ($P < 0,05$). Уровень ФСГ в крови под влиянием фракции 2 с $0,7 \pm 0,03$ МЕ/л увеличивался до $2,9 \pm 0,05$ МЕ/л ($P < 0,05$) и увеличивался при сравнении с первой фракцией с $0,4 \pm 0,1$ МЕ/л до $2,9 \pm 0,05$ МЕ/л ($P < 0,05$). Содержание в крови эстрадиола было с $90,0 \pm 0,1$ Пг/мл уменьшено до $14,2 \pm 0,08$ Пг/мл ($P < 0,001$) и уменьшалось на 76,7% при сравнении с действием первой фракции. На 35 день опыта у кроликов содержание ЛГ в крови с $0,5 \pm 0,07$ МЕ/л возрастало до $4,15 \pm 0,03$ МЕ/л ($P < 0,05$). Также на этот срок увеличивался в крови уровень прогестерона и тестостерона соответственно с $0,62 \pm 0,08$ нмоль/л до $4,2 \pm 0,02$ нмоль/л ($P < 0,001$) и с $2,1 \pm 0,03$ нмоль/л до $5,75 \pm 0,02$ нмоль/л ($P < 0,001$). Однако содержание пролактина и эстрадиола в крови на этот срок обследования уменьшалось соответственно с $158,0 \pm 0,05$ мМЕ/л до $90,8 \pm 0,14$ мМЕ/л ($P < 0,001$) и с $90,0 \pm 0,1$ Пг/мл до $16,8 \pm 0,4$ Пг/мл ($P < 0,001$). У кроликов, которым внутримышечно вводилась фракция 2, содержание ЛГ в крови с $0,5 \pm 0,07$ МЕ/л уменьшалось до $0,4 \pm 0,001$ МЕ/л ($P < 0,05$). Одновременно на этот срок снижался в крови уровень пролактина и эстрадиола соответственно с $158,0 \pm 0,05$ мМЕ/л до $90,5 \pm 0,03$ мМЕ/л ($P < 0,001$) и с $90,0 \pm 0,1$ Пг/мл до $28,7 \pm 0,3$ Пг/мл ($P < 0,001$). У кроликов, которым внутримышечно вводилась фракция 2, уровень ФСГ в крови изменялся не достоверно. Таким образом, методом уксуснокислой экстракции из миоматозной ткани женщин, больных миомой матки, выделены 2 гуморальных фактора, которые циркулируют в кровеносном русле организме больных женщин и животных. 15-дневное внутримышечное введение опытным самкам кроликов этих пептидов формирует нарушения гомеостаза половых гормонов, сохраняющиеся на 35 день опыта. Полученные результаты являются экспериментальным аргументом в пользу дисгормональной природы миомы матки и позволяют предложить научную концепцию о том, что при гемотрансфузиях донорская кровь женщины, больной миомой матки, может формировать в организме женщины-реципиента дисбаланс половых гормонов, являющийся патофизиологической основой в этиопатогенезе миомы матки.

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Киселева Е.Ю., Кутенко А.А., Егорова А.Т.,
Фокина А.П.

Россия, г. Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования; МУЗ ГБ№ 4 г. Красноярска

Шеечная беременность встречается достаточно редко (от 1 на 2400 до 1 на 95000 всех беременностей), однако, как правило, ни один из других ва-

риантов эктопической локализации плодного яйца не обращается для организма женщины такими тяжелыми последствиями. Основным клиническим признаком шеечной беременности является угрожающее жизни кровотечение. В такой ситуации практически единственным способом лечения является гистерэктомия, что лишает женщину не только способности к деторождению, но и приводит к возникновению психоэмоциональных, семейных и социальных проблем.

Цель исследования — оценить эффективность химиотерапии метатрексатом у женщин с шеечной беременностью. Исследование проводилось на базе МУЗ ГБ №4 г. Красноярска.. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 34 историй болезни женщин с шеечной беременностью за последние 10 лет (2000-2009гг.). В ходе настоящего исследования прослежена динамика частоты встречаемости эктопической беременности указанной локализации и зависимости встречаемости от возраста больных. За 2000-2007гг.(8 лет) было пролечено 20 больных (58.8%), а за 2008-2009 гг. (2года) 14 пациенток (41.2%), что говорит о резком возрастании частоты встречаемости этой грозной патологии в последние годы. Согласно возрасту, выявлено, что у больных до 25 лет эта патология встречается в 11,8% (4) случаев, 25-29 лет — 38.2%(13), 30-35 лет — 20.6%(7), 36 лет и старше — 29.4%(10). Таким образом, чаще всего шеечная и перешеечная беременность встречается у женщин 25-29-летнего возраста; это тот возраст, который в России в настоящее время является наиболее репродуктивно активным. Проанализированы причины возникновения и предрасполагающие факторы в развитии внематочной беременности данной локализации и выделены наиболее значимые и часто встречающиеся. Женщины, имевшие в анамнезе аборт (самопроизвольные искусственные), составили 70.5%(24); рубцы на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии отмечены в 8.8%(3); сочетание абортов и рубцов на матке в 17.6%(6). У одной женщины (2.9%) в анамнезе 3-е родов.

Отсутствие родов в анамнезе отмечалось в 17,65%(6) случаев шеечной локализации беременности. Исходы лечения по отношению к функции репродукции: из 34 женщин с шеечной беременностью в 79,4%(27) по витальным показаниям произведена гистерэктомия, в 20,6%(7) проведено органосохраняющее лечение.

В ходе исследования были оценены условия, необходимые для проведения консервативного лечения метатрексатом, и его эффективность. Применение метатрексата для лечения эктопической беременности допускается приказом №323 МЗ РФ от 5 ноября 1998 года. Метатрексат является антагонистом фолиевой кислоты, цитостатическим препаратом, прекращающим развитие плодного яйца. Критерии отбора больных для химиотерапии: срок гестации до 8-9 недель; отсутствие значимого кровотечения на момент обращения; клинически и УЗИлогически установленный диагноз. Предоперационную химиотерапию ме-

татрексатом получали 4 пациентки с шеечной беременностью, из которых 3 были нерожавшие, у 1 пациентки в анамнезе одни роды. Возраст женщин — 25-26 лет, срок беременности от 4-5 до 8-9 недель. Метатрексат вводился в курсовой дозе из расчета 50 мг на 1м² поверхности тела; доза разделена на 2-4 внутримышечных либо внутривенных инъекции, проводимые через день. На следующий день после введения препарата (начиная со второй инъекции) оценивалась эффективность химиотерапии по следующим критериям: снижение уровня ХГЧ на 15% и более от исходного; признаки прекращения развития плодного яйца по УЗИ (отсутствие сердцебиения; деформация контура плодного яйца; снижение периферического кровообращения плодного яйца при ЦДК). Длительность предоперационной химиотерапии составила от 4 до 10 дней. Всем женщинам после оценки химиотерапии как эффективной проведен комплекс следующих мероприятий: под внутривенным наркозом, в условиях развернутой операционной произведены зондирование полости матки, расширение цервикального канала расширителями Гегара, выскабливание полости матки и цервикального канала, ушивание нисходящих ветвей маточной артерии кетгуттом №6, тугая тампонада сводов влагалища стерильным марлевым бинтом. Угрожающего жизни кровотечения не возникло ни в одном случае; объем кровопотери при выскабливании составил от 70 до 200 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, матка сохранена у всех 4-х женщин.

Таким образом, были сделаны следующие выводы: своевременная диагностика шеечной беременности, грамотное проведение химиотерапии метатрексатом согласно указанным критериям позволяет снизить процент гистерэктомий при наиболее инвалидизирующей форме внематочной беременности, и, таким образом, сохранить женщине не только функцию репродукции, но и избежать ряда проблем, которые неизбежно повлекло бы за собой удаление матки.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПОЛНЕНИЯ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОК С ХУ-РЕВЕРСИЕЙ ПОЛА

**Киселева И.А., Уварова Е.В., Белоконов И.П.,
Латыпова Н.Х.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В настоящее время вопрос необходимости удаления половых желез в связи с высоким риском их неопластической трансформации у пациенток с ХУ — реверсией пола (ХУ-РП) уже не вызывает сомнений. Однако вопросы способов коррекции возникающего эстрогендефицитного состояния и последующего наблюдения больных остаются дискуссионными.

Целью нашего исследования явился подбор оптимальных способов восполнения эстрогенного дефицита у двух наиболее часто встречаемых групп па-

циенток с ХУ-РП — ХУ-дисгенезией гонад (ХУ-ДГ) и синдромом тестикулярной феминизации (СТФ).

Нами было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 85 пациенток, воспитанных в женском паспортном поле, при кариотипировании которых был определен мужской кариотип 46,XY. При первичном обращении возраст больных составил $17,3 \pm 3,9$ лет (от 5 до 33 лет). У 45 больных был диагностирован СТФ, у 40 — ХУ-ДГ. Всем больным было произведено удаление половых желез с последующим назначением заместительной гормональной терапии (ЗГТ), направленной на возмещение эстрогендефицитного состояния. В ходе исследования проводилось динамическое исследование уровня содержания гонадотропных и половых стероидных гормонов крови, состояния липидного спектра крови, эхографическое исследование органов малого таза и молочных желез, рентгеномаммография, денситометрия. У всех пациенток с ХУ-ДГ отмечалось отставание биологического возраста от календарного и снижение минеральной плотности костной ткани до степени остеопороза (у 63,6%) и остеопении (у 36,4%). У пациенток с СТФ соответствие показателей МПКТ нормативным значениям отмечено 46,7% обследованных, у остальных 53,3% имела место остеопения. У больных с СТФ, несмотря на внешнее хорошее развитие, эхографическое исследование молочных желез в 23% случаев, а рентгеномаммография в 81,9% случаев выявила наличие отклонений формирования молочных желез в виде гиперплазии железистой ткани в сочетании с диффузным фиброзом стромы и мелких кист. Развитие и строение молочных желез по данным эхографического исследования у пациенток с ХУ-ДГ, не получавших ЗГТ, в основном соответствовало допубертатному периоду. Сетчатое строение молочных желез отсутствовало у всех пациенток с ХУ-ДГ. ЗГТ пациенткам назначалась дифференцированно, с учетом характера строения внутренних половых органов: больным с ХУ-ДГ — секвенциальная, а с СТФ — монофазная ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами. При выборе препаратов мы предположили, что сочетанное влияние как эстрогенов, так и прогестерона позволит обеспечить более физиологичное развитие молочных желез; прогестерон сенсibiliзирует рецепторный аппарат головного мозга к влиянию эстрогенов, способствуя, тем самым, формированию адекватного полу воспитания полоролевого поведения с пубертатного периода. У больных с ХУ-ДГ на фоне применения различных препаратов, содержащих комбинацию эстрогенов и прогестагенов выявлена большая антигонадотропная активность при меньшем эффекте эстрогенизации комбинированных оральных контрацептивов, чем препаратов, содержащих «натуральные» эстрогены. Из последних наибольший эффект эстрогенизации при наибольшей метаболической нейтральности показал препарат, содержащий 17-бета эстрадиол в комбинации с дидрогестероном. У пациенток с СТФ содержащие «натуральный» эстроген препараты также обеспечивали большую эстрогенную насы-

щенность организма, чем препараты, содержащие синтетические эстрогены ($172,9 (110-493)$ пмоль/л и $83,6 (36-278)$ пмоль/л соответственно при $p < 0,005$). При ХУ-ДГ у больных за первые 2-3 года лечения молочные железы увеличились с 1 до 3-4 степени по Таннеру. У пациенток с СТФ молочные железы стали более округлыми, с пигментированными сосками и околососковыми кружками. УЗИ молочных желез на фоне ЗГТ, что у 88,5% развитие молочных желез происходило физиологично, с появления и постепенного увеличения толщины стромально-железистого комплекса в околососковой области (до $1,2 \pm 0,4$ см). При рентгеномаммографии на фоне ЗГТ частота выявления отклонений в структуре молочных желез на фоне ЗГТ у больных с СТФ была ниже, чем у первично обследованных пациенток (76,2% и 81,9% соответственно), в то время как у у пациенток с ХУ-ДГ на фоне длительной РУН возрастал процент выявления гиперплазии железистого компонента и фиброзирование стромы. На фоне ЗГТ отмечалось восстановление МПКТ, особенно у пациенток с ХУ-ДГ (у 45,8% МПКТ восстановилась до нормативных значений). У пациенток с СТФ такой тенденции отмечено не было. Данные психологического тестирования показали положительное влияние ЗГТ на психологический статус пациенток с ХУ-ДГ, однако выявили значимые серьезные проблемы социальной дезадаптации у больных с СТФ на фоне смены гормонального пола.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного, индивидуального подбора вида ЗГТ у пациенток с ХУ-РП. Восполнение эстрогенного дефицита в крови не является критерием их биологической и психологической адекватности по воздействию на организм, особенно у больных с СТФ, что указывает на необходимость мультидисциплинарного подхода к динамическому пожизненному наблюдению больных с ХУ-РП.

ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНОВ ДЕТОКСИКАЦИИ В ПРОЦЕССАХ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

**Клепикова А.А., Шокарев Р.А., Золотых О.С.,
Сагамонова К.Ю., Мелконов Э.Ю.**

Россия, г. Ростов-на-Дону, Центр репродукции человека и ЭКО

Процесс полноценной имплантации определяется соответствием степени чувствительности эндометрия и способностью бластоцисты к имплантации (Радзинский В.Е., Оразмурадова А.А., 2009). Десинхронизация процессов дифференцировки эндометрия и эмбриогенеза, инициируемая различными повреждающими факторами (инфекционные, эндокринные, аутоиммунные, генетические и др.), приводит к отсутствию или дефекту имплантации и обуславливает бесплодие или раннюю потерю беременности. Гены 2 фазы детоксикации ксенобиотиков — глутатион S-трансферазы M1 (GSTM1), глутатион S-трансферазы T1 (GSTT1) ответствен-

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинышкова Т.В., Каратюк Т.И., Утянская И.Г.
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия
Россздрава», Омск, Россия

ны за связывание и выведение агрессивных токсинов, образующихся при метаболизме различных веществ и препаратов. Наличие нулевых аллелей генов GSTM1 и GSTT1 в гомозиготном состоянии увеличивают риск невынашивания беременности, а увеличение частоты нулевого аллеля гена GSTM1 оказывает отрицательное влияние на устойчивость эмбриона к неблагоприятным факторам внешней среды у пациенток с ранними потерями беременности. (Беспалова О.Н. и соавт., 2001; Sata F., Yamada H. et al., 2003).

Цель исследования: изучить роль генов детоксикации в процессах имплантации у пациенток с бесплодием.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 инфертильных женщин, обратившихся в Центр репродукции человека и ЭКО для проведения программ ВРТ (основная группа). Контрольную группу составили 82 беременные в сроке 39-40 недель гестации. Генетическое обследование включало анализ частоты встречаемости нулевых аллелей генов второй фазы детоксикации GSTM1 и GSTT1. Молекулярно генетический анализ проводился на образцах ДНК, выделенных из крови с использованием методов полимеразной цепной реакции, рестрикционного анализа и детекции с помощью полиакриламидного гелеэлектрофореза.

Полученные результаты. В группе пациенток с бесплодием доля гомозигот по нулевым аллелям составила: по гену GSTT1 — 23 %, по гену GSTM1 — 56%, гомозигот по нулевым аллелям сразу двух генов 14%. В контрольной группе — GSTT1 — 14,8%, GSTM1 — 45,7%, и GSTT1 + GSTM1 — 7,4%. Статистически достоверных различий частоты встречаемости нулевых аллелей GSTM1 между пациентками ЭКО и контрольной группой нами не установлено (56% и 45,7% соответственно). Так же не обнаружено статистически значимых отличий частоты встречаемости нулевых аллелей GSTT1. Однако необходимо отметить, что доля гомозигот по нулевым аллелям в группе пациенток с бесплодием была выше. При сравнении частоты встречаемости гомозигот по нулевым аллелям двух генов (GSTM1 и GSTT1) одновременно, также имела место тенденция к повышению в группе пациенток с бесплодием по сравнению с контрольной группой (14% и 7,4%). При сохранении такой тенденции на больших выборках возможны статистически значимые различия частот аллелей в исследуемых группах.

Заключение. В результате проведенного исследования нами не было установлено достоверных различий в распределении изучаемых генов между группами. В то же время у бесплодных женщин более высокая частота встречаемости гомозигот по нулевым аллелям GSTM1 и GSTT1 не исключает возможность, особенно в сочетании с другими генами (например интегринными), образования генных цепей с последующим отрицательным влиянием на имплантацию эмбриона.

Цель исследования: оценить клиническую значимость определения экспрессии p16ink4a у больных с ВПЧ-ассоциированными SIL высокой и низкой степени (LSIL, HSIL).

Материалы и методы исследования: группу обследования составили 34 пациентки с верифицированным ВПЧ-ассоциированным SIL с выделением двух групп больных: 21 пациентка с LSIL (CIN I) — 1-я группа, 13 пациенток с HSIL (CIN II, CIN III) — 2-я группа. Возраст обследованных женщин составил 20 — 45 лет. Комплексное обследование включало кольпоскопию, детекцию ВПЧ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58, 59, 67 типов посредством ПЦР («АмплиСенс»), морфологическое исследование с проведением гистологической верификации SIL, иммуногистохимическое исследование для оценки экспрессии p16ink4a в цервикобиоптате с использованием моноклональных антител (Epitomics, США) и системы детекции. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием непараметрических критериев (Statistica-6.0).

Все пациентки группы обследования были ВПЧ-позитивными с доминированием 16 типа (20 случаев) при регистрации 18 типа (4), их сочетания (2) и других типов онкогенного риска (8). При оценке вирусной нагрузки у пациенток группы обследования определялись средняя (от 3 до 5 lg на 10⁵), высокая (более 5 lg на 10⁵ клеток) вирусная нагрузка при отсутствии низкой нагрузки. В 1-й группе средняя вирусная нагрузка встречалась в 9 случаях, высокая — у 5 больных. Во 2-й группе средняя вирусная нагрузка встречалась в 2, высокая — в 8 случаях. Преобладание высокой нагрузки во 2-й группе наблюдалось чаще, чем в 1-й группе (Phi-square 0,19201, p=0,04).

Изучение уровня экспрессии p16ink4a в цервикобиоптатах пациенток с SIL было основано на оценке интенсивности реакции, полуколичественном определении индекса экспрессии в пределах эпителиального пласта (свыше 50% окраски оценивалось как гиперэкспрессия) и наличия ядерной метки. В случаях гистологической нормы (контроль, n=7) окрашивание отсутствовало или было слабой интенсивности, ядерной метки не было. В 1-й группе доминировала низкая интенсивность цитоплазматической реакции (11 случаев) в сравнении с умеренной (9) и выраженной (1). Во 2-й группе наблюдалась противоположная тенденция: преобладание случаев с умеренной (8) и высокой интенсивностью (5) цитоплазматической реакции. Высокая интенсивность реакции встречалась достоверно чаще во 2-й группе в сравнении с 1-й группой (Phi-square 0,18455, p=0,0214). Низкая интенсивность реак-

ции преобладала в 1-й группе (11) по сравнению со 2-й (0), (Phi-square 0,29607, $p=0,0012$). Высокий индекс экспрессии p16 ($\geq 50\%$ окрашенного эпителия) преобладал у больных 2-й группы (Phi-square 0,33315, $p=0,0008$). Напротив, низкий индекс экспрессии ($< 50\%$) преобладал у больных 1-й группы (Phi-square 0,33315, $p=0,0008$). Единичная ядерная метка p16 (менее 5 клеток в поле зрения при подсчете в 10 полях зрения) не имела статистически значимых различий между двумя группами (Phi-square 0,083558, $p=0,09$). Множественная ядерная метка p16 встречалась достоверно чаще во 2-й группе (Phi-square 0,17802, $p=0,02$). Отсутствия ядерной метки p16 не выявлено ни в одном случае во 2-й группе, однако в 14 случаях метка отсутствовала в 1-й группе (Phi-square 0,43333, $p=0,0001$). При проведении частотного анализа (кросстабуляции) установлена прямая статистически значимая взаимосвязь (γ -статистика = 0,75) между степенью CIN и толщиной окрашивания эпителиального пласта (Pearson 4,6, $p=0,03$; M-L χ^2 6,2, $p=0,01$) и наличием множественной ядерной метки (Pearson 7,5, $p=0,006$; M-L χ^2 8,9, $p=0,002$).

Итак, у больных с ВПЧ-ассоциированными HSIL (CIN II, CIN III) экспрессия p16 в эпителии шейки матки характеризуется более выраженной интенсивностью реакции, протяженностью окраски, большей частотой обнаружения множественной ядерной метки в сопоставлении с LSIL (CIN I). Установленная корреляция гиперэкспрессии p16ink4a со степенью CIN позволяет рассматривать данный маркер в качестве прогностического. Обнаружение у пациенток с LSIL признаков экспрессии p16ink4a, свойственных для HSIL, не исключает пересмотра наблюдательной тактики.

СОСТОЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ P16INK4 α ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ВПЧ

Клинышкова Т.В., Каратюк Т.И., Машин Ю.В.
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия
Россздрава», Омск, Россия

Цель исследования: оценить клиническую значимость определения экспрессии p16ink4a у больных с SIL в зависимости от наличия цервикальной ВПЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования: группу обследования составили 47 больных в возрасте 20-45 лет с верифицированным плоскоклеточным интраэпителиальным поражением шейки матки (SIL). Выделено две группы пациенток с SIL: на фоне ВПЧ — 34 пациентки (1-я группа), и без ВПЧ — 13 пациенток (2-я группа). Комплексное обследование включало кольпоскопию, детекцию ВПЧ с типированием посредством ПЦР («АмплиСенс»), морфологическое исследование с проведением гистологической верификации SIL, иммуногистохимическое

исследование для оценки экспрессии p16ink4a в цервикобиоптате с использованием моноклональных антител (Epitomics, США) и системы детекции. Для статистической обработки полученных данных использовали непараметрические критерии (Statistica-6.0).

Полученные результаты: при обследовании 47 женщин с SIL в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст — $29,2 \pm 1,25$ лет) ВПЧ выявлен у 34 (72,3%) пациенток. Средний возраст больных 1-й группы — $28,5 \pm 1,3$, 2-й группы — $32,3 \pm 3,2$ лет ($p>0,05$). Среди больных 1-й группы по результатам цервикального ВПЧ-теста доминировал 16 тип ВПЧ — 20 (58,8%), ($p<0,05$). По данным цитологического исследования установлена норма (32,4 и в 16,6%), ASCUS (20,6 и 25%), LSIL (23,5 и 41,8%), HSIL (23,5 и 16,6% 1-й и 2-й группе соответственно) ($p>0,05$). По результатам кольпоскопии в обеих группах преобладали различные аномальные кольпоскопические картины без статистически достоверных различий. В 1-й группе «йод-положительный эпителий» (неравномерное окрашивание раствором Люголя побелевшего эпителия) отмечен в 23 случаях против 1 во 2-й группе ($p=0,0002$). По результатам гистологического исследования плоскоклеточное поражение было выявлено на фоне плоскоклеточной метаплазии (61,7% и 58,3%), на фоне цервицита (58,8% и 46,1%), изолированный вариант SIL (14,7% и 25% в 1-й и 2-й группе) ($p>0,05$). CIN I выявлена у 61,7 и 69,2%, CIN II — 32,3 и 15,4%, CIN III — 6 и 15,4% в 1-й и 2-й группах соответственно ($p>0,05$). CIN I в каждой группе встречалась чаще, чем CIN II и CIN III ($p<0,05$). Группы больных были сопоставимы по возрасту и результатам цитологического и гистологического исследования.

Изучение уровня экспрессии p16 в цервикобиоптатах пациенток с SIL было основано на оценке интенсивности реакции, полуколичественном определении индекса экспрессии в пределах эпителиального пласта (свыше 50% окраски оценивалось как гиперэкспрессия) и наличия ядерной метки. В случаях гистологической нормы (контроль, $n=7$) окрашивание отсутствовало или было слабой интенсивности, ядерной метки не было. В 1-й группе доминировала умеренная интенсивность цитоплазматической реакции (2 балла), в то время как во 2-й группе — низкая (0 — 1 балл) интенсивность в сравнении с умеренной и высокой. Сравнительный анализ свидетельствовал, что низкая интенсивность реакции встречалась достоверно чаще во 2-й группе (Phi-square 0,10582, $p = 0,0327$).

Индекс экспрессии p16 величиной 50% и более окрашенного эпителия преобладал у больных 1-й группы (Phi-square 0,09323, $p=0,0386$). Напротив, индекс экспрессии менее 50% преобладал у больных 2-й группы (Phi-square 0,13104, $p=0,0192$). Единичная ядерная метка p16 (менее 5 клеток в поле зрения при подсчете в 10 полях зрения) по данным иммуногистохимии преобладала во 2-й группе (Phi-square 0,12874, $p=0,0184$). Множественная ядерная метка p16 (присутствие более 5 клеток в поле зрения при подсчете в 10 по-

лях зрения) доминировала в 1-й группе (Phi-square 0,08925, $p=0,0394$). При отсутствии ядерной метки p16 в двух группах не установлено статистически значимых различий. При проведении частотного анализа (кросстабуляции) установлена прямая статистически значимая взаимосвязь (χ^2 -статистика = 0,75) между наличием ВПЧ и присутствием множественной ядерной метки (Pearson 4,9, $p=0,02$; M-L χ^2 5,6, $p=0,01$), а также между наличием ВПЧ и присутствием индекса экспрессии более 50% (Pearson 5,08, $p=0,02$; M-L χ^2 5,06, $p=0,02$). По остальным параметрам статистически значимых взаимосвязей не выявлено.

Заключение: среди больных с SIL установлены различия в экспрессии маркера p16ink4a в эпителии шейки матки в зависимости от наличия цервикальной ВПЧ-инфекции. Несмотря на возможность экспрессии p16 у неинфицированных больных с SIL, выявлена прямая взаимосвязь между наличием ВПЧ и гиперэкспрессией p16ink4a при ВПЧ-ассоциированных SIL. Полученные данные подтверждают не только участие ВПЧ в цервикальном канцерогенезе, но клиническую значимость определения p16ink4a с соответствующим дифференцированным подходом у больных с SIL в зависимости от уровня экспрессии.

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН НЕОБЪЯСНИМОГО БЕСПЛОДИЯ

Ковалева Ю.В.

Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования

Примерно в 4-10% случаев бесплодного брака не удается выявить никаких заболеваний ни у одного из супругов. В этих случаях говорят об идиопатическом, или необъяснимом бесплодии. Современные методы диагностики позволили практически устранить необъяснимое бесплодие, тем не менее, около 5% супружеских пар бездетны, но доступными методами у них не обнаруживаются ни анатомические, ни функциональные дефекты репродуктивной системы. Однако опыт показывает, что в эту категорию нередко попадают супружеские пары, у которых из-за неполного обследования диагноз не был установлен. Поэтому правильнее следует считать, что бесплодие не необъяснимо, а что причина бесплодия не установлена, и эти случаи относить к категории неустановленной причины бесплодия.

Целью исследования явилось изучение роли патологии эндометрия в генезе бесплодия необъяснимой этиологии.

Обследовано 36 женщин с необъяснимым бесплодием. Средний возраст пациенток составил $27,6 \pm 4,2$ года. Бесплодие было первичным у 11 (30,6%) женщин, вторичным — у 25 (69,4%). Анализ исходов предыдущих беременностей у пациенток со вторичным бесплодием показал наличие трубных беременностей у 2-х (8%), искусственных абортов

у 10 (40%), спонтанных выкидышей у 4-х (16%) и неразвивающихся беременностей — у 9 (36%) женщин.

17 (47,2%) женщин имели анамнез хронического сальпингита или неоднократно лечили урогенитальные инфекции. На момент исследования при бактериологическом исследовании отделяемого из цервикального канала патогенная микрофлора не выявлена.

У всех женщин по данным ГСГ или эхоГСС маточные трубы были проходимы, отсутствовала внутриматочная патология; при анализе спермограммы партнеров отмечена нормозооспермия. При гормональном скрининге все исследуемые показатели находились в пределах референсных значений. Менструальный цикл у всех обследованных пациенток был регулярным, по данным ультразвукового мониторинга отмечалась овуляция. Уровень прогестерона на 6 — 8-й день после овуляции был в пределах нормы. Сывороточный уровень гомоцистеина не превышал 8,0 мкмоль/л, титр антифосфолипидных антител расценивался как отрицательный. Уровень антиспермальных антител в цервикальной слизи не выходил за пределы нормативных значений.

Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия в секреторную фазу менструального цикла (22 — 24-й дни цикла). В биоптатах эндометрия методом иммуногистохимии проведено исследование экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона и субпопуляционного состава лимфоцитов эндометрия: CD56+, CD16+ NK-клеток, В-клеток (CD20+), HLA-DR+ лимфоцитов.

Несоответствие морфологических изменений дню цикла позволяет поставить диагноз НЛФ, о чем свидетельствует недоразвитие маточных желез, стромы, сосудов. У 11 (30,6%) пациенток гистологическая картина эндометрия характеризовалась отсутствием секреторной трансформации желез, наличием очагов склероза, отсутствием прецидуальной реакции стромы в сочетании со слабой экспрессией рецепторов эстрогенов и прогестерона во всех структурных компонентах. При этом исследование субпопуляционного состава лимфоцитов эндометрия не выявило отличий от нормы.

При увеличении содержания CD56+, CD16+ NK-клеток, CD20+ и лимфоцитов, экспрессирующих HLA-DR, подтверждался диагноз хронического эндометрита (ХЭ). При этом нарушение показателей локального иммунитета сочеталось с нарушением экспрессии рецепторов стромальных и эпителиальных клеток эндометрия к половым стероидам. ХЭ по морфологическим и иммуногистохимическим признакам выявлен у 17 (47,2%) пациенток.

У остальных 8 (22,2%) пациенток морфологическая картина эндометрия характеризовалась полноценной секреторной его трансформацией с наличием пилообразных желез с расширенным просветом, заполненным секретом. Показатели экспрессии стероид-рецепторов соответствовали фазе цикла, а при исследовании субпопуляционного состава лимфоцитов убедительных данных в пользу хрони-

ческого эндометрита выявлено не было. Поскольку возможности «неинвазивной» диагностики бесплодия у этих пациенток были исчерпаны, им была выполнена диагностическая гистеролапароскопия, по результатам которой у 6 (16,7%) пациенток выявлен наружный генитальный эндометриоз I — III степени.

Роль эндометрия в процессе имплантации часто недооценивается. Вместе с тем, нормальное развитие эндометрия и его изменения в течение менструального цикла являются необходимыми условиями успешной имплантации и наступления беременности. Нарушение экспрессии стероид-рецепторов, а также специфические изменения состава субпопуляций эндометриальных лейкоцитов, несомненно, могут лежать в основе имплантационных потерь. Активация локальных иммунных реакций может приводить к нарушению рецептивности эндометрия и, в конечном итоге, к бесплодию или прерыванию беременности в случае ее наступления на фоне хронического эндометрита.

Таким образом, исследование морфологической картины и субпопуляционного состава лимфоцитов у пациенток с необъяснимым бесплодием повышает эффективность диагностики нарушений репродуктивной функции, что позволяет выбрать оптимальную лечебную тактику и определяет подготовку к беременности.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ—ИНФЕКЦИЕЙ

Ковчур П.И.¹, Бахлаев И.Е.¹, Олейник Е.К.²,
Олейник В.М.², Чуров А.В.²

Карелия, Петрозаводск, ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»¹,

Институт биологии Карельского научного центра РАН²

Цель исследования. 1. Определить клиническую эффективность препаратов аллокин—альфа и панавир при лечении инфицированных ВПЧ женщин с заболеваниями шейки матки. 2. Изучить влияние аллокина—альфа на уровень экспрессии молекулярных маркеров регуляторных лимфоцитов периферической крови у больных с предраком шейки матки и хронической ВПЧ—инфекцией.

Материал и методы. Комплексно обследовано 158 больных с хронической ВПЧ—инфекцией. При выявлении 16, 18, 31, 33 типов в сочетании с субклиническими и клиническими проявлениями ВПЧ—инфекции на шейке матки проводилось лечение аллокином—альфа (трехкратное введение по 1 мг через день, подкожно) и панавиром (0,004% по 5,0 мл внутривенно №5). На втором этапе в динамике изучено состояние иммунной супрессии у 14 больных с предраком шейки матки и хронической ВПЧ—инфекцией с применением препарата «Аллокина—альфа», контрольную группу состави-

ли 12 здоровых лиц без ВПЧ—инфекции и заболеваний шейки матки. Выделены 2 группы: группа 1 (n=6) — пациентки, у которых выполнялась диатермоконизация шейки матки и затем применен аллокин—альфа, группа 2 (n=8) — аллокин—альфа без хирургического лечения шейки матки. Для оценки функционального состояния регуляторных лимфоцитов (Treg) определяли уровень экспрессии гена трансформирующего фактора роста-β1 (TGF-β1) — основного цитокина-ингибитора, который секретируется Treg, а также уровень экспрессии гена транскрипционного фактора FOXP3 (наиболее специфичного молекулярного маркера Treg) в лимфоцитах периферической крови.

Результаты и обсуждение. В 1 группе пациенток, получавших аллокин—альфа (n=99), ВПЧ тип 16 выявлен у 69,7% женщин, тип 18 — у 6,1%, тип 33 — 12,1%, тип 31 — 7,1%, тип 31+33 — 2%, тип 74 — 3%. Во 2 группе, получавших панавир (n=59), тип 16 — 50,8%, тип 18 — 11,9%, тип 33 — 15,3%, тип 31 — 10,2%, тип 31+33 — 10,2%, тип 74 — 1,6%. Средний возраст пациенток составил 23,4±4,1 лет (от 18 до 51 года). Возраст начала половой жизни у женщин — 17,8±2,1 года (от 15 до 27 лет) в обеих группах. Из них 18,2% и 23,7% женщин вступали в половые контакты до 16 лет. Жалобы больных: зуд (31,5% и 30,5%), жжение в области наружных половых органов (21,8% и 45,8%), отсутствовали жалобы — у 14,4% и 13,6% женщин. Выявлены кандидоз — 14,1% и 37,3%, уреоплазмоз — 45,5% и 11,9%, микоплазмоз — 6,1% и 6,8%, хламидиоз — 11,1% и 6,8%, генитальный герпес — 6,1% и 3,4%, трихомониаз — 3,03%, гонорея — 1,02%, кондиломатоз вульвы и влагалища — 43,4% и 35,6% в обеих группах. При кольпоскопии у 81,3% и 85,9% женщин диагностированы аномальные кольпоскопические картины. 48 (81,4%) и 85 (85,9%) женщинам в 1 и 2 группах — выполнена прицельная биопсия. В 1 группе (n = 99) на фоне проведения противовирусной терапии аллокином—альфа в 87,2% выполнялась деструкция патологических процессов на шейке матки. Схема 1 (аллокин-альфа №3+диатермоэксцизия шейки матки) — (n = 42); схема 2 — (аллокин-альфа №3+криодеструкция шейки матки) — (n = 23); схема 3 (аллокин-альфа №3+обработка солковагином) — (n = 9); схема 4 (аллокин-альфа №3+обработка солковагином+ солкодермом) — (n = 8); схема 5 (аллокин-альфа №3+ лазеровапоризация) — (n = 4); схема 6 (аллокин-альфа №3 без местного лечения шейки матки) — (n = 13). Во 2 группе у пациенток, получавших панавир, в 100% выполнялась деструкция патологии шейки матки. Схема 1 (панавир + диатермоэксцизия шейки матки) — (n = 13); схема 2 (панавир + криодеструкция шейки матки) — (n = 38); схема 3 (панавир + обработка солковагином+ солкодермом) — (n = 8). Клиническая эффективность комплексного лечения ВПЧ—инфекции с применением аллокина-альфа и панавира составила 91,9% и 84,7%.

При изучении уровня экспрессии гена TGF-β1 и гена FOXP3 отмечено достоверное увеличение у больных с предраком шейки матки в сравнении со

здоровыми лицами ($1,30 \pm 0,13$ и $1,00 \pm 0,08$ и $1,25 \pm 0,12$ и $1,00 \pm 0,06$ соответственно, $p < 0,05$). Оценка показателей иммунной супрессии после проведенного лечения показала, что динамика уровня экспрессии TGF- $\beta 1$ и FOXP3 зависела от группы больных. В 1 группе после комплексной терапии аллокином-альфа отмечено снижение уровня TGF- $\beta 1$ $1,62 \pm 0,21$ до лечения и $1,17 \pm 0,22$ после лечения и соответственно FOXP3 $1,50 \pm 0,17$ и $1,28 \pm 0,12$ ($p < 0,05$). Во 2 группе уровень TGF- $\beta 1$ $1,17 \pm 0,16$ до лечения и $1,50 \pm 0,26$ после лечения, и соответственно FOXP3 $1,03 \pm 0,10$ и $1,23 \pm 0,13$ ($p > 0,05$).

Выводы: 1. У больных с предраком шейки матки и хронической ВПЧ инфекцией устанавливается определенный уровень иммунной супрессии, который не позволяет эффективно подавлять размножение вируса, что проявляется в повышенной экспрессии молекулярных маркеров регуляторных лимфоцитов—супрессоров.

2. Клиническая эффективность применения препарата значительно повышается при комплексном подходе к лечению больных и сочетании противовирусного влияния аллокина—альфа с традиционными методами лечения заболеваний шейки матки.

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Коган Е.А., Демура Т.А., Файзуллина Н.М.,
Бартыш Б., Ежова Л.С.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В литературе широко обсуждается проблема эндометриальной интраэпителиальной неоплазии (ЕИН). Высказываются различные мнения о возможности ее морфологической верификации, включая традиционное морфологическое исследование, морфометрические методики, а также молекулярную и иммуногистохимическую верификацию. Одним из наиболее перспективных маркеров ЕИН считается ген-супрессор рака PTEN, который по мнению ряда авторов не выявляется в очагах ЕИН. Целью исследования являлось изучение экспрессии PTEN иммуногистохимическим методом при различных типах гиперплазии эндометрия, ЕИН и эндометриальной аденокарциноме (ЭА). Исследование выполнено на материале соскобов эндометрия и удаленных маток от 101 женщины с гистологически верифицированными диагнозами простой гиперплазии эндометрия, комплексной гиперплазии без и с атипией эпителия, ЕИН и ЭА. В качестве группы сравнения использовались соскобы от женщин без патологии эндометрия поздней стадии фазы пролиферации, проходивших обследование перед установкой внутриматочной спирали. Возраст пациенток колебался от 27 до 72 лет. В результате проведенного исследования установлена проградиятная потеря PTEN от эндометрия стадии

пролиферации к гиперплазированному эндометрию без и с атипией и ЕИН, что свидетельствует о прогрессирующей потере клона PTEN-положительных эпителиальных клеток. Очаги ЕИН, как правило, отличались полной потерей экспрессии PTEN. Кроме того, нами обнаружено, что АЭ могут быть подразделены по признаку экспрессии PTEN на 2 группы: PTEN-негативные с полной или частичной потерей онкомаркера и PTEN-позитивные с сохранившейся экспрессией маркера в ткани опухоли. У 2-х пациенток с очаговой комплексной гиперплазией эндометрия с атипией экспрессия PTEN отсутствовала в ткани эндометрия вовсе и не только в патологических очагах. Таким образом, мы подтвердили данные об исчезновении PTEN в очагах ЕИН. Но в то же время существование PTEN+ и PTEN- АЭ заставляет выдвинуть предположение, что эти опухоли могут развиваться из разных источников. Закономерно утверждать, что PTEN-

АЭ могут развиваться и при прогрессировании ЕИН. В то же время PTEN- АЭ, вероятно, возникают минуя стадию ЕИН из других источников, например, из PTEN+ стволовой клетки эндометрия. Обнаружение пациентов с PTEN- эндометрием, в котором имелись очаги комплексной гиперплазии эндометрия с атипией клеток, может свидетельствовать о том, что изменения на молекулярном уровне опережают структурные перестройки.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРА К ИНСУЛИНО- ПОДОБНОМУ ФАКТОРУ РОСТА Ш ТИПА И ФОСФАТФЗЫ PTEN В НОРМАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИИ, ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДО- МЕТРИИ И ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕ- НОКАРЦИНОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ (ИММУНО- ГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Коган Е.А., Кондриков Н.И., Файзуллина Н.М.,
Асатурова А.В., Могиревская О.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Целью исследования было изучить уровень экспрессии белка-супрессора опухолевого роста PTEN и рецептора к инсулиноподобному фактору роста I типа (IGF-IR), являющегося одним из центральных звеньев в реализации молекулярных механизмов гормонального канцерогенеза в эндометрии, а также выявить наличие или отсутствие корреляции между экспрессией PTEN и IGF-IR. В качестве материала для исследования использовались гистологические срезы соскобов эндометрия с морфологической картиной простой, сложной и атипической гиперплазии эндометрия (ГЭ), а также эндометриоидной аденокарциномы эндометрия (АКЭ), применялся иммуногистохимический метод исследования экспрессии PTEN и IGF-IR с использованием моноклональных антител в разведениях 1:100 и 1:50 соответственно (Dako Cytomation, Дания). Для

оценки статистической значимости результатов использовался критерий Круска-Уоллиса и коэффициент корреляции Спирмена (Statistics 17.0 (SPSS Inc., США). В результате исследования было выявлено статистически значимое увеличение экспрессии экспрессии IGF-IR в образцах с морфологической картиной ГЭ без атипии по сравнению с нормальной слизистой тела, и в образцах с атипичской АГЭ и АКЭ по сравнению с ГЭ без атипии ($p < 0,05$). Кроме того, экспрессия PTEN также достоверно различалась между этими тремя группами — была наибольшей в нормальном эндометрии, незначительно снижалась в группе ГЭ без атипии и достигала минимума при атипичской ГЭ и АКЭ ($p < 0,05$). Также была обнаружена статистически значимая корреляция между уровнями экспрессии PTEN и IGF-IR ($r = 0,94$). Поученные нами данные дают возможность предположить, что усиление экспрессии IGF-IR и утрата PTEN вносят вклад в процесс трансформации гиперпластически измененного эндометрия в предраковые состояния слизистой тела матки и АКЭ. При этом утрата PTEN может быть как независимой причиной нарушения процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза в эндометрии (так как этот белок задействован в реализации нескольких сигнальных путей, в том числе FAK-зависимом и MAPK-зависимом), так и связанным с усилением экспрессии IGF-IR событием, приводящим к накоплению вторичных мессенджеров, реализующих эффекты лигандов IGF-IR (прежде всего IGF I, а также IGF-II).

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают гипотезу о том, что увеличение экспрессии IGF-IR и утрата PTEN могут играть важную роль в определении риска развития гиперпластических изменений эндометрия, предраковых состояний слизистой тела матки и аденокарциномы эндометрия.

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ АДЕНОМИОЗА

Коган Е.А.¹, Низяева Н.В.², Демура Т.А.¹,

Файзуллина Н.М.¹, Ежова Л.С.¹, Унанян А.Л.³,

¹ Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России; ² Кафедра патологической анатомии леч. фак-та, ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, ³ Кафедра акушерства и гинекологии №1 леч. фак-та, ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава

Аденомиоз (АМ) — одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, характеризующихся гетеротопией эндометрия в миометрий, злокачественный потенциал которого ставится под сомнение. Цель исследования заключалась в изучении морфологических вариантов изменений эпителиального компонента АМ и оценки ключевых молекул процессов пролиферации, апоптоза, дифференцировки клеток, ангиогенеза, инвазии и межклеточных контактов в нём. Материал и методы. Исследование выполнено на операционном материале удалённых маток от пациенток с сочетани-

ем рака тела матки и аденомиоза. Основную группу составили 37 больных, от 35 до 71 года. В группу контроля вошли 33 женщины, имевшие аденомиоз без сочетанной патологии в возрасте от 35 до 78 лет. Иммуногистохимические реакции проводились на серийных парафиновых срезах. В качестве первичных антител использовались моноклональные и поликлональные антитела к ApoCas, Ki-67, Кл 2, 3, 5, MMP-2,9, TIMP-1, Е-кадгерину, COX-2, EGFR, VEGF. Результаты и их обсуждение. В результате проведённого исследования были выявлены 2 типа очагов АМ: очаги АМ с преобладанием цитогенной стромы и различными изменениями эпителия, которые были названы активными, и очаги со слабо выраженной стромой и преобладанием склеротических и дистрофических изменений в эпителии и строме, которые были названы неактивными. В очагах АМ были выявлены следующие виды изменений эпителия: 1. эпителий, соответствующий стадии пролиферации; 2. гиперплазия эпителия без атипии; 3. гиперплазия эпителия с атипией; 4. атрофический эпителий. При этом отмечается преобладание активных очагов АМ у больных с сочетанной патологией (рак эндометрия и АМ) по сравнению с контрольной группой. ($P < 0,05$). Очаги АМ с атипичской гиперплазией эндометрия нами были выявлены только в основной группе пациентов. Найдено, что в эпителии очагов АМ происходит усиление экспрессии ApoCas, Ki-67, MMP-2,9, COX-2, VEGF, EGFR, которая возрастала от пролиферации до гиперплазии с атипией. Максимальная экспрессия указанных маркеров была в очагах АМ с гиперплазией с атипией эпителия, а также в АКЭ. Отмечалось также значительное снижение мембранного и появление цитоплазматического окрашивания клаудинов-2, 3, 5, а также резкое снижение экспрессии Е-кадгерина, TIMP-1. Следовательно, изменения эпителия в очагах АМ могут быть представлены спектром структурных перестроек, соответствующих пролиферации, гиперплазии эндометрия без атипии, гиперплазии с атипией и атрофии. АМ с гиперплазией эпителия с атипией характеризуется изменениями онкомаркеров, подтверждающими его злокачественный потенциал: повышение Ki-67, снижение ApoCas, повышение EGFR, снижение Е-кадгерина, изменения MMP-3, TIMP, клаудинов 2,3,5. Очаги АМ с атипией только у раковых больных подтверждают теорию Willis о раковом поле.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С.,

Демура Т.А., Роговская С.И., Сабдулаева Э.Х.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Цитологическое исследование с использованием классификации национального института Здоровья США (классификации Ветезды) является основным скрининговым методом в диагностике рака

шейки матки. Цитологический скрининг признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для проведения в масштабах национальных программ. Чувствительность цитологического метода исследования, по данным разных авторов, составляет 66-83 %, специфичность — 60-85 %. Использование жидкостной цитологии делает более доступным иммуноцитохимические и *in situ* гибридационные методы для выявления онкопатологии. Целью настоящего исследования явилось изучение онкомаркеров Ki-67, p16(4aINK) COX2 в мазках из переходной зоны шейки матки женщин с диагнозом L-SIL и H-SIL с использованием традиционной и жидкостной цитологии. Материалом служили мазки из цервикального канала с женщин с HPV инфекцией, подтвержденной Digene — тестом, и с кольпоскопическими диагнозами «низко- и высокоатипическая зона трансформации». В качестве группы сравнения использовали мазки шейки матки без патологических изменений. Возраст больных колебался от 24 до 46 лет. Для приготовления мазков методом жидкостной цитологии использовалась центрифуга Cyto-Tek фирмы Sakura. В мазках выявляли COX2, Ki-67 (LabVision) p16(4aINK) (CINtec) методом двойных антител с демаскировкой антигенов в ретривере при pH 6.0 в цитратном буфере в течение 40 минут. Иммуногистохимические реакции проводились в DAKOautostainer по общепринятой методике. Ставились положительные и отрицательные контроли. L-SIL характеризовался обнаружением комплексов и разрозненно лежащих клеток плоского эпителия с легким дискариозом, а также наличием койлоцитов и большого количества сохранных зрелых клеток. При этом экспрессия Ki 67 в эпителиальных клетках не превышала 5 — 10%, p16(4aINK) выявлялся в отдельных клетках плоского эпителия с укрупненными ядрами базального и парабазального слоев. Иммуноцитохимически COX2 выявлялся в цитоплазматической, в ядерной мембранах и цитоплазме клеток плоского и метапластического эпителия, а также в клетках цилиндрического эпителия. Мембранное окрашивание носило очаговый характер. Отмечен высокий уровень экспрессии COX2 в койлоцитах и клетках парабазального слоя. H-SIL характеризовался обнаружением крупных комплексов и разрозненно лежащих атипичных клеток плоского эпителия полиморфного вида с резко выраженным дискариозом. При этом экспрессия Ki 67 в атипичных клетках плоского эпителия достигала 80 — 90 %, а p16(4aINK) -80 — 100 %, а COX2 — 40 — 60 %. В результате проведенного исследования установлено различие в экспрессии изученных онкомаркеров при L-SIL и H-SIL, что может быть рекомендовано в их дифференциальной диагностике. COX2 наряду с p16(4aINK) и Ki-67 может считаться маркером в определении тяжести цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) и использоваться в прогностических и диагностических целях. Полученные данные позволяют предположить, что усиление пролиферации и снижение апоптоза при ЦИН может происходить с участием COX2, который способен участвовать в канцерогенезе путем влияния на эти процесс.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В РЕПРОДУКТОЛОГИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Колесникова Л.И., Гребенкина Л.А.,

Осипова Е.В., Власов Б.Я.

Россия, г.Иркутск, Учреждение РАМН Научный Центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН

Сейчас стало хрестоматийный фактом, что кислород, обладая джокерными функциями, является не только конечным акцептором для электронов в цепи дыхания, но и метаболизирует по многим другим путям, в частности служит субстратом для оксигеназ, а также для ряда оксидаз, которые используют от 1 до 3 электронов, генерируя так называемые активные формы кислорода (АФК), многие из которых являются высокорезактивными свободными радикалами. Способность АФК катализировать непривычные с точки зрения классического биохимика реакции (пероксидация липидов, окислительный метаболизм белков и нуклеиновых кислот, активация ферментов, системы комплемента, каскада арахидоновой кислоты и др.), приводящие в ряде случаев через развитие оксидативного стресса (ОС) к альтерации клеток и их некрозу или апоптозу, закономерно привела к вопросу об их биологической целесообразности, а в эмоциональном плане — к необходимости отнесения этих частиц к друзьям или врагам организма. Все это закономерно поставило вопрос о роли ОС в патологии, в частности репродуктивной, в более широком контексте, включающем сомнения в реальности влияния редокс-состояний на этиологию и патогенез многих нозологических форм, тем более что клинические эффекты применения антиоксидантов пока еще недостаточно иллюстративны.

Для понимания взаимоотношения прооксидантных и антиоксидантных механизмов, которые облигатно сосуществуют во всех организмах, полезно обратиться к концепции «метаболических качелей», которую активно развивали теоретики из института биологической физики РАН в 70-х годах (Пушино-на-Оке) прошлого столетия под руководством Е.Е. Селькова. Согласно упомянутой концепции, которая образно отражает известные взаимодействия между конкурирующими биохимическими путями, повышение активности какой-либо системы («взлет качели»), приводит к снижению ее активности (нижняя точка качели), сопровождаемому новому взлету функционально отличного процесса в противоположной точке движения (т.н. «контрамоция»). Представленная модель хорошо описывает регуляторные системы, в частности смену метаболизма липидов и углеводов в зависимости от времени суток.

Что касается реальности регуляторных влияний того сложного молекулярно-системного процесса, который мы обозначаем как ОС, на функционирование целостного организма, то оно несомненно; эффект зависит только от диапазона изменений его основных параметров: чем больше будет диапазон, тем больше потребуются энергетических и пластических ресурсов для его минимизации.

Двадцатилетний опыт работы нашего Центра по изучению системы ПОЛ-АОЗ и применению антиоксидантов в терапии при различных видах репродуктивной патологии убедительно показал, что изменения в исследуемой метаболической системе теснейшим образом связаны с течением гестационного процесса, его нарушениями, различными видами инфертильности не только у женщин, но и мужчин. Так было показано, что у женщин с угрозой прерывания беременности в ранние сроки в крови отмечается активация ПОЛ и снижение уровня АОЗ в середине беременности; такая же тенденция наблюдается и при исследовании амниотической жидкости и плаценте. Преждевременные роды сопровождаются еще более резкой активацией ПОЛ и истощением АОЗ, что остро ставит вопрос о необходимости поддержки механизмов АОЗ при осложненной беременности.

Дисбаланс системы ПОЛ-АОЗ наблюдался и у пациенток с овариальной дисфункцией и диффузной мастопатией, причем нарастание этого дисбаланса наблюдалось в течение всего менструального цикла, достигая своего максимума в лютеиновую фазу. Эти результаты позволили разработать новый алгоритм обследования пациенток и разработать эффективный метод лечения этой патологии с включением комплекса антиоксидантов и их синергистов.

Нарушение регуляции в системе ПОЛ-АОЗ с повышением содержания первичных и вторичных продуктов перекисидации липидов вкупе со снижением концентрации антиоксидантных витаминов выявлено и при различных формах эндокринного бесплодия (СКПЯ, гиперпролактинемия, надпочечниковая гиперандрогения).

Таким образом, анализ отечественной и зарубежной литературы, а также наш собственный опыт в исследовании системы ПОЛ-АОЗ, со всей очевидностью свидетельствуют, что оксидативный стресс сопровождает и/или является одним из ключевых патогенетических звеньев в развитии многих видов репродуктивной патологии. Это приводит к твердому убеждению о необходимости исследования свободнорадикальных процессов, в частности ПОЛ, и механизмов антиоксидантной защиты при нарушении репродуктивного здоровья у женщин и мужчин. При выявленных нарушениях требуется применение антиоксидантов, комплекс которых должен подбираться строго индивидуально с учетом характера обнаруженного дисбаланса в прооксидантно-антиоксидантной системе.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Коломойцева Т.Н., Орлов О.А.

ГУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер», Пермь,
Россия

В последние годы в России отмечается возрастающий интерес к проблеме заболеваний молочных желез. Наибольший удельный вес среди доброкаче-

ственных дисплазий молочных желез в репродуктивном возрасте составляет фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). Проплиферативные формы ФКБ являются факторами риска развития рака молочных желез (РМЖ). Также доказаны факты повышения риска развития РМЖ на фоне ожирения, избыточного содержания жиров в рационе, курения и, особенно, абортов. Известно, что во время беременности структурно-функциональная организация тканей претерпевает значительные изменения. Митотическая активность млечного эпителия наиболее выражена в I триместре беременности, а во второй ее половине преобладают процессы морфо-функциональной дифференцировки молочных желез. После завершения лактации наблюдается активация апоптоза эпителиальных клеток. Искусственный аборт приводит к нарушению хода физиологических процессов в молочных железах, формируют основу для развития гиперплазии. В связи с этим, несомненно положительная роль профилактики нежелательной беременности посредством использования гормональных контрацептивов. Механизм положительного влияния КОК на молочные железы заключается в торможении в гипоталамусе секреции гонадотропин-рилизинг-гормона, что приводит к блокаде выработки гонадотропинов и подавлению овуляции, вызывая регресс пролиферативных процессов в молочной железе. Известно, что большинство положительных неконтрацептивных эффектов связывают с гестагеном, входящим в состав КОК. Их можно разделить на производные прогестерона, 17-гидроксипрогестерона, 19-норпрогестерона и 19-нортестостерона. Если говорить о влиянии на молочные железы, то следует отдавать предпочтение прогестагенам, обладающим выраженной антиминералокортикоидной активностью в отношении эпителия молочных желез. Первым представителем нового класса прогестагенов — производных спиронолактона является дроспиренон. Благодаря влиянию на ренин-ангиотензин-альдостероновую системы препарат препятствует задержке жидкости и тем самым снижает отеки и нагрубание молочных желез. Принципиально важной клинической характеристикой дроспиренона является его способность нивелировать некоторые побочные эффекты этинилэстрадиола при отсутствии негативных андрогензависимых побочных реакций, что значительно повышает приемлемость оральной контрацепции. В некоторых исследованиях было показано, что гестаген четвертого поколения диеногест обладает некоторым антипролиферативным влиянием на молочные железы.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния молочных желез и метаболизма эстрогенов на фоне использования оральных контрацептивов, содержащих дроспиренон и диеногест.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 63 женщин в возрасте от 31 до 45 лет, использующих гормональный контрацептив Ярина, содержащий дроспиренон и Жанин с 2 мг диеногеста. Всем пациенткам проведено общеклиническое

обследование, гинекологический осмотр с расширенной кольпоскопией и цитологическим исследованием соскоба с шейки матки, осмотр и пальпация молочных желез и региональных лимфатических узлов, УЗИ молочных желез и малого таза на аппаратах экспертного класса на 7-10 день цикла, по показаниям — рентгенологическая маммография, при наличии кист проводили тонкоигольную биопсию молочных желез, цитологическое исследование пунктата и отделяемого из сосков. Измерение уровней 2 и 16 α -гидрокси метаболитов эстрогенов в моче проводилось с помощью тест-системы Estramet 2/16 ELISA (ImmunaCare Corporation, Bethlehem, PA), основанном на конкурентном методе твердофазного иммуноферментного анализа. Как известно, 16-гидроксиэстрон обладает противоположным 2-гидроксиэстроноу эффектом, являясь проэстрогеном. Исследования последних лет показали, что соотношение метаболитов эстрогенов 2/16ОН меньше 2 являются маркером внутренней эстрогеновой активности. В пользу данной гипотезы свидетельствует тот факт, что прослеживаются этнические особенности уровней метаболитов эстрогенов в моче.

Результаты нашего исследования свидетельствуют об увеличении количества антипролиферативного метаболита эстрогенов (2ОН1) при использовании исследуемых гормональных контрацептивов. Это сопровождается клинико-эхографическими показателями улучшения состояния молочных желез. Определение уровней и соотношения гидроксиметаболитов эстрогенов в моче может служить маркером благополучия молочных желез на фоне гормональной контрацепции.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ МАКРОФАГОВ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Кондриков Н.И., Шамаракова М.В., Горбачева Ю.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В настоящее время не вызывает сомнения, что микроокружение опухоли, в состав которого входят клетки воспаления, способствует ее росту и метастазированию. Использование противовоспалительной терапии приводит к снижению риска развития карциномы и предраковых поражений шейки матки. Среди клеток воспаления в функциональном и количественном отношении наиболее большое значение имеют макрофаги. Ранее было известно, что опухоль — ассоциированные макрофаги могут оказывать прямое разрушающее действие на опухоль и стимулировать противоопухолевую активность Т-клеток. В настоящее время обсуждается вероятность изменения активности макрофагов опухолевыми клетками, обеспечивающая развитие злокачественного поражения. Сведения о значении макрофагов в цервикальном канцерогенезе

противоречивы. Ряд авторов указывает на увеличение числа макрофагов по мере прогрессирования плоскоклеточного интраэпителиального поражения (SIL) в инвазивную карциному, другие — описывают уменьшение популяции макрофагов при SIL по сравнению с неизменной шейкой матки.

С целью выявления связи макрофагов со злокачественной трансформацией в шейке матки и риска прогрессирования поражения, изучали число макрофагов с использованием антитела CD 68 и экспрессию p16INK4a в ткани неизменной и патологически измененной шейки матки. Исследование экспрессии p16INK4a проводили для подтверждения злокачественной трансформации клеток плоского эпителия, обусловленной наличием ВПЧ. Среди 377 женщин на основании гистологического исследования предраковые поражения шейки матки были диагностированы у 57 больных. Для иммуногистохимического исследования были отобраны биоптаты шейки матки, среди которых 1-ю группу составили больные с SIL низкой степени тяжести (LSIL; плоская кондилома и CIN1) и 2-ю группу — с SIL высокой степени тяжести (HSIL; CIN2, CIN2-3, CIN3). В качестве контроля служили участки шейки матки у женщин с неизменным многослойным плоским эпителием и плоскоклеточной карциномой.

В исследовании использовали антитела CD68+ и p16INK4a фирмы «Dako Corporation» (Дания) с разведением 1:500 и 1:450 соответственно. Анализ полученных данных проводили с использованием программного обеспечения Axiovision (K. Zeiss, Германия).

В результате исследования была выявлена прямая зависимость между увеличением степени тяжести поражения и числа макрофагов в эпителии, строме и общим числом макрофагов. Экспрессия p16INK4a в неизменном эпителии шейки матки не наблюдалась, в LSIL была слабой, очаговой и у каждой третьей больной отсутствовала, тогда как при HSIL была более интенсивной и распределялась по всему эпителиальному пласту. Наиболее высокая экспрессия p16INK4a отмечалась в клетках ткани плоскоклеточной карциномы.

В неизменной ткани шейки матки число макрофагов было выше в строме по сравнению с эпителием. Однако, это различие уменьшалось по мере прогрессирования поражения, указывая на перемещение макрофагов из стромы в эпителий. Инфильтрация эпителия макрофагами по сравнению с общим числом макрофагов в неизменной ткани шейки матки, LSIL, HSIL, и плоскоклеточной карциноме составила 4,6% (0-26,7%), 13,5% (0-45%), 25% (7,1%-48,3%) и 31,3% (18,3%-47,1%) соответственно.

При сравнении данных экспрессии обоих маркеров выявлено, что в поражениях LSIL с выраженной экспрессией p16INK4a, занимающей не менее 1/3 эпителиального пласта число макрофагов было выше по сравнению с поражениями, в которых экспрессия p16INK4a была слабой, очаговой. В связи с этим, можно предположить, что увеличение числа макрофагов, особенно в эпителиальном компоненте шейки матки может служить фактором риска

его прогрессирования. Для подтверждения этого требуются дальнейшие проспективные исследования на большем числе наблюдений.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Кононова И.Н., Обоскалова Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Актуальность проблемы раков вульвы, влагалища и шейки матки обусловлена неуклонным ростом данной патологии, особенно в группе женщин молодого репродуктивного возраста, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении предраковых заболеваний.

Цель: провести анализ показателей заболеваемости раками и предраковыми заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища с последующей оптимизацией терапии и профилактики.

Материалы и методы исследования.

Проанализирована динамика показателей заболеваемости раками шейки матки, вульвы и влагалища за 10 лет, а также предраковыми заболеваниями данных локализаций за последние 3 года, анализ выявляемости изучаемых заболеваний в медицинских учреждениях, соответствия диагностики и лечения современным требованиям оказания помощи пациенткам с патологией шейки матки, проведения организационных мероприятий по первичной профилактике рака шейки матки.

За 10 лет показатель рака шейки матки в Екатеринбурге вырос в 1,7 раза и составил в 2009 году 26,1% по данным ж.к., при этом в возрастной категории 20 — 35 лет этот показатель вырос в 1,7 раза за 3 года, вышел по частоте на 1-е место. За последние 3 года диагностирован рак вульвы и рак влагалища в возрастной категории 20 — 35 лет. Выявляемость рака шейки матки в смотровых кабинетах составляла в 1999 году 11%, в 2009 году 20%. Анализ данных об организации специализированной помощи пациенткам с патологией шейки матки выявил несоответствие диагностики и оказания помощи современным взглядам в 57% случаев что требовало внедрения обучающих программ для врачей женских консультаций.

Это указывает на необходимость усиления профилактической и диспансерной работы с пациентками с заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища. Основные пути профилактики раков вульвы, влагалища и шейки матки, заключаются в оптимизации организационных моментов, совершенствовании вторичной профилактики, внедрении обучающих программ, первичной профилактики.

В Екатеринбурге организована система оказания специализированной медицинской помощи пациенткам с патологией вульвы, влагалища и шей-

ки матки с выделением двух специализированных медицинских Центров для оказания помощи наиболее сложным пациенткам с предраковыми заболеваниями 3 стадии, концентрации проведения цитологического исследования в специализированных Центрах. Были составлены и внедрены в практику Протоколы диагностики и ведения предраков и злокачественных образований, методические рекомендации «Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополостной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции». Под руководством кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета УГМА на базе ООО «Фотек» организованы краткосрочные курсы повышения квалификации на 72 часа «Патология вульвы, влагалища и шейки матки с основами кольпоскопии и широкополостной радиохимирургии». За 2 года получили первичное образование 42 человека, вторичное — 8 врачей.

С целью внедрения первичной профилактики заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека, в Екатеринбурге организована система, возглавляемая Городским Центром медицинской профилактики, осуществляющим функции просвещения населения, где организована «горячая» телефонная линия, и Управлением здравоохранения, организующим совместно с кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета УГМА обучающие лекции для врачей, семинары, конференции. За 2009 год для практических врачей женских консультаций прочитано 42 лекции, проведено 38 круглых столов. В прививочных кабинетах города за 2008 год было введено 800 доз квадριвалентной вакцины Гардасил, в 2009 году этот показатель увеличился в 2 раза.

Проведение четкой и направленной работы способствовали изменению сложившихся негативных тенденций в вопросах рака шейки матки, выросла выявляемость рака шейки матки 1 стадии в 2 раза за 3 года, рост заболеваемости предраками вульвы и шейки матки в 1,4 раза свидетельствовал об улучшении диагностики данных заболеваний и адекватно проведенной терапии.

Таким образом, для профилактики раков шейки матки, вульвы и влагалища необходимы организационные мероприятия, направленные на оказание специализированной помощи пациенткам с патологией вульвы, влагалища и шейки матки по единому алгоритму, концентрация пациенток и диагностика в специализированных Центрах, организация Скрининговых программ, обучающие программы.

ФИТОЭСТРОГЕНЫ И НИЗКОДОЗИРОВАННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Коренная В.В., Мясоедова В.А.

Россия, Москва, Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Российская Медицинская Академия Последипломного Образования» Росздздрава

С целью оценки эффективности применения препарата, содержащего фитоэстрогены (ФЭ) в сравнении с низкодозированным препаратом заместительной гормональной терапии (НД-ЗГТ), в лечении климактерического синдрома (КС) у пациенток в перименопаузе, было проведено многоцентровое, плацебо-контролируемое, рандомизированное исследование. В него было включено 159 здоровых женщин в перименопаузе (45-55 лет), с уровнем ФСГ в плазме крови ≥ 35 нг/мл, с интактной маткой и придатками, не имевших противопоказаний к назначению ЗГТ, нуждавшихся в терапии КС и подписавших информированное согласие.

Из 159 пациенток 140 пациенток методом случайны чисел были рандомизированы в 2 группы и получали либо ФЭ-содержащий препарат (44,6 мг полифенольных соединений/сутки), в течение 12 месяцев, либо плацебо (Пл), а 19 женщин составили контрольную группу, получавшую НД-ЗГТ (1 мг 17-эстрадиола+2 мг дроспиренона/сутки) в течение 6 месяцев. В начале и конце исследования всем пациенткам проводилась оценка тяжести КС на основании индекса Куппермана (ИК) и качества жизни (КЖ) при помощи опросника Utian Quality of Life Scale (UQOLS).

Анализ результатов исследования показал, что все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по антропометрическим и клинико-лабораторным показателям. В том числе по тяжести КС, который исходно соответствовало умеренной степени тяжести. В цифровом выражении это соответствовало для группы получавшей ФЭ $11,4 \pm 0,7$, Пл $11,9 \pm 0,6$, НД-ЗГТ $14,2 \pm 1,53$ баллов.

Общий индекс КЖ в первой, второй и третьей группе был «низким» и составил — $45,6 \pm 0,7$, $45,9 \pm 0,7$ и $42,26 \pm 2,04$ баллов соответственно, индекс социального КЖ — $27,6 \pm 0,6$, $26,8 \pm 0,8$ и $25,9 \pm 1,38$ («нормальный»), индекс эмоционального КЖ — $17,5 \pm 0,3$, $18,3 \pm 0,3$ и $17,05 \pm 0,52$ («средний»), медицинский компонент КЖ — $19,2 \pm 0,3$, $19,9 \pm 0,3$ («средний») и $19,74 \pm 0,65$, индекс сексуального компонента КЖ — $9,8 \pm 0,2$, $9,4 \pm 0,3$ и $9,53 \pm 0,35$ баллам соответственно («нормальный»). По окончании исследования ИК в группе получавшей ФЭ и Пл снизился в среднем на $3,2 \pm 0,6$ и $3,3 \pm 0,6$ ($p < 0,005$) баллов соответственно. КЖ пациенток в данных группах так же статистически достоверно не изменилось ($p < 0,005$). Индекс КЖ увеличился в среднем на $0,1 \pm 0,6$ и $1,4 \pm 0,7$, его социальная составляющая на $0,5 \pm 0,6$ и $0,2 \pm 0,6$, медицинская на $0,2 \pm 0,3$ и $0,7 \pm 0,4$, сексуальная на $0,1 \pm 0,2$ и $0,03 \pm 0,3$ баллов группе ФЭ и Пл соответ-

ственно. Эмоциональная составляющая в первой группе снизилась на $0,1 \pm 0,2$, а во второй группе увеличилась на $0,2 \pm 0,1$ баллов. В группе получавшей низкодозированную гормональную терапию статистически достоверные изменения произошли во всех изучаемых показателях ($p > 0,001$). ИК снизился и составил $9,79 \pm 4,45$ (слабовыраженная тяжесть КС). Индекс КЖ увеличился в среднем на $4,2$, его социальная составляющая на $3,75$, медицинская на $3,84$, сексуальная на $3,43$ балла. КЖ в этой группе улучшилось ($+4,2$ балла) и стало соответствовать «среднему». Отмечено статистически достоверное улучшение социальной составляющей ($+3,75$), которая, однако, осталась в среднем диапазоне. Улучшились медицинская составляющая КЖ (стала «хорошей»), эмоциональная («средней») и сексуальная (осталась «нормальной»).

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что терапия КС умеренной степени в перименопаузе изученным ФЭ-содержащим препаратом не оказала статистически достоверного влияния на его выраженность и на КЖ. Сравнительный анализ эффективности ФЭ и плацебо не выявил преимуществ первой. НД-ЗГТ оказала статистически достоверное влияние на выраженность климактерического синдрома умеренной степени, сделав его проявления слабыми. Данный вид терапии оказал положительное влияние на КЖ женщин в перименопаузе, особенно на его медицинскую составляющую. Полученные результаты не позволяют считать фитотерапию адекватным методом в лечении климактерического синдрома, однако делают ЗГТ препаратом выбора.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВПЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ И МИКРОКАРЦИНОМОЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПЦР И HYBRID CAPTURE 2)

Короленкова Л.И.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN) — этапы развития рака шейки матки (РШМ) на фоне персистирующей папилломавирусной (ВПЧ) инфекции высокого канцерогенного риска (ВКР). CIN чаще возникают у молодых женщин детородного возраста. Прогрессия их до инвазивного рака происходит в течение 10-30 лет. За это время возможно выявление и лечение заболевания до развития злокачественной опухоли с сохранением детородной функции

В России организованный скрининг РШМ практически отсутствует, существуют лишь элементы оппортунистического скрининга, основанного на

цитологическом методе. Сенсиitivность традиционного цитологического исследования в отношении CIN 2-3 невысока (55-74%), и потому ВПЧ-тестирование в настоящее время является одним из важнейших инструментов выявления и обследования больных CIN и РШМ. В большинстве развитых стран вирусологический метод используется в дополнение к цитологическому, а в некоторых странах составляет первый этап скрининговой программы из-за почти 100% негативной предсказательной ценности. Больных, у которых в мазках обнаружены повреждения от ASCUS (атипические плоские клетки неясного значения) и более, можно с помощью вирусологического метода разделить на группы различного риска тяжелых CIN и РШМ.

В России наиболее часто ВПЧ-тестирование проводят методом ПЦР, включающим 10-13 наиболее распространенных типов ВПЧ. Это наиболее «бюджетный» метод выявления инфицированных больных. Однако, он не позволяет отсеять больных с транзитной ВПЧ-инфекцией в процессе или после элиминации вируса, так как у этих пациенток результат в большинстве случаев остается положительным. Дальнейшее гистологическое исследование не подтверждает CIN, даже при атипических кольпоскопических картинах, которые могут отражать незрелую метаплазию зоны трансформации на фоне транзитной ВПЧ-инфекции.

Более дорогим, но и более информативным является метод гибридного захвата (Hybrid capture 2, HC2), позволяющий полуколичественно (в относительных световых единицах) оценить вирусную нагрузку одного или нескольких из 13-ти типов ВПЧ ВКР.

Целью настоящего исследования было сравнить эффективность ВПЧ-тестирования методами ПЦР и HC2 (Quiagen, Inc. Gaithersburg, DM) в отношении выявления CIN тяжелой степени и РШМ среди больных, поступивших в РОНЦ с изменениями в мазках от ASCUS и более.

С 2006 по 2010 в РОНЦ было обследовано 747 больных, обратившихся по результатам оппортунистического скрининга с изменениями в мазках от ASCUS и более. Для установления диагноза выполнялось ВПЧ-тестирование методом ПЦР (всем больным) и HC2 (356 больным), кольпоскопия и морфологическое исследование материалов биоптата или петлевой эксцизии и соскоба цервикального канала.

У 560 больных были обнаружены CIN различной степени и микрокарцинома шейки матки. Прогностическая ценность положительного результата цитологического метода в отношении CIN и ранних форм РШМ составила 74,9%. Больные тяжелыми CIN и микрокарциномой все были ВПЧ-позитивны, при этом ложноотрицательный результат ПЦР отмечен у трех больных. Лишь одна больная с CIS имела ВПЧ низкого онкогенного риска. Среди 47 больных с CIN1 ВПЧ был отрицательным у 14 (29,8%), восемь из которых имели уреоплазмоз.

Из 187 больных, у которых CIN не подтвердилось, у 99 (52,9%) ПЦР ВПЧ ВКР был положительным, однако по данным HC2 ВПЧ был обнаружен

лишь у 12 из них и вирусная нагрузка у 10 больных была от 2 до 89 RLU, то есть относительно низкой, что скорее связано с текущей элиминацией вируса. У двух больных высокие цифры вирусной нагрузки (более 1000 RLU) были связаны с недавним инфицированием, в дальнейшем нагрузка прогрессивно снижалась, через 18 месяцев у обеих пациенток тест стал отрицательным. Отрицательный HC2 у остальных 87 больных с положительным ПЦР можно объяснить уже произошедшей элиминацией вируса — то есть ВПЧ-инфекция носила транзитный характер и не сопровождалась клинически значимыми последствиями.

Заключение:

ВПЧ-тестирование при отрицательном результате обоих методов позволяет практически исключить CIN. Положительный результат ПЦР, однако, необязательно свидетельствует о наличии CIN даже при повреждениях в мазках, особенно пограничного характера (ASCUS, ASC-H) и наличии атипической зоны трансформации. При положительном ПЦР и отрицательном HC2 CIN также можно исключить. Вирусную нагрузку, определяемую методом HC2, можно считать наиболее значимым клиническим признаком для исключения из группы больных с положительной ПЦР женщин с транзитной ВПЧ-инфекцией. HC2 клинически более ценен, чем ПЦР.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПАНАВИР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЫЗВАННОЙ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Коротких И.Н., Бельских О.Л., Михайлова М.Д.,
Ключникова Т.Н., Крыштопина О.С., Ефремова Е.А.
г. Воронеж**

Патология шейки матки занимает первое место в структуре гинекологической заболеваемости. Согласно клинико-морфологической классификации патологические процессы шейки матки подразделяются на:

1. Фоновые процессы (псевдоэрозия, лейкоплакия, полип, плоские кондиломы);
2. Предраковый процесс (дисплазия: слабая, умеренная, тяжелая);
3. Преинвазивный рак (Cancer in situ, внутриэпителиальный рак);
4. Микроинвазивный рак;
5. Инвазивный рак (плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, аденокарцинома, диморфный железисто-плоскоклеточный, низкодифференцированный).

Наиболее грозной патологией, безусловно, является рак шейки матки (РШМ), которому предшествует развитие предракового процесса в виде дисплазии различных степеней.

Дисплазия шейки матки (цервикальная интра-

эпителиальная патология) — неинвазивные неопластические изменения эпителия шейки матки в зоне перехода однослойного цилиндрического эпителия шеечного канала в многослойный неороговевающий влагалищной части шейки матки, часто возникающие после инфицирования вирусом простого герпеса (ВПГ) и вирусом папилломы человека (ВПЧ). Таким образом, ВПЧ является одним из провоцирующих факторов развития дисплазии шейки матки, а при отсутствии правильного лечения трансформирует легкую дисплазию в умеренную, далее в тяжелую и начальные формы рака шейки матки. При выявлении такой инфекции 16, 18, 33, 35 и 39 типов лечение следует сопровождать противовирусной терапией.

Распространённость дисплазии шейки высока, что объясняется высокой инфицированностью выше упомянутыми вирусами, неограниченным долгим персистенцированием их в организме, часто бессимптомным или субклиническим течением. Современные эпидемиологические исследования показали, что развитие РШМ в 99,7% случаев связано с инфицированием ВПЧ. Всё это позволяет говорить о необходимости своевременного выявления патологии шейки матки (в частности, дисплазии) и адекватного лечения её.

Мы наблюдали группу пациенток с различными степенями дисплазии шейки матки. По данным различных источников, применение только консервативного или хирургического лечения у таких больных редко приводит к желаемому эффекту, так как возникают рецидивы, которые составляют около 40%. Поэтому нашим пациенткам решено было назначить комплексное лечение в виде медикаментозной терапии противовирусным препаратом Панавир (ООО «Флора и Фауна», Россия), предварительные данные о положительном терапевтическом эффекте которого широко представлены в литературе, и хирургическое вмешательство в объёме конизации шейки матки. Панавир ингибирует синтез вирусных белков и повышает жизнеспособность клеток в присутствии вирусов в их культуре.

Мы обследовали 11 женщин в возрасте от 22 до 42 лет (средний возраст составил 32 года). Всем пациенткам было произведено обследование в объёме кольпоскопии, цитологического исследования мазка, обследования на наличие урогенитальной инфекции, биопсия и выскабливание цервикального канала. У 4 пациенток была выявлена дисплазия I-II, дисплазия II-III — у 4, дисплазия III — у 2 женщин. При обследовании на ВПЧ вирус выявлен у 8 пациенток, у 1 — не обнаружен, 1 пациентка не была обследована на ВПЧ. Была назначена и проведена медикаментозная противовирусная терапия препаратом Панавир и хирургическое лечение в объёме конизации шейки матки. Всем больным с первого дня исследования назначалась терапия с применением препарата Панавир, который использовался по схеме- 0,004% раствор, 5 мл внутривенно струйно с интервалом 48 часов — 3 инъекции, затем — 2 инъекции с интервалом 72 часа. После окончания лечения Панавиром проводилось локальное хирур-

гическое лечение (радиоволновая конизация с помощью аппарата «Сургитрон»). Морфологическое исследование удалённых участков шейки матки подтвердило у 11 пациенток наличие изменений, соответствующих ВПЧ-инфекции. После проведённого хирургического лечения назначался Панавир-гель для наружного использования (0,002%) в виде аппликаций на зону деструкции, а также в виде вагинальных орошений. Кроме того, по окончании лечения пациенткам была проведена неспецифическая иммуномодулирующая терапия.

Через 3 месяца с момента начала терапии у 8 (73%) пациенток по данным кольпоскопии отсутствовали признаки атипического эпителия (ацетобелый эпителий, «мозаика», атипическая зона трансформации). При повторном исследовании через 6 месяцев у 10 (91%) женщин — кольпоскопическая картина без признаков атипии. У 7 (64%) пациенток отмечено прекращение выделения ВПЧ со слизистой цервикального канала и стенок влагалища через 3 месяца с момента начала противовирусной терапии Панавиром, через 6 месяцев — у 10 (91%) женщин. Аллергических реакции выявлено не было.

Результаты исследования позволяют говорить о высокой эффективности комплексного лечения цервикальной интраэпителиальной патологии, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией, конизацией шейки матки в совокупности с противовирусным препаратом Панавир.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМИОЗА

Костина М.А., Дамиров М.М., Зубарева Г.М.*

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО

*Россия, г. Тверь, ГОУ ВПО Тверская ГМА

Актуальность исследования. Генитальный эндометриоз (ГЭ) является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Наиболее частая локализация этой патологии — поражение матки (аденомиоз), доля которого в структуре ГЭ составляет от 70 до 80%. Выраженная клиническая симптоматика (меноррагии, дисменорея, диспареуния, болевой синдром) влечет за собой нарушение психоэмоционального состояния, дисфункцию вегетативной нервной системы, снижая качество жизни пациенток. Основу современной терапии аденомиоза составляет гормональное лечение. Появились сообщения о выраженном лечебном действии у женщин репродуктивного возраста низкодозированного контрацептива «Жаннин», который содержит 0,03мг этинилэстрадиола и 2мг диеногеста. Важным разделом клинической медицины является совершенствование методов диагностики при проведении консервативного лечения у таких больных.

Целью исследования явилась разработка новых методов оценки эффективности проводимой терапии при аденомиозе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациенток с аденомиозом находящихся в репродуктивном возрасте (средний возраст $31,8 \pm 2,87$ лет). Проведен анализ анамнестических и клинических данных, результатов комплексного обследования (клинический и биохимический анализы крови, оценка спектральных характеристик сыворотки крови, ультразвуковое сканирование, гистероскопия, морфологическое исследование). Для исследования инфракрасного спектра (ИКС) сыворотки крови был применен девятизональный анализатор — аппаратно-программный комплекс «Икар». Данный аппарат работает в диапазоне волн 3500 до 963 см⁻¹, соответствующих функциональным группам основных компонентов органических веществ сыворотки крови, что позволяет регистрировать изменения структурного состояния биологических жидкостей (Каргаполов А. В., 2006). Обработку полученных данных проводили с помощью разработанного для аппарата программного обеспечения. В наблюдаемой группе больных аденомиозом проведена терапия препаратом «Жаннин» (в течение первых трех месяцев в непрерывном режиме, далее по схеме контрацепции в течение 6 месяцев). Для оценки эффективности лечения, наряду с традиционным клиническим обследованием, изучалась динамика изменения спектральных характеристик сыворотки крови. Группу контроля для оценки показателей ИКС составили 30 практически здоровых женщин (средний возраст $27,4 \pm 3,28$ лет).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ показателей пропускания (ПП) ИК-спектра сыворотки крови у больных аденомиозом до проведения лечения и у здоровых женщин показал, что достоверные отличия получены по всем диапазонам, за исключением области 3500 — 3100 см⁻¹, дисперсии ПП отличались по интервалам: 3085-1623, 1543-1396 и 1087-963 см⁻¹. В динамике проведенной терапии отмечено, что уменьшение выраженности дисменореи было диагностировано у 91% больных, меноррагии были купированы у всех женщин, межменструальные кровянистые выделения прекратились у 83%, отсутствие жалоб на диспареунию отметили 73% пациенток. При анализе ПП ИК-спектра сыворотки крови у наблюдаемых больных после завершения курса гормональной терапии в сравнении со значениями до лечения, были выявлены достоверные отличия ($p < 0,05$) в диапазонах 3500 — 3100 см⁻¹, характерного для связей О-Н (вода), и 1729—1533 см⁻¹ — для связей С=О и N-H амидных групп, Н-О-Н (белки, вода). Таким образом, сравнительный анализ ПП исследуемых групп позволяет считать максимально информативными интервалы 3500-3100 (значение ПП до лечения $0,93294 \pm 0,0352$ и после $0,79742 \pm 0,0332$) и 1729 — 1533 см⁻¹ (до терапии $11,63299 \pm 0,1027$ и после $12,03992 \pm 0,1655$). Также было проведено сравнение дисперсий ПП ИКС сыворотки крови в динамике проводимой

терапии. Установлено, что после проведенного лечения возникает увеличение дисперсий почти во всех исследуемых диапазонах, включая наиболее информативные 2120 — 1623 см⁻¹ (фосфолипиды, триглицериды, эфиры холестерина) (до лечения $9,222479 \pm 0,4200$; $7,249046 \pm 0,3302$ и после $11,33694 \pm 0,5870$; $9,67694 \pm 0,5010$) и 1087 — 963 см⁻¹ (фосфолипиды) (до терапии $7,997322 \pm 0,3642$ и после $10,77369 \pm 0,5578$). Показатели приближались к данным, характерным для здоровых женщин.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности применения метода ИК-спектрометрии в оценке эффективности проводимой терапии у больных аденомиозом.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Краснопольский В.И., Овчинникова В.В.,
Булычева Е.С.

Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия

Среди вагинальных инфекций бактериальный вагиноз занимает лидирующие позиции, составляя 30—50% всех инфекционных поражений влагалища. Несмотря на активно проводимые лечебно-профилактические мероприятия, снижения заболеваемости бактериальным вагинозом не отмечается, что делает актуальной проблему поиска новых путей эффективной терапии.

Цель исследования: оценить эффективность, безопасность и приемлемость препарата Нео-Пенотран форте в лечении бактериального вагиноза и сравнить эффективность, безопасность, приемлемость препаратов Нео-Пенотран форте и Нео-Пенотран при лечении бактериального вагиноза.

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 49 женщин вне беременности и грудного вскармливания в возрасте 18-45 лет с бактериальным вагинозом. Диагноз ставился на основании наличия у пациенток жалоб на специфические выделения из влагалища, изменении рН влагалища в сторону защелачивания, выявлении ключевых клеток при микроскопии влагалищного отделяемого. У всех пациенток было исключено наличие кандидоза, трихомониаза, гонореи, хламидиоза, сифилиса и других воспалительных заболеваний влагалища.

Для лечения бактериального вагиноза 20 пациенткам назначался, хорошо зарекомендовавший себя препарат для влагалищного применения, Нео-Пенотран, 1 свеча которого содержит 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрата. Схема лечения — по 1 свече 2 раз в день в течение 7 дней. 29 женщин получали терапию новым препаратом Нео-Пенотран форте, одна свеча для влагалищного применения которого содержит 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола нитрата. Схема лечения — по 1 свече 1 раз в день в течение 7 дней.

После 7-дневного курса терапии оценивалась клиническая и микробиологическая эффектив-

ность. Проводился учет характера и частоты возникновения побочных эффектов. На основании анкетирования изучалась удовлетворенность пациентов применяемым методом лечения.

Результаты исследования. Клиническая эффективность составила 95% в группе лечения Нео-Пенотраном и 93,1% в группе лечения Нео-Пенотраном форте. Микробиологическая эффективность составила 90% в группе лечения Нео-Пенотраном и 89,6% в группе лечения Нео-Пенотраном форте. Серьезных побочных эффектов не отмечено в обеих группах. Частота побочных эффектов была незначительной. Жалобы на зуд, жжение предъявляла 1 (5%) пациентка в группе получавших Нео-Пенотран и 1 (3,4%) пациентка в группе получавших Нео-Пенотран форте. Боль во влагалище отмечали по 1 случаю в каждой группе - 5% и 3,4% соответственно. Вздутие живота зафиксировано только в группе лечения Нео-Пенотраном в 1 (5%) случае. Все побочные эффекты проходили самостоятельно и не требовали прекращения лечения. Удовлетворенность пациенток лечением Нео-Пенотраном форте составила 100%, а для Нео-Пенотраном-75%.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод, что Нео-Пенотран форте является эффективным средством для лечения бактериального вагиноза, безопасен и хорошо переносится, удобен и прост в применении. Эффективность, безопасность Нео-Пенотрана форте сопоставима с Нео-Пенотраном. Нео-пенотран форте обладает большей приемлемостью по сравнению с Нео-Пенотраном.

РОЛЬ СПЕРМАЛЬНЫХ мРНК ГЕНОВ PRM-1, PRM-2 и ADAM-2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ПРОГРАММ ВРТ

Краснощока О.Е., Бурменская О.В., Непша О.С., Смольникова В.Ю., Калинина Е.А., Трофимов Д.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Частота наступления беременности (ЧНБ) в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) составляет около 30%. Во многих исследованиях установлено, что нарушение компактизации хроматина в сперматозоидах негативно влияет на ЧНБ. В процессе сперматогенеза и раннего эмбриогенеза наряду с прямым геномным наследованием происходит ряд эпигенетических модификаций генома, т.е. наследуемых изменений фенотипа или экспрессии генов, вызываемых механизмами, отличными от изменения последовательности дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК). Реализация повреждений и/или эпигенетических изменений ДНК может служить диагностическим маркером негативного отцовского эффекта в отношении преимплантационного развития эмбриона. В ходе постмейотической гаплоидной стадии, при созревании мужских гамет происходит ремоделинг — измене-

ние структуры хроматина, который связан с потерей гистонов и их заменой на протамины (PRM-1 и PRM-2). Аномальный ремоделинг, связанный с дефицитом протаминов, способствует повреждению ДНК. Сперматозоиды со значительным уровнем фрагментации ДНК сохраняют способность оплодотворять ооциты, однако в дальнейшем эмбриональное развитие может блокироваться на разных этапах. Немаловажным для исхода программ ВРТ является также пенетрационная способность сперматозоида. Ключевую роль в процессе взаимодействия сперматозоида и ооцита играют белки семейства ADAM (a disintegrin and metalloprotease domain), известных также как фертилин- α (ADAM-1) и фертилин- β (ADAM-2). Разработка неинвазивных методов для определения качества сперматозоидов в прогнозировании развития эмбриона с хорошим имплантационным потенциалом позволит оптимизировать программы ВРТ.

С целью определения взаимосвязи уровня экспрессии спермальных мРНК генов PRM-1, PRM-2, ADAM-2 и исхода программ ВРТ было проведено исследование спермы у 26 мужчин, участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона (ЭКО и ПЭ). Были выделены две группы супружеских пар: I группа — с положительным результатом ЭКО (n=8) и II группа — с отрицательным результатом (n=18). Критериями включения пары в исследование служили: трубно-перитонеальный фактор бесплодия, возраст пациентки не более 35 лет, число предшествующих циклов ЭКО и ПЭ не более 2, нормальный овариальный резерв. Критериями исключения явились — эндометриоз любой локализации, миома матки больших размеров, патология спермы супруга/партнера, требующая применения метода интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ). Стимуляция супероуляции проводилась по стандартному «длинному» протоколу. Производилась оценка спермограммы супруга/партнера пациентки перед вступлением в программу ЭКО и ПЭ и в день трансвагинальной пункции яичников (ТВП). Образцы нативной спермы были отобраны в день ТВП в отдельные пробирки в объеме 200 мкл. Исследование профиля мРНК генов PRM-1 и PRM-2 и ADAM-2 проводили методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени. Количество транскриптов оценивали методом $\Delta\Delta C_q$ относительно референсных генов HPRT1, TBP и B2M. При статистической обработке данных в качестве меры центральной тенденции количественных признаков выбрана медиана, а в качестве интервальной оценки — верхний и нижний квартили. Для оценки значимости межгрупповых различий применялся U-критерий Манна-Уитни.

В результате проведенного исследования было показано, что у мужчин из 8 супружеских пар I группы с зарегистрированной клинической беременностью определялось достоверное повышение в нативной сперме ($p < 0,01$) уровня экспрессии мРНК фертилина-бета (ADAM-2), медиана (Me) составила 48,1, по сравнению со II группой (Me=3,7). Для

мРНК протаминов статистически значимых различий не получено, однако прослеживалась тенденция к увеличению уровня экспрессии мРНК генов PRM-1 (Me=8,6 в сравнении с Me=3) и PRM-2 (Me=21,7 в сравнении с Me=9,1) в группе с наступившей беременностью по сравнению с неудачным исходом ЭКО и ПЭ.

Таким образом, изучение роли спермальных мРНК путем определения экспрессии мРНК генов PRM-1 и PRM-2, ADAM2 представляется перспективным, позволяет более детально оценить вклад отцовского эпигенома в развитие эмбриона и прогнозировать исход программ ВРТ.

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ

Кудрина Е.А.¹, Станоевич И.В.¹, Демура Т.А.²,
Аброкова Б.С.¹

¹ — Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

² — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Наиболее частым клиническим проявлением сочетания миомы матки, аденомиоза и гиперплазии эндометрия является мено- или менометроррагия, неизбежным следствием которой служит прогрессирующий дефицит железа.

Целью исследования служило усовершенствование лечебной тактики при сочетанной доброкачественной патологии матки (СДПМ) путем сравнения «традиционной» схемы терапии железодефицитной анемии энтеральными препаратами двухвалентного железа после установления диагноза СДПМ и железодефицитной анемии на амбулаторном этапе до операции включительно (34,6±7 дней) и с 5-10 суток послеоперационного периода до нормализации лабораторных показателей (содержания гемоглобина, количества и морфологических особенностей эритроцитов) в дозе 80-100 мг/сут элементарного железа (52 пациентки), и схемы лечения, включающей использование внутривенного препарата железа «Венофер» в дозе 5,0 мл 1-2 инфузии до операции с последующим продолжением курса в послеоперационном периоде до №5 на фоне назначения низкокалорийного энтерального питания «Нутризон» по 300мл/сут в течение 14-16 дней послеоперационного периода (41 пациентка).

Сравниваемые группы сопоставимы по возрасту (средний возраст 47,4±3,3 года), характеру генитальной и экстрагенитальной патологии. Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями явились хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов (36,6%); патология сердечно-сосудистой системы (29,0%); заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит, синдром раздраженной толстой кишки, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперст-

ной кишки) — (44,1%) и гепато-билиарной системы (жировой гепатоз, хронический холецистит, желче-каменная болезнь, хронический панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей) (49,5%); избыточная масса тела (30,1%) и абдоминальный тип ожирения (51,6%).

Распределение больных в зависимости от тяжести анемии: I степень (Hb 91-109г/л) 32 и 24 пациентки 1 и 2 групп соответственно, II степень (Hb 81-90г/л) 15 и 13 больных, III степень (Hb ≤80г/л) 5 и 4 больных.

Компенсация железодефицитной анемии у больных 1 группы на догоспитальном этапе произошла у 19 больных (36,5%) с исходной анемией I степени и у 2 (13,3%) больных с анемией II степени при сохранении латентного дефицита железа. На степень компенсации существенно влияло количество менструаций после начала использования препаратов железа. При этом у 4 из 5 пациенток 1 группы с исходной анемией III степени за время подготовки к операции и проведения диагностических мероприятий произошло достоверное увеличение размеров матки (дальнейший быстрый рост узлов лейомиомы и прогрессирование аденомиоза).

Частота гемотрансфузий, проведенных интраоперационно либо в раннем послеоперационном периоде, в 1 группе составила 3,1%, 13,3% и 60,0% при анемии I, II и III степени соответственно.

В 1 группе к моменту выписки из стационара (12-16 суток) содержание Hb и эритроцитов нормализовалось у 22 (43,1%) и 8 (15,7%) пациенток с исходной анемией I и II степени соответственно.

Основным побочным эффектом применения энтерального железа явились диспепсические явления различного характера, частота которых возрастала с увеличением длительности использования препарата и превышала 40% после 1 месяца использования.

Больные 2 группы в течение 3-7 дней до операции внутривенно получили 100 мкг (при анемии I и II степени) или 200 мкг (при анемии II и III степени) элементарного железа, что сказалось на приросте Hb до операции (на 3-12г/л).

Частота гемотрансфузий, проведенных интраоперационно либо в раннем послеоперационном периоде, во 2 группе составила 4,2%, 7,6% и 25,0% при анемии I, II и III степени соответственно.

В послеоперационном периоде на фоне дальнейшего использования препарата внутривенного железа и низкокалорийной смеси для энтерального питания «Нутризон» показатели Hb и эритроцитов вернулись к норме к моменту выписки из стационара (12-16 суткам) при исходной анемии I степени у 21 (51,2%) и II степени — у 9 (22,0%) больных. Пациенты с исходной анемией III степени выписаны на 14-16 суток с показателями Hb>91 г/л.

Аллергических и других нежелательных побочных реакций при введении Венофера (5,0мл) в указанном режиме не отмечено.

Таким образом, помимо мено- или менометроррагии, факторами способствовавшими развитию анемии, явились хронические заболевания желудочно-

кишечного тракта и длительное несбалансированное питание, что необходимо учитывать в процессе компенсации недостаточности железа (выбор способа введения, сбалансированность питания по другим микроэлементам, витаминам, макронутриентам, относительный дефицит которых в условиях интенсификации гемопоэза лимитирует скорость восстановления гематологических и др. показателей).

Железодефицитная анемия II и III степени у пациенток с СДЗМ, нуждающихся в оперативном лечении, требует начала парентеральной коррекции недостатка железа до хирургического вмешательства с целью подготовки к предстоящей кровопотере и профилактики инфекционных осложнений; в связи с возможностью вторичной стимуляции прогрессирования СДЗМ при длительно существующей анемии III степени; для улучшения условий заживления раны и низкого риска (в сравнении с энтеральными препаратами) побочных эффектов особенно в виду высокой частоты заболеваний желудочно-кишечного тракта и необходимости восстановления нормальной перистальтики в послеоперационном периоде.

Использование внутривенного препарата железа до операции сказалось на снижении частоты переливания эритроцитарной массы, особенно при исходной анемии III степени.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Кудрявцева Л.И., Дурасов В.В., Егоров А.Ю.,
Полякова Т.В., Бараев К.И.
Россия, г.Самара, ММУ МСЧ№ 5

Единственным методом, обеспечивающим полное излечение миомы матки, считается гистерэктомия, которая является наиболее часто выполняемой полостной хирургической операцией. В настоящее время в хирургическую практику широко внедряется лапароскопия, как оперативный доступ, альтернативный лапаротомии. Кроме того, возрос интерес исследователей к влагалищному доступу, как наименее травматичному и дающему меньшее количество осложнений.

Единого мнения о возможности сочетания влагалищного и эндоскопического доступов при гистерэктомии по поводу миомы матки в литературе нет, это послужило поводом для нашего исследования.

В работе проведен сравнительный анализ комплексного обследования и хирургического лечения 1534 больных миомой матки, оперированных в отделении гинекологии и эндоскопической хирургии ММУ МСЧ № 5 г. Самары в период с января 2004 по декабрь 2009 гг. Из них 1200 больным выполнена лапароскопически ассистируемая влагалищная гистерэктомия (ЛАВГ), 240 больным — тотальная лапаротомическая гистерэктомия (ТЛТГ), 94 — влагалищная гистерэктомия (ВГ).

Методика ЛАВГ состоит из 2х этапов: лапароскопический и влагалищный. На лапароскопическом этапе обеспечивалась мобильность матки. Собственная модификация операции (Дурасов В.В., 2002-2004) заключается в том, что основные этапы операции выполняются влагалищным доступом.

Наиболее ответственным моментом при выполнении лапароскопической гистерэктомии является гемостаз маточных сосудов, так как именно на этом этапе наиболее часто происходят повреждения мочеточников.

Для облегчения работы на маточных сосудах в отделении используется специальный, изогнутый по радиусу №2, сосудистый зажим для почечной ножки, который вводится со стороны пузырно-маточного пространства вдоль ребра матки в прямокишечно-маточное углубление, при этом сосудистый пучок подтягивается книзу, к входу во влагалище. Таким образом, лигирование маточных сосудов осуществляется под контролем браншей зажима, что преследует следующие цели: 1)подтягивание сосудистого пучка ближе к входу во влагалище; 2)при проведении бранш хирург визуально контролирует пространство позади сосудистого пучка; латеральная бранша сдвигает в боковую сторону мочеточник в основание широкой маточной связки, тем самым, предупреждая его повреждение; 3)после пересечения маточных сосудов медиальная бранша сдавливает «уходящие» маточные сосуды и позволяет хирургу спокойно прошивать и перевязывать маточные сосуды в «сухом» операционном поле.

Влагалище ушивается по оригинальной методике в 3 ряда. Для этого накладывается непрерывный кетгутовый шов Ревердена на брюшину, начиная с левого края раны и избегая чрезмерного натяжения тканей. Затем дополнительно сшиваются крестцово-маточные связки нерассасывающейся лигатурой. Далее накладывается непрерывный кетгутовый шов на стенку влагалища продольно, в направлении от мочевого пузыря к прямой кишке, что надежно останавливает кровотечение из мелких сосудов, позволяя адекватно укрепить купол влагалища, и обеспечивая хорошую емкость влагалища.

В конце операции проводится обязательный лапароскопический контроль полноты гемостаза. Лапароскопический доступ дает возможность выполнить тщательный туалет брюшной полости и обеспечить полный гемостаз, что практически невозможно при влагалищной и лапаротомической гистерэктомии.

В отделении разработан комплекс эффективных мероприятий по защите мочевых путей от травматических повреждений на всех этапах выполнения ЛАВГ: 1)не применяется постоянный мочевой катетер; 2)вскрытие пузырно-маточной складки выполняется на этапе лапароскопии, при визуальном контроле; 3)на лапароскопическом этапе не выполняется диссекция мочеточников; 4)при выявлении наружного генитального эндометриоза, сопровождающегося облитерацией заднего прямокишечно — маточного углубления, адгезиолизис в этой области вы-

полняется на лапароскопическом этапе, под визуальным контролем; 5) лигирование маточной артерии проводится со стороны влагалища, используя сосудистый зажим для почечной ножки, раскрытые ветви которого позволяют сместить из опасной зоны мочевой пузырь и мочеточник. Маточная артерия лигируется однократно; 6) перед рассечением крестцово-маточных связок пальпаторно прослеживается ход мочеточников; Применение вышеуказанных мероприятий позволило избежать повреждения мочевых путей при выполнении 1534 операций ЛАВГ.

Учитывая, что использование влагалищного доступа при тотальной гистерэктомии ограничено целым рядом факторов (величина матки, емкость влагалища, необходимость операций на придатках, выраженный спаечный процесс в брюшной полости), использование лапароскопической ассистенции значительно расширяет возможности его использования. Вышеуказанные убедительные преимущества ЛАВГ при выполнении гистерэктомии позволяют рекомендовать его как метод выбора оперативного лечения миомы матки.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С КИСТАМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кузнецова Е.П., Серебrenникова К.Г.,

Халилов Р.З., Лапшихин А.А., Иванова Т.В.

Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,

г. Москва, ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени Сеченова»,

г. Москва, ЦКБ РАН, отделение вспомогательных репродуктивных технологий

Целью нашего исследования стало совершенствование тактики ведения больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников.

Под наблюдением находилось 975 больных в возрасте от 15 до 67 лет с новообразованиями яичников, находящихся на лечении в отделении ВРТ ЦКБ РАН г. Москва и гинекологических отделениях г. Ижевска УР. Средний возраст больных составил $32,33 \pm 9,73$ года (ДИ 95% 31,72; 32,04; $m=0,31$). На первом этапе проведено клинико-лабораторное обследование, определение уровней СА-125, оценка овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией. При выявлении небольших новообразований яичника (до 4-5 см), невысоком уровне СА-125, положительных результатах доплерометрии выполнялось консервативное лечение, включающее противовоспалительную и гормональную терапию. На втором этапе проведено хирургическое лечение.

Для клинического исследования были отобраны 847 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст $31,83 \pm 8,03$ года, 95% ДИ 31,29-32,35, $m=0,3$) после завершения хирургического этапа лечения.

Формирование клинических групп проведено по результатам морфологического исследования удаленных тканей яичника, согласно основным нозологическим формам заболеваний (МКБ X, 1999). Выделены следующие группы: I (основная) группа наблюдения — больные с опухолевидными образованиями ($n=681$). II (основная) группа наблюдения — больные с доброкачественными опухолями яичников ($n=166$).

С целью реабилитации прооперированным больным в послеоперационном периоде была назначена антиоксидантная (витамин Е) и метаболическая терапия (витамины А, В, С), иммуномодулирующая и системная энзимотерапия. Комбинированные оральные контрацептивы рекомендовались пациенткам с функциональными кистами и доброкачественными опухолями яичников не заинтересованным в деторождении в настоящее время как с противорецидивной целью, так и для восстановления менструальной функции и контрацепции. С учетом гистологического заключения и изменений гормонального статуса пациенткам с бесплодием рекомендовались для подготовки эндометрия препараты заместительной гормональной терапии, а также (по показаниям) прогестагены и агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона. Отказались от дальнейшего лечения 86 больных, что составило $10,15 \pm 0,01$ (86/847 случаев). Данные больные составили группу сравнения. Средний возраст больных группы сравнения составил $33,0 \pm 2,04$ лет (ДИ 95% 32,61; 33,38; $m=0,68$) ($p=0,64$ и $p=0,74$ по сравнению с группами наблюдения).

В результате комбинированной терапии у больных I группы положительный эффект в виде полного разрешения болевого синдрома достигнут в $83,70 \pm 0,01$ (570/681 случаев), нормализация менструальной функции в $94,13 \pm 0,009$ (641/681 наблюдений), наступление беременности — в $41,11 \pm 0,02$ (280/681 случаев). В I группе сравнения в $71,01 \pm 0,05$ (49/69 случаев), $81,16 \pm 0,05$ (56/69 случаев), $18,84 \pm 0,06$ (13/69 случаев) соответственно. Больные II группы отмечали исчезновение болевого синдрома в $95,18 \pm 0,02$ (158/166 случаев), менструальная функция нормализовалась в $89,76 \pm 0,02$ (149/166 наблюдений), восстановление репродуктивной функции отмечено — в $46,99 \pm 0,04$ (78/166 наблюдений). Во II группе сравнения $70,59 \pm 0,11$ (12/17 случаев), $76,47 \pm 0,1$ (13/17 случаев), $17,65 \pm 0,09$ (3/17 случаев) соответственно. На четвертом этапе лечения в связи с неэффективностью предложенного комплексного лечения 85 больных с бесплодием были включены в программу ВРТ. Среди больных с первичным бесплодием клиническая беременность наступила у 16 из 33 больных ($48,48 \pm 0,09$), с вторичным бесплодием у 17 из 33 больных ($51,52 \pm 0,09$). Из группы с опухолевидными образованиями яичников беременность клиническая была у 26 из 734 больных ($3,54 \pm 0,007$) и доброкачественными опухолями яичников у 7 из 189 больных ($3,70 \pm 0,01$).

Всего в результате нашего клинического наблюдения и проведения комплексной терапии беременность наступила у 377 больных, что составило

44,51%±0,02 от всех 847 наблюдавшихся больных репродуктивного возраста. Среди больных с бесплодием беременность наступила у 206 из 317 больных с бесплодием (64,98%±0,03): из них в 85,92%±0,02 (177/206 случаев) у больных с опухолевидными образованиями яичников и в 14,08%±0,02 (29/206 случаев) у больных с доброкачественными опухолями яичников.

Таким образом, последовательное проведение лечебных этапов при доброкачественных опухолях и кистах яичников, своевременное лечение пациенток с бесплодием методами ВРТ является перспективным в плане восстановления репродуктивной функции.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ — ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Кузнецова И.В.¹, Мычка В.Б.³, Войченко Н.А.⁵,
Акарачкова Е.С.², Кириллова М.Ю.³, Успенская Ю.Б.⁴

¹ Российская Медицинская Академия Последипломного
Образования, Россия, Москва

² Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ ММА
им. И.М. Сеченова

³ Институт клинической кардиологии им А.Л.Мясникова
Российского кардиологического научно-практического комплекса

⁴ Отдел консервативной колопроктологии НИЦ ММА им.
И.М. Сеченова

⁵ Кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова

Целью нашего исследования являлось изучение влияния заместительной гормональной терапии, включающей 1мг 17В-эстрадиола и 2мг дроспиренона, на уровень артериального давления, состояние микроциркуляции, сосудистой стенки и метаболический статус у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы — в исследовании участвовали 50 пациенток средней возраст 49,6 ± 5,2 года с диагностированной постменопаузой в сочетании с климактерическим синдромом, имеющие показания для назначения заместительной гормональной терапии. Пациентки были разделены на 3 группы: 15 пациенток с хирургической менопаузой, 15 пациенток с естественной менопаузой и 20 пациенток группы контроля не получавшие ЗГТ. Уровень клинического САД и ДАД в среднем составлял 134,3±11,2 мм.рт.ст. и 89,3±7,1мм.рт.ст. соответственно. Средняя масса тела пациенток составляла 80,7±2,3 кг и индекс массы тела (ИМТ) 27,95±4,70 кг/м², окружность талии (ОТ) 89,2±1,2 см. Всем пациенткам группы активного лечения после тщательного обследования гинекологом и отсутствии противопоказаний назначали ЗГТ, включающую 1мг 17В-эстрадиола и 2мг дроспиренона, 1 раз в сутки ежедневно. Проводилось измерение артериального давления (АД) и антропометрических показателей. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле. До лечения и через 6, 12 месяцев терапии 1 мг 17В-эстрадиола и 2мг дроспиренона пациенткам проводилось клинико-гинекологиче-

ское исследование, онкоцитологическое исследование, гемостазиограмма, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза. Всем пациенткам проводилось клиническое измерение артериального давления по методу Н.С. Короткова, исходно и через 12 месяцев, определялись показатели суточного профиля АД методом суточного мониторирования АД с помощью неинвазивного портативного монитора «SpaceLabs 90217» (США). У всех пациенток регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) покоя в 12 отведениях, определялся уровень вазоактивных медиаторов (эндотелина, метаболитов оксида азота). Для оценки вегетативного статуса пациенток применялись пробы на вегетативное обеспечение (вегетативные кардиопробы; спектральный анализ variability сердечного ритма; тесты на определение гипервентиляционного синдрома) при помощи телеметрического комплекса TELECARD, анкетирование: тест Спилберга, шкала депрессий Бека (beck depression inventory), тест для выявления вегетативных изменений, анкетирование. До начала и через 12 месяцев терапии определялась толщина слоя интима-медиа сонных артерий. УЗИ сонных артерий выполнялось в положении больного лежа на аппарате HDI 5500 и Acuson 128 x P/10 (США) с линейным датчиком 7МГц при незначительном отклонении головы пациента в противоположную сторону.

Результаты.

На фоне проводимой заместительной гормональной терапии, включающей 1мг 17В-эстрадиола и 2мг дроспиренона, через 24 недели в среднем по группе по результатам ручного измерения АД отмечалось достоверное снижение его уровня по сравнению с исходным. Так, САД снизилось 134,3±11,2 мм.рт.ст. до 122,3±12,4 мм.рт.ст. (p<0,05). ДАД достоверно снизилось с 89,3 ± 7,1 мм.рт.ст. до 82,1±8,1 мм.рт.ст. (p<0,05). Масса тела в среднем снизилась с 80,7±2,3 кг до 77,4 ±1,7кг и ИМТ снизился с 27,95±4,70 кг/м² до 26,75±3,9 кг/м², однако, данные недостоверны. Через 24 недели лечения достоверно уменьшился показатель висцерального ожирения окружность талии с 89,2±1,2 см до 87,6±0,8см (p<0,05). На фоне приема заместительной гормональной терапии в виде 1мг 17В-эстрадиола и 2мг дроспиренона уровень глюкозы в плазме крови натощак значимо не изменился, составляя 5,5±0,1 ммоль/л до начала терапии и 5,4±0,1 ммоль/л через 24 недели лечения. ЗГТ оказала также благоприятное влияние на липидный профиль крови. При анализе достоверно снизился уровень ХС в плазме крови с 6,3±0,62 ммоль/л до 5,5±0,57 ммоль/л (p<0,005) и ХС ЛПНП с 3,8 ±0,64 ммоль/л до 3,4±0,64 ммоль/л (p<0,005). Показатели ХС ЛПВП и ТГ значимо не менялись. Уровень ХС ЛПВП до лечения не превышающий рекомендованного целевого уровня (более 1,2 ммоль/л для женщин) существенно не изменился на фоне ЗГТ, составляя до и после лечения 1,7±0,74 ммоль/л и 1,8±0,86 ммоль/л соответственно. Кроме того, проводимая гормональная заместительная терапия способствовала редукции симпатикотонии (индекс LF/LF снизился с 3,6 ± 1,2 до 1,9 ± 0,8; p<0,05).

Заключение

Фиксированная низкодозированная комбинация, включающая натуральный эстроген — 1мг 17В-эстрадиола и прогестин — 2мг дроспиренона (Анжелик), выбрана была не случайно для использования в данном исследовании. Принимая во внимание высокую частоту метаболического синдрома и артериальной гипертензии и их значимость в развитии атеросклероза и его сердечно-сосудистых осложнений, в качестве ЗГТ у женщин в постменопаузе особенно показана комбинация эстрадиола с дроспиреноном.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кулавский Е.В., Кутуев А.А.

Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО БГМУ, г. Уфа, Россия

Миома матки — наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль у женщин репродуктивного возраста. Распространенность ее составляет от 30 до 70% среди женщин фертильного возраста. При этом каждое пятое обращение к акушерам-гинекологам в амбулаторной сети также связано с миомой. Половина всех гистерэктомий производится по поводу миомы матки. Однако, являясь гормональнозависимой опухолью, после наступления менопаузы заболевание, как правило, регрессирует. Поэтому миома матки чаще возникает у нерожавших женщин с избыточной массой тела, имеющих в анамнезе аборт и нарушение менструального цикла. Между тем, учитывая наибольшую распространенность данной патологии у женщин от 30 до 40 лет и тенденцию к увеличению числа родов среди женщин старше 30 лет, что приводит к ежегодному росту числа органосохраняющих пластических операций на матке, следует полагать, что проблема миомы матки и сохранения детородной и менструальной функции женщины является одной из наиболее актуальных в современной гинекологии. Рассматривая миому матки как индикатор гормональных нарушений в женском организме, не стоит забывать об отрицательной тенденции пропорционального роста в связи между бесплодием и миомой, что определяет консервативную миомэктомию как необходимую и жизненноважную операцию для таких женщин. Целью исследования явилась оценка репродуктивной функции у женщин, перенесших консервативную миомэктомию. Проведено исследование 110 женщин, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении РКБ им. Г.Г. Куватова за период с 2007 по 2010 год, которым была произведена консервативная миомэктомия. Возраст больных составил от 20 до 42 лет, средний возраст составил 29±5 лет. Для решения вопроса о проведении консервативных органосохраняющих операций данным пациенткам нами проводилось ультразвуковое исследование, исследование кровотока в матке и миоматозных узлах и обязательная гистероскопическая оценка полости матки. Из 110

оперативных вмешательств 28 были малоинвазивными — лапароскопическое удаление миоматозных узлов. В 6 случаях миомы являлись незапланированной находкой. Были методично проанализированы всевозможные клинические проявления, характер течения заболевания, анатомические и гистологические особенности опухолей и их влияние на диагностику и тактику лечения. Клиническая картина характеризовалась тяжелыми, обильными менструациями (иногда со сгустками), болевым синдромом в малом тазу и в поясничной области, болезненными сексуальными контактами. Анализируя анатомические особенности миоматозных узлов — в 13 случаях миома была множественной (5 и более узлов), большинство удаленных миоматозных узлов (66%) были субсерозными и располагались в теле матки (90%), остальные локализовались в шейке либо межсвязочно. Крупные миоматозные узлы, размером более 12 недель беременности, выявлены в 13 случаях (12%). Гистологически простые лейомиомы составили 78%, в 19% случаев были выявлены пролиферирующие лейомиомы. В 3 случаях при удаленных миоматозных узлах было подозрение на злокачественное перерождение, и эти пациентки находились под динамическим наблюдением. Миоматозные узлы с некрозом и нарушением питания в узлах составили 14%. Средний послеоперационный койко-день составил 8±2 дня. В послеоперационном периоде с целью профилактики возникновения рецидива миоматозных узлов женщинам были назначены агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (диферелин, бусерелин). Оценивая результаты восстановления фертильности у 110 прооперированных женщин, следует отметить, что беременность наступила у 32 (29%). У 19 женщин беременность закончилась срочными родами, у 8 родоразрешением путем операции кесарево сечение и у 5 самопроизвольным абортом в первом триместре. Следует отметить, что беременность наступила после гормональной коррекции без применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Сроки наступления беременности варьировали от 6 месяцев до 1,5 лет с момента осуществления оперативного вмешательства. Анализ близлежащих результатов свидетельствует, что консервативная миомэктомия является целесообразной в восстановлении репродуктивной и менструальной функций женщины.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Кулешова Т.П., Хайбуллина А.Р.,

Зулкарнеева Э.М., Сibaева М.Л., Тимофеева Э.Х.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрави, г. Уфа

Миома матки — одно из распространенных доброкачественных заболеваний репродуктивной системы — встречается у 15-17% женщин старше 30

лет и оказывает существенное негативное влияние на состояние общего и репродуктивного здоровья. Внедрение в клиническую практику современных медицинских технологий позволяет дифференцированно проводить хирургическое лечение заболевания с применением мининвазивных органосохраняющих операций.

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа результатов лечения миомы матки различными хирургическими методами в зависимости от величины и нозологической формы патологии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась 181 больная с различными формами миомы матки. Возраст пациенток колебался от 29 до 56 лет, средний возраст составил 39 ± 2 года. Симптомное течение миомы наблюдалось у 83% пациенток. Основными клиническими проявлениями заболевания явились болевой синдром — у 59% женщин, нарушения менструального цикла (меноррагия, метроррагия) — у 78%, постгеморрагическая анемия — у 54%, нарушения функции мочевого пузыря — у 12%. Бессимптомное течение заболевания отмечалось у 17% пациенток, у которых миома была обнаружена при профилактических осмотрах.

У 21% больных диагностировано нарушение питания миоматозного узла, у 14% больных произошло рождение субмукозного узла. Быстрый рост опухоли установлен у 16% обследуемых. В плановом порядке прооперировано 86% больных. В 51,9% случаях миомы матки имели размеры более 12 недель, в 6 случаях — гигантские — более 20 недель. В 100 случаях применен лапаротомный доступ, при котором у 76 больных выполнена ампутация матки, у 24 — экстирпация матки. В двух случаях диагностированы гигантские миомы, размерами соответствующие 34-35 нед. беременности у одной пациентки и 28 нед. у второй пациентки. Были выполнены ампутация матки без придатков и экстирпация матки без придатков, соответственно. Вес удаленной опухоли составил 16 кг в первом случае и 14 кг во втором случае. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Лапароскопическая ампутация матки произведена у 53 больных, экстирпация матки — у 8 больных. Гистероскопически субмукозные узлы удалены у 6 пациенток. Экстирпация матки трансвагинальным доступом осуществлена в 6 случаях. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

С учетом показаний и противопоказаний эмболизация маточных артерий (ЭМА) произведена у 8 пациенток с миомой матки в возрасте от 27 до 45 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 11 лет. Размеры матки соответствовали 7-14 неделям беременности. В 5 наблюдениях диагностирована узловатая миома матки с межмышечной и межмышечно-субсерозной локализацией узлов размерами от 1,5 до 9,3 см. В одном случае узел располагался субмукозно и имел размеры $3 \times 2,4$ см, в двух других случаях были субсерозные узлы с широким основанием размерами от 7,7 до 9,0 см. Производилась

трансформальная ЭМА с применением эмболизирующего средства — поливинилалкогольных (PVA) частиц диаметром 300-500 нм производства фирмы «Cook» и рентгеноконтрастного вещества. Осложнений во время операции и послеоперационном периоде не наблюдалось. Во всех случаях операции были эффективны, рецидивов не было.

Заключение.

Своевременное применение современных мининвазивных технологий позволяет избежать радикальных хирургических вмешательств и во многих случаях сохранить качество репродуктивного здоровья и жизни пациенток.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (собственные исследования)

Кулиева Н.А.

Кафедра акушерства-гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета

По данным ВОЗ частота женского бесплодия, обусловленного эндокринными нарушениями, составляет 35-40%.

В структуре эндокринного бесплодия ведущее место принадлежит синдрому поликистозных яичников (СПКЯ), при этом ановуляция составляет 10-15%. При обследовании женщин, страдающих бесплодием, частота выявления СПКЯ находится в пределах от 0,6 до 4,3%.

Успех лечения пациенток в области СПКЯ зависит от нормализации массы тела, метаболических нарушений, восстановления овуляторных менструальных циклов, устранения гиперпластических процессов эндометрия и клинических проявлений гиперандрогении (гирсутизма, угревой сыпи). Для этого применяют Авандамет (Авандия) на фоне индукции овуляции 3-6 мес. В лечении ановуляторного бесплодия при СПКЯ используют индукторы овуляции, которые вызывают повышение секреции гонадотропинов в гипофизе, стимулируя созревание фолликулов в яичнике, конкурирующие с эндогенными эстрогенами за их рецепторы в гипоталамусе. И, блокируется нормальный механизм обратной связи, что вызывает увеличение частоты циклической секреции гонадолиберина, который в свою очередь стимулирует выработку ФСГ и ЛГ, что ускоряет созревание яйцеклетки и повышение содержания эстрадиола. Индукцию овуляции проводят у пациенток планирующих беременность, после нормализации метаболических нарушений. Критерием оценки эффективности проводимой стимуляции овуляции служит восстановление регулярных менструальных циклов с гипертермической базальной температурой в течение 12-14 дней, уровень прогестерона в середине второй фазы цикла 15 нг/мл и более, а также подтверждение овуляции индивидуальным тестом определяющим преовуляторный пик ЛГ в моче. При выявлении гиперпролактинемии у женщин с

нарушенным ритмом менструаций и гирсутизмом показано применение одного из допаминиметиков (Парлодела или Достинекса), или растительного блокатора дофаминовых рецепторов 2 типа — *Agnus castus*, входящего в состав Мастодинона с индивидуальным подбором дозы с учетом уровня пролактина. При выявлении первичного гипотиреоза как причины гиперандрогении оправданным является назначение заместительной терапии тиреоидными гормонами, сразу после установления диагноза.

При применении гормональных препаратов возможно возникновение приливы, головокружение, тошнота, масталгия. Учитывая психоэмоциональный статус пациенток с СПКЯ и бесплодием задачей врача является подбор препаратов с хорошей переносимостью, низкой токсичностью и малым количеством побочных эффектов. С этой целью мы использовали в своей практике негормональный препарат трибестан у женщин с первичным ановуляторным бесплодием. Трибестан оказывал выраженный стимулирующий эффект на секрецию гормонов, особенно гипофизарногонадной структуры, возможно за счет влияния на активность ферментов (аденилатциклазы и синтез ЦАМФ), которые являются одним из звеньев образования гормонов.

Под нашим наблюдением находилось 31 женщин в возрастной группе от 18-42 лет, в анамнезе первичное бесплодие от 3-13 лет с наличием ановуляции. Все пациентки проходили лабораторные-инструментальные обследования, получали важные для них консервативные лечения и дополнительно применяли трибестан по схеме. Из всех 31 обследуемых, у 19 женщин восстановился нормальный овуляторный цикл, у 5 женщин появились двухфазная базальная температура, а 7 женщины забеременели. В результате наших наблюдений отмечен положительный эффект трибестана в комплексном лечении.

КРАУРОЗ ИЛИ ВУЛЬВИТ?

Кулинич С. И., Реуцкая М. А.

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии

Заболевания вульвы у женщин, особенно дистрофические поражения, относятся к одному из самых трудных разделов гинекологии и онкологии. По-прежнему остаётся много спорного в трактовке причин фоновых и предраковых состояний вульвы. Это обусловлено отсутствием достаточно обоснованной концепции этиологии и патогенеза поражений вульвы, длительным характером клинического течения болезни, неполноценной диагностикой (только визуальный осмотр), поздней обращаемостью женщин, возможностью малигнизации, а также неудовлетворительными результатами терапии.

Цель исследования - изучить взаимосвязь генитальных инфекцией с заболеваниями вульвы

Материалы и методы: За 2006-2010 гг. нами обследовано 148 пациенток в возрасте от 33 до 52 лет по обращению с жалобами на дискомфорт, сухость, зуд, диспареунию, утолщение трещины слизистой вульвы, составивших основную группу. Средний возраст женщин был 43,0±3,5 года. В группу сравнения включены 42 здоровые женщины, средний возраст которых составил 42,0±3,2 года ($p < 0,05$).

Пациенткам основной группы проводилось обследование: изучение анамнеза болезни и жизни, выполнение расширенной кольпо- и вульвоскопии на кольпоскопе «Olympus» с увеличением 1 x 15, 1 x 20 и 1 x 40, бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза с целью выявления сопутствующей гинекологической патологии, обследование на генитальные инфекции методами ПЦР-диагностики, бактериоскопическим и бактериологическим методами. Гистологическое исследование биоптата вульвы с прицельным изучением стромальных и клеточных структур с целью изучения характера поражения и оценки процессов дегенерации и пролиферации, исследование иммуноглобулинов цервикальной слизи, определение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов цервикальной слизи методом твёрдофазного ИФА с целью выявления существующего воспалительного процесса и его активность. Женщинам группы сравнения, кроме общегинекологического обследования, проведена расширенная кольпо- и вульвоскопия, а также исследование иммуноглобулинов цервикальной слизи.

При обследовании на инфекции наиболее часто у пациенток основной группы выявлялись грибы рода *Candida* в виде штаммов: *Candida albicans* у 109 (81,6%) пациенток, *Candida tropicalis* — у 18 (12,2%), *Candida krusei* - у 6 (4,1%), *Candida glabrata* — у 3 (2,1%) и ВПГ у 12 (8,1%) женщин.

Клинические диагнозы были сформулированы в виде хронических вульвитов инициированных той или другой инфекцией, с оценкой степени тяжести поражений, основываясь на выраженности дистрофических изменений эпителия, длительности течения и аномальных признаках при вульвоскопии. Пациентам основной группы лечение хронического воспаления проводилось согласно выявленным инфекциям местными и системными препаратами, соответственно чувствительности, в течение 2-3 месяцев до полной эрадикации возбудителя. Второй - восстановительный этап терапии включал в себя иммунологические, метаболические препараты, а также витамины. Эффективность лечения составила 91,8%.

Полученные результаты и заключение: Выраженные дистрофические изменения слизистой вульвы по нашим наблюдениям, формируют клинический диагноз - хронический вульвит или дисплазию вульвы. Ведущим воспалительным агентом при данном заболевании на нашем материале была *Candida albicans*, составляя 81,6%. Кандидозная инфекция у 136 (91,9%) женщин носила хронический, длительно текущий характер, что имело большое значение в выборе тактики

лечения вульвитов, так как состояние вульвы соответствовало различной степени изменений слизистых вульвы от клинически невидимой до грубой атрофии, склероза, деформации с белыми островками, поперечными трещинами.

Обследование больных с заболеваниями вульвы при обращении требует обязательного проведения вульвоскопии, обследования на инфекции разными методами, определения локальных иммунологических показателей и обязательной биопсией при сомнительной или выявлении аномальных символов при вульвоскопии.

Лечение пациенток должно включать этиотропную терапию, как общую, так и местную, соответственно чувствительности к антимикотическим, антибактериальным, противовирусным препаратам, активацию процессов репарации слизистых. Учитывая хронический характер воспаления, когда уже имеются различного рода изменения слизистой вульвы, лечение должно занимать от 1 до 6 месяцев до полной эрадикации микроорганизмов и восстановления трофики слизистой вульвы.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Кулинич С.И., Чертовских М.М., Чертовских М.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ИГИУВа

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии

Апоплексия яичника — диагноз не редкий и занимает 3 место в структуре острых гинекологических заболеваний, составляя 17%. Частота рецидивов заболевания, по данным некоторых авторов, достигает 70%.

В настоящее время апоплексия яичника — объект всестороннего изучения, но остаются до конца не ясными - патогенез овариальных кровотечений, выбор методов лечения и объем оперативного вмешательства, а главное остается открытым вопрос о состоянии репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

Цель исследования: Изучить состояние репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 190 историй болезни с установленным клиническим диагнозом « апоплексия яичника» получавших лечение в МУЗ ГПЦ в 2006 — 2008гг. Из них 80 пациенток были прооперированы; 112 пролечены консервативно. Средний возраст пациенток составил $22,3 \pm 2,8$ года. Хирургическое лечение проводилось лапароскопическим доступом, объем операции заключался в коагуляции кровоточащих сосудов фолликула или вылущении ретенционного образования, гемостаза и санации брюшной полости от крови. Консервативное лечение включало гемостатическую, антибактериальную и ДЭНАС терапию.

Всем пациенткам после выписки из стационара, независимо от форм апоплексии (болевой или

с разрывом фолликула), был выполнен комплекс реабилитационных мероприятий, включающий: электроимпульсную терапию в раннем послеоперационном периоде, приём КОК не менее 3 месяцев, исследование мочеполового тракта на ИППП, с последующим этиотропным лечением двумя курсами во время менструации, изучение и необходимая коррекция гормонального статуса и менструального цикла перед планируемой беременностью. Часть пациенток, в силу тех или иных причин, отказалась от предложенного реабилитационного лечения или не выполнили его в полном объеме. Восстановление репродуктивного здоровья оценивалось не менее чем через 1 год после окончания реабилитационного лечения. Для этого мы использовали тесты функциональной диагностики, УЗИ, ГСГ, second-look лапароскопию, определяли уровни гормонов. Неудачным результатом реабилитации мы считали и случаи рецидива заболевания.

Для изучения отдаленных результатов сформированы 4 группы больных:

- I группа (n=43) - прооперированные больные, отказавшиеся от реабилитационных мероприятий.
- II группа (n=37) - прооперированные пациентки прошедшие реабилитацию в полном объеме.
- III группа (n=63) — пациентки с АЯ после консервативного лечения, не получавшие реабилитацию.
- IV группа (n=47) — консервативное лечение с последующей реабилитацией

Полученные результаты: У больных I и II групп, из 80 человек, прооперированных впервые или повторно с рецидивом разрыва яичника во время овуляции, гистологическое исследование биоптатов яичников - желтое тело с нарушением целостности структур, на фоне изменений в окружающих тканях, характерных для хронического воспаления: резкого полнокровия сосудов, лейкоцитарной инфильтрации и мелкозернистого перерождения. Во время операции у 34 (42,5%) пациенток выявлен сопутствующий спаечный процесс в малом тазу.

Нарушения менструального цикла через 6-9 месяцев после лечения, были по типу дисменореи, гиперполименореи или олигоменореи. Среди женщин, отказавшихся от реабилитации, достоверно возросла частота дисменореи в среднем на 9,9%. Значительно лучше результаты оказались в группах, после реабилитационных мероприятий. Так, дисменорея среди прооперированных больных была ниже в 2,5 раза, в группах пролеченных консервативно в 1,5 раза. Олигоменорея и гиперполименорея имели тенденцию к снижению в группах после реабилитации, однако статистически значимых отличий не выявлено ($p=0,05$).

Невынашивание беременности на ранних сроках, после апоплексии яичников, во всех изучаемых группах было достаточно высоким: 8,6%, 10%, 11,1%, 13,3% соответственно, т.е. апоплексия яичника - фактор риска по невынашиванию беременности. Ещё одно доказательство необходимости проведения реабилитационной терапии репродуктивной функции. Контроль за восстановлением

репродуктивной функции вели в группах женщин планирующих беременность, так как 40 % - не планировали беременность по причинам молодого возраста и отсутствия семьи.

В I группе беременность закончилась родами у 3 пациенток, что составило 16,6%. Во II группе, после оперативного лечения с полным комплексом реабилитационных мероприятий, родили 10 (43,47%) женщин. В группах, с проведённым консервативным лечением, результаты оказались несколько хуже. Так, в III группе роды были у 2 (13,3%), в IV группе у 6 (30%). Внематочная беременность наступила у 3 пациенток в I группе и у 2 во II (16,6% и 8,6 % соответственно). В III и IV группах внематочная беременность имела место у 4 (26,6%) и 3 (15%) больных соответственно. Таким образом, беременность, роды благополучно наступили в тех группах, где был проведён весь комплекс реабилитационных мероприятий. А если сравнивать отдалённые результаты между группами с консервативным и оперативным лечением, то восстановление репродуктивной функции оказалось лучше у прооперированных женщин. По-видимому, это связано с тем, что во время операций, устранялся имеющийся к тому моменту спаечный процесс в области придатков матки и проводилась санация брюшной полости от крови.

При оперативном лечении внематочной беременности, апоплексии яичника, параовариальных кист у больных, ранее перенесших апоплексию яичника, спаечный процесс был менее выражен у тех, кто был прооперирован против пролеченных консервативно.

При хирургических вмешательствах связанных либо с рецидивом заболевания, либо с другими причинами (условно их назвали second-look лапароскопии) было обнаружено, что в тех группах, где ранее проводилось лапароскопическое лечение, частота спаечного процесса ниже, чем в группах с консервативным лечением.

Изучая случаи повторной апоплексии яичника, мы получили ещё более убедительные данные о необходимости профилактических мероприятий после апоплексии яичника. Это позволило снизить количество рецидивов заболевания после хирургического лечения в 3,5 раза, а консервативного в 4,5 раза. Так, в I группе повторная апоплексия произошла у 6 (13,9%), во II у 1 (2,7%) пациенток, в III группе у 14 (22%), в IV группе у 4 (8,1%).

Заключение: Вопросы репродуктивного здоровья после апоплексии яичника актуальны из-за частоты патологии у женщин молодого возраста.

Выявление истинных причин АЯ актуальная задача — этиотропная терапия позволяет сохранить репродуктивное здоровье. Эндоскопическое вмешательство является выбором метода лечения, так как устраняет спайкообразование, уменьшает число рецидивов, способствует восстановлению репродуктивной функции и должно применяться даже при небольших кровопотерях из разрыва фолликула.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Шуршалина А.В.,
Демура Т.А., Ежова Л.С.

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

Общепризнано, что персистирующая ВПЧ-инфекция приводит к развитию рака шейки матки. ВПЧ является необходимым, но не единственным триггером всего комплекса патологических изменений цервикального эпителия, приводящих к развитию интраэпителиальной неоплазии. По мнению ряда авторов, патологическая трансформация гормонально-зависимых тканей ассоциируется с аномальной экспрессией рецепторов половых стероидных гормонов и с нарушением соотношения процессов пролиферации и апоптоза в них. Эпителий шейки матки также является стероид-зависимым, однако экспрессия рецепторов и активность процессов пролиферации и апоптоза в нем в отсутствие воздействия инфекционных агентов до настоящего времени детально не изучались.

С целью сравнительной оценки иммуноцитохимических особенностей состояния шейки матки у подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом было проведено клинико-лабораторное обследование 89 девочек в возрасте 15-19 лет, не имевших опыта сексуальных контактов и воспалительных изменений влагалища. В исследование не были включены девочки с маточным кровотечением в момент обследования. Гормональный стероидный статус подростков основной группы характеризовался разнонаправленными, но незначительными отклонениями уровня эстрадиола и тестостерона. Группу контроля составили 23 практически здоровые девочки аналогичного возраста с регулярным ритмом менструаций с менархе и нормальными показателями содержания эстрадиола, прогестерона и тестостерона в сыворотке крови.

Состояние шейки матки оценивалось по совокупности данных расширенной кольпоскопии, цитологического и иммуноцитохимического исследования мазков-отпечатков шейки матки. Иммуноцитохимическое исследование проводилось с использованием специфических антител к рецепторам эстрадиола (ERα) и прогестерона (PR); пролиферативная активность эпителия экзо- и эндоцервикса оценивалась по экспрессии эпидермального фактора роста (EGF); интенсивность апоптоза изучалась на основании определения уровня TNF-α и активности Cas.

У сексуально неактивных девочек-подростков в возрасте 15-19 лет с нарушенным менструальным циклом (n=66) в 16,6% случаев выявлена атипическая кольпоскопическая картина (эктопия с атипической зоной трансформации и атипическая зона трансформации); в 65,1% случаев имела место эк-

топия шейки матки, в том числе в сочетании с нормальной зоной трансформации (НЗТ) — в 31,8%; у 7,7% девочек имелась НЗТ; у 10,6% обследованных экзоцервикс был покрыт оригинальным многослойным плоским эпителием (МПЭ). У девочек того же возраста с регулярным менструальным циклом (n=23) кольпоскопическая картина была представлена следующим образом: в 87% выявлялась эктопия, в том числе в 47,9% - эктопия с НЗТ, в 8,7% - МПЭ. Аномальная кольпоскопическая картина в виде эктопии с атипической зоны трансформации (АЗТ) наблюдалась лишь у одной девочки из группы контроля (4,3%). Выявляемые при кольпоскопии у сексуально-неактивных подростков атипические признаки морфологически ассоциировались с незрелой плоскоклеточной метаплазией и дистрофическими изменениями клеток эпителия шейки матки при отсутствии лейкоцитарной реакции и признаков воспаления; атипичии не выявлено ни в одном случае.

При анализе результатов иммуноцитохимического исследования мазков-отпечатков шейки матки установлена статистически достоверная ($p=0,03$) более выраженная экспрессия ERα и PR в контрольной группе, в том числе по сравнению с пациентками основной группы с нерегулярным ритмом менструаций при нормативных показателях уровня половых гормонов в сыворотке крови. Процессы апоптоза, оцениваемые по уровню экспрессии TNF-α и активности Cas, также превалировали в контрольной группе ($p=0,02$), за исключением пациенток с гипоэстрогемией и гипотестостеронемией. Экспрессия EGF оказалась выше в группах пациенток с гипоэстрогемией в сочетании с нормальным и повышенным уровнем тестостерона ($p=0,03$) по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, при сравнительной кольпоскопической оценке состояния шейки матки у сексуально неактивных девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом отмечается тенденция к более частому выявлению аномальных кольпоскопических картин у девочек с нерегулярными менструациями. Патологическая (несовершенная) пролиферация эпителия экзоцервикса при нарушениях ритма менструаций, даже в отсутствие отклонений гормонального статуса, ассоциируется с активацией процессов пролиферации и снижением апоптоза, приводя к нарушению регуляторных механизмов нормального клеточного цикла. Указанные процессы могут обусловить оптимальные условия для инфицирования и репликации ВПЧ при половом дебюте, что диктует необходимость выделения девочек-подростков с нарушениями ритма менструаций в группу риска по развитию цервикальных интраэпителиальных поражений и приоритетной в проведении профилактических мероприятий.

РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТАБЛИЦ

Кундохова М.С., Павлов Р.В.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия

Высокая частота рецидивов наружного генитального эндометриоза (НГЭ), до 20 % которых протекает бессимптомно, сопровождаясь при этом только бесплодием, определяет актуальность разработки новых методов их ранней диагностики и прогнозирования. В настоящее время единственным методом раннего прогнозирования рецидивов наружного эндометриоза является определение в периферической крови уровня СА125, однако, специфичность данного метода в отношении эндометриоза не превышает 70 %. Прочие неинвазивные методы диагностики вовсе лишены диагностической значимости в прогнозировании рецидивов этого заболевания, учитывая размеры эндометриодных гетеротопий. Таким образом, единственным эффективным методом, позволяющим диагностировать рецидив наружного генитального эндометриоза, остается повторная лапароскопия, на выполнение которой соглашаются далеко не все пациенты.

Целью нашего исследования явилась разработка диагностической таблицы, позволяющей на основании результатов клинических, эндоскопических и инструментальных методов прогнозировать вероятность рецидива НГЭ до появления клинических симптомов заболевания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 600 больных НГЭ. Всем пациенткам проводилось хирургическое удаление очагов НГЭ с последующим назначением гормональной или иммуноориентированной противорецидивной терапии. Диспансерное наблюдение за пациентками осуществлялось в течение 5 лет, рецидивы НГЭ были установлены клинически и подтверждены лапароскопически и гистологически у 265 женщин (44,2 %). Построение диагностических таблиц осуществлялось с использованием метода Вальда. Для каждого показателя определялись диагностические коэффициенты, имеющие значения «+» или «-», а так же информативный критерий Кульбака. Диагностические пороги были выбраны с учетом принятой в медицине минимальной ошибки 0,05 и составляли для 95,0 % вероятности состояния 13, для 99,0 % вероятности 20 и для 99,9 % вероятности 30. При получении суммы диагностических коэффициентов со знаком «+» оценивалась вероятность рецидива НГЭ, при получении суммы диагностических коэффициентов со знаком «-» вероятность рецидива НГЭ исключалась.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, достоверно чаще рецидивы НГЭ наблюдались у больных с выраженным постоянным болевым синдромом, не связанным с менструациями, нарушениями менструальной функции по

типу гиперполименореи, длительным бесплодием, особенно при отсутствии секреторной трансформации эндометрия, установленной гистологически. В отношении данных лапароскопического обследования было установлено, что наиболее часто рецидив НГЭ наблюдался у больных с наличием четырех и более очагов эндометриоза и при распространенных формах заболевания. Минимальная степень риска рецидивов НГЭ была у пациенток с монохромными гетеротопиями и при I-II степени распространения заболевания. При определении диагностических коэффициентов для клинических и инструментальных показателей было установлено, что наиболее информативными признаками, имеющими «+» значение и позволяющими предположить до начала лечения возможность у больной рецидива НГЭ, являются: бесплодие (+ 2), длительность бесплодия более 10 лет (+ 5), сочетанная локализация очагов НГЭ (+ 1), четыре и более очагов НГЭ (+ 4), IV степень распространения НГЭ (+ 6). При суммировании этих значений получается коэффициент + 18, что позволяет с 95,0 % вероятностью предполагать возможность рецидива НГЭ. Наиболее информативными признаками, имеющими «-» значение и позволяющими исключить до начала лечения возможность рецидива НГЭ являются: один очаг НГЭ (- 9), только «белые» очаги НГЭ (- 7) и I степень распространения НГЭ (- 3). При суммировании этих значений получается - 19, что позволяет с 95,0 % вероятностью исключить возможность рецидива НГЭ.

Заключение. Согласно полученным данным, возможность рецидива НГЭ можно исключить только при наличии у больной I степени распространения НГЭ, с одним очагом эндометриоза любого цвета, или несколькими очагами белого цвета. Высокую вероятность рецидива НГЭ можно предположить при IV степени распространения заболевания, наличии более четырех очагов НГЭ, расположенных на разных участках брюшины малого таза, при обязательном сочетании с бесплодием, особенно продолжительностью более 10 лет. Во всех остальных случаях прогнозировать риск возникновения рецидива НГЭ до начала лечения этого заболевания не представляется возможным, что диктует необходимость разработки дополнительных критериев, позволяющих прогнозировать рецидив этого заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ГРИБОВ РОДА CANDIDA

Куперт А.Ф., Попова Н.В.

ГОУ ВСО Медицинский Университет Росздрава, Иркутск,
Россия

В последнее десятилетие в связи с ростом иммунодефицитных состояний среди населения происходит увеличение числа больных вульвовагинальным кандидозом. Особенности течения заболе-

вания в современных условиях является стёртость клинической картины, увеличение роли *Candida non-albicans*, снижение чувствительности грибов, практически в 2 раза, к препаратам азольного ряда (клотримазол, кетоконазол, флюконазол, итраконазол). Все это диктует необходимость более тщательного изучения данной проблемы, своевременной и точной диагностики и терапии заболевания.

Нами проведено клинико-микробиологическое обследование 284 женщин в возрасте от 17 до 65 лет. Из них у 63 выявлен вульвовагинальный кандидоз. Диагноз во всех случаях подтвержден цитологическим и культуральным методами исследования. Видовую принадлежность выделенных штаммов грибов рода *Candida* определяли на основании результатов исследования морфологических особенностей дрожжевых клеток, культуральных характеристик на питательных средах и биохимической активности (ферментации) методом «пестрого ряда». Результаты, полученные при определении видовой специфичности грибов рода *Candida* методом «пестрого ряда» полностью подтверждены проведенными исследованиями на полуавтоматическом микробиологическом анализаторе «Bio Merieux» (Франция). Следует отметить, что с помощью этого анализатора удалось идентифицировать редко встречающийся *C. Utilis*.

При изучении видового состава грибов рода *Candida* нами выделены 9 клинически значимых видов грибов. Нами выявлено снижение роли *C. albicans* (42,8 %) в развитии кандидозной инфекции влагалища за счет возрастания роли *Candida non - albicans* (57,2 %), среди которых выявлены в 20,6 % *C. Kefyr*, *C. Brumptii* - в 7,9 %, *C. Intermedia* - в 7,9 %, *C. Parapsilosis* - в 6,4 %, *C. Glabrata* - в 4,8 %, *C. krusei* - в 4,8 %, *C. Tropicalis* - в 3,2 % и в 1,6 % *C. Utilis*.

Выявлены 3 клинические формы кандидозной инфекции гениталий. Так, кандидоносительство выявлено у 23,8% пациенток, истинный кандидоз у 39,7 % и кандидозный вагинит в сочетании с бактериальным вагинозом у 36,5 % женщин.

При изучении клинической картины нами использовалась 5-балльная шкала оценки выраженности каждого симптома заболевания, принятая на нашей кафедре. Так, 0 баллов — отсутствие симптома; 1 — слабо выраженный; 2 — умеренно выраженный; 3 — выраженный; 4 — ярко выраженный симптом. По консистенции выделения из влагалища оценивались как гнойные, творожистые, молочные и слизистые.

Выявленные различия в выраженности клинической картины в зависимости от вида возбудителя статистически достоверны (критерий Манна-Уитни и метод дискриминантного анализа, $p < 0,001$). Наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов с превалированием творожисто - гнойных выделений, гиперемии слизистой и наличия зуда выявлена при инфицировании грибами вида *C. albicans* (19 баллов). При поражении же *C. glabrata* выраженность клинической картины составляет 13 баллов, но с преобладанием молочных

выделений и чувства жжения в области наружных половых органов. Для *S. kefyi* (10 баллов) характерны выраженный зуд, жжение во влагалище и в области наружных половых органов, дизурические расстройства. Следует особо отметить, что при вагините, вызванном *S. parapsilosis* (2 балла), практически отсутствуют клинические проявления. При этом чаще имеется единственный симптом — диспареуния.

Также нами проведен дискриминантный анализ клинический проявлений вульвовагинального кандидоза и выявлены 9 наиболее информативных клинико-лабораторных признака, необходимых для диагностики заболевания, вызванного *Candida albicans* и *Candida non-albicans*: отек, гиперемия слизистой влагалища, жжение в области наружно половых органов, сумма баллов клинических симптомов, количество мицелия в цитограммах вагинального отделяемого, количество спор, лейкоцитов, наличие и степень обсемененности влагалища лактобациллами и стафилококками (Wilks Lambda: 0,4029 approx. F (9,53)=140,27 p<0,0000). При сопоставлении полученных результатов по линейным классификационным функциям (ЛКФ) с исходными данными пациенток в полученной выборке (63) получены следующие результаты: точность диагностики кандидозного вульвовагинита, вызванного *Candida albicans* и *Candida non-albicans* по наиболее информативным симптомам заболевания имеет достоверность практически в 99 % случаев.

Таким образом, выявленные нами особенности клинической картины кандидозных вагинитов в зависимости от вида грибов рода *Candida* могут быть основой для начала своевременной этиопатогенетически обоснованной терапии заболевания.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ: МР-КОНТРОЛИРУЕМЫЙ ФОКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУК МИОМ И УЗЛОВЫХ ФОРМ АДЕНОМИОЗА

Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Батаршина О.И.,

Кулабухова Е.А., Панов В.О., Лужина И.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Введение. Доброкачественные заболевания матки наиболее часто встречаются у женщин репродуктивного возраста. Среди таких заболеваний наиболее широко представлены миомы матки и аденомиоз. При большом объеме поражения и не эффективности терапевтического (гормонального) лечения приходится прибегать к инвазивным методам лечения, вплоть до удаления матки. Альтернативным способом лечения, в перспективе позволяющим сохранить фертильные функции, является выполнение МР-контролируемого сфокусированного ультразвука (МРкФУЗ или MRgFUS). В настоящее время уже имеется международный сер-

тификат CE Mark (орган по сертификации KEMA Quality, TIRAT CARMEL, Israel - June 23, 2010), разрешающий абляцию мягких тканей для лечения доброкачественных объемных образований матки, включая миому и узловую форму аденомиоза (в том числе и для женщин репродуктивного возраста) с помощью МР-контролируемого сфокусированного ультразвука (MRgFUS), так как на основании клинических данных по безопасности и эффективности МРкФУЗ было показано статистически значимое улучшение клинических симптомов и уменьшение объема патологической ткани после воздействия МРкФУЗ.

Материалы и методы. На базе отделения рентгенорадиологической диагностики, рентгенохирургии и малоинвазивных методов лечения НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ проведено 56 МРкФУЗ лечения миом и 11 процедур МРкФУЗ пациенткам с узловой формой аденомиоза. Средний возраст женщин составил 38 лет, разброс от 28 лет до 53 лет. 36% женщин в качестве лечения получали обычную гормональную терапию в течении более 1 года, которая не оказалась достаточно эффективной. В 16 % пациенток была предложена экстирпация матки. Все МРТ и МРкФУЗ были выполнены на МР-томографе MR-Signa Excite HD (General Electric, США) с оборудованием для МРкФУЗ ExAblate 2000 (InSightec, Израиль). МРТ диагностика заключалась в получении T2-взвешенных изображений в трех основных проекциях. Среднее время лечения миом составляло 3,8 часов (от 2,5 до 6 часов) при среднем количестве соникаций 50-60 (от 3 до 160). Крупные миоматозные узлы (от 8 см) и множественные миомы требовали большего времени и большего числа соникаций. Среднее время лечения узлов аденомиоза составляло 4,6 часов (от 3 до 6 часов) при среднем количестве соникаций 86 (от 60 до 120). Для контроля эффективности ФУЗ-абляции узлов проводили МРТ органов малого таза (с помощью получения T1-взвешенных изображений с подавлением сигнала жировой ткани) после внутривенного введения МР-контрастных средств (МРК) Магневист и Гадовист (Bayer Schering Pharma, Германия), Омнискан (GE Healthcare, США) в стандартных дозах.

Результаты. Обращает на себя внимание, что у 16% женщин направительный диагноз (по данным клиники и УЗИ) после проведения МРТ органов малого таза был или существенно уточнен или изменен. В большинстве (до 2/3) из этих случаев диагноз «единичная миома матки» был изменен на «множественные миомы матки», в трети случаев до МРТ не удалось распознать узловую форму аденомиоза. МР-томография является необходимым уточняющим и завершающим этапом диагностики для индивидуального выбора метода органосберегающего лечения миомы матки, в то время как УЗИ должно использоваться для первичной диагностики. В результате проведения процедуры МРкФУЗ зона абляции — в которую МР-контрастное средство (NPV) после внутривенного введения не попадало — составила: для миом — от 25% до 95%, для аде-

номиозов - от 35% до 54%. На сегодняшний день динамическое наблюдение пациенток с миомами составило от 3 до 15 месяцев, у женщин с аденомиозом — от 3 месяца до 6 месяцев. Отмечено уменьшение размеров матки при миомах — до 20%, при узловом аденомиозе — в среднем на 10-15%. Уменьшение объема миомы составило от 5% до 30%, узлов аденомиоза — от 15 до 45%. При этом отмечалось и улучшение клинической картины — при очередной менструации до 86% женщин отметили снижение количества теряемой менструальной крови и выраженности симптомов альгодисменореи, почти у половины пациенток протяжении трех-четырех последующих циклов отсутствовали межменструальные кровянистые выделения на фоне менее обильных и менее болезненных менструаций.

Заключение. Показана эффективность малоинвазивного МРкФУЗ в отношении не только миом, но и клинических проявлений узловых форм аденомиоза. Остается до конца не ясным влияние МРкФУЗ на фертильные функции женщин, что требует дальнейших исследований и более длительного наблюдения.

МРТКФУЗ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ ФОРМЫ АДЕНОМИОЗА

Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Батаршина О.И.,
Кулабухова Е.А., Лужина И.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Аденомиоз является доброкачественным заболеванием, симптомы которого сходны с миомой матки. Весьма распространенным методом лечения, помимо гормонального, является удаление матки, поскольку любая органосберегающая операция трудновыполнима и ведет к нарушению структурной целостности матки. Альтернативным методом лечения является МРТкФУЗ.

С 23 июня 2010 года получен сертификат CE Mark, разрешающий аблацию мягких тканей для лечения опухолей, включая миому матки и аденомиоз (в том числе для фертильных женщин) с помощью МР-контролируемого сфокусированного ультразвука (MRgFUS). Сертификат выдан на основании клинических данных по безопасности и эффективности указанного метода в лечении аденомиоза. Орган по сертификации КЕМА Quality выразил согласие со статистически значимым улучшением клинических симптомов аденомиоза и уменьшением объема патологической ткани после воздействия МР-контролируемым сфокусированным ультразвуком (TIRAT CARMEL, Israel (June 23, 2010)).

На базе отделения рентгенорадиологической диагностики, рентгенохирургии и малоинвазивных методов лечения проведено более 10 процедур МРТкФУЗ пациенткам с узловой формой аденомиоза. Все пациентки на протяжении нескольких лет страдали менометроррагией в сочетании с альго-

дисменореей. Семь женщин в качестве лечения получали гормональную терапию (КОК, аГнРГ), двум из них предложена экстирпация матки. Обращает на себя внимание, что трое направлены в Центр для процедуры МРТкФУЗ с диагнозом «миомы матки» (по данным УЗИ). Однако, при проведении МР-томографии органов малого таза была выявлена узловая форма аденомиоза (мы считаем МР-томографию необходимым условием для выбора метода органосберегающего лечения миомы матки).

В результате проведения процедуры МРТкФУЗ зона без перфузии (NPV) составила от 35% до 54%.

На сегодняшний день МР-контроль через 3 месяца после МРТкФУЗ прошли 6 пациенток и у 1 женщины срок наблюдения составил 6 месяцев. Отмечено уменьшение размеров матки в среднем на 10-15%. Уменьшение объема узла аденомиоза составило от 15 до 45%.

При наступлении очередной менструации 9 женщин отметили снижение количества теряемой менструальной крови и выраженности симптомов альгодисменореи, у 5 на протяжении трех последующих циклов отсутствовали межменструальные кровянистые выделения на фоне менее обильных и менее болезненных менструаций.

Таким образом показана эффективность МРТкФУЗ в отношении клинических проявлений аденомиоза. Однако, если в отношении миомы матки получена четкая закономерность между NPV и длительностью ремиссии, то для аденомиоза это требует исследований и длительного наблюдения.

О ЗНАЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ

Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.,
Шехтер М.С.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

В последние годы роль инфекционного фактора в развитии гиперпластических процессов в эндометрии занимает большее место, в связи с ростом числа хронических воспалительных заболеваний гениталий, приводящих к снижению иммунитета у женщин различных возрастных групп. Известно, что гиперплазия эндометрия является мультифакториальным заболеванием, в развитии которого значительную роль играет инфекционно-воспалительный генез. По данным различных авторов, до 91% больных в анамнезе имеют указания на перенесенные воспалительные заболевания различных отделов полового тракта. Известно, что при наличии длительно текущих, часто обостряющихся воспалительных процессов половых органов риск заболевания раком эндометрия увеличивается в 20 раз, а на фоне гиперпластических процессов эндометрия - в 15 раз. Длительно персистирующая инфекция половых органов приводит к изменению количества и структур рецепторов эстрадиола и

прогестерона в ткани эндо- и миометрия.

Цель исследования: Изучить значение хронических воспалительных процессов гениталий в развитии гиперпластических процессов в эндометрии.

Для выявления возможной степени инфицированности репродуктивной системы нами проведена комплексная оценка мазков влагалищного содержимого и определение цитокинов ИЛ-1, TNF-а. Концентрация в плазме цитокинов определялась методом ферментного иммуносорбентного анализа (ELISA), используя наборы (ELISA Kits) фирмы «BioSource Int.». При анализе результатов микроскопии мазков содержимого влагалища у 200 больных с гиперпластическими процессами в эндометрии в большинстве наблюдений выявлено повышенное количество лейкоцитов, являющееся одним из признаков хронического воспалительного процесса: у 73% (146 больных) отмечено 25 — 30 лейкоцитов в поле зрения, что соответствует III степени чистоты влагалища. У 17% (34 больных) была выявлена III-IV степень чистоты влагалища. В 1% (2 чел) наблюдений лейкоциты покрывали всё поле зрения, что соответствовало IV степени чистоты влагалища.

Лишь у 9% (18 пациенток) количество лейкоцитов не достигало 10 в поле зрения, что соответствовало I - II степени чистоты влагалища. Количество эпителиальных клеток в большинстве наблюдений было расценено как умеренное (68%). В большом количестве эпителиальные клетки определялись в 32% наблюдений (64 чел), что соответствовало «воспалительному» типу мазка. При микроскопии мазков, окрашенных по Граму, выявлялась смешанная флора в подавляющем большинстве наблюдений.

При изучении анамнеза, ультразвуковом исследовании и бимануальном осмотре хронический эндометрит, двусторонний сальпингоофорит подтвержден в 38% наблюдений (76 чел).

Как известно, участвующие в процессе воспаления цитокины, в первую очередь регулируют развитие местных защитных реакций в тканях, с участием различных типов клеток крови, эндотелия, соединительной ткани и эпителия. К группе провоспалительных цитокинов относятся TNF-а и интерлейкин-1, способные стимулировать Т- и В-лимфоциты, усиливая клеточную пролиферацию и индуцировать или супрессировать экспрессию определённых генов.

Результаты проведенных нами обследований у женщин с гиперпластическими процессами в эндометрии позволили выявить, что при простой гиперплазии эндометрия имеет место значительное снижение уровня ИЛ-1 $38,9 \pm 2,6$ (пг/мл), $p < 0,02$, $n = 18$; в то время как при полипах эндометрия отмечено возрастание уровня ИЛ-1 в крови $58,8 \pm 3,2$ (пг/мл), $p < 0,001$, $n = 15$. Уровень активности TNF-а в крови оставался без изменений при всех изучаемых формах гиперплазии эндометрия ($p > 0,5$; $n = 15$).

Полученные нами данные свидетельствуют, по всей вероятности, об отсутствии значимости изменений продукции TNF-а макрофагальными элементами в динамике развития гиперпластических

процессов в эндометрии.

Таким образом, обращает на себя внимание тот факт, что гиперпластические процессы в эндометрии, несомненно, формируются на фоне развития хронических форм патологии инфекционной природы. Хроническая инфекция у наблюдаемого нами контингента пациенток с гиперплазией эндометрия имеет сложный генез и является, по видимому, следствием соматической мутации лимфоидной ткани и соответственно нарушения дифференцировки Т—лимфоцитами хелперами «своих и чужих» антигенов гистосовместимости, что приводит к срыву иммунологической толерантности против собственных неповрежденных тканей. В то же время, возникновение хронических инфекций в анамнезе у наблюдаемых пациенток может быть следствием развития иммунодефицитного состояния, а также аутоиммунной агрессии против органов — мишеней — источников вторичных аутоантигенов.

ГИПОБАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Кшняева С.К., Константинова О.Д., Тиньков А.Н.
Россия, Оренбург, ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздора

Цель исследования: изучение влияния адаптации к периодической барокамерной гипоксии на клиничко-гормональные параметры у женщин с хирургической менопаузой.

Материалы и методы: Обследованы 92 женщины 42-50 лет с хирургической менопаузой вследствие экстирпации матки с придатками (средний возраст 47,3 лет, средняя продолжительность менопаузы $3,2 \pm 1,2$ года). Всем пациенткам после обследования и исключения противопоказаний к заместительной гормональной терапии был назначен препарат «Дивигель» (17 -эстрадиол, Финляндия) трансдермально по 1 мг ежедневно. Кроме этого, пациенткам основной группы (47 человек) проведен курс адаптации к гипобарической гипоксии с помощью отечественной медицинской вакуумной установки — барокамеры «Урал-1», установленной на базе Оренбургской областной клинической больницы №2. Курс лечения состоял из 22 трехчасовых ежедневных сеансов на «высоте» 3500 м (460 мм рт.ст.), начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной «высоты» (3500 м). Прием препарата ЗГТ пациентки основной группы начинали одновременно с началом курса гипобаротерапии. Обследование, проводимое до начала терапии и через 1 месяц включало: оценку модифицированного менопаузального индекса (ММИ); исследование уровней гормонов в сыворотке крови: фолликулоформирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, ТТГ, Т3 и Т4.

Полученные результаты. В результате комплексного лечения с применением метода адаптации к

гипобарической гипоксии выявлены значительно более выраженные положительные изменения в самочувствии пациенток основной группы, в отличие от больных контрольной группы, получавших только ЗГТ (средний срок наступления позитивных сдвигов составил $11,4 \pm 1,3$ дня в основной группе и $23,7 \pm 1,5$ дня в контрольной). ММИ нейро-вегетативных нарушений после курса лечения в основной группе уменьшился до $9,8 \pm 0,8$ балла, т.е. на 70% от исходных данных, в контрольной группе уменьшился до $21,2 \pm 1,02$ балла, т.е. лишь на 31%. ММИ психо-эмоциональных нарушений снизился в основной группе на 63,6% (с $17,3 \pm 1,23$ до $6,3 \pm 0,9$), в отличие от контрольной, в которой ММИ психо-эмоциональных нарушений снизился лишь на 25% (с $16,8 \pm 1,41$ до $12,6 \pm 1,22$). Уровень фолликулостимулирующего гормона в основной группе до лечения был $110,9 \pm 4,8$ МЕ/мл, а в контрольной группе $113,2 \pm 4,3$ МЕ/мл. В результате комплексного лечения с применением метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии уровень фолликулостимулирующего гормона достоверно снизился до $54,9 \pm 2,6$ МЕ/мл, т.е. на 50%. В контрольной группе больных, получавших только заместительную гормональную терапию, также отмечено достоверное снижение уровня фолликулостимулирующего гормона до $76,3 \pm 1,96$ МЕ/мл, что составляет 33%, т.е. на 17% меньше, чем в основной группе. Для больных обеих групп был характерен исходно высокий уровень лютеинизирующего гормона, уровень которого в основной группе был $49,9 \pm 1,9$ МЕ/мл, а в контрольной группе $47,6 \pm 1,6$ МЕ/мл. В результате лечения в основной группе больных уровень лютеинизирующего гормона достоверно снизился до $26,8 \pm 1,2$ МЕ/мл, т.е. на 46%, а в контрольной группе уровень лютеинизирующего гормона достоверно снизился до $34,2 \pm 1,04$ МЕ/мл, т.е. лишь на 28%. При исследовании уровня эстрадиола исходно были выявлены очень низкие его значения: у больных основной группы уровень эстрадиола до начала лечения составлял $11,9 \pm 0,8$ пг/мл, в контрольной группе $12,2 \pm 1,2$ пг/мл. Проводимое лечение привело к статистически значимому повышению концентрации эстрадиола, но в результате адаптации к гипоксии уровень этого гормона повысился более значимо - до $53,2 \pm 4,16$ пг/мл, в контрольной группе лишь до $41,2 \pm 3,94$ пг/мл. При оценке динамики уровней тиреотропного гормона и гормонов щитовидной железы в группе женщин, прошедших курс адаптации к периодической барокамерной гипоксии отмечено достоверное снижение уровня тиреотропного гормона (с $3,9 \pm 0,34$ до $2,6 \pm 0,13$ мМЕ/л) и некоторое статистически недостоверное увеличение уровня гормонов Т3 (с $2,3 \pm 0,13$ до $2,6 \pm 0,12$ нмоль/л) и Т4 (с $107,2 \pm 2,7$ до $110,4 \pm 3,9$ нмоль/л), что свидетельствует о повышении функциональной активности щитовидной железы под влиянием гипоксической стимуляции.

Выводы: Использование гипобаротерапии в комплексе реабилитации женщин с хирургической менопаузой повышает эффективность коррекции клиничко-гормональных нарушений. Возможно

применение данного немедикаментозного способа как в комплексе с заместительной терапией эстрогенами, так и самостоятельно у женщин с хирургической менопаузой, имеющих противопоказания к использованию заместительной гормонотерапии.

АДАПТАЦИЯ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кшняева С.К., Тиньков А.Н., Константинова О.Д.
Россия, Оренбург, ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздздрава

Увеличение продолжительности жизни женщины и повышение распространенности метаболических нарушений в постменопаузе, обуславливает необходимость поиска эффективных современных подходов к профилактике и лечению менопаузального метаболического синдрома, представляющего совокупность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Целью исследования стала оценка эффективности метода адаптации к периодической гипобарической гипоксии в коррекции метаболических нарушений у женщин с менопаузальным синдромом.

Материалы и методы: Обследовано 68 женщин 42-55 лет с естественной менопаузой (средний возраст 49,5 лет, средняя продолжительность менопаузы 3,2 года). Пациенткам проведено лечение методом адаптации к гипоксии с помощью отечественной медицинской вакуумной установки — барокамеры «Урал-1», установленной на базе Оренбургской областной клинической больницы №2. Курс лечения состоял из 22 трехчасовых сеансов на «высоте» 3500 м (460 мм рт.ст.), начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной «высоты» (3500 м). Комплекс исследования, проводимого до начала терапии и через 1, 3 и 6 месяцев, включал: общеклиническое обследование, оценку массы тела и индекса массы тела, гормональное исследование (инсулин (ИРИ), С-пептид, лептин), уровень глюкозы натощак, индекс инсулинорезистентности (ИИР) НОМА-IR, уровень ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ.

Полученные результаты: Исходно у пациенток были выявлены нарушения углеводного, липидного обмена и ожирение: ИМТ был $31,3 \pm 3,42$ кг/м², гликемия натощак $6,32 \pm 0,97$ ммоль/л, ИРИ $20,2 \pm 3,23$ мкЕД/мл, С-пептид $2,63 \pm 0,56$ нг/мл, лептин $36,5 \pm 7,34$ нг/мл, индекс инсулинорезистентности НОМА-IR 5,7, общий холестерин $6,33 \pm 0,23$ ммоль/л. После завершения курса адаптации к периодической барокамерной гипоксии, т.е. через 1 месяц от начала терапии в барокамере, у 65 (95,6%) пациенток отмечены положительные результаты: масса тела достоверно снизилась на $3,9 \pm 0,73$ кг, соответственно ИМТ уменьшился на 5,2%. В результате гипокситерапии произошло снижение уровня глюкозы натощак на 21,3% к концу курса баротерапии (с

6,32±0,97 до 5,21±0,89 ммоль/л; $p<0,001$) и на 18,9% спустя 3 месяца от начала лечения. Нормализация показателя сохранялась в течение 6 месяцев, к концу данного периода уровень гликемии был меньше исходного на 12,7% ($p<0,05$). В отношении уровня инсулина, отмечено достоверное снижение данного параметра через месяц на 20,2% (с 20,2±3,23 до 16,8±2,98; $p<0,001$), через 3 месяца на 32,7%, а через 6 месяцев его уровень был ниже исходного на 23,2% ($p<0,001$). Индекс инсулинорезистентности снизился на 45,8% и 57% через 1 и 3 месяца соответственно, и остался через полгода от начала лечения меньше исходных значений на 38,9% ($p<0,001$). Содержание лептина к концу гипокситерапии выросло на 9,4%, но через 3 месяца от начала лечения уровень лептина достоверно уменьшился от исходного на 11,4%, через полгода уровень лептина был ниже исходных значений на 9,1% ($p<0,05$). При изучении показателей липидного спектра крови у женщин с менопаузальным метаболическим синдромом выявлено снижение атерогенных свойств крови под воздействием периодической барокамерной гипоксии с максимальным эффектом спустя 2 месяца после завершения адаптации и с сохранение положительного эффекта в отношении ряда показателей в течение полугодия от начала лечения. Исходно повышенный уровень холестерина достоверно снизился на 14,7% (с 6,33±0,23 до 5,4±0,29 ммоль/л) к концу курса баротерапии, на 19,5% через 3 месяца от начала лечения, и сохранялся меньше исходного на 11,3% спустя полгода от начала терапии ($p<0,001$). Уровень ХС ЛПНП (исходно 4,36±0,23 ммоль/л) и ТГ (исходно 1,98±0,08 ммоль/л) уменьшились после гипобаротерапии на 9% и 5,3%, и через 3 месяца снизились на 20,5% и 7,6% соответственно, а показатели ХС ЛПВП (до лечения 1,21±0,04 ммоль/л) достоверно повысились на 11,5% от исходного спустя 3 месяца. Через 6 месяцев уровень ХС ЛПНП был меньше исходного на 11,5%, показатели уровня ХС ЛПВП и ТГ практически достигли исходных значений. Индекс атерогенности (исходно 4,2±0,21) уменьшился через месяц на 24%, через 3 месяца на 33,4%, а через 6 месяцев был меньше исходного на 14,3%.

Таким образом, применение метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии приводит к снижению массы тела, сопровождается стойким снижением уровня базальной гликемии, иммунореактивного инсулина, С-пептида и индекса инсулиновой резистентности, вызывает выраженный антиатерогенный эффект. Учитывая положительное влияние гипобарической гипоксии на углеводный и липидный обмен, возможно использовать данную немедикаментозную методику для профилактики и лечения метаболических нарушений у женщин в постменопаузе.

РОЛЬ ДЕФИЦИТА АНТИОКСИДАНТОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Лабыгина А.В., Сутурина Л.В., Колесникова Л.И., Осипова Е.В., Гребенкина Л.А., Олифиренко Т.Л., Лазарева Л.М.

Россия, г. Иркутск, Учреждение РАМН «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН»

Целью нашего исследования явилось изучение содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у женщин с эндокринным бесплодием.

Объектом исследования были 890 женщин с нарушением овуляции и бесплодием, которые были подразделены на группы в зависимости от наличия гиперпролактинемии, СПКЯ, дисфункции яичников (средний возраст обследованных женщин 28,4 ± 5,6 лет). В контрольную группу были отобраны 141 фертильная женщина без гинекологической патологии (средний возраст 26,8 ± 5,6 лет). В работе с больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.)).

Методы исследования: В качестве материала для биохимических исследований использовалась сыворотка крови. Забор крови проводили из локтевой вены в соответствии с общепринятыми требованиями в фолликулярную фазу менструального цикла. Содержание продуктов ПОЛ - АОЗ, содержания биоэлементов: Mg, Zn и Cu в сыворотке крови проводилось с помощью стандартных сертифицированных методик.

Результаты и их обсуждение: Во всех исследуемых группах с бесплодием установлена гиперпероксидация липидов, характеризующаяся повышением концентраций субстратов пероксидации с сопряженными двойными связями (ДВ.св), диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КД-СТ), снижением ТБК-активных продуктов (ТБК-АП). Состояние антиоксидантной системы у пациенток с нарушением овуляции и бесплодием в 48,4% характеризовался повышением общей антиокислительной активности сыворотки крови, что может быть связано с расходом низкомолекулярного антиоксиданта - ретинола, уровень которого значительно снижен у 20% обследованных по сравнению с группой контроля (11,7%, $P(\chi^2)=0,04$), и токоферола в 43% (31%-в группе контроля, $P(\chi^2)=0,04$). Следствием этого является снижение активности процессов перекисного окисления липидов, о чем свидетельствует уменьшение концентрации ТБК-АП и накопление субстратов окисления липидов - соединений с ненасыщенными Дв.св. по сравнению с группой контроля. Дефицит ретинола, являющегося важнейшим компонентом антиоксидантной защиты организма, установленный нами у женщин с нарушением овуляции и бесплодием, связан с его расходом в процессе антиоксидантной защи-

ты и сопровождается уменьшением содержания его окисленной формы - ретиноевой кислоты, которая рассматривается как «липофильный гормон» и подобно стероидным гормонам, взаимодействует с рецептором в ядре клеток-мишеней. Белки, образующиеся в результате стимуляции генов под влиянием ретиноевой кислоты, влияют на рост, дифференцировку и регенерацию тканей, а также на реализацию репродуктивной функции.

Мы не выявили существенного различия по частоте недостатка глутатиона и супероксиддисмутазы в целом у женщин с эндокринным бесплодием и контролем ($P(\chi^2)=0,06$), однако в группах женщин с гиперпролактинемией и дисфункцией яичников установлено снижение концентраций восстановленного глутатиона (GSH). Кроме того, женщины с дисфункцией яичников и бесплодием отличались снижением концентраций аскорбата и GSH по сравнению с пациентками с бесплодием без дисфункции яичников.

У женщин с нарушением овуляции содержание биоэлементов характеризовалось недостатком Zn у 8,5 % (3 % в группе контроля, $P(\chi^2)=0,03$); Mg — у 7,1 % (1,5 % в группе контроля, $P(\chi^2)=0,003$) и Cu — у 14,8 % исследуемых (3 % в группе контроля, $P(\chi^2)=0,003$), что значимо превышало частоту их дефицита в группе фертильных женщин. При этом медианы Zn у пациенток с нарушением овуляции были значимо ниже, чем в группе фертильных женщин. Нарушение баланса меди и цинка может привести к изменению активности Cu, Zn-супероксиддисмутазы, что в свою очередь снижает активность АОЗ организма. Кроме того, цинкосодержащие ферменты относятся ко всем шести классам ферментов (более 90), участвующих в метаболических процессах, более 300 белков в организме используют цинк в качестве кофактора. Цинк участвует в формировании чувствительности к различным гормонам и факторам роста, входит в структуру рецепторов для эстрогенов, в связи с чем при дефиците цинка могут формироваться нарушения в репродуктивной системе. Для изучения комплексного влияния нескольких наиболее информативных факторов (продуктов ПОЛ-АОЗ), характерных для различных форм эндокринного бесплодия, нами был использован метод многофакторного дискриминантного анализа, в результате чего установлен признак, являющийся информативным показателем для всех групп женщин с бесплодием - ретинол. Изменение содержания продуктов ПОЛ-субстратов перекисидации липидов и ТБК-АП установлено в качестве наиболее информативных показателей при СПКЯ и дисфункции яичников. Таким образом, антиоксидантная недостаточность, установленная нами у женщин с бесплодием, связанная с нарушением овуляции, позволяет рекомендовать исследование продуктов ПОЛ-АОЗ (ТБК-АП, ретинола, α -токоферол, аскорбата, цинка) для выбора своевременной антиоксидантной терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ларина Д.В., Коколина В.Ф., Рубец Е.И,
Баринова А.М.

РГМУ, Москва, Россия

Лечение заболеваний шейки матки у подростков представляет большой интерес в связи с возрастающей частотой этой патологии. Как правило, патология шейки матки сопровождается урогенитальной и/или вирусной инфекцией. Инфекционное и вирусное поражение усугубляет течение и осложняет лечение заболеваний шейки матки.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики и лечения доброкачественных заболеваний шейки матки у подростков.

Материалы и методы: нами проведено обследование 94 девушек в возрасте 14-19 лет (средний возраст 16,2 лет) с доброкачественными заболеваниями шейки матки, из которых: 56 (59,6%) с эктопией шейки матки; 19 (20,1%) — с папилломами; 15(16%) — с эндоцервицитами; 1 (1,1%) — с полипами шейки матки. С целью диагностики использовали общеклиническое обследование, анамнез, гинекологическое обследование, цитологическое исследование, бактериоскопия, кольпоскопия, обследование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Все пациентки были разделены на 3 группы: в первую группу вошли пациентки, которым была проведена криодеструкция шейки матки аппаратом «Иней» (28 пациенток). Во 2-ой группе всем пациенткам была проведена лазероапоризация аппаратом «Лами» (32 подростка). 3-я группа включала пациенток, которым проводилось комбинированное лечение: эпиген-интим до лазеротерапии, затем лазероапоризация с последующем назначением препарата генферон Лайт в свечах по 500 000 МЕ ректально 2 раза в день в течении 10 дней (34 девушки).

Результаты и их обсуждение: оценку эффективности терапии проводили через 4 и 6 недель с применением расширенной кольпоскопии, бактериоскопии, контроля ПЦР-тестирования. Первая кольпоскопическая оценка эффективности лечения проводилась через 4 недели. Были отмечены положительные результаты у 85 (90%) подростков. При этом у пациенток третьей группы наблюдалась практически полная эпителизация деструктивного участка. Следует отметить исчезновение клинических проявлений в третьей группе у большинства пациенток (27 подростков). Кольпоскопическая картина незавершенной эпителизации была у 9 (10%) пациенток из первой и второй групп. Через 6 недель, при повторной кольпоскопии — у всех пациенток произошла полная эпителизация деструктивного участка в многослойный плоский эпителий.

Выводы: Комбинированный метод лечения, включающий в себя эпиген-интим до лазеротера-

пии, затем лазеровапоризация с последующем назначением препарата генферон Лайт в свечах по 500 000 МЕ ректально 2 раза в день в течении 10 дней, является предпочтительным в терапии доброкачественных заболеваний шейки матки у подростков.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТЕРЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ВЛАГАЛИЩНЫМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ

Лебедева Т.Б., Распопов А.В., Якушин А.В.

Северный государственный медицинский университет, кафедре акушерства и гинекологии; МУЗ «Родильный дом им. К.Н. Самойловой», г. Архангельск

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль половых органов женщины, с частотой от 10 до 27%. Данное заболевание является наиболее частым показанием к радикальным операциям на матке — гистерэктомии. Удельный вес гистерэктомий в последние годы составил от 32,5 до 38,2% среди всех ежегодно выполняемых полостных гинекологических операций. В настоящее время удаление матки осуществляется несколькими операционными доступами: абдоминальным, влагалищным, лапароскопическим и комбинированным.

Цель исследования. Оценить преимущества и недостатки экстирпации матки абдоминальным и влагалищным доступом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни гистерэктомий за 2009 г.: 23 - выполнены влагалищным доступом (1 группа) и 32 - лапаротомным (2 группа). Оценивались следующие параметры: длительность операции, общая кровопотеря, время пребывания в стационаре, количество и характер осложнений. Обследуемые группы были сопоставимы по социально-биологическим характеристикам и тяжести заболевания. Средний возраст в 1 группе составил 47,4 лет, во второй — 45,5 лет. Выбор методики осуществлялся в зависимости от размеров матки, особенности расположения миоматозных узлов, емкости влагалища, перенесенных ранее операций, наличия и тяжести сопутствующей патологии. Большинство пациенток (90%) поступало в плановом порядке, обследованных амбулаторно. Критериями включения являлась миома матки, требующая хирургического лечения без пролапса гениталий.

Результаты исследования и их обсуждение. Показанием к операции являлись миома матки больших размеров (1 группа 48%, 2 группа — 56,3%), субмукозная миома матки (39% и 28% соответственно), миома в сочетании с аденомиозом (8,7%, 9,4% соответственно), миома в сочетании с патологией эндометрия (4,3%, 6,3% соответственно). Показаниями, для операции в срочном порядке, явились: субмукозная миома матки, осложненная метроррагией и анемией, при лапаротомии

дополнительно некроз узла. Средние размеры матки в 1 группе составили 12,8 недель, во 2 группе — 13,3 недели. Спинальная анестезия была методом выбора при операциях вагинальным доступом - 78%, ЭТН при лапаротомии — 62%. Исходная анемия была у 35% женщин 1 группы и у 40% второй, при этом в 85%, обусловленная интраоперационной кровопотерей. Объем кровопотери в 1 группе составил в среднем 300 мл (от 100-600мл), во второй 345 мл (150-1000 мл). При этом продолжительность операции во 2 группе была меньше (в среднем 85 мин), чем в 1 группе (110 мин). Продолжительность госпитализации была меньше в 1 группе - 8,5 дня (10,4 - во 2 группе). Частота послеоперационных осложнений была сравнима 13% и 15% соответственно. К факторам, влияющим на длительность операции, следует отнести следующие: наличие и выраженность спаечного процесса брюшной полости; состояние соединительной ткани и ригидность связочного аппарата; распространенный эндометриоз и вовлечение смежных органов в патологический процесс; размеры матки; наличие перенесенных ранее гнойно-деструктивных заболеваний матки и придатков; необходимость удаления придатков.

Обсуждение результатов. Лапаротомный доступ может быть преимущественно использован для выполнении гистерэктомии при значительном увеличении размеров матки (свыше 15 недель), распространенном эндометриозе, патологии яичников, выраженном спаечном процессе, когда необходим хороший обзор и потребуются расширение объема операции. Размеры матки до 14-15 недель не являются противопоказанием к выполнению гистерэктомии влагалищным доступом; т.к. фрагментация матки на влагалищном этапе снимает ограничения по использованию данной методики. Минимизация хирургической агрессии за счет применения вагинального доступа позволила повысить эффективность операции: снизить средний объем интраоперационной кровопотери; уменьшить интраоперационные и послеоперационные осложнения; сократить послеоперационный койко-день и длительность госпитализации. Влагалищный доступ сопровождается нанесением пациентке травмы значительно меньшей, чем при лапаротомии, позволяет расширить спектр показаний к использованию малоинвазивных технологий. Использование спинальной анестезии делает возможным выполнение данных операций пациенткам, которым противопоказано проведение общей анестезии и возможность их выполнения в тех случаях, когда все другие методы хирургического лечения абсолютно противопоказаны вследствие сопутствующей патологии. Вагинальный доступ снижает риск операции; уменьшает опасность перитонита, послеоперационного шока; послеоперационный период протекает более благоприятно, и работоспособность больных восстанавливается быстрее.

Заключение. Применение дифференцированно-го подхода к выбору метода, соблюдение показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, наличия ранее перенесенных оперативных

вмешательств, возраста, локализации и размера фиброматозных узлов и сопутствующей патологии, приводит к повышению эффективности оперативного лечения. Выполнение малоинвазивных операций в значительной степени способствует повышению качества жизни больных с гинекологической патологией.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

Лесовая В.Ю., Дубровина С.О., Кузьмин А.В.

Частота бесплодия в России составляет 10-15%, а в некоторых регионах превышает 15%-й уровень, определенный проблемной группой ВОЗ как критический, влияющий на демографические показатели (Кулаков В.И., 1999). Среди причин бесплодного брака одно из первых мест занимают спаечная болезнь органов малого таза и нарушения анатомо-функционального состояния маточных труб, составляя 30-74% (Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., 1996; Nealy D.L. et al., 1994). В результате такой дисфункции нарушается захват яйцеклетки, продвижение спермы и транспорт эмбриона в матку.

Целью исследования явилось снижение частоты образования и рецидива послеоперационных спаек при лапароскопическом лечении больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия, что позволило бы сократить сроки лечения и его стоимость. Поставленная задача решалась тем, что после выполнения сальпингоовариализиса (сальпингостомии) в ходе лапароскопии производилась забрюшинная катетеризация с подведением системы орошения к зоне адгезиозектомии посредством большого загнутого проводника производства фирмы KARL STORZ (Германия) (26188FG), который ретроперитонеально из краниального в каудальном направлении позволяет провести полимерный катетер, что подтверждается визуально с помощью лапароскопа. Затем производится фиксация катетера в эндоскопической ране. Аналогичным образом производят забрюшинную катетеризацию контрлатерально. Через эти катетеры осуществляют подачу геля «ETHICON Intercoat» через 2,4,6 часов после операции в объеме 20,0 мл. Технический результат — дополнительное, пролонгированное создание барьера в зонах с повышенным содержанием спаек, повышение эффективности хирургического лечения, уменьшение числа послеоперационных осложнений, предотвращение рецидива, сокращение сроков лечения, снижение стоимости лечения. Гель «ETHICON Intercoat» - это рассасывающееся соединение полиэтиленоксида (ПЭО) и натрий-карбоксиметилцеллюлозы (производство USA), нетоксичен, стерилен, предназначен для использования в качестве временного механического барьера, разделяющего травмированные во время операции

поверхности контактирующих тканей в брюшной полости, где возможно образование спаек (регистрационное удостоверение ФС 06092008/4442-08). При введении геля на раневую поверхность на завершающем этапе операции развивается эффект гидрофлотации раневых поверхностей, тем самым предотвращается их консолидация, склеивание фибрином, выпавшим из перитонеального выпота, а затем мезотелизации поверхности. При этом отсутствуют побочные действия, свойственные аналогам (di Zerega G.S., Verco S.J.S., Young P. et al., 2002). Гель «ETHICON Intercoat» рассасывается в брюшной полости в течение 30 дней. Использование геля в соответствующих зонах позволяет провести профилактику стекания геля в Дуглас и осуществить более длительное пребывание геля в местах с поврежденной брюшиной.

Проведенные нами исследования позволили установить прямую зависимость между восстановлением участков поврежденной брюшины без адгезии и частотой наступлением беременности в течение 1 года у больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

По материалам заявляемого способа обследовано 125 пациенток, обратившихся для проведения лапароскопии по поводу трубной беременности. Критерии включения в группу исследования были следующими: наличие аднексальных спаек умеренной или тяжелой степени, нормоспермия у супруга, положительный посткоитальный тест, продолжительность бесплодия свыше 2 лет, отсутствие эндометриоза и эндокринных заболеваний. Возраст обследованных больных колебался от 24 до 36 лет, в среднем составляя $29,4 \pm 2,2$ года. Из них у 59% диагностировано первичное бесплодие, у 41% - вторичное. Длительность бесплодия варьировало от 3 до 15 лет, составляя в среднем $7,9 \pm 2,1$ года.

Каких-либо осложнений или побочных реакций в виде непереносимости препарата у обследуемых больных не наблюдалось. Средний срок наступления беременности - 2 года 6 месяцев. Клинический результат оценивался визуально при ранней контрольной лапароскопии на 3-и сутки послеоперационного периода и по динамике клеточного и биохимического состава перитонеальной жидкости. Исследования проводились до операции, на 1, 3, 5 сутки послеоперационного периода, используя раннюю контрольную лапароскопию. Срок наблюдения - 12 месяцев. Результатом применения описанного способа лечения является отсутствие патологической субъективной симптоматики: ноющие боли в нижних отделах живота и пояснице, диспареуния, альгоменорея и наступление желанной беременности (n=119).

Таким образом, результаты клинических исследований показали, что предложенный способ профилактики рецидива спаечной болезни у больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия обеспечивает высокую надежность предотвращения образования и лечения рецидивных послеоперационных спаек брюшной полости после оперативных вмешательств. Разработанный нами метод

позволяет избегать гидрофлотации с использованием различных лекарственных средств в раннем послеоперационном периоде, которые, по данным некоторых авторов, приводят к излишнему травмированию брюшины и могут способствовать прогрессированию спаечной болезни после операции.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Лещенко О.Я., Кравцова О.В., Лабыгина А.В.,
Кузьменко Е.Т., Лазарева Л.М.

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г.Иркутск

В последние годы отмечается прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и увеличение гинекологической заболеваемости девушек-подростков. Во многих регионах уровень распространенности гинекологической патологии среди подростков крайне высок, что связано с ухудшением социально-экономических условий, качества питания, влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды, особенностями сексуального поведения подростков. Анализируя условия и образ жизни среднестатистической семьи, можно, в определенной мере, прогнозировать вероятность частоты возникновения различных заболеваний, в том числе и репродуктивной сферы у подростков.

Объекты исследования: 275 девушек — подростков в возрасте 14-17 лет (исследование проведено в коллективах учащихся 9-11 классов МОУ «Ангарский лицей №2» — 110 чел., «Лицей №3» г. Иркутска — 87 чел., и средней школы п. Белореченский — 78 чел.).

При установлении отягощенности социального анамнеза оценивались следующие признаки: тип семьи (полная, неполная), образование и профессия родителей, наличие или отсутствие в семье вредных привычек, материальная обеспеченность семьи, жилищные условия, взаимоотношения между членами семьи, психологический статус подростка, физическая активность, продолжительность просмотра телепередач и работы за компьютером, особенности питания. Неблагоприятная характеристика того или иного признака (например, неполная семья) расценивалась как фактор социального риска.

Степень отягощенности социального анамнеза девушек-подростков определялась в зависимости от количества имеющихся факторов риска. Группу с низкой отягощенностью социального анамнеза (от 0 до 2-х факторов риска) составили 1,6% девушек из п.Белореченский, 6,7% г.Ангарска и 12,5% г.Иркутска. Группу умеренного риска (3-4 фактора риска) составили 16,6% старшеклассниц п.Белореченский, 8,9% г.Ангарска и 14,3% г.Иркутска. Группу с выраженной отягощенностью социального анамнеза (5-6 факторов риска)

составили 29,0% девушек п.Белореченский, 26,7% г.Ангарска и 16,1% г.Иркутска. Группу с высокой степенью отягощенности социального анамнеза составили 53,2, 57,8% и 57,1% старшеклассниц соответственно.

Всех девушек-подростков с выраженной и высокой степенью отягощенности социального анамнеза объединили в группу риска (основную) - 20,2%; в контрольную группу включили лица с низкой и умеренной отягощенностью социального анамнеза — 79,8%. Социальный портрет девушек группы риска существенно отличался от такового у девушек контрольной группы более высокой распространенностью среди них тех поведенческих и социальных характеристик, которые рассматриваются как факторы риска. Они чаще проживали в неполных семьях (35,6% в группе риска против 3,2% в контрольной группе), в семьях с плохим психологическим микроклиматом и недружественными взаимоотношениями с родителями (соответственно, 35,6% против 6,3%). Они чаще испытывали беспокойство о своем будущем (35,6% против 9,4%), их питание, как правило, не сбалансировано по основным питательным веществам (68,95% против 9,4%).

Проведена оценка взаимосвязи между факторами социального риска и показателями состояния здоровья и развития девушек, в т.ч. нарушениями полового и физического развития, менструального цикла, эндокринной патологией, воспалительными заболеваниями и соматической патологией, существенно влияющей на реализацию репродуктивной функции. Анализ таблиц сопряженности выявил статистически значимые связи между увеличением степени отягощенности социального анамнеза девушек и более высокой частотой нарушений полового и физического развития, репродуктивными нарушениями (дисфункция яичников, нарушения менструального цикла, гипоталамический синдром пубертатного периода, воспалительные заболевания органов малого таза), соматической патологией (вегето-сосудистая дистония, хронический гастрит и гастродуоденит, хронический тонзиллит, диффузный нетоксический зоб и гипотиреоз).

Таким образом, наиболее неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье и развитие девушек-подростков старшего школьного возраста оказывают факторы социального, психосоциального риска и образа жизни: низкий уровень жизни семьи, проживание в неполной семье, неблагоприятный психологический микроклимат в семье, нарушения питания, недостаточная двигательная активность, повышенная информационная нагрузка, слабая информированность о состоянии своего здоровья и, как следствие, невысокая мотивация к здоровому образу жизни.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ МЕЖМЕНСТРУАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Линева О.И., Каганова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, ММУ ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова, Самара, Россия

Межменструальный болевой синдром (МБС) встречается с частотой от 3 до 40%, сопровождается различными вегето-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.

Данное обстоятельство заставляет исследователей искать новые, эффективные методы лечения межменструального болевого синдрома.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности использования пролонгированной контрацепции НоваРингом в сочетании с Целекоксибом и Вобэнзимом в купировании МБС.

Материалы и методы исследования: проведено проспективное исследование у 30 женщин в возрасте 27-39 лет, страдающих МБС, которые составили основную группу. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы исследования, определение уровня ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона и кортизола.

Для оценки психосоматического статуса использовали следующие тесты: шкалу самооценки Спилберга в модификации Ю.Ханина для определения состояния реактивной и личностной тревожности; тест Бека для определения уровня депрессии; тест ММРІ в модификации Л.Собчика для многофакторного исследования личности; шкалу Гамильтона для определения тяжести депрессии; шкалу MFI — 20 для субъективной оценки астении; шкалу Р.Мельзака для оценки интенсивности боли, визуально-аналоговую шкалу качества жизни (ВАШ). Кроме того, определялся уровень цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-8) и фибронектина. НоваРинг назначался в пролонгированном режиме по схеме 84/7. Параллельно больные получали ЦОГ-2 селективный нестероидный противовоспалительный препарат целекоксиб в суточной дозе 400 мг/сутки по 10 дней в середине цикла. Системная энзимотерапия включала назначение Вобэнзима по 5 таблеток 3 раза в сутки в течение 3 недель. Контрольная группа подбиралась по принципу «случай-контроль» и составила 30 женщин, идентичных по возрасту, наличию сопутствующей соматической и гинекологической патологии, но не страдающих хроническим болевым синдромом.

Результаты нашего исследования подтвердили данные Н.П.Билак с соавторами (1995), что МБС преимущественно встречается в активном репродуктивном возрасте (средний возраст больных со-

ставил 32,4 года) при длительности заболевания от 1,2 до 6,3 лет, в анамнезе половина обследованных (53,3%) отмечали необоснованные госпитализации в различные стационары с диагнозом «внематочная беременность», «аппендицит», «апоплексия яичников», «острый аднексит», «острый живот» и т.д. У 25 пациенток (83,3%) мы выявили органические изменения в органах малого таза (наружно-внутренний эндометриоз, хронические воспалительные заболевания придатков матки, ретенционные кисты яичников, миома матки, варикозное расширение вен малого таза и т.д.). Особое внимание мы обращали на наличие нервно-психических, эмоциональных и вегетативных нарушений у больных с МБС. Установлено, что у всех 30 больных с разной частотой диагностируются эмоциональные когнитивные, вегетативные, мотивационные, диссомнические, эндокринно-обменные и алгические симптомы. Аналогичные клинические симптомы в контрольной группе встречались с частотой 30% (различия статистически значимы). При анализе эффективности комплексного лечения МБС в течение 4 месяцев произошло снижение ВАШ боли с $10,0 \pm 0,4$ до $2,1 \pm 0,3$ баллов, ВАШ астении с $10,0 \pm 0,5$ до $4,1 \pm 0,2$ баллов; личностной и реактивной тревожности по шкалам Спилберга-Ханина с $69,02 \pm 0,2$ до $21,7 \pm 3,2$ баллов, уровня депрессии (тест Бека) с $13,0 \pm 2,1$ до $6,4 \pm 1,8$ баллов, вегетативной шкалы с $40,1 \pm 3,6$ до $15,3 \pm 2,4$ балла. Кроме того существенно снизилось содержание цитокинов (ИЛ-1а с $456,6 \pm 108,6$ до $88,3 \pm 14,1$ пг/мл; ИЛ-8 с $139,7 \pm 36,7$ до $30,4 \pm 30,18$ пг/мл; ИЛ4 с $64,1 \pm 15,6$ до $54,1 \pm 17,1$ пг/мл) и фибронектина (с $1418,2 \pm 548,3$ до $502,5 \pm 152,1$ пг/мл). Изменение всех вышеперечисленных показателей было статистически значимым. Получены дополнительные неконтрацептивные эффекты НоваРинга (купирование болевого синдрома, улучшение состояния кожи и волос, общего самочувствия, исчезновение предменструального синдрома). Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать следующее заключение: комплексная патогенетическая терапия МБС купирует болевой синдром в 97% случаев уже в первый месяц приема и профилактирует развитие рецидивов. Комплаентность пролонгированного режима НоваРинга — 100%. Применение комплексной терапии с включением Вобэнзима способствовало нивелированию побочных эффектов двух других препаратов, что обусловлено преимуществом бустер- и сервис-терапии. Назначение целекоксиба потенцировало противовоспалительные и анальгезирующие эффекты комплексной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВАГИНИТОВ

Логвина Л.Л., Карданова М.Х.

Россия, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет им Х.М. Бербекова, кафедра детских болезней, акушерства и гинекологии

Бактериальный вагиноз- заболевание, которое возникает в результате резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры и вызванное замещением нормальной микрофлоры влагалища, в которой преобладают лактобактерии, анаэробными микроорганизмами, *Gardnerella vaginalis* и *Mycoplasma hominis*. Помимо гарднерелл в вагинальном секрете женщин с бактериальным вагинозом обнаружены а большом количестве анаэробные бактерии: бактероиды, пептококки, пептострептококки.

Актуальность проблемы вызвана увеличением числа больных бактериальным вагинозом, представляющим опасность для здоровья женщины, плода и новорожденного и созданием проблем здоровью последующему поколению. Частота возникновения бактериального вагиноза по данным различных авторов составляет от 19,2% до 80% в структуре заболеваний органов малого таза. Частота рецидивов колеблется от 15% до 30%, а после повторных курсов лечения у 52% пациентов повторные рецидивы регистрируются в течение года. Применяемые в практике лекарственные препараты должны обладать достаточным спектром действия, минимальным количеством побочных действий, обладать высокой биодоступностью и низкой токсичностью, низкой аллергенностью, а также отсутствием эмбриотоксического действия на плод. В связи с этим интересным представляется внедрение в клиническую практику новых препаратов для лечения бактериального вагиноза.

Цель исследования: Оценить эффективность препарата вагинорм С в лечении бактериального вагиноза.

Обследованы 96 женщин репродуктивного возраста. Диагноз выносился при наличии 3-х признаков бактериального вагиноза: более 20% ключевых клеток, рН более 4,5, пенистые, тягучие, гомогенные, белые или серые выделения, которые равномерно распределяются по стенкам влагалища, положительная проба с гидроксидом калия (10%).

При традиционном гинекологическом осмотре проводилось выяснение анамнестических данных, кольпоскопическое исследование шейки матки, слизистых влагалища, УЗИ органов малого таза и шейки матки.

Методы лабораторной диагностики- полимеразная цепная реакция, микроскопическое исследование нативного материала с окрашиванием по Грамму, реакция иммунофлюоресценции (РИФ). Лечение начиналось после прекращения менструации.

С целью выбора наиболее эффективного способа медикаментозного лечения больные разделены на 3 группы: Вагинорм- С, содержащий аскорбиновую кислоту, назначали интравагинально по 1 ва-

гинальной таблетки, 250 мг в течение 6 дней. Это 1- я группа больных. Препарат Вагинорм-С представляет собой ретардную форму L-аскорбиновой кислоты, которая осуществляет высвобождение витамина С в течение нескольких часов, тем самым обеспечивая достаточно высокие концентрации его в очаге поражения и предотвращая раздражение вагинального эпителия влагалища.

Пациенткам 2-й группы был назначен препарат Гексикон, по 1 вагинальной суппозитории 2 раза в сутки в течение 10 дней.

3-я группа, сравнительная, представленная пациентками, которые получали метронидазол (флагил) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

После назначения лечебных схем для проведения контрольного микробиологического исследования с целью оценки эффективности проводимой терапии на 5- день и после окончания терапии на 14-й день с целью установления излеченности были взяты мазки из влагалища. Критериями эффективности лечения больных с бактериальным вагинозом являлись исчезновение субъективных проявлений клинических симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей.

На фоне проводимой терапии наиболее эффективным оказались препараты вагинорм- С и Гексикон. Установлено, что наибольший процент излечиваемости и минимальное число рецидивов наблюдались при применении Вагинорма-С и Гексикона. Более предпочтительным является использование Вагинорма-С. У 89% больных в группе Вагинорм-С отмечалась нормализация рН среды за счет закисления влагалищной среды и тем самым подавления роста и размножения различных микроорганизмов. Отмечено, что на 2-3-й день лечения в группе Вагинорм-С отмечалась нормализация показателей мазка у 87,7%, тогда как эти же показатели нормализовались в группе Гексикон на 5-6 день лечения. Гексикон обладает широким спектром антимикробного действия, не оказывает негативного влияния на лакто- и бифидобактерии, в отличие от метронидазола, который действует на них агрессивно. После терапии препаратом Вагинорм- С и Гексикон высеваемость лактобактерий и бифидобактерий значительно повышается.

Т.о, применение Вагинорма-С, Гексикона и флагила способствует нормализации рН, уменьшению выделений, исчезновению неприятного запаха, зуда, жжения, гиперемии. Наиболее оптимальными препаратами являются Вагинорм-С и Гексикон. При применении этих препаратов отмечен наибольший процент излечиваемости больных, достоверное увеличение процента бифидобактерий и лактобактерий, минимальное количество рецидивов.

Однако, установлена совершенно отчетливая тенденция улучшения количества молочнокислых бактерий и их видового состава при применении препарата Вагинорм-С, бережное его действие на слизистую оболочку влагалища, отсутствие побочных явлений, хорошая его переносимость, высокий процент эффективности (87,7%) уже на 2-3-й день приема

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ФОНОВЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Лысенко О.В.

Республика Беларусь, г. Витебск, Витебский государственный
медицинский университет

Актуальность. В структуре гинекологической заболеваемости фоновые и предраковые заболевания эндометрия занимают ведущее место. В течение последнего времени ведущими методами диагностики патологии эндометрия являются: трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание. Необходимо отметить, что несмотря на достигнутые успехи в диагностике внутриматочной патологии, окончательная точка в этом вопросе не поставлена, а своевременная и точная диагностика фоновых и предраковых процессов эндометрия является основным методом профилактики рака эндометрия. С другой стороны, в определенном проценте случаев активная тактика акушера-гинеколога приводит к увеличению числа необоснованных внутриматочных манипуляций, что, в свою очередь, влияет на репродуктивный потенциал женщин детородного возраста.

Целью настоящего исследования явилось изучение ценности различных методов диагностики фоновых заболеваний эндометрия.

Материалы и методы.

Нами произведен ретроспективный анализ 492 историй болезни пациенток репродуктивного возраста, госпитализированных в гинекологическое отделение для проведения раздельного диагностического выскабливания с подозрением на гиперпластический процесс эндометрия.

Результаты. Все женщины были госпитализированы в гинекологическое отделение в плановом и экстренном порядке. УЗИ органов малого таза производилось в условиях женских консультаций. Толщина эндометрия по данным трансвагинального УЗИ составила $10,2 \pm 5,9$ мм. Ультразвуковым критерием постановки диагноза чаще всего была неоднородность эндометрия, а не его толщина и соответствие дню менструального цикла. Нами проанализировано совпадение ультразвукового диагноза с окончательным гистологическим заключением после раздельного диагностического выскабливания. Совпадение наблюдалось в 63,1% случаев, тогда как в 36,9% заключения не совпадали.

Такой высокий процент несовпадения результатов, можно объяснить эхографическим опытом врачей и сложностью интерпретации ультразвуковых данных, полученных на аппаратах среднего и низкого класса, которыми оборудованы женские консультации.

В результате изучения данных анамнеза, мы обратили внимание на то, что перед тем, как пациентки были направлены для раздельного диагностического выскабливания, трансвагинальное УЗИ органов малого таза в 91,5% случаев им производилось однократно. Кроме того, в 42,7% случаев пациентки не предъявляли никаких жалоб, и только

данные УЗИ послужили основанием для госпитализации.

Нами также проанализирована частота совпадения гистероскопического заключения с окончательным гистологическим заключением. Совпадение наблюдалось в 71,1% случаев, тогда как в 28,9% отмечалось несовпадение результатов.

Заключение. Поскольку выскабливание приводит к обширной травме и раневой поверхности, ослабляет местные защитные факторы, а по данным произведенного нами ретроспективного анализа в 1/3 случаев ультразвуковое заключение не совпадает с гистологическим заключением и в подавляющем большинстве случаев служит основанием для госпитализации и раздельного диагностического выскабливания, мы предлагаем шире использовать Pipell-биопсию эндометрия, которая менее инвазивна, не требует расширения цервикального канала и специальной анестезии, а по данным литературы, диагностическая ценность ее практически не уступает диагностическому выскабливанию. С нашей точки зрения, к Pipell-биопсии эндометрия следует прибегать именно в тех случаях, когда пациентка не предъявляет жалоб, не входит в группу высокого риска развития гиперпластических процессов эндометрия, а подозрение на фоновый процесс эндометрия является результатом произведенного в нескольких менструальных циклах трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза.

Для повышения качества ультразвуковой диагностики фоновых и предраковых заболеваний эндометрия необходимо:

- придерживаться четких критериев диагностики гиперпластических процессов эндометрия;
- при отсутствии жалоб производить исследование в течение 2-3 менструальных циклов для более точного подтверждения диагноза;
- оснащение лечебных учреждений аппаратурой высокого и экспертного класса;
- постоянное повышение квалификации врачей ультразвуковой диагностики.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С ПОВТОРНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Магомедова П.А., Омаров С.-М.А.

Дагестанский Научный Медицинский Центр, Махачкала,
Россия.

Частота эктопической беременности (ЭБ) имеет стойкую тенденцию к росту во многих странах мира, к настоящему времени достигнув показателя 1 на 80-100 всех беременностей. При этом повторная внематочная беременность встречается у 7,5-22% женщин. Высокий процент нарушенной ЭБ на момент установления диагноза, изменившийся характер клинической картины указывают на необходимость определения групп риска и выработки четкой стратегии обследования женщин с подозре-

нием на ЭБ.

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов риска развития повторной ЭБ.

Материалы и методы исследования. У 163 пациенток с трубной беременностью через 6- 18 месяцев после операции были изучены эффективность и исходы различных методов хирургического лечения. В I группу (основную) вошли 83 пациенток с повторной трубной беременностью; во II группу (контрольную) вошли 80 женщин, оперированных по поводу первичной трубной беременности. Использован метод дисперсионного анализа - тест вариаций ANOVA.

Полученные результаты. Средний возраст пациенток I группы составил $33,9 \pm 2,9$ года, II группы $27,4 \pm 2,3$ года. Основная масса пациенток I группы находилась в возрастном интервале -30- 40 года, II группы 25 -34 лет. Преобладали рабочие (19 %) и служащие (21,5 %), каждая вторая женщина (57%) официально была безработной. В большинстве случаев (94,5%), возраст начала менструаций в обеих группах колебался от 12 до 15 лет и в среднем составил в I группе $14,0 \pm 1,3$ лет, а во II группе $13,4 \pm 1,2$ лет, ($p < 0,05$). Раннее менархе отмечено у каждой десятой, позднее — у каждой двадцатой пациентки во II группе, причем в I группе случаев позднего менархе выявлено не было. Нормопонирующий менструальный цикл встречался у 100 (61,3%) женщин изученного контингента, антепонирующий - у 33 (20,2%), а постпонирующий - у 26 (16%), ($p > 0,05$).

У 66 (40,5%) продолжительность менструального кровотечения была более 6 дней и у 1 (0,6%) - менее 3 дней, ($p > 0,05$). Нарушений менструальной функции с момента становления не было отмечено у 146 (93,6%), дисменорея наблюдалась у 8 (5,1%), а гиперменорея у 2 (1,3%) больных. 5,5% пациенток с ЭБ начали половую жизнь в возрасте от 14 до 16 лет, 74,2% - от 17 до 25 лет, 16,7% - от 25 до 32 лет, 1,2% пациентка — в возрасте старше 33 лет. Средний возраст начала половой жизни составил $18,7 \pm 1,8$ лет. 13,7% женщин использовали внутриматочные контрацептивы, 6,8% - комбинированные оральные контрацептивы, 2,5% - барьерные методы.

Медицинские аборт в анамнезе были у 86,5%, самопроизвольные - у 68,5%. При сопоставлении данных о пациентках с 1, 2, 3 и более абортами в анамнезе не было выявлено достоверной разницы в исследованных группах, ($p > 0,05$).

Воспалительные заболевания органов малого таза выявлены в 45,6% случаев, миома матки в 3,7%, эндометриоз - в 1,8%, кисты яичников - 8,6%, нарушения менструального цикла - в 2,4%, бесплодие - в 41,9% наблюдений. Сочетание двух и более заболеваний отмечено у 10,5% женщин. Кольпиты значительно чаще наблюдались в I группе ($p < 0,05$), кисты и кистомы во II группе ($p < 0,05$).

Предшествующие оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза имелись в анамнезе у 25,3% пациенток с ЭБ: тубэктомия - 6,1%, туботомия — 1,2% во II группе, у 8 (5,3%) пациенток II группы и у 4 (2,4%) I -сальпинголизис по поводу трубно-перитонеального бесплодия, у 1

(0,6%) пациентки II группы и у 2 (1,2%) I - консервативная миомэктомия, у 7,8% и 6,2% пациенток - резекция или удаление яичника по поводу доброкачественных опухолей. У 8,2% пациенток с ЭБ II и 5% I группы в анамнезе было кесарево сечение, в т.ч. у 0,8% - дважды, у 1,2% и 4,2% в анамнезе отмечалась аппендэктомия. У 4,8% пациенток II группы и 30,3% - I группы ЭБ предшествовали 2 и более оперативных вмешательства.

Оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости были выполнены лапароскопическим доступом в 8,6% случаях во II группе и в 32,5% - в I группе, лапаротомическим — в 18,4% и 6,1%.

Выводы. Большинство женщин основной группы при повторном эпизоде внематочной беременности были в возрастной группе 30 -40 лет. Таким образом, согласно нашим данным, наибольший риск наступления повторной эктопической беременности существует именно в этот возрастной период. Дополнительным фактором риска является более высокий, в сравнении с группой контроля, процент оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Мадянова Т.С., Мадянов И.В.

Россия, г.Чебоксары, 000 «Гормон-Хелп»,
ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее частых причин бесплодия у женщин репродуктивного возраста (до 5-15% случаев). Обычно клиницистам приходится решать проблемы бесплодия и соматического здоровья у пациенток, вступивших в активный репродуктивный период жизни, когда они уже имеют развернутые формы СПКЯ с набором сопутствующей патологии, что осложняет задачу адекватного лечения как ановуляции, так и ассоциированных с СПКЯ соматических заболеваний. Поэтому своевременное выявление и адекватное лечение сопутствующей СПКЯ патологии уже в подростковом периоде имеет большое значение для репродуктивного и соматического здоровья женского организма в будущем.

Целью исследования явилось изучение эффективности включения метформина в лечебный комплекс у девочек-подростков с формирующимся СПКЯ.

Материалы и методы. В исследование включено 53 девочки-подростка в возрасте 13-19 лет ($16,3 \pm 1,6$ года; здесь и далее $M \pm \delta$) с формирующимся СПКЯ. До и после курса лечения метформином, помимо параметров менструального цикла, оценивали индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД), а

также индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR), который рассчитывали на основе базальных уровней в крови глюкозы (ммоль/л) и инсулина (мкед/мл) по формуле: $\text{НОМА-IR} = (\text{инсулин} \times \text{глюкоза}) / 22,5$. Метформин (Глюкофаж[®], Merck/Nycomed) назначали в суточной дозе от 1000 до 2000 мг (1120±274 мг) на период от 3 до 29 мес (в среднем 7,0±4,8 мес). При статистической обработке использовали пакет программ STATISTICA (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

Результаты. За период наблюдения установлено положительное влияние метформина на характеристики менструального цикла: сократились с 115±62 до 54±31 день ($p=0,0000$) интервал между менструациями и с 5,6±2 до 4,9±1 день ($p=0,0066$) их длительность. Назначение метформина не обеспечило статистически значимого снижения ИМТ (до лечения 22,1±2,7 кг/м², после — 21,9±2,7 кг/м²; $p=0,28$), ОТ (до лечения 71,2±7,3 см, после — 70,9±6,2 см; $p=0,63$) и ДАД (до лечения 73,6±10,8, после — 71,8±8,6 мм.рт.ст.; $p=0,19$), но привело к достоверному уменьшению инсулинорезистентности (НОМА-IR до лечения 3,18±1,33, после — 2,57±1,22 усл.ед.; $p=0,047$), базальной концентрации инсулина (до лечения 14,6±5,7, после — 11,4±4,3 мкед/мл; $p=0,018$) и САД (до лечения 117,8±12,9, после — 111,1±13,3 мм.рт.ст.; $p=0,0031$). В первые 2-3 мес около половины девочек, особенно склонных к избытку массы тела, отмечали умеренное снижение аппетита, что приводило, как правило, к снижению ИМТ и ОТ. Однако со временем этот анорексигенный эффект «ускользал». Поэтому при назначении девочкам-подросткам метформина не следует данный препарат позиционировать как средство, нормализующее вес, следует сразу делать акцент на его способности позитивно влиять на репродуктивную функцию при формирующемся СПКЯ.

Выводы. Результаты исследования косвенно подтверждают сведения о патогенетическом значении инсулинорезистентности при развитии СПКЯ и демонстрируют применение метформина у девочек-подростков с формирующемся СПКЯ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ

Мазитова М.И.*, Фатыхов К.Х.**,*
Антропова Е.Ю.*

Россия, Казань, *Казанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии № 2, **кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии

Одним из основных направлений хирургии в последнее время является развитие органосохраняющих операций и снижение травматичности вмешательств. Эволюция хирургического доступа направлена на его уменьшение: от традиционной лапаротомии к мини-лапаротомии, лапароскопии и стремительно развивающемуся в последнее время направлению минимально-инвазивной хирур-

гии. В основе стратегии минимизации оперативного доступа лежат последние новейшие достижения лапароскопической хирургии, позволяющие реализовать все этапы операции через один небольшой доступ протяженностью 1-3 см по методикам эндоскопического транслуминального вмешательства (Natural Orifice Trans Endoscopic Surgery - N.O.T.E.S.) или лапароскопического вмешательства с использованием устройства для единого доступа. Подобная оперативная техника может также использоваться при осуществлении доступа к органам брюшной полости через небольшой разрез в пупочной области (Trans Umbilical Endoscopic Surgery - T.U.E.S.).

Возможность клинического применения NOTES-технологий у человека появилась с начала 2007 г. Несмотря на значительную серию экспериментальных работ, первые операции с использованием NOTES-технологий у человека исчисляются единицами и практически во всех наблюдениях носят гибридный характер [Ю.Г. Старков, К.В. Шишин, Е.Н. Солодина 2009].

Сегодня мы представляем наш первый опыт операций по технологии T.U.E.S (Trans Umbilical Endoscopic Surgery) в ургентной гинекологии. Подобная оперативная техника используется при осуществлении доступа к органам брюшной полости через небольшой разрез в пупочной области.

Материалы и методы. За последний месяц нами выполнено 7 лапароскопических вмешательств по T.U.E.S - технологии доступа к органам брюшной полости через небольшой разрез в пупочной области. Из них 5 вмешательств по поводу трубной беременности, 2 — по поводу простой серозной кисты яичника. Средний возраст пациенток составил 28±5,0.

Операцию начинали с послышной лапаротомии через пупок длиной 2,5 см. Под визуальным контролем в переднюю брюшную стенку устанавливали единый порт (фирмы ППП г. Казань), через который вводили лапароскоп и два инструмента для однопортовой операции. Используемые нами инструменты (фирмы ППП г. Казань) предназначены для данного вида эндоскопического вмешательства имели адаптированную длину и изгиб.

Учитывая стадию трубной беременности, отсутствие у пациенток желания сохранить фертильность во всех случаях трубной беременности проведена сальпингэктомия, с последующей санацией брюшной полости. При кистоме яичника проведено вылушение ее. При оперативном вмешательстве применяли 10 мм лапароскоп, 5 мм диссекторы и использовали монополярную коагуляцию. Единственная пупочная рана была ушита послышно с наложением внутрικοжного шва, при этом нам удалось сформировать пупок, не деформируя его. Ни один из случаев не потребовал установки дополнительных портов. Длительность первой операций составила 32,5±12,5 мин. Двигательная активность без ограничений пациенток началась тотчас после пробуждения. В послеоперационном периоде больные отмечали менее выраженный болевой син-

дром, т.к. он локализовался только в области единственной раны.

Таким образом, наш небольшой опыт трансумбиликальных вмешательств показывает возможность выполнения необходимых манипуляций в полости малого таза и применения данного доступа в ургентной гинекологии.

АКТУАЛЬНОСТЬ TV УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

**Макарова О.А., Прокопович Н.Г.,
Портянникова Н.П.**

Россия, г. Самара ГУЗ «Самарская Областная Клиническая больница №2», отделение «Функциональной диагностики»

Актуальность: по данным ВОЗ, постменопаузальный период жизни женщины составляет 33% и к 2015 году 46% женского населения мира будут составлять женщины старше 45 лет. Параллельно изменению возрастной структуры населения происходит увеличение распространенности рака эндометрия. У «здоровых» женщин в постменопаузе, во время проведения ультразвукового исследования, можно видеть расширенную полость матки, заполненную жидкостным содержимым - серозометру. Учитывая, что в постменопаузе отсутствует морфологический субстрат, продуцирующий жидкость, любое ее скопление в полости матки должно вызывать настороженность.

Цель исследования: определить значение скопления внутриматочной жидкости (ВМЖ) у женщин в постменопаузе.

Материал и методы исследования: обследована 357 пациенток в постменопаузе. Возраст обследованных составил от 45 до 75 лет. Продолжительность постменопаузы составила от 1 года до 20 лет. Были использованы клиничко-анамнестические методы, ультразвуковое исследование с доплерометрией на аппаратах PHILIPS HD3 и PHILIPS iU 22, гистероскопия с прицельной биопсией, гистологическое исследование удаленного материала.

Результаты исследования: при ультразвуковом исследовании переднезадний размер полости матки при обнаружении ВМЖ составил от 5 мм до 22 мм. Толщина каждого слоя слизистой оболочки составила от 1 мм до 10 мм. Суммарная толщина слизистой оболочки полости матки не зависела от длительности постменопаузы. В 98 (83,5%) случаев эхографическая структура ВМЖ была анэхогенной, в 39 (16,5%) ВМЖ содержала мелкодисперсную взвесь, в 45 (51,8%) - пристеночно визуализировалось одно или несколько включений повышенной эхогенности размером от 3 до 31 мм. У 3 (0,84%) пациенток обнаружено локальное утолщение эндометрия. По данным морфологического исследования материала, полученного в результате прицельной биопсии при проведении гистероскопии, у женщин с ВМЖ в 38% случаев обнаружен полип эндометрия, в 5% гиперплазия эндометрия и в 13% - злокачественная патология.

Выводы: частота обнаружения ВМЖ в постменопаузе составляет 19,3% и сочетается с патологией эндометрия в 64% случаев и указывает на необходимость при ее выявлении дальнейшего углубленного обследования пациентки. Следовательно целесообразно проводить скрининговое ультразвуковое исследование органов малого таза в постменопаузе.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Маланова Т.Б., Ипатов М.В, Уварова Е.В.,
Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Кузьмина М.А.,
Гладилина Л.В.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России
, ФГУ «Лечебно — реабилитационный центр» Росздрава

Раннее начало половой жизни подростков, беременность и в большинстве случаев следующее за этим ее прерывание, негативно сказывается на становлении репродуктивной функции в будущем. Причем в раннем послеабортном периоде частота возможных осложнений составляет около 18%, а поздних — в 2 раза выше.

Целью исследования явилась оценка эффективности ранней восстановительной магнитотерапии для профилактики развития репродуктивных нарушений в будущем.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 30 девочек в возрасте 13-17 лет. 20 пациенткам (основная группа) искусственное прерывание беременности (вакуум-аспирация) произведено в сроке 5-8 недель с последующим внутривенным капельным введением метрогила и витаминотерапией. В комплекс лечебных мероприятий у этих пациенток в послеоперационном периоде включили интенсивную магнитотерапию с первым воздействием через 2-3 ч после операции, курс составил 15 процедур. Ретроспективно, группу сравнения составили 10 человек, получивших только профилактическую противовоспалительную медикаментозную терапию. Эффективность лечения оценивали по динамике общего состояния, результатам бимануального исследования половых органов, клиничко-лабораторным показателям, тестам функциональной диагностики и динамическому УЗИ-сканированию.

Результат и обсуждение. По окончании лечения (5 сут) в основной группе достоверно быстрее, чем в группе сравнения, прекратились боли и кровянистые выделения из половых путей. При бимануальном исследовании половых органов отсутствовали признаки воспаления матки и придатков, а нормализация размеров и отсутствие жидкостного содержимого матки подтверждены УЗИ-исследованием. В гемограмме крови отсутствовали астрофазные изменения. У 20% пациенток после аборта без физиотерапии диагностирована гематометра и наличие

острофазных показателей крови, что потребовало назначения дополнительной терапии. Следующая за абортотерапией менструация у девушек, получивших магнитотерапию, началась в ожидаемые сроки, прошла безболезненно и с умеренной кровопотерей, тогда как у 50% пациенток группы сравнения, первая менструация прошла безболезненно, но с задержкой до 12-14 дней и со скудной, чем обычно, кровопотерей. Наблюдение за функциональным состоянием яичников на протяжении 2 менструальных циклов выявило, что восстановление его двухфазности имело место у 5(25%) девушек, которым проводилась магнитотерапия уже в первом цикле, у 14(70%) человек - во втором, у остальных — в третьем. А в группе сравнения, в равном соотношении, только во втором и третьем менструальных циклах.

Анализ полученных результатов показал, что для предупреждения развития воспалительных осложнений после первого аборта у девушек-подростков необходимо: направленная психоэмоциональная подготовка, минимально травмирующая операция (вакуум-аспирация полости матки) и комплексное послеоперационное восстановительное лечение. Эффективность лечения подтверждается отдаленными результатами в течение 2-5 лет за 18 пациентками, прервавших первую беременность в несовершеннолетнем возрасте. Так, отсутствие хронического воспаления половых органов констатировано у 80% больных, получавших профилактическую магнитотерапию, в то время как в группе сравнения — в 50% случаев. Из 13 женщин, запланировавших беременность, у 9 - она наступила в желаемый период. В сопоставимой группе запланированная беременность наступила в 2 раза реже.

Выводы. Таким образом, ранняя восстановительная магнитотерапия в комплексе лечебных мероприятий у несовершеннолетних после искусственного прерывания первой беременности, явилась целесообразным и клинически эффективным методом лечения, позволяющим существенно снизить масштаб лекарственной нагрузки на юный организм и избежать возможных осложнений после вынужденной, в большинстве случаев, операции.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ЕК-КЛЕТОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТИПИИ И ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Малышкина А.И., Андреева Т.С., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия

В настоящее время имеется достаточно данных, свидетельствующих о наличии взаимосвязи меж-

ду цервикальной папилломавирусной инфекцией (ПВИ) и предопухолевыми заболеваниями шейки матки. Показано, что вирусы папилломы человека 16 и 18 типов относятся к высокоонкогенным штаммам, зачастую выявляемым в большинстве цервикальных дисплазий. Ранее было выявлено, что патогенез эпителиальных дисплазий шейки матки связан с нарушением работы иммунной системы. Поскольку дисплазия шейки матки опасна возможным переходом в рак *in situ*, что в среднем занимает 3-8 лет, актуальным представляется изучение особенностей иммунной системы у женщин с кольпоскопически верифицированными предопухолевыми патологиями цервикального канала. Исследования иммунного статуса женщин с кольпоскопическими признаками цервикальной атипии и эктопии шейки матки, особенно сочетающейся с генитальной папилломавирусной инфекцией (ПВИ), привлекают внимание многих исследователей. Генитальная ПВИ инфекция может протекать и без клинических признаков патологических процессов на шейке матки, более того, в ряде случаев возможно и ее самопроизвольное излечение, что определяет актуальность поиска новых иммунологических факторов, принимающих участие в развитии патологических процессов со стороны шейки матки у женщин с ВПЧ инфекцией. Клеточный иммунитет является наиболее важным звеном иммунной системы конституционально предназначенным для элиминации клеток-мишеней, несущих признаки генетической чужеродности, к которым можно отнести как вирус-инфицированные так и опухолево-измененные клетки. Популяция CD16+ лимфоцитов, относящаяся к врожденному звену клеточного иммунитета, способна лизировать клетки-мишени без предварительной сенсибилизации и продуцировать ряд цитокинов, опосредующих вовлечение адаптивного звена иммунитета. Целью нашего исследования было выявить особенности содержания естественных киллерных клеток в периферической крови у женщин репродуктивного возраста с кольпоскопическими признаками атипии и эктопии шейки матки. Всего было обследовано 63 женщины, из них 26 женщин с кольпоскопическими признаками атипии шейки матки, 22 женщины с кольпоскопическими признаками эктопии шейки матки, в группу контроля вошли 15 здоровых женщин с интактной шейкой матки. В зависимости от наличия генитальной ПВИ, основные группы женщин с атипией и эктопией шейки матки были разделены на подгруппы. Диагностика папилломавирусной инфекции осуществлялась в мазках из цервикального канала методом качественной полимеразной цепной реакции. Материалом для иммунологического исследования служила периферическая венозная кровь. Уровень CD16+ лимфоцитов определяли с помощью моноклональных антител методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACScan (Becton Dickinson, USA). Статистический анализ данных включал определение среднего арифметического с ошибкой среднего арифметического, достоверность различий в группах опре-

делялась по t-критерию Стьюдента. При анализе полученных данных было установлено, что в периферической крови женщин с атипией шейки матки, сочетающейся с генитальной ПВИ, содержание CD16+ лимфоцитов было выше, чем у здоровых женщин с интактной шейкой матки. Следует отметить, что в группе женщин с атипией шейки матки, но без генитальной ПВИ уровень CD16+ клеток так же был достоверно выше, относительно такового у здоровых доноров, но незначительно ниже, чем в группе женщин с атипией, сочетающейся с генитальной ПВИ. Следует отметить, что в группе женщин с эктопией шейки матки, так же как и у женщин с атипией шейки матки, по сравнению со здоровыми женщинами без патологии цервикального канала было достоверно повышено содержание периферических CD16+ лимфоцитов. При этом выявленное увеличение содержания в периферической крови лимфоцитов экспрессирующих CD16 молекулы у женщин с эктопией шейки матки наблюдалось в подгруппах как при наличии признаков ПВИ инфекции, так и при ее отсутствии. Таким образом, полученные нами результаты показали, что у женщин с кольпоскопическими признаками атипии, а так же и при эктопии шейки матки уровень ЕК в периферической крови выше, чем у здоровых доноров. Несмотря на то, что в последнее время принято рассматривать эктопию шейки матки вариантом нормы, наши данные указывают на наличие при этом процессе изменений показателей системного клеточного иммунитета. Следует отметить, что выявленные в ходе работы изменения содержания ЕК как при атипии, так и при эктопии шейки матки затрагивают системный уровень, что, вероятно, свидетельствует о важной роли врожденного клеточного иммунитета в патогенезе изучаемых патологий, а также могут указывать на усиление цитолитических реакций у изучаемого контингента пациенток в независимости от наличия у них генитальной ПВИ.

ИМУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

**Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.,
Анциферова Ю.С.**

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н.
Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия

Несмотря на интенсивное изучение механизмов развития эндометриоза, загадка эктопического роста эндометрия остается все еще не решенной. Считается, что нарушения тканевого гомеостаза, приводящие к формированию и росту эндометриозных очагов, имеют в своей основе иммунную природу и связаны со снижением иммунного надзора. У женщин с наружным генитальным эндометриозом выявлено угнетение локальных реакций клеточной цитотоксичности, нарушение функции фагоцитарных клеток, в частности увеличение

количества и усиление активации перитонеальных макрофагов, изменение антигенных свойств самой эндометриальной ткани. Многочисленные исследования свидетельствуют о значительных изменениях продукции цитокинов и факторов роста при наружном генитальном эндометриозе. Однако до сих пор остаются мало изученными вопросы о возможности медикаментозной коррекции иммунных нарушений при эндометриозе. В связи с этим, целью нашей работы было оценить влияние ряда препаратов с иммуномодулирующим действием на функциональное состояние различных типов клеток иммунной системы при эндометриозе. Известно, что важную роль в реализации реакций клеточной цитотоксичности играет уникальная популяция Т-лимфоцитов, несущих на своей поверхности Т-клеточный рецептор $\gamma\delta$ типа, или $\gamma\delta$ Т клетки. Эти клетки обладают цитотоксической активностью в отношении опухолевых антигенов. По нашим данным развитие эндометриоза сопровождается нарушением функционирования TCR $\gamma\delta$ + лимфоцитов. Нами было установлено, что на самых ранних этапах развития экспериментального эндометриоза у крыс в ткани эндометриозного очага у крыс резко падало как общее содержание TCR $\gamma\delta$ + лимфоцитов, так и количество функционально активных TCR $\gamma\delta$ +TNF α + клеток, что сочеталось с максимальной степенью инвазивности и пролиферации эндометриальных клеток. Крысам до индукции у них эндометриоза =был проведен курс иммуностимулирующей терапии с использованием препарата «Имуномодулин», в состав которого входят природные фетальные тимусные пептиды, обладающие стимулирующим действием в отношении клеток с цитотоксической активностью. По данным морфологического исследования предварительная стимуляция крыс препаратом «Имуномодулин» значительно угнетала процесс развития очагов экспериментального эндометриоза. При этом в эндометриозном очаге не отмечалось падения содержания TCR $\gamma\delta$ +TNF α + лимфоцитов. Кроме того, известно, что эндометриоз сопровождается нарушением реакций врожденного иммунитета. По нашим данным, при эндометриозе у перитонеальных макрофагов отмечается снижение экспрессии «рецепторов-мусорщиков» SR-A типа (CD204), что ассоциируется с нарушением клиренса апоптирующих клеток из перитонеальной полости и изменением цитокинового фона, что может создавать условия для роста эндометриозной ткани. Известно, что одним из препаратов, оказывающих влияние на клетки моноцитарно-макрофагальной системы, является иммуномодулятор «Ликопид». В состав этого препарата входит глюкозаминмурамилдипептид (ГМДП), который представляет минимальный биологически активный компонент пептидогликанов, входящих в состав клеточной стенки всех бактерий. ГМДП является естественным стимулятором реакций врожденного иммунитета. Это предполагает возможность его применения для коррекции нарушенных функций перитонеальных макрофагов при эндометриозе. В эксперименте *in vitro*

нами было установлено, что воздействие препарата «Ликолипид» на перитонеальные макрофаги женщин с эндометриозом приводило к усилению экспрессии CD36 (SR-B) и CD204 (SR-A) молекул на поверхности макрофагов. Совместное культивирование перитонеальных макрофагов с эндометрием в присутствии препарата «Ликолипид» приводило к усилению экспрессии SR-A и SR-B молекул на поверхности макрофагов, что позволяет говорить о коррекции функции «клеток-мусорщиков» препаратом «Ликолипид». Одновременно при эндометриозе усиливаются реакции гуморального иммунитета, ассоциирующиеся с повышением системной продукции цитокинов, активирующих В-лимфоциты, и проявлением аутоиммунного компонента. Показано, что препарат «Пентоксифиллин» способствует угнетению продукции провоспалительных цитокинов и уменьшает выраженность воспалительного процесса при ревматоидном артрите. Инкубация лимфоцитов периферической крови женщин с эндометриозом с препаратом «Пентоксифиллин» привела к значительному снижению внутриклеточной продукции цитокинов 2 типа, особенно IL-4 и IL-6. Известно, что развитие эндометриоза ассоциируется с активацией тучных клеток и эозинофилов. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов, в том числе препарат «Аколат», способны препятствовать развитию экспериментального эндометриоза и снижать инфильтрацию очага тучными клетками. Выявленное нами снижение продукции IL-5, регулирующего функцию тучных клеток, под действием препарата «Аколат», вероятно, может играть важную роль в регуляции роста эндометриозных очагов. Таким образом, экспериментальные данные показывают, что возможны различные подходы к проведению иммунокорректирующей терапии у женщин с эндометриозом.

АУТОАНТИТЕЛА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Мальцева Л.И., Боронбаев А.К., Идиятуллина Э.Р.
Россия, Казань, Казанская государственная медицинская академия

Иммунная система принимает активное участие в процессах наступления и развития беременности. Еще Gleihner (1994) и Мечников (1901) обобщив данные многих работ и публикаций пришли к заключению, что без учета иммунной системы женщины, невозможно реально оценить состояние репродуктивной функции.

Искусственное прерывание беременности — процедура оказывающая негативное влияние на репродуктивную систему женщины в том числе и на иммунную. Выявление значительного отклонения в сывороточном содержании регуляторных аутоантител класса Ig-G является маркером имеющейся или формирующейся патологии соответствующих органов и тканей, а также маркером возможных осложнений при последующей беременности.

Цель: определение сывороточного уровня аутоантител, класса IgG, у женщин, после перенесенного медикаментозного прерывания беременности.

Материал и методы: были обследованы 25 пациенток в возрасте 25-30 лет через 1 и 6 месяцев после прерывания беременности с использованием мифепристона и мизопростола.

С помощью наборов реагентов ЭЛИ-П-Комплекс (Полетаев А.Б., 2004) определялся уровень содержания сывороточных аутоантител класса Ig-G к хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ), двуспиральной ДНК, бета-2-гликопротеину (ГП-2β), коллагену (Кл), ревматоидному фактору (Fc-фрагментам Ig-G), инсулину (Инс), тиреоглобулину (ТГ), белку S-100, мембранному антигену сперматозоидов (SPR-06), антигену мембран тромбоцитов (TrM-03), антигену эндотелия сосудов (ANCA), антигену почек (KIM-05).

Результаты исследования аутоантител через 1 месяц после аборта показали, что средняя индивидуальная иммунореактивность (СИР) выходила за пределы нормальных значений у 20% исследуемых. Несмотря на невысокую встречаемость отклонения СИР, при расчете средней по каждому из аутоантител за пределы нормальных выходили 41,6%. Наиболее часто (у 56,3% пациенток) встречались значимые отклонения показателей аутоантител к ДНК, у 80% женщин — к коллагену, у 92% - к инсулину, у 50% - к ТГ и ANCA, у 93,3% - к S100, у 66,5% - к KIM05. У 60% женщин выявлено значительное отклонение уровня нескольких аутоантител.

Примечательно, что по истечении 6 месяцев СИР отличалась от нормы у 18,5% женщин, но при этом наблюдался прирост уровня аутоантител к коллагену, Fc-фрагменту иммуноглобулинов, SPR-06 и инсулину, что доказывает формирование очагов воспаления. Наличие хронического эндометрита было подтверждено результатами иммуногистохимического исследования у подавляющего большинства этих пациенток. Полученные нами данные показали, что имеется явная корреляционная зависимость между уровнем аутоантител к коллагену, инсулину и выраженностью эндометрита у пациенток, через 1 и 6 месяцев, после медикаментозного прерывания беременности ($p < 0,001$).

Таким образом, медикаментозный аборт может быть причиной различных осложнений, в том числе воспалительных. Оценка уровня аутоантител может иметь диагностическое и прогностическое значение в послеабортной реабилитации.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ

Мамедова Н.Ф., Багирова Х.Ф.

Азербайджан, г.Баку, Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства-гинекологии 2

Важнейшим и принципиальным этапом в лечении бесплодия явилась разработка и внедрение в клиническую практику методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [Леонов Б.В., Кулаков В.И., 2000]. В связи с этим, усилия многих специалистов, занятых лечением бесплодия методом ЭКО, направлены на разработку мероприятий, способных повысить его эффективность. Центральным звеном патогенеза многих патологических процессов, в том числе и акушерской патологии, является расстройство окислительно-восстановительных процессов, нарушающее снабжение тканей кислородом. В этой связи представляется важным изучение метаболической симптоматики кислорододефицитных состояний различного происхождения [Али-заде С.М., Кенгерли Г.С., 1999]. ПОЛ- естественный метаболический процесс обновления биомембран, а также синтеза гормонов и простагландинов. В нормальных условиях перекисное окисление липидов (ПОЛ) протекает в виде управляемой реакции, контролируемой антиоксидантной системой (АОС). Стрессовые ситуации, гипероксия, воспалительные процессы активизируют ПОЛ, что при условии недостаточности АОС нарушает существовавшее равновесие вплоть до образования конечных токсичных продуктов, в свою очередь провоцирующих ряд патологических процессов, таких как повреждение клеточных веществ, нарушение сосудистой проницаемости, периваскулярный отек тканей и др. (Бурлакова Е.Б., 1985; Тимербаев В.Х., 1993.)

Цель исследования- изучить течение и исход беременности у женщин с коррекцией свободно- радикальных реакций после ЭКО и ПЭ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 35 беременных женщин, наступивших у инфертильных сунружеских пар. Возраст женщин колебался от 20 до 40 лет (в среднем $34,4 \pm 3,2$). Пациенты страдали следующими формами бесплодия: трубно-перитонеальной- 21 женщин ; сочетанной-10 ; эндокринной-4; идиопатической-0. Первичное бесплодие выявлено в 25 случаях, вторичное- в 10 .

Продолжительность бесплодия составляла от 6 до 16 лет (в среднем $6,5 \pm 3,2$ года).

Наступившая беременность осложнилась в первом триместре угрозой ее прерывания в 57% случаев, причем число репродуктивных потерь составляло 25,7% (у 9 пациенток). Беременность прерывалась в сроках 6-12 недель. Многоплодные беременности зарегистрированы у 25 женщин. Из них двойни-у 15 женщин, тройни — у 10.

Ранний гестоз был отмечен у 7(20%) женщин, поздний гестоз у 14 (40%). В ходе беременности было выявлено связь с явлениями гестоза и свободных радикалов. По нашему мнению основной

причиной нарушения регуляторных механизмов гомеостаза во время гестозов является антиоксидантная недостаточность. Основными осложнениями позднего гестоза явились; отек у 7 беременных, нефропатии 1 ст. в 1, 2 ст. в 3, 3 ст. в 1 случае, преэклампсия у 1 и эклампсия у 1 пациентки. Всем женщинам, после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, спустя 2 недели после подтверждения беременности до 16-20 недель была проведена гормональная терапия для сохранения беременности (дюфастон и утрожестан ваг табл.).

Наряду с общепринятыми методами диагностики мы изучили у пациентов и процессы свободных радикалов. Следует отметить, что до выкидыша у беременных происходит активация ПОЛ. На 8 неделе беременности МДА- $24,7 \pm 1,6$ (17,2-31,1) мкМол/мл, глутатион- $1,2 \pm 0,08$ (0,7-1,8) мкМол/мл, тогда как у женщин забеременевших естественным образом МДА - $14,3 \pm 1,0$ (9,9-18,7) мкМол/мл, глутатион - $2,67 \pm 0,17$ (1,8-3,3) мкМол/мл. С возрастом ПОЛ и свободно радикальные реакции становятся более интенсивными: МДА в возрасте 25-30(9 пациенток) лет- $23,3 \pm 1,2$ мкМол/мл (18,1-27,2), глутатион- $1,9 \pm 0,1$ мкМол/мл (1,1-1,6). В возрасте 36-40(7 пациенток): МДА- $26,8 \pm 1,2$ мкМол/мл (21,2-30,5), глутатион- $1,0 \pm 0,09$ мкМол/мл (0,5-1,4). У женщин с многоплодием (25 пациенток) МДА- $24,5 \pm 1,2$ (20,6-32,0) мкМол/мл, глутатион- $0,93 \pm 0,08$ (0,5-1,4) мкМол/мл. С одноплодной беременностью МДА- $20,7 \pm 1,1$ (18,1-25,2) мкМол/мл, глутатион- $1,41 \pm 0,1$ (1,1-1,6) мкМол/мл. Беременности завершились кесеровым сечением у всех пациенток (по желанию самих пациенток). Из них в плановом порядке-20, в экстренном- у 6 (несвоевременное излитие околоплодных вод). В послеродовом периоде осложнений не было выявлено.

Результаты и обсуждение. Увеличивающееся число женщин, забеременевших с помощью методов вспомогательной репродукции, требует особого подхода к ведению данных пациенток. Согласно нашим наблюдениям, при беременности протекающей после ЭКО и ПЭ наблюдается дисбаланс в системе ПОЛ-АОС. В связи с этим вызывает интерес изучение показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в крови, амниотической жидкости и из крови пупочной артерии новорожденного.

Заключение. Проведенное исследование особенностей течения беременности и родов у женщин после ЭКО и ПЭ выявило высокую частоту осложнений гестации на фоне повышения ПОЛ и АОС, нередко приводящих к репродуктивным потерям уже на ранних сроках. Таким образом, при рациональном ведении, своевременном выявлении повышения свободно-радикальных процессов, и торможении АОС и ПОЛ антиоксидантами можно рассчитывать на улучшение перинатальных исходов.

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Мамедова У.К., Коколина В.Ф., Баринаева А.М.

Республиканский центр планирования семьи и репродукции республики Дагестан; РГМУ, Москва, Россия

В настоящее время, репродуктивное здоровье девочек, наряду с медицинской, приобрело большую социальную значимость. Состояние репродуктивного здоровья современных девочек является фактором, который определит демографическую ситуацию ближайшего будущего. Одним из способов, позволяющих оценить состояние здоровья и направленных на своевременную диагностику и коррекцию выявленных нарушений, является программа диспансеризации детей и подростков.

Цель: изучение роли диспансеризации в оценке репродуктивного здоровья девочек и подростков республики Дагестан.

Материалы и методы: нами были проанализированы ретроспективные данные результатов ежегодных осмотров девочек и девушек до 17 лет в республике Дагестан в период с 2003 по 2008 гг. Общее количество исследований составило более 130 тыс. ежегодно. Оценка репродуктивного здоровья проводилась на основании изучения данных анамнеза, осмотра, оценке полового развития по Таннер, при необходимости были проведены клинико-лабораторные, нейро-физиологические, ультразвуковые и рентгенологические методы обследования.

Результаты и их обсуждение: При сопоставлении объема проведенной диспансеризации (с разделением на города и сельские районы) и гинекологической заболеваемости детей и подростков республики Дагестан за шесть лет нами была выявлена прямая корреляционная зависимость ($k=0,6$; $p=0,025$). Также обращает на себя внимание стабильно низкий процент охвата проведенной диспансеризации в сельских районах (от 40,9% до 47,1%) и крайняя неустойчивость этого показателя в городах (от 29,6% до 68,2%). Определены статистически значимые прямые корреляционные связи между объемом проведенной диспансеризации и заболеваемостью по ряду нозологий, наиболее часто встречаемыми из которых являются: нарушения менструального цикла ($k=0,7$; $p=0,018$), альгоменорея ($k=0,79$; $p=0,002$), вульвовагиниты ($k=0,75$; $p=0,001$), что говорит нам о существенной недообследованности населения, низкой обращаемости детей и их родителей к детским гинекологам. Также выявлена обратная корреляционная зависимость объема проведенной диспансеризации с заболеваемостью воспалительными заболеваниями внутренних органов ($k=-0,55$; $p=0,023$), что, вероятно, связано с значительной профилактической ролью диспансерных осмотров.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о существенной недообследованности целевого контингента, значительной роли проведенной диспансеризации в своевременной диагностике, профилактике и лечении гинекологических заболеваний у детей и подростков республики Дагестан.

ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н.

Россия, г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

В развитии многих патологических состояний, в том числе и неопластических, важное значение имеют aberrации программы клеточной гибели, связанные с экспрессией мутированного гена p53 и нарушением экспрессии гена bcl-2.

С целью изучения экспрессии маркеров апоптоза при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях (CIN) нами проведено иммуногистохимическое исследование онкогенов p 53 mut и bcl-2 в образцах тканей шейки матки, полученных при биопсии и хирургическом лечении 215 пациенток с CIN. Средний возраст обследованных составил $41,9 \pm 4,9$ года. Диагностика CIN основывалась на клинических, кольпоскопических, цитогистологических и иммуногистохимических методах исследования. Стадирование предрака шейки проводилось в соответствии с общепринятой Международной статистической классификацией болезней (1995). В зависимости от тяжести заболевания пациентки распределились следующим образом: у 62 женщин диагностировалась CIN I, у 60 — CIN II и у 93 — CIN III. Контрольную группу составили 10 образцов неизмененных тканей шейки матки. Для иммунного окрашивания применяли стрептавидин-биотинпероксидазный метод с использованием моноклональных антител к p53mut и bcl-2 («Дако», Дания). Экспрессию p53mut рассчитывали как отношение числа позитивно окрашенных ядер к общему числу ядер, экспрессию bcl-2 — как отношение позитивных клеток с окрашенной цитоплазмой к общему числу клеток. Анализ безрецидивного течения проводили при помощи модели пропорциональных рисков Кокса с применением критерия Кокса.

Проведенное исследование показало, что в здоровых тканях шейки матки p53mut не выявлялся. При цервикальных интраэпителиальных неоплазиях частота выявления p53mut составила $21,3 \pm 4,2\%$. Количество p53mut-позитивных случаев и средние значения экспрессии p53mut при CIN I и CIN II не отличались, варьируя от 0 до 20%. CIN III характеризовались экспрессией p53mut более чем в 40% наблюдений и превышая 10% иммунопозитивных клеток. Экспрессия bcl-2 обнаруживалась в $90,0 \pm 9,9\%$ здоровых тканей шейки матки с умеренным уровнем экспрессии — 3,9% окрашенных клеток. Частота определения bcl-2 при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях составила $74,5 \pm 4,5\%$, не отличаясь от контроля за счет случаев CIN I-II, при которых уровень bcl-2-негативных образцов был минимальным. В группе CIN III выявлялось значительное снижение случаев определения bcl-2 до $43,7 \pm 8,8\%$, которые, в свою очередь, характеризовались в большей части наблюдений экспрессией p53mut. При оценке уровня экспрес-

сии bcl-2 при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях отмечалась тенденция увеличения экспрессии bcl-2 — повышение уровня экспрессии в случае предрака ассоциировалось с появлением образцов гиперэкспрессии этого онкогена, составившей более 10% клеток. Анализ прогностической роли p53mut и bcl-2 при эпителиальных дисплазиях показал, что рецидивирующее и прогрессирующее течение CIN I-III ассоциировалось с экспрессией p53mut, превышающей 9,9% эпителиальных клеток или гиперэкспрессией bcl-2, составляющей более 10,0% клеток.

Таким образом, выявленные нами изменения экспрессии генов-регуляторов клеточной гибели, связанные с нарушением реализации программы апоптоза и инициацией генетической нестабильности клеток, могут являться основой развития цервикальных неоплазий, оказывая влияние на их клиническое течение.

СКРИНИНГ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б.,
Студеная Л.Б., Смирнова Л.И.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
МГМСУ

Различные формы гиперандрогемии (ГА) являются наиболее частыми причинами эндокринного бесплодия и ранних потерь беременности. Основные причины усиления синтеза андрогенов в надпочечниках генетически обусловленный дефицит ферментов стероидогенеза, в частности 21-гидроксилазы при неклассической форме врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН). Повышенный уровень 17-ОП и ДГЭА-С — андрогена, преимущественно синтезируемого в надпочечниках, отмечен более чем у 50% пациенток с СПКЯ (Rosenfield R., 2001). Большинство гиперандрогенных синдромов ассоциированы с инсулинрезистентностью (ИР), гиперинсулинемией, усиливающей отрицательные эффекты андрогенов на репродуктивную функцию. В последние десятилетия отмечается необоснованно широкое применение глюкокортикоидов в лечении бесплодия и потерь беременности, что отрицательно влияет на чувствительность к инсулину. Становится очевидным, что необходимы дальнейшие исследования для определения скрининговых методов диагностики и уточнения истинной частоты НК-ВДКН.

Цель исследования — совершенствование клинико-лабораторных методов диагностики источников гиперандрогемии для повышения эффективности лечения нарушений генеративной функции.

Материал и методы исследований. Проведено обследование 160 пациенток с клиническими и/или биохимическими проявлениями ГА и нарушением генеративной функции — основная I группа, средний возраст — $26,7 \pm 2,1$ лет, ИМТ — $23 \pm 1,3$.

Группа II — контрольная, 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. Критерием исключения явилось наличие метаболического синдрома, поскольку для пациенток с НК-ВДКН не характерно висцеральное ожирение. Проведено общеклиническое обследование, УЗИ, гормональные исследования, проба с аналогом АКТГ синактенон-депо с целью дифференциальной диагностики источников ГА. Повышение уровня 17-ОП, ДГЭА-С, Т более чем в 5 раз указывало на надпочечниковый генез ГА, не менее чем в 4 раза — овариально-надпочечниковый.

Результаты исследования и их обсуждение. Нарушения генеративной функции у большинства обследованных пациенток характеризовались первичным бесплодием (70,1%) и потерями беременности ранних сроков (29,9%). Результаты гормонального обследования позволили выявить: у всех обследованных пациенток по сравнению с контрольной группой повышенные концентрации Т, у 84,3% — повышение уровней 17-ОП; у 45,2% — увеличение концентраций ДГЭА-С. Эхографические признаки ПКЯ отмечены у 64,3% пациенток. Анализ клинико-лабораторных результатов исследования и УЗИ выявил критерии диагностики СПКЯ у 89,1% обследованных пациенток, из них первичное бесплодие было в 84,5% наблюдений и ранние потери — у 15,5% пациенток; у подавляющего большинства этих пациенток отмечался скудный гирсутизм. Только в 10,9% наблюдений был выявлен комплекс симптомов, характерных для НК-ВДКН: НЛФ, ранние потери беременности, гирсутизм II-III ст.

По результатам пробы с АКТГ ГА была представлена надпочечниковой (НГА), овариальной (ОГА) и смешанной овариально-надпочечниковой (ОНГА) в 10,9%, 38,9%, 50,2% наблюдений соответственно. У всех пациенток с ОГА и ОНГА уровни не только Т, но и его предшественника 17-ОП были достоверно выше, чем в группе контроля ($p > 0,05$). У пациенток с СПКЯ повышение концентрации 17-ОП закономерно, поскольку данный метаболит является предшественником андрогенов и в яичниках и в надпочечниках. Однако, это и побуждает практикующих врачей к гипердиагностике НК-ВДКН и необоснованно широкому назначению глюкокортикоидов. И только проба с АКТГ позволяет точно установить источник гиперсекреции 17-ОП. Базальные концентрации 17-ОП у пациенток с НГА были достоверно выше, чем при других формах ГА ($p > 0,05$), составляя в среднем $2,9 \pm 0,4$ нг/мл. При уровне 17-ОП более 2,5 нг/мл проведение пробы с АКТГ диагностирует ВДКН с точностью до 96,8%. Наши данные больше согласуются с предложенным скрининговым значением 17-ОП — 2 нг/мл (Azziz R., 2007). По данным Moran C. et al. Уровень 17-ОП может иметь более широкий диапазон: базальный от 0,3 до 156 нг/мл (медиана 6,2 нг/мл), АКТГ-стимулированный — от 12,6 до 156,0 нг/мл. Мы полагаем, что помимо лабораторных критериев диагностики, важная роль отводится клиническим проявлениям ГА. У большинства обследованных пациенток с НГА манифестация симптомов

НК-ВДКН была связана с потерями беременности.

Заключение. На основании проведенного исследования скрининг НК-ВДКН рекомендуется проведением пробы с АКТГ при базальных концентрациях 17-ОП более 2,5 нг/мл и/или наличии клинической симптоматики при исключении СПКЯ. Частота НК-ВДКН среди пациенток с гиперандрогенией и нормальной массой тела составила 10,9 %.

МОНИТОРИНГ СУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН

Машина Т.В., Вознесенская Н.В., Дубинина О.Ф.,

Епикурова И.В., Шемильханова А.Х.

ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет, МСЧ УВД по
Ульяновской области, Ульяновск, Россия

Общеизвестно, что женщины, находящиеся в перименопаузальном периоде, достоверно реже страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы по сравнению с мужчинами аналогичного возраста. В то же время, установлен факт роста частоты таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия в периоде постменопаузы.

Наряду с общими факторами риска, такими как наследственный анамнез, питание, ожирение, курение, неблагоприятный липидный профиль, низкая физическая активность, диабет и артериальная гипертензия, у женщин имеется уникальный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний — развитие дефицита эстрогенов в постменопаузе. Эта важная клиническая проблема приобретает особое значение в связи с высокой распространенностью АГ у женщин пожилого возраста (до 80%) и общеизвестным влиянием данного фактора риска на развитие тяжелых осложнений заболеваний ССС. Данные о взаимосвязи менопаузы и АГ у женщин неоднозначны. Все симптомы климактерического синдрома делятся на три группы: вегетативно-сосудистые, психоэмоциональные, обменно-эндокринные. К вегетативно-сосудистым симптомам относят приливы жара к голове и верхней половине туловища, повышенную потливость, а также тахикардию, головокружение, головную боль, симпатико-адреналовые и вагоинсулярные кризы. В связи с этим, возникают сложности в диагностике артериальной гипертензии у данной категории женщин.

Целью настоящего исследования явилось изучение суточного профиля артериального давления у женщин в перименопаузальном периоде. Обследовано 36 женщин в возрасте от 41 до 59 лет, средний возраст составил $49,4 \pm 6,03$ года. Методы исследования включали общеклиническое обследование, биохимическое крови (определение липидного спектра), суточное мониторирование АД (СМАД). Преимущества СМАД перед традиционным (клиническим) измерением АД исследованию заключаются в следующем: значительно большее

число измерений, что является фактором повышения точности оценки гипертензии; возможность диагностики «эффекта белого халата» при сопоставлении суточного профиля АД с клиническим измерением АД; оценка профиля АД в реальных условиях, типичных для пациента, а не в обстановке медицинского учреждения, где может присутствовать реакция тревоги; возможность оценки коррекции показателей АД в течение суток в процессе лечения; выявление пациентов с отсутствием адекватного снижения АД в ночные часы и ночной гипертензией. При СМАД измеряли: показатели, характеризующие нагрузку давлением (величины средних значений АД в дневные, ночные часы и в целом за 24 часа; нагрузка высоким давлением, оцениваемая по индексу времени; пульсовое артериальное давление), показатели вариабельности давления (суточный индекс АД; вариабельность в дневные и ночные часы (стандартное отклонение). В ходе проведения СМАД выявлено наличие артериальной гипертензии у 24 женщин (66,7%) — 2 группа, отсутствие артериальной гипертензии у 12 женщин (33,3%) — 1 группа. Окружность талии в группе с АГ составляла в среднем $97,9 \pm 10,4$; ИМТ $23,8 \pm 5,4$ против $22,5 \pm 6,3$ и $19,6 \pm 3,7$ у женщин без АГ соответственно ($p < 0,05$). Показатели САД и ДАД у больных с АГ $126,8 \pm 8,7$ и $81,5 \pm 6,3$ мм рт.ст. и в группе без АГ $113,9 \pm 9,6$ и $75,3 \pm 2,8$ мм рт.ст. были достоверно выше контроля ($p < 0,05$). ИВ САД и ИВ ДАД во 2 группе оказались достоверно выше аналогичных показателей в 1 группе: $33,5 \pm 8,7\%$ и $34,8 \pm 2,3\%$ против $19,1 \pm 8,4\%$ и $18,3 \pm 7,1\%$ соответственно ($p < 0,05$). Вариабельность суточного САД в первой группе составила $14,6 \pm 5,9$, во второй группе — $17,8 \pm 7,8$. Оба показателя достоверно более высокие чем в контрольной группе. Аналогично более высокими были и показатели вариабельности суточного ДАД: $12,1 \pm 4,2$ — в 1 группе и $13,4 \pm 4,7$ — во 2 группе. Высокая вариабельность артериального давления является независимым фактором риска поражения органов-мишеней. Вариабельность артериального давления тесно коррелирует с гипертрофией миокарда левого желудочка и его ремоделированием. У большинства женщин с АГ и без нее выявлены нарушения суточного профиля систолического и диастолического АД. Нарушение суточного ритма и недостаточное снижение ночного артериального давления ассоциируется с увеличением количества цереброваскулярных осложнений. Частота инсультов у «non-dippers», согласно литературным данным, в 8 раз больше по сравнению с «dippers».

Таким образом, у 66,7% женщин в перименопаузальном периоде выявляется артериальная гипертензия, которая у женщин в перименопаузальном периоде характеризуется стабильным высоким уровнем АД в течение суток и недостаточным снижением АД в ночное время. Суточный профиль АД у женщин без АГ характеризуется повышенной вариабельностью АД в течение суток и недостаточным снижением АД в ночное время. Учитывая высокую распространенность и сложности в диагностике АГ,

женщинам в возрасте старше 45 лет необходимо проводить СМАД (новое показание для СМАД).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МИОМЫ МАТКИ

Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Чечнева М.А.,
Петракова С.А.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
г. Москва

Лейомиома матки — наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль половой системы женщины. У пациенток репродуктивного возраста она может быть причиной бесплодия, прерывания беременности, развития ФПН, увеличения частоты осложнений в родах и послеродовом периоде, что диктует необходимость своевременно ставить вопрос об оперативном лечении миомы матки до наступления беременности. Однако, при небольших размерах миомы (диаметр узла менее 5 см) для оценки необходимости миомэктомии желательнее иметь прогноз роста и состояния миоматозных узлов в будущем — степень риска роста узла и вероятность нарушения трофики новообразования вне и во время беременности.

Цель исследования: разработать ультразвуковые критерии, позволяющие неинвазивным путем прогнозировать темпы роста миомы и вероятность нарушения кровообращения в узлах.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 170 пациенток репродуктивного возраста, планирующих беременность, с диагнозом миома матки больших размеров, из них 106 — с признаками быстрого роста, 38 — с нарушением кровообращения в узле (узлах), установленными на основании комплексного обследования. Ультразвуковое исследование было проведено в динамике всем 170 пациенткам. Для оценки внутриопухолевого кровотока проводили цветовое картирование и импульсную доплерометрию. Учитывали количество и характер распределения цветовых локусов в узлах, линейные скорости кровотока в систолу и диастолу, резистентность сосудистого русла.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось на аппарате «Acuvix — XQ Medison».

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты ультразвукового исследования, проведенного перед оперативным вмешательством, были сопоставлены с данными анамнеза пациенток о темпах роста миоматозных узлов, симптомах нарушения кровообращения, а также с результатами интраоперационного осмотра и результатами морфологических исследований удаленных опухолевых узлов.

При наличии клинических признаков нарушения кровообращения в узлах, подтвержденных при морфологических исследованиях, выявленных у 38 (22,3% пациенток), кровотоков в узлах характери-

зовался как высокоскоростной (PSV 20-36 см/сек) и высокорезистентный (Ri 0,62-0,74) по капсуле в сочетании с низкоскоростным (PSV 9-18 см/сек) и низкорезистентным (Ri 0,46-0,55) в центральной части узла, что позволяет с высокой долей вероятности прогнозировать развитие деструктивных изменений в узле.

Из 170 оперированных нами женщин анамнестически быстрый рост миомы отмечен у 106 (65,8%) больных. При анализе доплерометрических показателей у пациенток с различными темпами роста миомы выявлено, что наибольшее прогностическое значение имеет индекс резистентности сосудов миоматозного узла: быстрорастущие миомы имеют более низкие показатели индексов резистентности как в периферической (Ri 0,45-0,55), так и в центральной (Ri 0,45-0,53) части узлов по сравнению с медленно растущими миоматозными узлами (Ri 0,60-0,72 и 0,58-0,68 соответственно).

Заключение: на основании данных УЗИ в сочетании с доплерометрией можно высокой вероятностью строить прогноз в отношении темпов роста миомы, а также оценить вероятность нарушения кровообращения в узлах.

ЭКСПРЕССИЯ ЛГ РЕЦЕПТОРОВ КЛЕТКАМИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ЯИЧНИКА

Мелихова О.А., Демура Т.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

До настоящего времени отсутствует единая точка зрения о том, существует ли андроген-дефицит в постменопаузе. Доказательство или опровержение данного диагноза у женщин в постменопаузе является крайне важным для составления тактики ведения женщин в постменопаузе и целесообразности добавления к классической ЗГТ препаратов андрогенов.

Известно, что существуют три источника андрогенов у женщин: надпочечники, яичники и периферическая биоконверсия циркулирующих андрогенных прогормонов.

Надпочечник вырабатывает приблизительно 95% циркулирующего ДГЭА-С и 50% ДГЭА. 30% ДГЭА образуется посредством периферической биоконверсии ДГЭА-С, а оставшиеся 20% вырабатываются яичником.

Андростендион вырабатывается в приблизительно равных количествах клетками надпочечников и клетками яичников. Кроме того, приблизительно 40% андростендиона вырабатывается в процессе периферической биоконверсии ДГЭА.

Тестостерон вырабатывается как надпочечниками — 25%, так и яичниками — 25%, остальные 50% — путем периферической биоконверсии циркулирующего андростендиона (Burger HG, 2002).

По мнению большинства авторов, повышенный уровень ЛГ у женщин в постменопаузе стимулирует дальнейшую выработку андрогенов яичниками.

Эту гипотезу подтверждали многие исследователи в своих работах, доказывая, что синтез андрогенов яичниками продолжается и в постменопаузе.

Однако, в последнее время появились работы, указывающие на резкое снижение и/или отсутствие ЛГ и ФСГ рецепторов, а также на отсутствие или крайне низкий уровень ферментов, участвующих в синтезе андрогенов в постменопаузальных яичниках (Couzinet B, Meduri G, Lecce M., 2007).

Цель исследования: оценка рецепторов к ЛГ в яичниках постменопаузальных и молодых женщин.

Материалы и методы: в исследование были включены 14 образцов яичниковой ткани постменопаузальных женщин и 10 образцов яичниковой ткани женщин репродуктивного возраста, полученных в ходе оперативного лечения для определения ЛГ рецепторов в ткани яичника.

Морфологический и иммуногистохимический анализ был произведен с моноклональными антителами к ЛГ-рецептору (GenWay, 1:100). Результаты иммуногистохимической реакции для ЛГ рецептора оценивались полуколичественным методом по проценту окрашенных клеток, подсчитываемому на увеличении $\times 400$ в 5 полях зрения.

Результаты исследования: иммуногистохимический анализ яичниковой ткани постменопаузальных женщин показал значительное снижение экспрессии ЛГ рецепторов в фолликулярном эпителии и стромальных клетках (эпителий $-7,2\% \pm 5,15$; строма — $2,96\% \pm 1,57$) в сравнение с группой контроля (эпителий — $43,67\% \pm 7,17$; строма — $17,00\% \pm 4,69$). Овариальные хилусные клетки демонстрировали высокую экспрессию ЛГ рецепторов в четырех образцах от менопаузальных женщин.

Выводы: проведенное исследование указывает на наличие ЛГ рецепторов в яичниках постменопаузальных женщин, хотя и в значительно меньшем количестве по сравнению с женщинами репродуктивного возраста. Их наличие свидетельствует о том, что яичник в постменопаузе все еще может отвечать на стимуляцию ЛГ, синтезируя андрогены.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОАНТИТЕЛ К ГОНАДОТРОПНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Менжинская И. В., Безнощенко О. С.,
Кирющенко П. А., Ванько Л. В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Аутоантитела к антигенам репродуктивной и эндокринной систем часто ассоциируются с нарушениями репродуктивной функции у женщин. Ранее была описана возможность индуцированной и спонтанной продукции антител к гонадотропным гормонам у женщин с бесплодием после стимуляции овуляции и с невынашиванием беременности. Показано, что иммунизация женщин вакциной,

созданной на основе β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), приводит к продукции высокого уровня антител к ХГЧ (анти-ХГЧ) и контрацептивному эффекту. При изучении иммунологического профиля молекул гликопротеиновых гормонов установлено, что ХГЧ и ЛГ имеют высокую степень гомологии и связываются с одним и тем же рецептором. Установлено, что антитела к определенным антигенным детерминантам ХГЧ способны нейтрализовать биологическую активность не только ХГЧ, но и ЛГ, блокировать взаимодействие гормонов с рецепторами, вызывать аутоиммунную атаку и эндокринные нарушения. Показано, что анти-ХГЧ с высокой частотой встречаются при привычном невынашивании беременности и способны перекрестно реагировать с ЛГ и ФСГ. Целью настоящего исследования было изучение распространенности анти-ХГЧ при нарушениях репродуктивной функции у женщин и проведение анализа структуры их экстрагенитальной патологии и акушерско-гинекологической заболеваемости.

Материалы и методы. Женщины с нарушениями репродуктивной функции прошли клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, включающее эндокринологические, вирусологические, микробиологические, гемостазиологические, патоморфологические исследования, а также ультразвуковое исследование, гистеросальпингографию, гистероскопию и лапароскопию. Иммунологические исследования включали определение анти-ХГЧ и антифосфолипидных антител в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. В исследуемую группу было включено 176 женщин с положительными результатами исследования на анти-ХГЧ. Средний возраст женщин составлял $31,1 \pm 5,4$ лет. Среди них было 67 (38,1%) беременных (47 (70,1%) со сроками I триместра) и 109 (61,9%) небеременных.

Результаты и обсуждение. У 70 (39,8%) женщин были выявлены анти-ХГЧ IgM, у 136 (77,3%) — IgG. Средний уровень IgM составлял $38,3 \pm 0,8$ Ед/мл, IgG — $56,4 \pm 2,0$ Ед/мл. Анти-ХГЧ встречались при невынашивании беременности (у 105 (59,7%)), первичном (у 27 (15,3%)) и вторичном (у 27 (15,3%)) бесплодии. У женщин с невынашиванием беременности из экстрагенитальной патологии наиболее часто наблюдались аллергии (у 27 (25,7%)) и хронический тонзиллит (у 15 (14,3%)), из гинекологических заболеваний — хронический сальпингоофорит (у 19 (18,1%)) и эндометрит (у 13 (12,4%)), наружный генитальный эндометриоз и генитальный герпес (у 11 (10,5%) каждый), СПКЯ (у 6). Продукция анти-ХГЧ наблюдалась у женщин как с привычным невынашиванием (у 44 (41,9%)), так и после одной самопроизвольной потери (у 50 (47,6%)). Большинство потерь приходилось на I триместр (у 90 (85,7%)). Невынашиванию у 18 (17,1%) женщин предшествовали медицинские аборт, у 20 (19,1%) — своевременные роды. У беременных высокий уровень IgG выявлялся достоверно чаще, чем у небеременных. Течение беременности на ранних сроках часто осложнялось угрозой прерывания (у 17 (43,6%)) и ги-

перкоагуляцией (у 8(20,5%)). Наличие анти-ХГЧ сочеталось с продукцией антифосфолипидных (у 31(29,5%)) и антитиреоидных антител (у 2).

Анти-ХГЧ выявлялись у женщин с первичным и вторичным бесплодием разной продолжительности и разных клинических форм, наиболее часто — с эндо-кринной формой (у 19(35,2%)) и эндометриозом (у 12(22,2%)). Вторичному бесплодию у 9(33,3%) женщин предшествовало невынашивание беременности. Самая высокая частота выявления (у 26(100%)) и уровень IgG наблюдались у женщин после программ ВРТ. Анти-ХГЧ встречались при эндометриозе и СПКЯ, которые, как известно, часто ассоциируются с разными аутоантителами, в том числе к ФСГ. Частота встречаемости IgG у женщин с аллергией, хроническим тонзиллитом, эндометриозом и хроническим сальпингоофоритом была достоверно выше, чем в группе сравнения без указанной патологии. Обращает на себя внимание тот факт, что более 33% женщин с анти-ХГЧ применяли ранее гормональные контрацептивы.

Таким образом, анти-ХГЧ встречаются при невынашивании беременности, при первичном и вторичном бесплодии, у женщин с СПКЯ, эндометриозом, после программ ВРТ, с инфекционно-воспалительными заболеваниями, с отягощенным аллергологическим анамнезом и аутоиммунной патологией. В связи с этим, считаем целесообразным проводить более широкое обследование женщин с нарушениями репродуктивной функции на наличие антител к гонадотропинам в указанных группах риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Менухова Ю.Н., Назарова В.В., Шалепо К.В., Воробьева Н.Е., Ширшова Н.Ю., Савичева А.М.
НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАМН, женская консультация №34, Санкт-Петербург

Бактериальный вагиноз занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний влагалища. Частота его варьирует от 30 до 60—80%. Установлено, что бактериальный вагиноз является не только причиной неприятных выделений из влагалища, но и фактором риска развития послеоперационных осложнений, а также некоторых осложнений беременности и родов. Несмотря на наличие международных рекомендаций, лечение бактериального вагиноза до сих пор остается непростой задачей. Поэтому поиск новых препаратов, способствующих лечению бактериального вагиноза и восстановлению нарушенного микробиоценоза влагалища, остается актуальной медицинской задачей.

Целью нашего двойного слепого, плацебо контролируемого, рандомизированного исследования была оценка лечебной эффективности и безопасности 0,1% Эпиген Интим спрея для вагинального

применения в комплексной терапии бактериально-го вагиноза.

Обследовано 196 женщин с жалобами на выделения из половых путей. У 64 из них на основании критериев Amsel установлен бактериальный вагиноз. Клиническими материалами для исследования служило отделяемое влагалища, полученное стерильными ватными зондами. Для оценки микробиоценоза влагалища использовались микроскопические методы с окраской препаратов по методу Грама и метиленовым синим, а также бактериологические методы с выделением и идентификацией микроорганизмов.

Всем женщинам с наличием бактериального вагиноза была назначена терапия в виде 2% вагинального крема Клиндамицин 100 мг на ночь в течение 7 дней. Пациентки были разделены на 3 группы. В I группу вошли 27 женщин, которым дополнительно был назначен Эпиген интим (действующее вещество глицирризиновая кислота активированная), II группу составили 28 женщин, которым кроме клиндамицина был назначен препарат, представляющий собой плацебо (без действующего вещества), III — контрольную группу составили 9 женщин, получавших только клиндамицин. Возраст женщин составил 18-45 лет.

Мониторинг терапии проводился на 14, 30 и 90 день от начала лечения. На 14 день обследовано 18 женщин I группы, 22 женщины II группы и лишь 2 женщины III группы. На 30 день обследовано 5 женщин I группы и 20 женщин II группы. На 90 день обследовано несколько женщин. Эффективность проведенной терапии оценивалась на основании жалоб больных, результатов клинических и микробиологических исследований.

В результате проведенного исследования установлено, что до лечения все пациентки жаловались на выделения из половых путей, 59,4% женщин жаловались на неприятный запах этих выделений, а 64,1% — на дискомфорт в области наружных половых органов. При клиническом обследовании у всех женщин выявлены патологические выделения из влагалища, pH вагинального отделяемого выше, чем 4,5 был у 70% женщин I группы, у 30% женщин II группы и у 77,7% женщин III группы.

При микроскопическом исследовании отделяемого влагалища у всех женщин обнаружены «ключевые клетки» и преобладали микроорганизмы, не относящиеся к лактобациллам. У 92,6% женщин I группы число эпителиальных клеток превышало число лейкоцитов, во II и III группах соотношение лейкоцитов и клеток эпителия было меньше, чем 1:1, у 89,3% и 100% женщин, соответственно.

На 14 день от начала терапии лишь 11% женщин I группы предъявляли жалобы на выделения из половых путей. Во II группе таких женщин было 36,4%. Клинически патологические выделения на 14 день были выявлены у 38% женщин I группы и у 54,5% женщин II группы, pH вагинального отделяемого выше, чем 4,5 имел место, соответственно, у 16,7% и 22,7% женщин I и II групп.

Данные микробиологического исследования

были следующими: отсутствие лейкоцитарной реакции в отделяемом влагалища наблюдалось во всех группах. Следует подчеркнуть, что уже на 14 день от начала терапии во влагалище появились лактобациллы. Они преобладали в составе микробиоценоза влагалища у 44% женщин I группы и 36,4% женщин II группы. На 30 день исследования лактобациллы преобладали у 60% женщин I группы и у 30% женщин II группы. В III контрольной группе за период наблюдения лактобациллы не были обнаружены ни у одной женщины.

Что касается безопасности и переносимости препарата Эпиген интим, то за период наблюдения жалоб на дискомфорт или неприятные ощущения женщины не отмечали.

Таким образом, наши предварительные данные свидетельствуют о положительном влиянии препарата Эпиген интим на эффективность терапии бактериального вагиноза и на восстановление нормального (физиологического) микробиоценоза влагалища. Препарат может быть рекомендован к применению в комплексной терапии бактериального вагиноза. Исследование продолжается.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОКИНА— АЛЬФА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПЧ- ИНФЕКЦИИ И ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Меньшикова Н.Е.

Россия, г.Ижевск, 000 «Центр семейной медицины»

Важным фактором канцерогенеза шейки матки является папилломавирусная инфекция. Большая вероятность перехода доброкачественных заболеваний шейки матки, индуцированных высокоонкогенными типами ВПЧ, в CIN и рак шейки матки заставляет искать новые пути профилактики и лечения ПВИ.

Цель исследования — улучшение результатов лечения доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки у пациентов, инфицированных ВПЧ.

Пролечено 39 пациенток с ВПЧ-положительными результатами, подтвержденными ПЦР-диагностикой и кольпоскопическими изменениями и 30 пациенток с ВПЧ-негативными результатами, но наличием кольпоскопических изменений, обусловленных вирусным поражением сквамозного эпителия. Все пациентки по результатам морфологического исследования имели признаки цитопатического действия ВПЧ — от «малых форм» до CIN III и *in situ*.

Результаты исследования. 100% пациенток в исследуемой группе пролечено методом радиоволновой эксцизии (петлевой и конизационной) на аппарате radioSURG-2200 (MEIER-НААКЕ). Перед хирургическим лечением всем пациенткам проводился курс иммуномодулирующей терапии препаратом аллокин-альфа (аллоферон) парентерально, генферона и эпиген-спрея местно. Контрольный осмотр через 6 месяцев с использованием цитологического, кольпоскопического методов и опреде-

лением концентрации ВПЧ проведен у 86% пациенток. У всех пациенток отмечена нормальная кольпоскопическая картина, I и II тип мазков PAP; в 24% случаев наблюдалось снижение (менее 3 Ig на 105 клеток) концентрации ВПЧ и в 60% — элиминация вируса. У 2% пациенток сохранилась клинически значимая концентрация вируса (более 3 Ig на 105 клеток) при нормальной кольпоскопической картине и отсутствии цитологических критериев поражения многослойного плоского и цилиндрического эпителиев. Данной группе пациенток проведен повторный курс лечения аллокин-альфой и генфероном. Через 6 месяцев в контрольных анализах было отмечено клинически малозначимое количество ВПЧ. 6 пациенток (8,2%) с морфологическими критериями CIN III и *in situ* продолжили дальнейшее наблюдение и лечение в условиях республиканского онкодиспансера.

Таким образом, воздействие на ВПЧ с помощью иммуномодулирующих, противовирусных препаратов и в последующем применение радиоволновой хирургии при патологии шейки матки является эффективным методом лечения в связи с возможностью удаления всего патологического процесса шейки матки с оценкой гистологической картины. Динамика концентрации ВПЧ позволяет прогнозировать рецидивирование процесса на шейке матки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНО- СТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Меховская Л.Ю., Завразина М.В., Власова В.В.

Россия, г. Кемерово, ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница.

Актуальность. В связи с увеличением количества пожилых людей на планете выросло и количество заболеваний, связанных с возрастом, к которым относится остеопороз. Это метаболическое заболевание костной системы, характеризующееся уменьшением массы костной ткани в единице её объёма. Это приводит к хрупкости и переломам костей у женщин в состоянии постменопаузы.

Процесс развития заболевания характеризуется медленным нарастанием потери костной массы и длительно протекает бессимптомно. Далее появляются боли в спине, костях и суставах. На развитие остеопороза негативно сказывается гиподинамия, неблагоприятная экологическая обстановка, изменения характера питания, курение. Наряду с этим, в постменопаузе прекращается защитное действие эстрогенов на костную ткань, в результате чего повышается активность остеокластов. По имеющимся литературным данным при использовании эстрогенов в ранней менопаузе предотвращается потеря костной массы. В настоящее время проводятся крупные рандомизированные исследования в мире по профилактике остеопороза с помощью заместительной гормонотерапии. На сегодняшний день имеются данные о том, что гормонотерапия должна

быть длительной и её эффект снижается при прекращении лечения.

Цель исследования: сравнить эффективность лечения постменопаузального остеопороза с помощью препаратов кальция, заместительной гормонотерапии и бисфосфонатов.

Материалы и методы. Взяты 30 пациенток с постменопаузальным остеопорозом, которые были разделены на две группы. В одну вошло 17 женщин принимавших заместительную гормонотерапию препаратом, содержащим эстрадиола 1 мг и дросперина 2 мг, пациентки второй группы кроме этого принимали ибандроновую кислоту 150 мг 1 раз в месяц. Все женщины ежедневно получали кальцецин адванс в дозе 2 таблетки в сутки. Период наблюдения составил 6 месяцев. В комплекс обследования вошла ультразвуковая денситометрия для оценки минеральной плотности кости по Т-критерию, биохимическое исследование венозной крови на содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы. Исследования проведены через 3 и 6 месяцев после начала терапии.

Полученные результаты. На фоне проводимой терапии в группе пациенток принимавших препараты для заместительной гормонотерапии минеральная плотность костной ткани имела большую тенденцию к увеличению и составила + 2,05% по сравнению с пациентками второй группы. У пациенток обеих групп изначально Т-критерий соответствовал остеопорозу и был равен — 2,5 и ниже. В обеих группах на фоне лечения снизилась активность щелочной фосфатазы, увеличилось содержание к венозной крови кальция и фосфора.

Выводы. Стойкий и значительный эффект проводимой терапии позволяет применять различные методы лечения постменопаузального остеопороза у пациенток с данной патологией. Хорошая переносимость используемых препаратов позволяет назначать их на длительное время и надеяться на то, что пациентки будут соблюдать рекомендации врача, поскольку препараты имеют ещё и удобный режим приёма, что повышает комплаентность лечения.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРОМБОФИЛИИ

Минайчева Л.И., Назаренко Л.П., Гончарова И.А., Трифонова Е.А.

Россия, г. Томск, Учреждение РАМН НИИ медицинской генетики СО РАМН

В настоящее время тестирование наследственной предрасположенности к развитию определенных заболеваний растет как среди пациентов, так и среди врачей различных специальностей. Одним из таких состояний является повышенная склонность к тромбообразованию вследствие генетических или приобретенных дефектов системы гемостаза. Тестирование наследственной предрасположенности к тромбофилии показано для до-

симптоматического выявления у женщин высокого риска акушерских, гинекологических и других осложнений. Наиболее значимыми дефектами, приводящим к развитию тромбозов, являются мутация V фактора свертывания крови (G1691A FVL, Лейденская мутация) и мутация в гене протромбина (G20210A FII).

Цель настоящего исследования — анализ результатов тестирования наследственной предрасположенности к тромбофилиям.

В Генетической клинике НИИ медицинской генетики проведено 432 молекулярно-генетических исследования для установления индивидуальной подверженности к тромбозам. Синдром привычной потери плода был одним из основных причин направления на диагностику — 32,7%. Самостоятельно, без какого-либо обоснованного письменного направления от врача обратились 25,5% пациентов. Хотя практически все пациентки отмечают, что лечащий врач посоветовал пройти тестирование. Обследование пациенток с целью проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ) проведено в 19,4% случаев. Пациенты с тромбозами различной локализации в анамнезе составили 5,6%, с одним неблагоприятным исходом беременности (замершая, внематочная беременность, выкидыш) — 5,6%. На диагностику мутаций системы гемостаза были направлены беременные женщины с гиперкоагуляцией — 6,2% и пациенты с гиперкоагуляцией (3%). Основанием для тестирования в 2% случаев было планирование гормональной контрацепции или проведение заместительной гормональной терапии.

Выявленные мутации (G1691A FVL, G20210A FII) были в гетерозиготном состоянии. В группе пациенток с невынашиванием Лейденская мутация установлена у 4% женщин, такая же частота показана для мутации G20210A в гене протромбина (4%). В то же время у пациенток с одним неблагоприятным исходом беременности (замершая, внематочная беременность, выкидыш) у 36,4% обследуемых диагностирована мутация V фактора (G1691A FVL). В группе женщин, планирующих проведение вспомогательных репродуктивных технологий, выявлены обе мутации с одинаковой частотой — по 5,3%. Следует отметить, что у значительной части пациентов этой группы в анамнезе были от 1 до нескольких неудачных попыток ЭКО.

У пациентов с тромбозами различной локализации в анамнезе Лейденская мутация установлена у 18,2%, мутация G20210A в гене протромбина — у 9%. В группе женщин, планирующих гормональную контрацепцию или проведение заместительной гормональной терапии, мутация V фактора (G1691A FVL) диагностирована в 25% случаев. У всех пациентов с гиперкоагуляцией исследуемые мутации не найдены, а в группе пациентов, тестирование которым было проведено без направления врача, Лейденская мутация выявлена у 2%.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о необходимости обоснованного направления пациентов на молекулярно-генетическое ис-

следование. Уточнение показаний для направления на диагностику предрасположенности к тромбозу значительно повысит выявляемость генетических факторов риска и позволит эффективно планировать профилактические мероприятия и проводить лечение.

Результативность и качество медико-генетического консультирования зависит от осведомленности врача о новых достижениях медицинской генетики в области предиктивной медицины и генетического тестирования. Очевидна необходимость расширения спектра генетических тестов, имеющих клиническую ценность. Кроме того, важным является повышение уровня знаний врачей всех специальностей в области медицинской генетики и генетического тестирования в частности. Врач должен грамотно и максимально продуктивно использовать информацию, полученную при проведении молекулярно-генетического исследования. В заключении следует отметить, что внедрение современных молекулярно-генетических методов в практику здравоохранения, диагностика генов предрасположенности к широко распространенным заболеваниям и выявление групп повышенного риска к их развитию имеет определенную диагностическую значимость и большое профилактическое значение.

ПРЕДРАК ШЕЙКИ МАТКИ: ДИАГНОСТИКА И МЕНЕДЖМЕНТ

Минкина Г.Н

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Развитие цервикального рака происходит на фоне персистирующей ВПЧ инфекции в течение длительного периода времени и проходит через стадию предракового поражения — цервикальную интраэпителиальную неоплазию (CIN). Своевременная диагностика CIN является задачей цервикального скрининга и реальной вторичной профилактикой рака шейки матки.

Диагностика CIN предполагает использование в последовательном или альтернативном порядке нескольких диагностических методов: цитологического исследования, ВПЧ ДНК-тестирования, кольпоскопии и гистологического исследования. К сожалению, традиционная цитология ассоциируется с высоким уровнем ложнонегативных результатов. Тест на ДНК ВПЧ обладает гораздо более высокой чувствительностью (90%) для выявления цервикальных интраэпителиальных неоплазий, чем цитологическое исследование (51-60%), с другой стороны, специфичность позитивного ВПЧ теста (86%), особенно у молодых женщин, ниже, чем у Пап теста (96%). В настоящее время ВПЧ-тест используется в первичном скрининге (в качестве самостоятельного теста и в сочетании с цитологическим исследованием), как сортировочный тест (для правильной оценки сомнительных результатов цитологических

исследований) и как тест излеченности цервикальных интраэпителиальных неоплазий высокой степени (CIN2+).

Кольпоскопические признаки CIN неспецифичны и могут наблюдаться не только при всех степенях CIN, но и при наличии нормальной незрелой метаплазии и простых реактивных изменениях эпителия. Точность кольпоскопической диагностики повышается путем аналитической оценки четырех кольпоскопических признаков: краев поражения, цвета поражения после аппликации раствора уксусной кислоты, сосудистого рисунка и реакции поражения на аппликацию раствора Люголя. Из всех подозрительных участков должна быть выполнена прицельная биопсия.

Менеджмент пациенток с гистологически верифицированной CIN 1 четко не определен и существует два тактических варианта: немедленное лечение и наблюдение без лечения. Менеджмент CIN 2/3 поражений относительно универсален и не допускает выжидательной тактики, за исключением этих поражений у беременных и CIN 2 у подростков.

Принципы лечения CIN заключаются в лечении всей ЗТ, на глубину не менее 7 мм, наблюдении после лечения. К способам лечения относятся методы абляции и методы эксцизии. Для постлечебного наблюдения используются те же методы, что и для диагностики до лечения: цитология, ВПЧ-тестирование и кольпоскопия.

ВАКЦИНА ПРОТИВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: НОВЫЕ ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (КОНГРЕСС IPV, МОНРЕАЛЬ 2010)

Минкина Г.Н.

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

Профилактическая иммунизация против ВПЧ доказала высокую эффективность в клинических исследованиях и дает обоснованную надежду быть эффективным орудием первичной профилактики рака шейки матки и другой ВПЧ ассоциированной патологии.

Первая вакцина против ВПЧ-рекомбинантная квадριвалентная вакцина, состоящая из вирусо-подобных частиц (VLP) 6, 11, 16 и 18 типов ВПЧ. VLP получены путем экспрессии вирусных капсидных белков L1 в дрожжевых клетках *Saccharomyces cerevisiae*, очищены и адсорбированы в алюминиевом адьюванте- amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate.

Исследования III фазы (FUTURE I и II), в которых участвовали около 15 000 женщин в возрасте 16-26 лет из Северной и Латинской Америки, Азии и Европы, продемонстрировали, что квадριвалентная вакцина высоко эффективна в профилактике предраковых поражений — цервикальной, вуль-

варной и вагинальной интраэпителиальной неоплазии, а также аденокарциомы *in situ*, ассоциированных с ВПЧ 16 и 18. Также была доказана высокая эффективность в предупреждении генитальных кондилом, связанных с ВПЧ 6 и 11.

Данные исследований показали, что женщины, наивные перед вакцинацией по отношению ко всем четырем вакцинным типам (серологически и ДНК негативные), получают от вакцинации полную пользу, т.е. защиту от заболеваний, вызванных всеми четырьмя типами. В то же время женщины, которые перед вакцинацией уже инфицированы одним или более вакцинными типами, получают частичную выгоду от вакцинации — защиту от тех типов, с которыми они еще не встречались. На этом основании международные эксперты, помимо рутинной вакцинации подростков (первичная целевая популяция), рекомендуют массовую вакцинацию женщин до возраста 26 лет (дополнительная популяция), независимо от исходного ВПЧ статуса. Более того, данные клинических исследований показали, что и в возрасте 24-45 лет квадριвалентная вакцина высокоэффективна в профилактике ВПЧ 6/11/16/18 персистирующей инфекции и заболеваний шейки матки, вульвы, влагалища, индуцирует протективный иммунный ответ, хорошо переносится. Таким образом, у женщин среднего возраста применение квадριвалентной вакцины также целесообразно и может привести к значительному снижению заболеваемости раком шейки матки и прочей ВПЧ ассоциированной патологией.

Клиническая эффективность квадριвалентной вакцины доказана и в других популяциях — у мужчин, пациентов с иммуносупрессиями, что внесет дополнительный вклад в пользу, приносимую Гардасилом общественному здравоохранению.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДНК ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С CIN 2,3

**Минкина Г.Н., Комарова Е.В., Гаврикова М.В.,
Калинина В.С., Храмова О.К.**

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Среди более сорока типов вирусов папилломы человека, которые инфицируют эпителий нижнего отдела генитального тракта, около пятнадцати типов считаются онкогенными. Однако большинство случаев цервикального рака (не менее 70%) связано с присутствием двух типов вируса — 16 и 18. Это связано с различной способностью онкогенных типов ВПЧ индуцировать предраковые заболевания и рак шейки матки. В свете знаний о неодинаковом онкогенном потенциале различных типов ВПЧ некоторые зарубежные исследователи предлагают первоначально тестировать женщин только на 16 и 18 типы вируса папилломы человека и более агрессивный менеджмент тех пациенток, которые будут на них позитивны. Целью

настоящего исследования явился анализ распространенности онкогенных типов ВПЧ у пациенток с предраковыми поражениями шейки матки (CIN 2,3). Изучаемую группу составили 208 пациенток различных возрастных групп с гистологически верифицированным диагнозом цервикального интраэпителиального поражения высокой степени тяжести, которым осуществлялось тестирование на присутствие 12 типов ВПЧ высокого канцерогенного риска при помощи мультипраймерной ПЦР тест-системы “Амплисенс ВПЧ ВКР скрин” в режиме реального времени. Материалом для гистологического исследования явились прицельные биоптаты и ткань шейки матки, полученная в результате расширенной биопсии. В целом, присутствие онкогенных типов ВПЧ обнаружено у 207 (99,5%) обследованных пациенток, из них у 57 (100%) пациенток с CIN 2 и у 150 (99,3%) с CIN 3. Результаты генотипирования продемонстрировали значительное доминирование ВПЧ 16 типа (69,5%) среди других онкогенных вирусов. Кроме того, часто встречались ВПЧ 31 типа (17,6%), 33 типа (13,9%), 18 типа (9%). Другие онкогенные типы у пациенток с тяжелыми интраэпителиальными поражениями были найдены в незначительном числе наблюдений (менее 8%). Дальнейший анализ результатов генотипирования показал, что 38% пациенток была инфицированы одновременно несколькими онкогенными типами ВПЧ, у 62% — обнаружен один тип ВПЧ. Распространенные типы (такие как 16, 18, 31, 33) встречались как изолированно, так и в ассоциациях, тогда как более редкие типы ВПЧ (35, 39, 56, 58, 59), как правило, участвовали в мультиинфекциях. Среди пациенток с моноинфекцией наиболее часто встречались ВПЧ 16 типа (69%), 33 типа (10,5%), 31 и 58 типов (6% и 4,5 % случаев соответственно), у пациенток с мультиинфекцией преобладал ВПЧ 16 типа (32%), за которым следовали ВПЧ 31 (14,5%) и 18 (10 %) типов. Таким образом, полученные данные подтверждают факт доминирования ВПЧ 16 типа при CIN 2,3. Второе место по частоте встречаемости занимает 31 тип ВПЧ (17,6%), за которым следуют 33 и 18 типы. Вместе с тем, при предраковых поражениях шейки матки с небольшой частотой встречались все тестируемые типы ВПЧ, что подчеркивает важность использования в скрининге заболеваний шейки матки тест-системы для одновременной идентификации 12 типов ВПЧ ВКР.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БИПОЛЯРНОЙ ГИСТЕРОРЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

**Мишьева О.И., Бреусенко В.Г., Караченцова И.В.,
Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Калмыкова Н.В.**

Россия, Москва, Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ

Субмукозная локализация миоматозных узлов встречается у каждой третьей больной с миомой матки и является, как правило, показанием к ги-

стерэктомии. Выполнение органосохраняющих операций имеет большое значение, особенно для пациенток репродуктивного возраста.

Целью исследования является оценка места биполярной гистерорезекции у больных с субмукозной миомой матки для сохранения менструальной и репродуктивной функции на основании изучения отдаленных результатов.

За период 2007-2010 годы нами обследовано 282 пациентки с субмукозной миомой матки. Возраст обследованных варьировал от 30 до 54 лет. У всех обследованных были нарушения менструального цикла по типу меноррагии или метроррагии, у каждой третьей пациентки — явления анемии. Все обследованные были заинтересованы в сохранении матки, размеры которой не превышали 10-11 недель беременности, а пациентки репродуктивного возраста — в сохранении менструальной и репродуктивной функции. В зависимости от вида проведенной операции все больные были разделены на 3 группы. 1 группу составили 102 пациентки, которым произведена трансцервикальная миомэктомия путем откручивания узла (механический способ). Во вторую группу вошли 135 больных, которым выполнена резекция миоматозного узла с использованием биполярного гистерорезектора. В третью группу включены 45 пациенток, у которых резекция миоматозного узла была проведена в сочетании с тотальной резекцией эндометрия. Гистероскопия проводилась по общепринятой методике с модификацией, разработанной у нас в клинике, с использованием гистероскопического оборудования фирмы «Storz» (Германия). Гистерорезекция выполнялась биполярным электродом с помощью системы «Versoport» (США). Всем пациенткам перед операцией проводилось полное обследование (амбулаторно или в стационаре) с обязательным ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов малого таза при помощи аппарата «Acuson 128 XP | 10» (США). Для определения типа субмукозного узла и выбора правильного метода оперативного вмешательства 43 больным проведена гидросонография. Для оценки эффективности лечения всем обследованным проводился анализ менструальной функции. УЗИ, клинический анализ крови через 6 месяцев и 1 год после операции

Механическое удаление (1 группа больных) проводилось при наличии субмукозных узлов 0 и 1 типа, размеры которых не превышали 5 см. Трансцервикальное удаление узлов больших размеров может привести к травматизации шейки матки и развитию в дальнейшем истмико-цервикальной недостаточности. Узлы 1 типа сферической формы (27 из 102) не всегда возможно моментно зафиксировать абортцангом. Сначала с помощью биполярного электрода вскрывалась капсула узла, затем внутривенно вводился окситоцин 1,0 мл, после чего появлялись условия для механического удаления узла. Средняя продолжительность операции у больных 1 группы составила 15 минут, кровопотеря не превышала 20,0 мл. Через 6-12 мес. менструальный цикл у обследован-

ных нормализовался. По данным УЗИ показатели М-эхо соответствовали фазе цикла, полость матки не деформирована.

Резекция субмукозных узлов проведена 135 пациенткам (с 1 и 2 типами субмукозных узлов) размерами от 1,0 до 4,0 см. Длительность операции не превышала 45 минут и зависела от размеров узлов. Гиперкарбонизации тканей после биполярной резекции не отмечалось. Кровопотеря была не более 30 мл. Через 6-12 мес. после операции жалоб на нарушение менструального цикла не было. При УЗИ у каждой третьей обследованной выявлялись внутриматочные синехии в виде прерывистого М-эхо и гиперэхогенных включений и зона фиброза в месте удаленного узла. Считаем целесообразным пациенткам репродуктивного возраста после резекции узлов назначение эстроген-гестагенных препаратов не менее, чем на 2-3 мес., для восстановления эндометрия.

Резекция узла в сочетании с тотальной резекцией эндометрия проводилась 45 больным в пременопаузе при сочетании субмукозного узла и гиперпластического процесса эндометрия (ГПЭ). Продолжительность операции варьировала от 20 до 50 мин., кровопотеря не превышала 50 мл. По данным эхографии через 6 мес. после операции формировалось тонкое, неоднородное за счет синехий М-эхо. Через 12 мес. параметры М-эхо не менялись. Аменорея наступила у 29 пациенток, у 10 оперированных менструации стали скудными и 6 больных с сопутствующим аденомиозом продолжали жаловаться на мено-метроррагию. Этим больным рекомендована терапия гестагенами (норколут по 10 мг в сутки в течение 6-9 мес.), с эффектом.

Таким образом, оперативное лечение субмукозной миомы матки зависит от типа, величины узла и технической оснащенности учреждения. Биполярная резекция является методом выбора лечения субмукозных узлов 1 и 2 типов.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН

Морева Ж.Г., Алентьев А.Н.

Россия, г. Иваново, ГОУ ВПО Ивановская государственная
медицинская академия
ГОУ ВПО Ивановский государственный энергетический
университет

Для обследования пациентов на трихомониаз в диагностических лабораториях применяют основные методы выявления трихомонадной инфекции: микроскопию нативных и окрашенных препаратов, а также культуральный метод. Однако микроскопическая диагностика трихомониаза затрудняется наличием разных форм трихомонад, которые принимая амебодную форму, приобретают сходство с клетками базального эпителия влагалища у женщин, а округлые формы возбудителя можно

принять за лейкоциты. Культуральный метод является наиболее чувствительным методом диагностики, однако анализ длителен в исполнении и требует наличия сложных питательных сред. Диагностическая ценность широко используемых в настоящее время методов детекции трихомонад, таких как ИФА и ПЦР, зависит от чувствительности тест-систем, используемых для проведения данного анализа. Альтернативными экспресс-методами для диагностики трихомониаза являются методы люминесцентного анализа, в частности реакция иммунофлюоресценции (РИФ). Метод РИФ, являясь высоко информативным и быстрым, основан на взаимодействии искомого антигена возбудителя, взятого от больного, с специфическими антителами, мечеными флюорофором, с образованием иммунного комплекса, который при воздействии ультрафиолетового излучения люминесцирует. Однако, данное проявление специфического взаимодействия возможно, если антигены на поверхности клетки трихомонады не являются измененными, что наблюдается у типичных форм возбудителя. Но в случае изменения морфологии трихомонад поверхностные антигены клеточной оболочки могут меняться (Bastida-Corcuera F.D., 2005), что затрудняет взаимодействие с флюорофором. В связи с отмеченным, целью работы явилось исследование люминесцентных свойств типичных и атипичных форм влагалищных трихомонад, выделенных от гинекологических больных.

Исследование люминесцентных свойств проводили на 15 штаммах *Trichomonas vaginalis*, выделенных из клинического материала от больных женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза путем культивирования на питательной среде Тераса. Из типичных форм трихомонад получали атипичные клетки путем добавления к соответствующему штамму цитостатиков и препаратов — антиметаболитов циклофосфана, меркаптопурина, метотрексата в концентрации 500 мкг/мл. Люминесцентные свойства форм трихомонад изучали у 15 типичных штаммов грушевидной формы, у 15 атипичных штаммов округлой формы, а также в мазках у 15 женщин с трихомониазом путем проведения РИФ по стандартной методике, используя набор для флюоресценции ТрихоСкан («ЛабДиагностика», г. Москва), при этом в качестве флюоресцентной метки использовался флюоресцеинизотиоцианат (ФИТЦ). У различных штаммов были измерены спектры флюоресценции в диапазоне длин волн от 535 до 710 нм, $\Delta\lambda = 50$ нм на спектрофлуориметре, используя метод синхронно-го сканирования флюоресценции.

В результате исследований получено, что в РИФ типичные формы влагалищных трихомонад проявляли очень яркое, особенно по периферии клетки, светло-зеленое свечение, атипичные формы трихомонад светились в зеленой области спектра менее ярко и равномерно, а отдельные клетки трихомонад проявляли яркую оранжевую люминесценцию. Такой вид флюоресценции, в соответствии с законом Стокса, объясняется наличием совершенно

иных биохимических свойств у атипичных форм трихомонад. В процессе проведенного эксперимента были получены спектры люминесценции для типичных и атипичных форм трихомонад. Характерным для полученных спектров является наличие у некоторых штаммов 2-х максимумов интенсивности флюоресцентного свечения в области длины волны (λ), $\lambda = 550 \pm 5$ нм и $\lambda = 675 \pm 5$ нм (в области зеленой и красной части спектра). Спектры флюоресценции типичных форм трихомонад имеют резко выраженные максимумы, максимум интенсивности флюоресцентного свечения в области $\lambda = 675 \pm 5$ нм у данных форм трихомонад больше по сравнению с максимумом интенсивности флюоресценции ФИТЦ (в 2-3 раза). Атипичные формы также проявляли флюоресценцию, но ее интенсивность в том же интервале длин волн у некоторых штаммов была меньше интенсивности флюоресцентного свечения типичных трихомонад. Спектры флюоресценции отражают адсорбционные характеристики ФИТЦ к определенной форме трихомонады. ФИТЦ, соединенный с специфическим белком — антиглобулином взаимодействует с антителами, связанными с антигенами на поверхности трихомонад. Чем большее количество ФИТЦ связалось с трихомонадой, тем выше интенсивность флюоресценции, что наблюдается при непрямом взаимодействии ФИТЦ с типичной формой трихомонады. У атипичных форм *Trichomonas vaginalis* поверхностные антигены являются другими, по сравнению с грушевидной формой, поэтому меньшее количество антиглобулинов, меченых ФИТЦ, соединяется с антигенами трихомонад, следовательно наблюдаются иные спектры флюоресценции с более низкой интенсивностью люминесцентного свечения.

Проведенные исследования определенно указывают на существенные различия спектров люминесценции для различных форм трихомонад, что может быть использовано для идентификации типичных и атипичных форм *Trichomonas vaginalis* при диагностике трихомониаза.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Морозова В.А., Салов И.А., Маршалов Д.В.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.

В.И.Разумовского Росздрава

Самой распространённой опухолью у женщин репродуктивного и пременопаузального периодов является миома матки, занимающая второе место в структуре гинекологических заболеваний. Ведущим методом лечения данной патологии является хирургический. Операции у больных миомой матки имеют ряд особенностей: проводятся в области малого таза часто с затруднённым доступом, где имеются обширные рефлексогенные зоны, развита сосудистая сеть с наличием сосудов большого диаметра, в которых часто образуются тромбы. Эти факторы в комплексе со стрессом, могут оказать заметное влияние на систему гемостаза и привести к

грозному осложнению — тромбозам лёгочной артерии, являющейся наиболее частой причиной летальности больных в послеоперационном периоде. Высокий риск тромботических осложнений диктует необходимость тщательного исследования системы гемостаза, поиска оптимальных вариантов противотромботической терапии и оптимизации техники гистерэктомии.

Цель исследования: изучение системы гемостаза у больных миомой матки, нуждающихся в хирургическом лечении — гистерэктомии.

Материалами настоящего исследования послужили лабораторные данные предоперационного обследования 101 больной миомой матки (основная группа). В качестве контрольной была набрана группа ($n = 25$) относительно здоровых женщин в возрасте от 35 до 50 лет. Методы исследования: Исследование системы гемостаза проводили пробирочным методом и с помощью планшетных наборов для экспресс-диагностики. Забор крови осуществляли до введения антикоагулянтов, антиагрегантов и антиоксидантов. Тромбоцитарное звено исследовали при помощи 2-канального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Biola»-LA 230 (Россия), сопряжённого через интерфейс с IBM-совместимым компьютером. Для индукции агрегации использовали АДФ фирмы «Технология-стандарт» в концентрации 2,5 ммоль/л. Протромбиновый индекс (ПТИ), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) определяли на турбидиметрическом гемокоагулометре С GL 2110 (Беларусь). Состояние системы фибринолиза оценивали путём изучения показателей фибринолитической активности клеток крови по времени лизиса сгустков глобулиновой фракции. Определение вязкости крови и гематокритного числа проводилось на анализаторе крови реологическом АКР-2. Гематокритное число в сыворотке крови определяли общепринятым в клинике методом центрифугирования в капилляре стабилизированной цитратом натрия крови.

Результаты исследования. При анализе состояния тромбоцитарного звена системы гемостаза у больных с миомой матки отмечался умеренный тромбоцитоз. Количество тромбоцитов варьировало от $326 \times 109/л$ до $754 \times 109/л$, среднее значение составило $467,12 \pm 16,85 \times 109/л$, у женщин контрольной группы — $295,40 \pm 32,30 \times 109/л$, ($P < 0,001$). При изучении функциональной активности тромбоцитов отмечались: исходная активация, высокая степень готовности к агрегационному ответу и повышенная эффективность начального этапа развития АДФ—индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличенная высокоэффективная общая агрегационная активность на фоне сниженной степени выраженности и эффективности тромбоцитарной реакции высвобождения. Среднее значение агрегации тромбоцитов с АДФ — $-80,45 \pm 2,3\%$, в контрольной группе способность тромбоцитов к агрегации была достоверно выше — $-56,52 \pm 1,58\%$ ($P < 0,001$). Самые высокие показатели агрегации были отмечены у больных миомой матки с длительно существующей артериальной гипертензией и ИБС. Среднее значение АПТВ составило $31,12 \pm 0,18$ сек., в группе контроля — $-36,60 \pm 2,8$ сек. Выявленное нами укорочение

АПТВ и ПВ указывает на гиперкоагуляцию. Изучение состояния фибринолитической системы крови проводилось в процессе определения соотношения содержания фибриногена в крови и времени фибринолиза. Как оказалось, у больных миомой матки содержание фибриногена в крови достоверно не различалось от нормальных, однако выявлено достоверное увеличение времени фибринолиза: $18,40 \pm 0,38$ мин ($P < 0,001$), в контрольной группе — $-16,72 \pm 0,11$ мин ($P < 0,001$). Исследование ПТИ показало достоверное его увеличение у больных миомой матки — $-101,16 \pm 0,70\%$. Продукты паракоагуляции в плазме крови у пациенток с миомой матки были незначительно, но достоверно выше показателей здоровых женщин ($P < 0,001$).

Выводы: Регистрируемый в результате исследований статистически значимый гиперкоагуляционно-гиперагрегационный сдвиг гемостатического потенциала и угнетение фибринолитической активности у больных миомой матки нами трактовались как нарушение в системе свертывания крови, индуцированное длительно существующим патологическим процессом матки. Таким образом, предоперационная подготовка и лечение в послеоперационном периоде у больных с миомой матки должна включать оптимальные варианты противотромботической терапии под контролем гемостазиологических показателей.

РОЛЬ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ.

Мотовилова Н.О., Коган И.Ю., Тотолян Арег А., Буйнова А.Н., Грязнов А.Ю., Доценко А.А.

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

В России частота бесплодия, по разным оценкам, составляет от 8 до 15% среди населения репродуктивного возраста (около 4 млн. супружеских пар), и в ряде регионов имеет тенденцию к увеличению. Современная стратегия при бесплодии является достаточно активной.

Одним из основных научных достижений, позволивших решить проблему лечения бесплодия, явилась расшифровка механизмов эндокринного контроля менструального цикла женщины, что позволило создать фундамент для внедрения в клиническую практику методов вспомогательных репродуктивных технологий.

В настоящее время показано, что нормальное развитие и функционирование репродуктивной системы осуществляются при тесном взаимодействии иммунной и эндокринной систем. Происходящие во время менструального цикла и беременности изменения контролируются со стороны гипоталамо-гипофизарной системы и являются прямым результатом индуцированного гормонами ремоделирования тканей яичника и слизистой матки. Действие гормонов на клеточном уровне реализуется через

вовлечение множества пептидных ростовых факторов, среди которых особая роль отводится лимфогемопоэтическим цитокинам, продуцируемым иммунокомпетентными клетками. Наиболее исследованы иммунологические аспекты, связанные с поддержанием и нормальным протеканием беременности. Вместе с тем роль иммунной системы в регуляции самых ранних этапов репродуктивного процесса — фолликулогенеза, овуляции, доимплантационных этапов развития эмбриона и его имплантации наименее изучена.

Одним из необходимых условий для оплодотворения и имплантации эмбриона является достижение определенного уровня зрелости ооцитов. За последние два десятилетия выяснилось, что созревание ооцитов происходит не только под воздействием гормонов, но и под контролем клеток иммунной системы.

Согласно современным представлениям, присутствующие в тканях яичника клетки иммунной системы являются потенциальными модуляторами функций яичника и наряду с клетками гранулезы и теки осуществляют свое регулирующее действие через продукцию цитокинов.

Тесное взаимодействие клеток иммунной и репродуктивной систем в осуществлении контроля за овариальной функцией подтверждается рядом фактов.

Во-первых, иммуногистохимические и иммунологические исследования показали, что в тканях яичника и фолликулярной жидкости имеется достаточное количество различных типов лейкоцитов, некоторые из них подвержены существенным изменениям в различные фазы овариального цикла. Во-вторых, установлено, что иммунные клетки экспрессируют рецепторы к половым гормонам, лютеинизирующему гормону (ЛГ) и гонадотропин-рилизинг-гормону. Причем изменение концентрации цитокинов носит циклический характер, и между уровнем половых гормонов и содержанием цитокинов выявляется взаимосвязь. В-третьих, нарушения иммунной системы сопряжены с дисфункциями репродуктивного процесса. Развитие вспомогательных репродуктивных технологий позволило вплотную подойти к непосредственному изучению роли цитокинов в регуляции ранних этапов репродуктивного процесса у человека. В яичниках экспрессируется 16 иммунорегуляторных цитокинов, среди которых идентифицированы IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-11, IFN- γ , TNF- α , LIF, GM-CSF, TGF- β , MCP-1. Данные медиаторы могут оказывать местное действие на стероидогенез, пролиферацию гранулезных клеток, рост фолликулов и экспрессию рецепторов к гонадотропинам. Присутствие среди цитокинов фолликулярной жидкости большого количества провоспалительных цитокинов объясняется сходством основных физиологических механизмов развития овуляции и воспаления. Помимо указанных групп цитокинов в фолликулярной жидкости идентифицированы цитокины, вовлеченные в индукцию ангиогенеза (сосудистый эндотелиальный ростовой фактор, VEGF), хемокины, обеспечивающие рекрутирование лейкоцитов (IL-8, MIP-1 α ,

MCP), цитокины, участвующие в имплантации эмбриона (LIF, EGF).

Таким образом, учитывая тесную взаимосвязь иммунной и репродуктивной систем в регуляции овариальной функции, развитии эмбриона, его имплантации и сохранении беременности, становится очевидным тот факт, что наличие исходных иммунных дисфункций, а также развитие их в процессе стимуляции овуляции может быть серьезной причиной низкого качества ооцитов, дефекта оплодотворения яйцеклетки, нарушения развития и имплантации эмбриона и, в конечном итоге, отсутствия/потери беременности.

Исследование хемокинов (молекул-аттрактантов) в микроокружении половых клеток и в эндометрии, возможно, позволит выявить новые аспекты иммунной регуляции ранних этапов репродуктивного процесса и позволит разработать прогностические критерии эффективности лечения методом экстракорпорального оплодотворения.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ГИНЕКОЛОГИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ.

Мынбаев О.А., Елисеева М.Ю., Манухин И.Б., Масихи К.Н., Царев В.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет и 000-Институт репродуктивной технологии АльтраВита, Москва, Россия, Институт им. Роберта Коха, Берлин, Германия

Необходимость иммуномодуляторов обусловлена тем, что в настоящее время кардинально изменился образ жизни большинства населения земли: хронический стресс, малоподвижный образ жизни и переизбыток характерны для населения развитых стран, в то же время недоедание и недостаток белковых компонентов рациона — для жителей развивающихся стран. Вдобавок, изменение климата, вырубка лесов, загрязнение окружающей среды, урбанизация и другие агрессивные факторы отражаются на здоровье обитателей земли, в результате, у наших современников мутации в геноме происходят чаще, чем у наших предков. С другой стороны в результате научно-технического прогресса и глобализации произошло “нео” актуализация инфекционных болезней, вследствие стремительного распространения инфекционных возбудителей из эндемических зон или из регионов локальной вспышки в отдаленные места, а также мутации и перекрещивания различных вирусов, которые приводят к формированию новых агрессивных штаммов возбудителей с катастрофическими последствиями для человечества. Все эти факторы ведут к нарушению гомеостаза, снижению резистентности организма. У многих людей развиваются различные хронические патологические состояния, включая вторичный иммунодефицит, что сопровождается высоким риском развития различных оппортунистических и вирусных инфекций. Такие индивиды часто и долго болеют, трудно

выздоровливают и таким образом составляют контингент “трудных” пациентов и часто болеющих детей. При этом спектр противовирусных средств для эффективного лечения больных с нарушениями в иммунной системе ограничен, что сопровождается тяжелыми последствиями для данного контингента пациентов. Другой аспект проблемы иммунотерапии связан с агрессивной маркетинговой технологией фармацевтических компаний. На лекарственном рынке РФ циркулируют многочисленные препараты, рекомендуемые для повышения иммунитета, порою сомнительного происхождения и отсутствием клинически доказанных результатов их эффективности, что затрудняет практическим врачам выбор оптимального иммуностимулятора для лечения и профилактики вирусных и оппортунистических инфекции у пациентов с нарушениями в иммунной системе. Исходя из этого, целью настоящей работы явилось систематический анализ литературы и метаанализ результатов исследования в источниках литературы по применению иммуномодуляторов, представленные на фармацевтическом рынке РФ, с точки зрения доказательной медицины. Информационный поиск источников, опубликованных с 1990 по 2010 гг, был проведен с использованием ключевых слов и комбинации названий иммуномодуляторов и заболеваний, вызываемые вирусом папилломы человека, вирусом простого герпеса и другими вирусными инфекциями, в электронных англо- и русскоязычных базах данных, включая www.medline, www.pubmed.com, www.google.ru, <http://elibrary.ru>. Кроме того, некоторые источники были получены от авторов ранее опубликованных работ и из сайта производителей препаратов.

Систематический анализ данных свидетельствует, что на фармацевтическом рынке РФ активно рекламируются нижеперечисленные иммуномодуляторы: Аллоферон, Аллокин-альфа, Алломедин, Амиксин, Арбидол, Галавит, Гепон, Иммуномакс, Лавомакс, Ликопид, Мегосин, Панавир, Полиоксидоний, Ридостин, Циклоферон, а также синтетические аналоги инозина (Гроприносин, Изоприносин, Иммуновир, Инозиплекс, Инозин Пронабекс, Метизопринол), интерфероны (IFN), как естественного происхождения (Лейкинферон; Локферон), так и рекомбинантные аналоги (IFN α -2: Кипферон, Реаферон; IFN α -2a: Генферон, Генферон Лайт, Роферон-А; IFN α -2b: Виферон, Интрон-А, Реальдирон; IFN β -1a: Авонекс; IFN β -1b: Бетаферон). В русскоязычной литературе существуют многочисленные публикации с использованием ряда иммуномодуляторов, включая результатов широкомасштабного постмаркетингового исследования при различных гинекологических заболеваниях. Для систематического обзора и метаанализа были выделены работы по применению иммуномодуляторов у гинекологических больных путем отсортировки обзоров и малоинформативных публикаций. Согласно данным метаанализа эффективность иммуномодуляторов широко варьирует, начиная относительной убедительности

результатов с точки зрения доказательной медицины, опускаясь до отсутствия веских доказательств их эффективности. Следует также отметить, что большинство препаратов, предлагаемых на фармацевтическом рынке РФ при различных инфекционных и вирусных заболеваниях у гинекологических больных, не имеют достаточных доказательных данных об их эффективности. К сожалению, в качестве рекомендации для практических врачей служит также учебные пособия, репринты и другие печатные издания, которые не имеют результатов клинических исследований с точки зрения доказательной медицины.

В заключении, на фармацевтическом рынке РФ представлен широкий спектр разнообразных иммуномодуляторов, большинства из которых не имеют результатов клинических исследований с точки зрения доказательной медицины.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ «БЕЗОПАСНОГО АБОРТА»

Мысыков В.Б., Фатеева Л.В., Лазутина В.В.,
Чижова О.В.

Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Центр репродуктивного здоровья

До настоящего времени аборт продолжает оставаться самым распространенным методом регулирования рождаемости и среди молодых первобеременных женщин оказывает неблагоприятное влияние на общее состояние здоровья и репродуктивную функцию. Это делает актуальной проблему разработки новых технологий безопасного прерывания непланируемой беременности, уменьшающих риск возможных осложнений. Одним из современных щадящих методов является медикаментозное прерывание беременности ранних сроков путем применения антипрогестинов в сочетании с простагландинами.

Целью исследования явилась клиническая оценка эффективности и безопасности применения мифепристона для прерывания беременности в ранние сроки.

Материал и методы исследования: Мифепристон представляет собой таблетированный синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Связываясь с прогестероновыми рецепторами, мифепристон блокирует действие прогестерона, в результате чего происходит десквамация децидуальной оболочки матки.

Нами в центре репродуктивного здоровья мифепристон применялся с 2004-2009 гг. для прерывания беременности раннего срока у 3176 женщин в возрасте от 16 до 40 (в среднем $25,3 \pm 0,7$) лет в дозе 600 мг (3 табл по 200 мг) внутрь в сочетании с синтетическим аналогом простагландина миопролола через 36-48 часов в дозе 400 мг (2 табл по 200 мг). Гестационный срок в среднем составлял $4,5 \pm 0,3$ недели, при среднем диаметре плодного яйца по дан-

ным УЗИ 12,2±0,3 мм.

Первобеременных пациенток было 537, что составило 16,9 %, повторнобеременных 2639 (83,1%). Рожавших 1 роды — 2122, двое родов 517.

Всем женщинам до прерывания беременности проводилось общеклиническое обследование, которое включало гинекологическое исследование, мазок на степень чистоты, группа крови и резус-фактор, РВ, ВИЧ, гепатит В и С; срок беременности устанавливался на основании оценки продолжительности аменореи, УЗИ.

Эффективность метода оценивалась по положительному исходу, который подтверждался УЗИ на 10 — 14 день (отсутствие плодного яйца и его элементов в матке и состояние эндометрия) и гинекологического исследования (состояние шейки матки, придатков, характер и количество выделений, болезненные ощущения).

Результаты:

Полный выкидыш по типу менструальноподобной реакции произошел в первые сутки после приема мифепристона у 5,8% (без дополнительного приема милолота), в первые сутки после приема милолота — у 89,7 %, на вторые сутки — у 4,5% (в среднем через 12,0±1,4 часа). Продолжительность кровянистых выделений составляла от 6 до 15 дней (в среднем 7,2±1,1). У 14,2% скудные кровянистые выделения сохранялись до 14-16 дней.

У 3,8% пациенток потребовалось проведение гемостатической терапии в первые сутки после приема простагландина (окситоцин, дицинон, отвар крапивы и др.; хирургического вмешательства с целью гемостаза не потребовалось ни в одном случае.

Интенсивные и умеренные схваткообразные боли внизу живота были отмечены у 12,0% пациенток, которые купировались приемом но-шпы, анальгина или баралгина, все они первобеременные.

Метод не дал положительного результата в 141 наблюдениях (4,4%): 116 — 3,65% остатки плодного яйца, 9 — 0,28% прогрессирующие беременности, 16 — 0,51% замершая) по данным УЗИ, была выполнена вакуум-аспирация.

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало высокую эффективность метода (95,6%) с применением мифепристона и его безопасность для медикаментозного прерывания беременности малых сроков.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ РЕЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Назарова Н.М., Прилепская В.Н.,
Межевитинова Е.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Изучение качества жизни (КЖ) женщин, в том числе в процессе использования контрацептивных средств, является новым направлением в акушерстве и гинекологии. Следует отметить

особую важность оценки качества жизни у женщин использующих гормональные методы контрацепции. Гормональные релизинг-системы (ГРС) (влагалищное кольцо, накожный пластырь и ВМС «Мирена») являются новыми технологиями в контрацепции. Сведения о КЖ женщин использующих различные ГРС в сравнительном аспекте отсутствуют.

Целью исследования: изучить влияние релизинг-систем на КЖ в сравнительном аспекте в процессе контрацепции у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования.

Нами было изучено КЖ 300 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 40 лет), использующих различные виды ГРС. Женщины 1 группы (103) использовали влагалищное кольцо; 2-й — (100) накожный пластырь; 3-й (97) была введена ВМС «Мирена». Одним из неспецифических методов, в наибольшей степени отражающих влияние ГРС на КЖ и соответствующей цели нашего исследования, является шкала SF-36. Эта шкала валидна, надежна и чувствительна и служит для оценки влияния состояния здоровья на основные виды повседневной деятельности пациенток. Обработка ответов на вопросы анкеты позволяет оценить КЖ обследуемых по 8 параметрам: физическому (PF) и социальному (SF) функционированию, ролевому функционированию, обусловленному физическим (RP) и эмоциональным (RE) состояниями, интенсивности боли (RP), общему состоянию здоровья (GH), жизненной активности (VT) и психическому здоровью (MH).

Анкетирование пациенток по SF-36 проводилось 4 раза: перед началом назначения ГРС, на 12-ю, 26-ю, и 52-ю недели использования ГРС. Заполнение анкетных бланков пациентки осуществляли самостоятельно.

Установлено, что исходно у пациенток всех трех групп имеется относительно низкий уровень КЖ, отражающий психоэмоциональный компонент здоровья: жизненной активности (VT) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), что возможно обусловлено использованием ненадежных методов контрацепции, а также наличием патологии менструального цикла у ряда пациенток.

Так, тенденция к улучшению показателей КЖ у пациенток 1-й группы отмечалось с 12 недели, что проявлялось улучшением показателей GH, VT ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными. Кроме того, при использовании влагалищного кольца к 26-й неделе контрацепции отмечалось достоверное улучшение показателей RP — 90,1±9,8 (исходно 87,6±11,5) ($p < 0,05$), VT — 91,1±5,7 (исходно 78,8±6,9) и RE — 95,3±10,4 (исходно 87,9±11,2) ($p < 0,001$), вероятно обусловленные высоким контрацептивным эффектом препарата, снижающим страх перед возможным наступлением непланируемой беременности. Кроме того, к 52-й неделе контрацепции улучшилось КЖ по целому ряду показателей: RP, GH, VT, SF, RE ($p < 0,001$), что может быть связано с терапевтическим эффектом влагалищно-

го кольца при дисменорее.

Использование в течение 52-недель контрацептивного пластыря суммарные показатели КЖ достоверно улучшались ($p < 0,001$). Отмечено достоверное улучшение показателей КЖ, связанных с эмоциональным состоянием — $94,7 \pm 9,9$ (исходно $87,4 \pm 10,2$), жизненной активностью — $93,8 \pm 6,2$ (исходно $79,2 \pm 6,5$), общим состоянием здоровья — $80,8 \pm 5,7$ (исходно $75,1 \pm 8,9$) у большинства пациенток.

При исследовании КЖ пациенток, использовавших внутриматочную гормональную систему, в отличие от пациенток 1-й и 2-й групп, было установлено, что побочные эффекты оказывают ограничивающее влияние на их жизнь и повседневную активность в течение начального периода контрацепции, что проявлялось некоторым снижением в эти сроки показателя RP $81,2 \pm 18,4$ (исходно $87,1 \pm 21,0$) ($p > 0,05$) по сравнению с исходными данными. В течение первых 3 мес. применения внутриматочной системы у 38,5% женщин были зарегистрированы побочные реакции в виде межменструальных кровянистых выделений, которые оказали отрицательное действие на КЖ.

По мере увеличения длительности контрацепции суммарные показатели КЖ к 26 неделе контрацепции достоверно улучшились. По сравнению с эстроген-гестагенными рилизинг-системами отмечено достоверное улучшение не нескольких, а всех показателей КЖ: RP — $93,8 \pm 16,7$ (исходно $87,1 \pm 21,0$), BP — $93,7 \pm 8,0$ (исходно $89,9 \pm 10,7$) ($p < 0,05$), GH — $80,6 \pm 8,2$ (исходно $72,3 \pm 8,7$), VT — $89,8 \pm 6,5$ (исходно $71,5 \pm 6,1$), SF — $96,8 \pm 7,2$ (исходно $84 \pm 8,4$) и RE — $92,2 \pm 10,9$ (исходно $84,7 \pm 12,2$) ($p < 0,001$).

Таким образом, к 26-й неделе использования ЛНГ-ВМС отмечалось улучшение ряда показателей КЖ ($p < 0,001$), по сравнению с исходными данными, что обусловлено как высоким контрацептивным эффектом системы, так и лечебным действием, особенно у пациенток с дисменореей и меноррагией

Выводы: Сравнительный анализ КЖ пациенток с использованием шкалы SF-36 свидетельствует о том, что использование ГРС с целью контрацепции приводит к повышению уровня физического и психологического комфорта женщин — отмечено достоверное улучшение работоспособности, физической и жизненной активности, что на наш взгляд обусловлено высоким контрацептивным эффектом, снижающим страх перед возможным наступлением нежелательной беременности и обеспечивающим пациенткам уверенность в себе, а также лечебным эффектом при патологии менструального цикла.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ.

Назарова Н.М., Стеняева Н.Н.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Одной из основных причин возникновения сексуальных расстройств у женщин, по мнению многих авторов, являются «опасения» и «тревожные мысли» по поводу нежеланной беременности. У мужчин в последние годы отмечается появление страха, обусловленного опасениями потери собственной свободы, материальных посягательств женщин, манипулирующих возникшей беременностью в личных целях. Устранение тревожных ожиданий неблагоприятных последствий интимных отношений приводит к профилактике сексуальных расстройств у обоих партнеров, улучшая качество жизни.

С целью оптимизации профилактических мер в отношении сексуального здоровья нами произведена оценка сексуальности до и на фоне применения гормональных рилизинг-систем у 300 женщин репродуктивного возраста при помощи опросника «Сексуальная формула женская». Женщины 1 группы (103) использовали влагалищное кольцо, 2-й (100) — накожный пластырь, 3-й (97) — ВМС «Мирена».

Во всех трех группах было выявлено позитивное влияние контрацептивов на сексуальность у большинства женщин. Использование влагалищного кольца способствовало увеличению сексуальной активности — у 39%, пластыря — у 46%, ЛНГ-ВМС — у 46,4% пациенток и их половых партнеров. Увеличение сексуального желания наблюдалось у 76,7% женщин 1 группы, 79% — 2 группы, 70,1% — 3 группы. Пациентки отметили, что используемые ими методы контрацепции повышают уверенность в себе, улучшают сексуальную жизнь и отношения с партнером. Усиление влагалищной секреции у женщин купировало явления сухости влагалища, дискомфорта при половой близости и способствовало улучшению сексуальной жизни у 52% пациенток 1 группы в виде повышения удовлетворенности сексуальными отношениями и увеличения частоты половых контактов у пациенток.

Таким образом, использование эффективных методов контрацепции обеспечивает психологическую уверенность в безопасности сексуальных отношений и приводит к профилактике сексуальных расстройств у обоих партнеров и улучшению качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ДЕСЦЕНЦИИ ТАЗОВОГО ДНА

Нафтулович Р.А., Ящук А.Г., Саниева С.М.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

Проблема десценции тазового дна в настоящее время особенно актуальна для современного здравоохранения в связи с большой частотой данной патологии (28,0%), значительными затратами на хирургическую коррекцию. Актуальность проблемы также связана в большей степени и с тем, что у данной категории больных имеет место снижение качества жизни, утрата трудоспособности, инвалидизация.

Этиологическими факторами тазовой десценции является численность родов, большая масса тела новорожденных, высокое внутрибрюшное давление, дефицит эстрогенов, дефекты соединительной ткани, наследственная предрасположенность (семейная отягощенность). Именно поэтому необходимо и важно осуществлять своевременный прогноз данной патологии.

Способ прогнозирования десценции тазового дна, его применение позволит выявлять женщин с высокой вероятностью развития тазовой десценции с целью формирования групп высокого риска реализации данной патологии и осуществления своевременных мероприятий по профилактике прогнозируемых нарушений со стороны тазового дна. Данный способ высокоинформативен и позволяет оценить риск развития десценции тазового дна как у больных, так и у здоровых женщин. Получение критериев прогноза развития десценции тазового дна достигается тем, что выделяют ДНК из лейкоцитов периферической венозной крови, методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК амплифицируют фрагменты локусов A1u и VNTR гена коллагена 3 типа CoI3A1 и при выявлении генотипов A1u -/- с отсутствием инсерции и VNTR*2*2 у обследуемых прогнозируют риск развития тазовой десценции. При выявлении генотипов A1u -/- с отсутствием инсерции и VNTR*2*2 гена коллагена 3 типа CoI3A1 риск развития десценции тазового дна составляет 99,13%. Проводят анализ полиморфных локусов A1u и VNTR гена коллагена 3 типа (CoI3A1-интерстициальный коллаген; формирует крупные фибриллы, находится в связках, сухожилиях, сосудах, коже, стромах внутренних органов) с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) синтеза ДНК и рестрикционного анализа. Генотипы локуса A1u -/- и VNTR*2*2 гена коллагена 3 типа являются диагностическими генетическими маркерами десценции тазового дна у женщин и могут применяться для выявления групп лиц с высоким риском развития заболевания, как среди здоровых, так и на ранних стадиях развития болезни с целью проведения профилактических мероприятий.

РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ И МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА

Нечитайло Т.А., Гоптарева Л.П.

Россия, Ростовский-на-Дону государственный медицинский университет

Влияние на количественный и видовой состав микрофлоры влагалища могут оказывать хирургические травмы или инвазивные опухолевые процессы, снижающие сопротивляемость тканей к бактериальным инфекциям. Вероятно, повреждение тканей при хирургических вмешательствах, снижение их окислительно — восстановительного потенциала и развитие ишемии создают условия, при которых отдельные представители нормальной микрофлоры начинают быстро размножаться.

Различные эндо- и экзогенные факторы способны влиять на видовой и количественный состав микрофлоры. Появившиеся патогенные штаммы могут оказывать воздействие на состояние эпителия, в то время как возникновение патологии шейки матки способствует их размножению и индрению в более глубокие слои плоского эпителия. Первичным очагом поражения у женщин, как правило, является слизистая оболочка шейки матки, в которой возбудители могут сохраняться в течение нескольких месяцев и даже лет, вызывая различные патологические изменения.

Некоторые исследователи предлагают рассматривать инфицирование хламидиями как кофактор развития дисплазий и даже рака шейки матки. Особенно четко это просматривается при сочетании *Chlamydia trachomatis* и ВПЧ, *Chlamydia trachomatis* и *U. Urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* и *M.hominis*. При этом число сообщений о возможной связи между хламидийной инфекцией и цервикальной интраэпителиальной неоплазией в последние годы возросло. К микроорганизмам, способным размножаться в условиях изменённой рН, относятся энтерококки, грибы рода *Candida*, большое число анаэробных бактерий.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось оценка микрофлоры влагалища у женщин с дисплазиями шейки матки в процессе хирургического лечения радиоволновым методом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для исследования отобрано две группы больных в возрасте от 18 до 48 лет, обратившиеся в консультативно-диагностическую поликлинику Ростовского государственного медицинского университета. Контрольную группу составили 25 условно здоровых женщин детородного возраста. Основную группу составили 25 женщин с дисплазиями II-III.

При исследовании использованы общеклиническое и гинекологическое обследование с анализом особенностей менструальной и репродуктивной функций, соматического и наследственного анализа, определением общего анализа крови и гемостазиограммы, анализа крови на RW, ВИЧ, гепатиты В и С. Все радиохирургические манипуляции проводили после указанного обследования на 5-10 дни

менструального цикла. Процедуре непосредственно предшествовала расширенная кольпоскопия и проба Шиллера для определения границ поражения шейки матки.

Исследованиями подтверждено, что влагалище здоровой женщины репродуктивного возраста содержит грамположительные, грамотрицательные, аэробные, факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы. При этом 95-98% всех микроорганизмов представлено лактобактериями.

У женщин основной группы часто высевались такие микроорганизмы, как *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *M. Hominis* и *U. Urealyticum*. Генитальные микоплазмы также довольно часто высевались у обследуемых женщин: у здоровых — до 12%; у больных с дисплазиями — до 64%. *U. urealyticum* в группе здоровых женщин обнаружены в 4 случаях (16%), в группе женщин с дисплазиями — у 16 больных (64%). Хламидийная инфекция выявлена в контрольной группе в 6 случаях (24%), в группе больных с дисплазиями — в 19 случаях (76%). Папилломавирусная инфекция выявлена в обеих группах: в контрольной группе — в 2 случаях (8%), в основной группе — в 22 случаях (88%).

На 21-24 сутки после радиоконизации шейки матки у всех женщин контрольной группы была обследована микрофлора влагалища. Частота выявляемости гарднереллёза резко снизилась и составляет 2 случая (8%), частота выявляемости микоплазм, уреаплазм также резко снизилась и составила 1 случай (4%). Во всех мазках преобладали грамположительные и грамотрицательные палочки, грамотрицательные кокки и незначительное количество энтеробактерий; то есть микрофлора женщин контрольной группы после лечения шейки матки радиоволновым методом приближается по своему составу к микрофлоре влагалища здоровых женщин.

ВЫВОДЫ:

У больных с дисплазиями шейки матки чаще всего наблюдается дисбиоз, кандидоз, бактериальный вагиноз, герпетическая инфекция, папилломавирусная инфекция.

На фоне проведённого радиоволнового лечения шейки матки состав микрофлоры влагалища у женщин с дисплазиями II-III, приблизился к составу микрофлоры женщин контрольной группы, что говорит не только о излечиваемости женщин от предраковых заболеваний шейки матки, но и о положительном влиянии на микроценоз влагалища, что в свою очередь является профилактикой рецидива онкозаболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ (УФОК) В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИВЕННЫМ ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ КРОВИ (ВЛОК) И АУТОИММУНИЗАЦИЕЙ) В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Никитина Е.В.¹, Алексеева И.Н.²

1 — кафедра акушерства и гинекологии БГМУ, Минск, Беларусь.

2 — отделение переливания крови БГКБ, Минск, Беларусь.

Герпетическая инфекция половых органов на сегодняшний день является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний половых органов у женщин и мужчин преимущественно трудоспособного возраста. Данное заболевание отличается пожизненным носительством возбудителя в организме человека, что приводит к формированию рецидивирующих форм заболевания. Актуальность проблемы герпетической инфекции заключается в способности вируса простого герпеса вызывать иммунодефицитное состояние, хронические воспалительные заболевания половых органов, оказывать негативное влияние на течение беременности и детородную функцию женщин и мужчин, нередко приводит к самопроизвольному выкидышу, гибели плода, вызывает инфекцию у новорожденных.

Традиционная медикаментозная противовирусная терапия хронических воспалительных заболеваний половых органов герпетической этиологии не всегда эффективна. В таких случаях целесообразно применение немедикаментозной терапии, в том числе эфферентных методов лечения. Ультрафиолетовое облучение крови (УФОК) в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови (ВЛОК) и аутоиммунизацией приводит к повышению резистентности организма, оказывает иммунокорректирующее, противовоспалительное действие, антиоксидантное действие, активизирует обмен веществ. В силу этого ультрафиолетовое облучение крови оказывает разностороннее общеукрепляющее и оздоравливающее действие на организм, бактерицидное, обезболивающее, регенеративное, антитромботическое действие, улучшает реологические свойства крови.

Лечение пациентов проводилось следующим образом: УФОК в сочетании с ВЛОК и аутоиммунизацией ежедневно в течение 10 дней, курс повторялся через 3 и 6 месяцев. Во время проведения УФОК объем крови, подвергавшийся воздействию УФО, зависел от массы тела. ВЛОК проводилось по схеме в течение 10-20 мин. Аутоиммунизация (метод аутосеротерапии, основанный на внутривенном введении малых доз сыворотки крови) проводилась также по определенной схеме. Улучшение отмечалось после 2-3 процедуры, а к 7-8 процедуре

наружные проявления герпетической инфекции, если таковые имелись, исчезали. По результатам проведенной терапии около 60% больных вышли на стадию ремиссии продолжительностью более 1-3 лет, у около 30% пациентов уменьшилось количество обострений в год, у 10% пациентов динамики не наблюдалось.

Эффективность проведенного лечения и его влияние на качество жизни пролеченных больных оценивалось нами по состоянию физической активности, психического статуса, социального и ролевого функционирования, сексуального поведения, частоте обострения генитальной герпетической инфекции, а также субъективной оценки женщинами собственного здоровья. С этой целью нами были проанализированы результаты анкетирования 140 пациенток с генитальным герпесом, из которых 75(53,6%) были пролечены с использованием вновь предложенных методов лечения. Результаты опроса показали, что применение традиционного лечения приводило к улучшению качества жизни лишь у 25,4% женщин, а при использовании предложенного — у 58% пациенток. При этом значительно улучшались показатели психоэмоциональной сферы и физической активности, способствующие в свою очередь повышению социального функционирования, и в конечном итоге — к высокой субъективной оценке женщиной состояния собственного здоровья.

В результате проведенных клинических исследований установлена высокая эффективность предложенного сочетания эфферентных методов лечения у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов герпетической этиологии. Более чем у 90% пролеченных пациентов достигнута устойчивая положительная динамика в течение хронического заболевания (герпетическая инфекция половых органов). Полученные результаты являются альтернативой применению противовирусных лекарственных средств, используемых в традиционной лекарственной терапии и обладающих тератогенным эффектом.

Предложенный метод сочетанного использования эфферентных процедур у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов герпетической этиологии позволяет улучшить репродуктивное здоровье, акушерский прогноз, увеличить качество жизни, снизить показатели временной нетрудоспособности, а также сократить сроки стационарного лечения и количество повторных госпитализаций.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК ОТ ПЕРВОРОДЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Николаева Л.Б.¹, Ушакова Г.А.²

МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер, женская консультация¹;

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ и СР²;
г. Кемерово, Россия

В течение последних десятилетий основной уровень рождаемости в стране поддерживается за счет первых и часто единственных детей. По-видимому, эта тенденция сохранится и в ближайшем будущем. Скорее всего, мы столкнемся с ситуацией, когда не одно поколение будет первым и единственным в очередности рождений. В сложившейся демографической ситуации изучение отдельных вопросов репродуктивного здоровья первенцев является актуальным.

Цель: изучить функциональное состояние репродуктивной системы девочек от первородящих матерей.

Материалы и Методы исследования:

Обследовано 70 девочек-подростков 16-17 лет (I группа — 38 девочек-первенцев, II группа — 32 девочки от второй беременности, вторых родов). Оценка функционального состояния репродуктивной системы проводилась на основании исследования содержания гормонов: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), пролактина (ПРЛ), тиреотропина (ТТГ), тироксина (Т4), тестостерона (Т), кортизола (К) на 5-й — 7-й день менструального цикла, эстрадиола (Е2) в середине менструального цикла, прогестерона (ПГ) — в конце II фазы менструального цикла (21-24 день). Забор крови для исследований осуществлялся натощак с 8 до 9 часов утра. Для получения сыворотки пробы крови центрифугировали через 2 часа в стационарных условиях (при 3000 об/мин в течение 10 минут). Исследование гормонов проводилось прямым конкурентным иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием стандартных тест-систем «Алкор-Био» (Россия), «Diagnostic» (США) в соответствии с прилагаемыми инструкциями.

Полученные результаты содержания тропных гормонов гипофиза и гормонов периферических желез девочек-подростков 16-17 лет от первородящих матерей сравнивались между собой, а также со стандартными нормативами по материалам В.Ф. Коколиной (1997), прилагаемыми инструкциями «Алкор-Био» (Россия), «Diagnostic» (США) и материалами Н.У. Тиц (1997).

Статистическую обработку всех полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6.0».

Результаты и их обсуждение:

Анализ функционального состояния системы репродукции девочек-подростков показал, что концентрация фолликулостимулирующего (ФСГ) — $5,82 \pm 0,4$ и $4,80 \pm 0,3$ МЕ/л $p < 0,001$, [стандарт-

ные пределы ФСГ — 2,7-4,8 МЕ/л) и лютеинизирующего (ЛГ) — 6,83±0,7 и 5,25±0,4 МЕ/л $p < 0,001$, [стандартные пределы ЛГ — 3,1-5,7 МЕ/л] у девочек-первенцев оказалась выше, чем в группе сравнения и допустимых стандартных пределов ($p < 0,001$). Уровень пролактина (ПРЛ) — 443,1±22,2 и 383,6±37,0 мМЕ/л $p < 0,001$, [стандартный предел — 220-750 мМЕ/л], эстрадиола (Е2) — 141,6±3,2 и 131,9±4,8 пг/мл $p < 0,001$, [стандартный предел — 50-350 пг/мл], тестостерона (Т) — 1,35±0,1 и 1,15±0,1 нмоль/л $p < 0,001$, [стандартный предел — 1,2-1,9 нмоль/л] в группе первенцев был выше, хотя не имел различий со стандартными значениями ($p > 0,05$). Содержание прогестерона (ПГ) — 25,5±2,7 и 27,8±4,6 нмоль/л $p = 0,032$, [стандартный предел — 10-89 нмоль/л], тиреотропина (ТТГ) — 1,31±0,1 и 1,45±0,2 мМЕ/л $p = 0,002$, [стандартный предел — <10 мМЕ/л] и тироксина (Т4) — 96,5±5,3 и 105,0 ±5,2 нмоль/л $p < 0,001$, [стандартный предел — 60-142 нмоль/л] у девочек-первенцев оказалось ниже, чем у девочек от вторых родов, однако полученные значения не имели различий со стандартными пределами ($p > 0,05$).

Проведенное исследование содержания тропных гормонов и гормонов периферических желез позволило предположить, что к окончанию периода полового созревания (16-17 годам) у девочек-первенцев имеет место умеренная гипозэстрогения, а функциональное состояние репродуктивной системы находится в процессе пролонгирования формирования зрелости.

Выводы:

Таким образом, исследование выявило особенности функционального состояния репродуктивной системы девочек-первенцев, которые можно рассматривать как результат недостаточной стимуляции эстрогензависимых процессов и пролонгирования формирования зрелости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Это позволяет предположить, что при достижении фертильного возраста репродуктивная функция девочек от первородящих матерей может быть снижена.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Новиков Е. И., Федорова А. И., Сердюков С. В., Светиков А. С., Самойлов И. П., Хон И. Д.

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Центр клинико-морфологической диагностики репродуктивной патологии

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы. В результате патоморфологических исследований соскобов полости матки при замершей беременности, осуществляемых

на протяжении 10 лет в подразделениях ЛОДПАБ, было установлено, что основной причиной невынашивания беременности в I и II триместрах является восходящее инфицирование полости матки, признаки которого обнаруживаются в 60% соответствующих наблюдений. Структурно-функциональная неполноценность шейки матки и цервикального канала, в частности, — один из основных факторов реализации нарушенного шеечно-влагалищного биоценоза в восходящее бактериальное инфицирование, инициирующее прерывание беременности. Длительное существование хронического цервицита, который не поддается комплексной патогенетической терапии, свидетельствует о структурно-функциональной неполноценности шейки матки и ее иммунодефицитном состоянии. [Хмельницкий О. К., Глуховец Б. И., 1990].

Цель. Выявить особенности морфо-функционального состояния слизистой цервикального канала у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями шейки матки и репродуктивными потерями в анамнезе на основании данных клинико-лабораторного, морфологического, инструментального исследований и определения уровней неспецифических иммуноглобулинов А, G, М в мазках-соскобах слизистой шейки матки.

Основание. Неполноценность местного иммунитета слизистых, наряду с другими факторами, лежит в основе нарушений антибактериального барьера цервикального канала, приводящих к воспалительным изменениям шейки матки.

Материал и методы. В исследование были включены 24 женщины в возрасте от 21 до 40 лет с хроническим цервицитом и репродуктивными потерями. Средний возраст составляет 26 лет. Также проводилось обследование половых партнеров.

Диагноз хронического цервицита ставился на основании данных клинического, кольпоцервикоскопического, морфологического, микробиологического и иммунологического исследований. Определялось количество секреторных иммуноглобулинов А, G в мазках-соскобах цервикального канала в реакции прямой иммунофлюоресценции с применением люминесцирующих моноспецифических диагностических антител к иммуноглобулинам человека А, G. Параллельно проводились цитологический анализ соскобов цервикального канала и шейки матки и выявление возбудителей ЗППП. Для характеристики локальных механизмов противоинфекционной защиты проведено исследование факторов клеточного и гуморального иммунитета цервикального секрета у женщин с хроническим цервицитом.

Регистрируемое снижение функционального резерва нейтрофилов у всех больных с хроническим цервицитом отражает изменение их эффекторного потенциала и показывает, что система фагоцитоза истощивает свой потенциал.

Результаты. У больных с хроническим цервицитом и невынашиванием беременности инфекционно-воспалительного генеза наблюдается сниженный уровень провоспалительных цитокинов, что

может стать причиной снижения бактерицидного потенциала и фагоцитарной активности нейтрофилов цервикального секрета.

Выраженное снижение иммуноглобулинов А и G зарегистрировано у всех пациенток с хроническим цервицитом.

При хроническом цервиците выявлен высокий уровень сексуально-трансмиссивных инфекций, основными из которых являются Herpes simplex virus (65%), Chlamydia trachomatis (45%), Ureaplasma urealyticum (45%), при этом коэффициент достоверности составляет Herpes simplex virus $Q=0.86$, Chlamydia trachomatis $Q=0.66$.

Наиболее выраженное снижение иммуноглобулина А отмечено при сочетанной инфекции (Chlamydia trachomatis + Herpes simplex virus).

При обследовании партнеров воспалительные изменения в спермограмме выявлены у подавляющего большинства.

Выводы. У исследуемых женщин отмечается сочетание снижения фагоцитарной активности нейтрофилов с низким уровнем секреторного иммуноглобулина А. Хронический цервицит в сочетании с ИППП является основным фактором риска невынашивания беременности в I и II триместрах. Своевременная диагностика и лечение цервицита являются основой профилактики репродуктивных потерь и воспалительных заболеваний половой сферы. Обследование и лечение половых партнеров — необходимое условие реабилитации супружеской пары при потере беременности.

Цитологический скрининг с определением функциональной активности нейтрофилов и определение секреторного иммуноглобулина А может быть доступным и эффективным методом прогнозирования функционального состояния шейки матки и использоваться для контроля излеченности в процессе реабилитации детородной функции при хроническом цервиците.

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ

Новичков Д.А., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.

В.И.Разумовского Росздрава

В наше время бесплодие в браке продолжает оставаться важной медицинской и социальной проблемой, так как неспособность иметь детей изменяет социальную, психологическую адаптацию в обществе и ведет к снижению качества жизни. Одной из причин, приводящих к бесплодию, являются операции на придатках матки, выполненные по различным показаниям, чаще всего — по поводу внематочной беременности. По мере прогрессирования воспаления функциональные сосудистые изменения усугубляются нарастающими структурными изменениями. Отмечается гипоперфузия в очаге воспаления, дистония сосудов с последую-

щим развитием склерозирования и облитерации. Нарушается венозный отток, усиливаются процессы пролиферации с формированием рубцов и спаек. При остром воспалении и при обострении хронического заболевания одновременно с местными процессами развиваются генерализованные реакции, обусловленные вовлечением нервной и эндокринной систем — повышение температуры тела, усиление обмена веществ, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и иммунологические сдвиги.

Операции на придатках матки практически в 90% случаев приводят к развитию спаечного процесса в малом тазу различной степени. Ставшие рутинными эндо- и микрохирургические реконструкции позволяют в 80-97% случаев восстановить анатомическую проходимость маточных труб, выполнить фимбриопластику и фимбриолизис, но не всегда данные вмешательства сочетаются с восстановлением их функциональных свойств, которые тесно связаны с состоянием микроциркуляторного бассейна. А характер репаративных процессов в тканях, равно как и спайкообразование, определяются особенностями иммунной системы. До настоящего времени лечение, реабилитация и подготовка к предстоящей беременности в послеоперационном периоде при любой из ранее перечисленных технологий производились без учета особенностей индивидуального иммунного статуса, что является крайне важным у больных с данной проблемой.

Целью работы стала разработка алгоритма реабилитационных мероприятий прооперированных больных с использованием препарата «Гроприносин».

Материалы и методы. Все больные были разделены на 2 сопоставимые группы. В первую ($n=74$) вошли женщины, получившие стандартную противовоспалительную, антибактериальную терапию. Во вторую группу ($n=79$) вошли женщины, наряду с антибактериальной терапией получившие препарат «Гроприносин». (на курс лечения — 24 г вещества). Эффективность применения препарата оценивали по динамике изменения цитокинового баланса. До начала лечения было зафиксировано увеличение уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, но тем не менее, оценка соотношения ИЛ-4/ФНО- α четко показала преобладание факторов с иммуносупрессорными свойствами в обеих группах. Максимальные значения соотношения ИЛ-4/ФНО- α , свидетельствующем о сдвиге цитокинового баланса в сторону провоспалительных медиаторов наблюдались в обеих группах, но в группе женщин со спаечным процессом в брюшной полости III-IV степени данное соотношение было в 42,1 раз выше. Прогрессирование спаечного процесса после операций проведенных на придатках матки сопровождается повышением числа Т-хэлперов в сыворотке крови с дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций и активацией Т-клеточного звена. После проведенного лечения с использованием препарата «Гроприносин» были получены следующие результаты: практически у 100% больных из основной группы количественный

и качественный состав цитокинов укладывался в диапазон концентраций, соответствующий норме. У больных не получавших «Гроприносин» оставалось повышенным содержание провоспалительных цитокинов, особенно ФНО- α .

Заключение: применение препарата «Гроприносин» в коррекции вторичного иммунодефицита, а также для профилактики спайкообразования можно считать перспективным в плане сохранения репродуктивной функции женщин после хирургического вмешательства на придатках матки. Так же можно считать целесообразным включение препарата «Гроприносин» в схему подготовки женщин данной категории к беременности.

Так же «Гроприносин» можно рекомендовать больным с воспалительными заболеваниями органов малого таза, как специфической, так и неспецифической этиологии в качестве препарата, препятствующего развитию спаечного процесса.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ: ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ

Обоскалова Т.А., Воронцова А.В.

Россия, г. Екатеринбург, ГОУ ВПО УГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета

За последние десятилетия отношение к гормональной коррекции перименопаузального периода менялось от позитивного до диаметрально противоположного. Благодаря некорректному представлению результатов ряда исследований эффективности и безопасности гормонотерапии в последние несколько лет частота использования гормональной терапии в перименопаузе снизилась. Вполне понятно, что данная ситуация не могла не отразиться на состоянии женщин, имеющих клинические проявления дефицита половых гормонов (климактерический синдром, хирургическая менопауза).

С целью обоснования необходимости применения гормональной терапии (ГТ) для коррекции эстрогенного дефицита у женщин нами проведено сравнительное исследование ряда показателей гомеостаза 60 женщин перименопаузального возраста. Пациентки были распределены на 2 группы: 1 группа — 30 женщин, не получавших гормональной поддержки по поводу клинических проявлений дефицита половых гормонов; 2 группа — 30 женщин, использующих гормональную терапию на протяжении 3-х лет. Пациенткам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование. Гормональная терапия была индивидуализирована в соответствии с возрастом, соматической и гинекологической патологией, желанием пациентки. Женщины обеих групп были сопоставимы по возрасту начала менархе, паритету беременности и родов. У 87,5+9,5% женщин обеих групп менструации начинались в возрасте 12-14 лет, 68,7+4,1% имели от 1 до 5 беременностей, из которых 1-2 аборта отмечено у 62,5+6,8%, 1-2 родов — у 81,2+8,9%.

Средний возраст пациенток 1 группы составил 51,9+4,6 года, 2 группы — 52,5+4,1 года. Средний возраст женщин 2 группы до начала приёма ГТ составил 49,4+3,3 года. По возрасту появления первых симптомов эстрогенного дефицита группы не отличались: 46,3+2,9 и 47,7+3,0 года ($p>0,05$), также как и по возрасту наступления менопаузы: 49,1+3,8 и 50,1+2,3 года соответственно ($p>0,05$).

Исходная масса тела у женщин 2 группы (73,2+5,4 кг) не отличалась от данного показателя в 1 группе (74,7+8,7 кг), однако через 3 года ГТ масса тела составила 70,6+4,9 кг, что достоверно ниже исходного уровня ($p=0,03$). Параметры систолического артериального давления (САД) во 2 группе были достоверно ниже, чем в 1-й, и составили 123,1+9,6 мм рт.ст. против 137,0+19,7 мм рт.ст. ($p=0,001$). В 1 группе число женщин с САД до 125 мм рт.ст. составило только 23,3%, во 2 группе — 56,6% ($p=0,007$). 13,3% пациенток 1 группы имели САД выше 160 мм рт.ст., во 2 группе таких показателей не зарегистрировано ($p=0,03$). Диастолическое артериальное давление (ДАД) в 1 группе в среднем было 96,8+9,3% мм рт.ст., во 2-й — 82,7+6,4 мм рт.ст. ($p=0,001$). Нормальные показатели ДАД имели 76,6% женщин 2 группы, в 1 группе — только 16,6% ($p=0,001$).

Достоверные отличия выявлены по таким параметрам, как уровень глюкозы (5,4+0,8 и 4,7+0,7 ммоль/л, $p=0,001$), холестерина 5,4+0,8 и 5,0+0,2 ммоль/л, $p=0,01$). Достоверно более низкие значения ТТГ во 2 группе (3,2+0,8 и 2,3+1,0 мМЕ/л) коррелировали с менее частой регистрацией первичного гипотиреоза у женщин 2 группы.

Достоверные различия, свидетельствующие о положительном влиянии ГТ, получены по данным денситометрии: Т-критерий в 1 группе составил -2,0+0,5, во 2 группе -1,2+0,1, $p=0,04$.

Таким образом, несмотря на идентичные показатели деятельности различных систем организма к началу климактерического перехода, женщины, не получавшие гормональной поддержки, имели более высокий уровень САД и ДАД, массы тела, дислипидемию, более частые проявления первичного гипотиреоза, снижение минеральной плотности костной ткани. Трёхлетний период отсутствия ГТ явился для них периодом упущенных возможностей для профилактики ряда заболеваний, связанных с возрастом и обусловленных дефицитом половых стероидов, поэтому очевидно, что своевременное применение гормональной терапии у женщин в перименопаузе позволяет снизить частоту развития соматической патологии, а также сохранить качество жизни пациенток перименопаузального возраста на должном уровне.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Овчинников Р.И.¹, Гамидов С.И.^{2,3}

1 — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

2 — Россия, г. Москва, кафедра урологии ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

3 — Россия, г. Москва, курс клинической андрологии при кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

Вено-окклюзивная эректильная дисфункция (ВОД) наиболее часто встречается среди мужчин репродуктивного возраста и является одной из самых трудных для лечения форм эректильной дисфункции (ЭД). Эффективность существующих видов фармакотерапии (ингибиторы ФДЭ—5, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов) не превышает 60—75%. Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения больных ЭД и поиск новых эффективных методов лечения ВОД.

58 больных изолированной ВОД в возрасте от 18 до 47 лет (в среднем 29,7±8,3 лет) были обследованы с использованием анализа жалоб, истории заболевания, физикального обследования, анкетирования МИЭФ, фармакодоплерографии (ФДГ) сосудов полового члена, данных лабораторных обследований. Критерием исключения из исследования являлась артериальная гипертензия. Всем больным был назначен фозиноприл в индивидуально подобранной дозе 10-40 мг однократно вечером в течение 3 мес. Контроль артериального давления и пульса проводился еженедельно, анкетирование МИЭФ и ФДГ — 1 раз в мес.

По результатам исследования показатель «эректильная функция» МИЭФ возрос с 18,6±5,2 до 25,1±4,3 баллов к 3 мес. лечения, причем уже через 2 мес. это увеличение являлось статистически достоверным ($p < 0,05$). При этом системное систолическое артериальное давление незначительно снижалось, а диастолическое напротив статистически значимо понижалось с 83,2±5,4 до 65,3±6,2 мм рт.ст. уже через 1 мес. лечения фозиноприлом ($p < 0,05$). Значения частоты сердечных сокращений достоверно не менялись. При этом переносимость и безопасность терапии было отмечена как хорошая, побочных эффектов в виде гипотензии зафиксировано не было.

При ФДГ мы отмечали значительное улучшение показателей венозного кровотока в половом члене. Так средняя конечная диастолическая скорость (КДС) кровотока в кавернозных артериях уменьшилась с 12,3±4,1 до 7,3±3,8 см/с, а индекс резистентности возрос с 0,62±0,08 до 0,77±0,06, т.е. до нормальных значений уже через 1 мес. терапии фозиноприлом ($p < 0,05$).

Таким образом, ежедневное назначение индивидуально подобранных доз фозиноприла приводило к достоверному увеличению показателя «эректильная функция» анкеты МИЭФ со 2 мес. лечения за счет улучшения пенильного венозного кровотока, зафиксированного при ФДГ (снижения КДС и индекса резистентности). Учитывая, что изолированной ВОД при отсутствии артериальной гипертензии страдают в основном молодые пациенты, т.е. наиболее репродуктивного возраста, предложенный новый эффективный и недорогой способ консервативного лечения данного страдания может стать терапией выбора для многих больных ВОД.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Озолина Л.А., *Патрушев Л.И., **Болдина Е.Б., *Патрушева Н.Л.**

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава;

** ИБХ РАН им. Шемакина и Овчинникова Москва, Россия

Развитие тромботических осложнений играет важную роль в патогенезе целого спектра заболеваний и патологических состояний, в том числе в акушерско — гинекологической практике. Известно, что риск развития тромбоза повышается при беременности, у женщин, принимающих оральные контрацептивы, а также при гормональной терапии. Согласно современным представлениям, для возникновения тромбоза необходимо взаимодействие целого ряда факторов как наследственного, так и приобретенного характера. Доказано, что носительство определенных генетических дефектов в системе свертывания крови и фибринолиза является одним из неблагоприятных факторов, существенно повышающих риск развития тромбоза. Скрининг таких дефектов помогает на раннем этапе выявить группу риска и внести соответствующие коррективы в тактику ведения пациента.

С целью изучения особенностей генотипа нами были обследованы 28 пациенток в возрасте от 34 до 62 лет с гиперплазией эндометрия на фоне метаболического синдрома и без него. Пациенткам проводили всестороннее клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее определение частоты носительства следующих мутаций: FV Leiden(ген фактора V), G20210A (ген протромбина), C677T (ген метилентетрагидрофолатредуктазы), 4G/5G в гене PAI-1 (ген ингибитора активатора плазминогена-1), G 29926C в гене TNBS(ген тромбосподин-4), G10976A в гене фактора VII, C807T в гене Gplа (ген гликопротеина I), T1565C в гене GpIIIa (ген гликопротеина III), G1639A в гене VKORC1 (ген эпоксидредуктазы витамина K) и I/D полиморфизм в гене ACE (ген ангиотензинконвертирующего фермента).

В результате проведенного исследования у жен-

щин с гиперпластическими процессами эндометрия выявлена высокая частота встречаемости мутаций. Так установлено, что мутация FV Leiden (ген фактора V) была у 2 (7,1%) пациенток в гетерозиготном состоянии, мутация C677T (ген метилентетрагидрофолатредуктазы), встречалась только в гетерозиготном состоянии у 16 (57,1%) больных; мутация 4G/5G в гене PAI-1 (ген ингибитора активатора плазминогена-1) в гомозиготном состоянии выявлена у 5 и в гетерозиготном состоянии — у 13 (всего у 18 — 64,2%); мутация G 29926C в гене TNBS(ген тромбоспоидина-4) установлена у 12 (42,8%) в гетерозиготном состоянии; мутация G10976A в гене фактора VII — у 4 (14,2%) в гетерозиготном состоянии; мутация C807T в гене GpIa (ген гликопротеина I) — всего у 19 (67,8%) больных, из них у 2 — в гомозиготном состоянии, у остальных — в гетерозиготном; мутация T1565C в гене GpIIIa (ген гликопротеина III) — всего у 4 (14,2%), у всех в гетерозиготном состоянии; мутация G1639A в гене VKORC1 (ген эпоксидредуктазы витамина K) — у 13 (46,3%) больных, причем у 8 — в гомозиготном состоянии, а у 5 — в гетерозиготном; и/D полиморфизм в гене ACE (ген ангиотензинконвертирующего фермента) — у 25 (89,3%) пациенток, причем частота гомо- и гетерозиготности у них была почти одинаковой: у 13 — гомо-, а у 12- гетерозиготность, мутация G20210A (ген протромбина) не выявлена. Среди обследованных больных не было ни 1 пациентки без изучаемых мутаций, в лучшем случае встречалась 1 мутация, но были и больные, имеющие до 5-6 мутаций.

Всем больным с гиперплазией эндометрия выполнена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием, в результате которого выявлена простая или сложная гиперплазия эндометрия — у 19 (67,8%) больных, а также полипы эндометрия — у 9 (32,2%). Пациенткам репродуктивного и перименопаузального периода проводили лечение гестагенами (дюфастон с 5-го по 25 день цикла) в течение 6 месяцев под контролем УЗИ малого таза, цитологического исследования эндометрия и гемостаза. При наличии гиперкоагуляции, пациенткам назначалась коррекция гемостаза. Больным, страдающим ожирением, назначали гипокалорийную диету и лечебную физкультуру. Двум пациенткам в постменопаузе выполнена абляция эндометрия. На фоне проводимого лечения тромботических осложнений не констатировано. Через 3 месяца от начала лечения по данным УЗИ малого таза и цитологического исследования аспирата из полости матки установлено, что гиперпластическая трансформация эндометрия сохранялась у 12 пациенток из 19 с гиперплазией эндометрия. Через 6 месяцев от начала лечения признаки гиперпластической трансформации эндометрия имели 8 больных.

Таким образом проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости мутаций у пациенток с ГПЭ, что объясняет недостаточную эффективность проводимого у них лечения и рецидивирование патологического процесса.

Учитывая выше изложенное, пациентки с ГПЭ, имеющие мутации, должны длительное время находиться под диспансерным наблюдением гинеколога с целью профилактики развития у них рака эндометрия.

АРГОНОПАЗМЕННАЯ АБЛАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Оламова А.О., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В., Сабдулаева Э.Х.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ММА им. ИМ Сеченова, Москва

Усовершенствование и поиск новых технологий при лечении патологии шейки матки, является чрезвычайно актуальным у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время аргонноплазменная абляция является новой технологией и перспективным методом лечения патологии шейки матки. Цель: Оценить эффективность метода аргонноплазменной абляции (АПА) в лечении патологии шейки матки.

Материал и методы: В исследование было включено 35 пациенток в возрасте от 21 до 40 лет. Пациентки были обследованы с помощью современных информативных методов: диагностика ИППП, микроскопическое и микробиологическое исследование, Digene-тест, расширенная кольпоскопия (РК), цитологическое исследование мазка, анализ крови на RW, ВИЧ, HBs-Ag, HCV-Ag, морфологическое исследование. У 17 пациенток с наличием воспалительных заболеваний шейки матки проводилось патогенетическое лечение с последующим контрольным обследованием. Процедуры радиоволновой биопсии и АПА выполнялись на аппарате «Фотек EA141» Результаты: Диагноз кольпоскопический: низкоатипическая зона трансформации (НАЗТ) — у 27 (77,1%) пациенток, эктопия с обширной зоной трансформации у 8 (22,9%) всем пациенткам, после чего проведена биопсия шейки матки. По данным гистологического исследования были выявлены плоская кондилома-7 (20%), лейкоплакия -13 (37,1%), хронический цервицит с метаплазией-6 (17,1), остроконечные кондиломы-9 (25,7%), что явилось показанием для абляции очага аномального эпителия. На 5-9-й дни менструального цикла всем пациенткам была произведена АПА шейки матки. Вовремя процедуры АПА пациентки отмечали «покалывание» или легкий дискомфорт внизу живота, что не требовало обезболивания ни в одном случае. Во время АПА ни у одной пациентки не возникло кровотечения. Раневой экссудат после процедуры носил характер скудных светлых серозных выделений. При отторжении послеоперационного струпа с раневой поверхности шейки матки на 8+1,6 сутки во всех случаях кровянистые выделения были мажущими и не требовали лечебных мероприятий. Динамика эпителизации раневой по-

верхности после АПА оценивалась кольпоскопически. Полная эпителизация произошла через месяц после лечения у 33 женщин (94,3%). У 2-х женщин (5,7%) полная эпителизация произошла через 6-8 недель после лечения. По данным кольпоскопии грубого рубцевания и деформации шейки матки не выявлено ни в одном случае. Выводы: АПА обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы эпителизации. Щадящее воздействие АПА на ткани шейки матки, отсутствие грубого рубцевания и деформаций шейки матки после лечения является основанием для широкого применения АПА у женщин с патологией шейки матки.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Оразов М. Р.

Туркменистан, г.Ашхабад, Лечебно-консультативный центр «Сагдын»

Гиперпластические процессы эндометрия остаются актуальной проблемой современной клинической гинекологии. Актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиции профилактики рака эндометрия, так и с позиции профилактики рецидива гиперпластических процессов эндометрия. В последние годы отмечен рост заболеваемости данной патологией, что связывают, как с увеличением продолжительности жизни женщин, так и увеличением числа женщин нейро-эндокринными нарушениями, сопровождающимися нарушениями обмена веществ, не благоприятной экологической обстановкой, ростом числа соматических заболеваний со снижением иммунитета. Гиперплазию эндометрия отмечают примерно 5% гинекологических больных. Данные о частоте атипичной гиперплазии эндометрия касаются в основном женщин пери- и постменопаузального периода и варьируют в широких пределах от 2,1 — до 10,1%.

Особую значимость решения этой проблемы приобретает у молодых женщин, т.к. стоит вопрос не только сохранения здоровья, но и восстановление репродуктивной функции.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с возможностью сохранения с не реализованной функцией деторождения.

Нами был проведен анализ заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия начиная с 2007 года.

Был выявлен рост заболеваемости данной патологией, особенно у женщин активного репродуктивного возраста, который составил 30%.

Обследовано 67 женщин с гиперпластическими процессами в эндометрии в возрасте от 25 до 35 лет

поступившие по экстренным показаниям в гинекологическое отделение.

После детального обследования (УЗИ гениталий и гистологическое исследование эндометрия) все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от способа терапии выявленной патологии. Основную группу составили 37 женщин, которым производилось лечебно-диагностическое выскабливание стенок полости матки и последующее лечение монофазным комбинированным оральным контрацептивом известной венгерской фармацевтической фирмы «ГЕДЕОН РИХТЕР» Новинет — который содержит 0,02 мг этинилэстрадиола и 0,15 мг дезогестрела, т.к. патогенетически обоснованной терапией для подавления активной пролиферации эндометрия (местный эффект) и торможения выделения гонадотропных гормонов и стероидогенеза в яичниках (центральный эффект) является гормонотерапия. В контрольную группу вошли 30 пациенток которые получали гестаген норстероидного ряда этой же фирмы содержащий в себе 5 мг норэтистерона Норколут — являющийся основным гестагеном, ингибирующее секрецию гонадотропинов гипофизом и тем самым предотвращающий рост фолликул и овуляцию.

Результаты исследования. Изучение результатов гормонального статуса больных с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне проводимого лечения в обеих группах уровень ЛГ и ФСГ снижался до цифр, соответствующих ранней фолликулиновой фазе менструального цикла. Восстановление уровня гормонов, соответствующих овуляторному менструальному циклу, после отмены новинета у женщин основной группы происходило у женщин к 1-2 месяцу.

При контрольном ультразвуковом исследовании органов гениталий на 24-25 день менструального цикла в первые месяцы после отмены гормональной терапии величина М-эха не превышала 10-15 мм у пациенток основной группы и 7-8 мм у пациенток контрольной группы.

А при контрольном исследовании морфологии эндометрия у больных контрольной группы были достоверные гипо-атрофические изменения в эндометрии, а в основной исследуемой группе эндометрий практически у всех лиц соответствовал фазе поздней секреции.

Наблюдение за ранним репродуктивным прогнозом показал, что у женщин основной группы у 19,4% наступила беременность, а у пациенток контрольной группы раннее восстановление детородной функции не отмечалось.

Лечение гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста определяют согласно концепции относительной или абсолютной гиперэстрогении в организме. Так пациенткам с относительной гиперэстрогенией целесообразно назначать КОКи, а с абсолютной — гестагены и другие препараты. В настоящее время для лечения гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте предпочитают отдавать препаратам, содержащим прогестагены третьего поколения, характеризующиеся более

низкой частотой побочных реакций андрогенного типа и не вызывающие метаболических эффектов и к таким препаратам относится уникальный препарат «НОВИНЕТ».

Таким образом, применение препарата «НОВИНЕТ» известной фармацевтической компании «Гедеон Рихтер» с целью лечения гиперпластического процесса эндометрия у женщин активного репродуктивного возраста способствует более быстрому восстановлению двухфазного менструального цикла и наступлению беременности. Данным пациенткам с целью профилактики рецидива параллельно с гормональной терапией показан курс противовоспалительной терапии, санация хронических очагов инфекции и коррекции иммунологических нарушений.

УРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Оразов М.Р.

Туркменистан, г.Ашхабад, Лечебно-консультативный центр
«Сагдын»

Кандидозный вульвовагинит занимает ведущее место в структуре вагинальной инфекции и является одной из наиболее частых причин обращения женщин репродуктивного возраста к акушерам-гинекологам.

Данные ряда зарубежных авторов свидетельствуют, что кандидозные вульвовагиниты являются наиболее часто встречающейся генитальной инфекцией в Европе и США. По данным мировой статистики, вульвовагиниты, обусловленные грибковой инфекцией, занимают от 15—20 до 40—45% инфекционных поражений вульвы и влагалища (Прилепская В.Н., 2005).

В последние годы особую важность приобретает проблема лечения кандидоза в связи с выраженной тенденцией к распространению.

Следует отметить, что в арсенале акушера-гинеколога имеется большое разнообразие различных антимикотических средств, в частности для лечения ВК используют препараты, относящиеся к новому классу триазольных соединений и содержащие в своем составе флуконазол. В настоящее время для лечения вагинального кандидоза используют систему ургентной терапии которая включает сочетанное применения препарата «Микосист», относящийся к классу триазольных противогрибковых средств и содержащий в своем составе флуконазол, который является мощным ингибитором синтеза стеролов в мембране грибковой клетки и препарат «Гинофорт» вагинальный крем активным ингредиентом которого является бутаконазола нитрат являющиеся производным имидазола с высокой фунгицидной активностью и высокими биоадгезивными свойствами.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической и микологической эффективности и безопасности препарата «Микосист» (флуконазол)

и «Гинофорт» (вагинального крема бутаконазола нитрат) для ургентной терапии ВК.

Материалы методы работы. В исследование включены 65 женщин репродуктивного возраста, активноживущих половой жизнью, имеющие клинические признаки вагинального кандидоза, подтвержденные данными клинико-лабораторных методов исследования. Всем пациенткам проводилась комбинированная терапия препаратом «Микосист» 150 мг 1 раз в сутки (2 дня) и через неделю однократную дозу повторяли, одновременно вводился интравагинальный препарат «Гинофорт» в виде одного аппликатора в дозе 5 г — 100 мг бутаконазола нитрата для локального воздействия.

Критерием излеченности являлось исчезновение клинических проявлений и отсутствие возбудителя при микроскопическом, микробиологическом, культуральном исследовании и ИФА диагностике через 1 месяц после окончания терапии.

Во время проведения курса ургентной антимикотической терапии у четверых больных отмечены жалобы на тошноту в первые трое суток, у двоих больных сохранялись признаки локального дискомфорта, которые исчезли самостоятельно. Других диспептических расстройств, как проявлений дисбиоза кишечника и влагалища обнаружено не было ни во время лечения, ни после него. После проведенной ургентной терапии у 93,9% (61) отмечено полное клинико-лабораторное излечение, четверых пациенток с длительно текущим вульвовагинальным кандидозом на ИФА диагностике обнаружены грибы рода «Candida albicans» на фоне значительного клинического улучшения. Этим пациенткам был проведен повторный курс антимикотической терапии.

Таким образом, учитывая вышеизложенные нами данными подтверждена высокая терапевтическая эффективность препарата «Микосист» (ГЕДЕОН РИХТЕР), минимальное количество побочных эффектов, отсутствие нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, удобный режим дозирования, по препарату «Гинофорт» отмечена быстрое купирование локальных симптомов, удобная одна доза на курс лечения, хорошие гигиенические возможности (без подтеканий, не пачкает белье), возможность использования в любое время суток дает высокую как терапевтическую так и экономическую эффективность данного препарата.

Заключение. Полученные нами данные показали высокую эффективность и хорошую переносимость препаратов известной фармацевтической компании «Гедеон Рихтер» Микосист и Гинофорт, что позволяет рекомендовать его для ургентной терапии вульво-вагинального кандидоза.

КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Осадчев В.Б., Сырокваша Е.А.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава.

В настоящее время большое значение в диагностике новообразований яичников уделяют поиску и определению биологических веществ, специфических для конкретных опухолей. Эффективность использования маркеров может быть повышена при комплексной оценке соединений различной природы, отражающих нюансы как генной экспрессии, так и метаболизма опухоли. Диагностическая значимость определения комплекса маркеров повышается по сравнению с возможностями одного или двух маркеров, что приводит к значительному снижению частоты ложноотрицательных результатов.

Целью нашего исследования явилась оценка информативности комплексного определения биологических маркеров в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников.

Обследовано 20 пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников в возрасте от 21 до 45 лет (средний возраст $33 \pm 4,7$). В зависимости от результатов гистологического исследования удаленных тканей все больные разделены на две группы: первую составили 8 женщин с эндометриоидными кистами яичников (40%), вторую — 12 пациенток с верифицированными серозными цистаденомами — 7 (35%), муцинозными цистаденомами — 3 (15%), гранулезоклеточными опухолями яичников — 2 (10%). В плазме крови пациенток обеих групп методом иммуноферментного анализа определялось содержание лептина, пролактина, остеопонтина, инсулиноподобного фактора роста II, макрофагального колониестимулирующего фактора и СА — 125.

В результате проведенного исследования концентрации лептина, пролактина, макрофагального колониестимулирующего фактора, остеопонтина, инсулиноподобного фактора роста II в первой группе не превысили дискриминационных значений (лептин — 27,6 нг/мл, пролактин — 30 нг/мл, остеопонтин — 147,1 нг/мл, СА-125- 35 ЕД/мл, макрофагальный колониестимулирующий фактор — 4000 пг/мл, инсулиноподобный фактор роста II — 280 нг/мл). Отмечено повышение концентрации СА-125 у 25% больных с эндометриоидными кистами яичников. При наличии эпителиальных опухолей яичников у каждой третьей обследованной установлено повышение концентрации лептина. Уровни пролактина, макрофагального колониестимулирующего фактора превышали референсные значения у 16,7% больных исключительно с серозными цистаденомами. Повышение концентрации остеопонтина и инсулиноподобного фактора роста II в большей степени характерно для пациенток с муцинозными цистаденомами.

При гранулезоклеточных опухолях содержание комплекса маркеров не превышало дискриминационных значений.

Таким образом, комплексное определение биологических маркеров может быть использовано в клинической практике для дифференциальной диагностики опухолевидных образований и опухолей яичников эпителиального генеза. Для новообразований яичников других гистологических типов определение данного комплекса маркеров мало информативно.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PAI-1 НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ

Охтырская Т.А., Ежова Л.С., Яворовская К.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Повышение эффективности ЭКО является актуальной медико-социальной проблемой. В настоящее время в качестве одной из причин неудачи ЭКО предполагают потери на этапе имплантации эмбрионов. В среднем частота имплантационных потерь при ВРТ составляет около 25 %, при этом 2/3 имплантационных потерь связывают с нарушением рецептивности эндометрия и только 1/3 случаев неудачной имплантации — с нарушениями со стороны эмбриона. Высказываются предположения, что в основе имплантационных потерь лежат механизмы, сходные с невынашиванием беременности на ранних сроках, в частности тромбофилии. Взаимосвязь между тромбофилическими состояниями и неудачными исходами ВРТ (независимо от количества и качества ооцитов и эмбрионов) активно обсуждается в литературе, но механизмы влияния тромбофилии на имплантацию и исходы ВРТ до сих пор не описаны. Имплантационные потери при тромбофилиях связывают с более выраженной гиперкоагуляцией на фоне приема гормональных препаратов, с нарушением микроциркуляции крови и, возможно, рецептивности эндометрия. В настоящее время для оценки рецептивности эндометрия наиболее изученными маркерами являются — соотношение рецепторов прогестерона и эстрадиола, процент пиноподий в поверхностном эпителии, уровень экспрессии лейкоemia-ингибирующего фактора. Для оценки рецептивности эндометрия проводится морфологическое и иммуногистохимическое исследование. Цель настоящего исследования — оценить состояние эндометрия в период имплантационного окна и эффективность программ ВРТ у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, неудачными попытками ЭКО в анамнезе и наличием лабораторных маркеров тромбофилий. Материалы и методы исследования: Проведено обследование 70 пациенток в возрасте до 38 лет, с нормальным овариальным резервом, трубно-перитонеальным фактором бесплодия и наличием в анамнезе неудачных программ ВРТ на наследственные тромбофилии (мутация Лейдена, протромбина, МТГФР, PAI-1, фибриногена, тромбо-

цитарного гликопротеина Ia и IIIa). Наиболее часто встречались нарушения в структуре гена PAI-1 — 78 %. Из них — у 40% была выявлена гомозиготная форма, у 60% — гетерозиготная. При оценке морфологического состояния (Pipelle-биопсия) эндометрия в окне имплантации у женщин с наличием и отсутствием полиморфизма в гене PAI-1 достоверных различий найдено не было. Всем пациенткам была проведена программа ЭКО по длинному протоколу с агонистами Гн-РГ. При динамическом контроле параметров гемостазиограммы не было различий в группах женщин с наличием и отсутствием изменений в структуре гена PAI-1. Частота наступления беременности в группе пациенток с гетеро- и гомозиготным полиморфизмом гена PAI-1 (группа I) составила 25%, при отсутствии изменений в структуре гена PAI-1 (группа II) — 13%. Частота невынашивания беременности на ранних сроках в группе I составила 20%, в группе II — 9%. Таким образом, носительство гетеро- и гомозиготного полиморфизма гена PAI-1 повышает риск ранних репродуктивных потерь в программах ЭКО. Полученные результаты могут быть основанием для проведения в программах ЭКО профилактической антикоагулянтной терапии у женщин с наличием полиморфизма гена PAI-1. Для уточнения роли PAI-1 на этапах адгезии и инвазии эмбрионов у женщин с морфологически нормальным эндометрием в период окна имплантации планируется иммуногистохимическое исследование для выявления основных маркеров рецептивности предимплантационного эндометрия. Исследование и набор материала продолжается.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Павлов Р.В., Сельков С.А., Пыдра А.Р., Кундохова М.С.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время не вызывает сомнения роль иммунных нарушений в патогенезе наружного генитального эндометриоза (НГЭ). В связи с этим, весьма актуальным представляется изучение возможностей селективной стимуляции защитных функций иммунокомпетентных клеток больных НГЭ с использованием активирующих цитокинов. В экспериментальных исследованиях нами показана высокая эффективность интерлейкина-2 в лечении моделированного эндометриоза у крыс, что позволило рекомендовать использование препаратов интерлейкина-2 для лечения НГЭ в клинике.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения НГЭ с использованием генно-инженерного препарата интерлейкина-2 «Ронколейкина» («Биотех», Санкт-Петербург).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 больных НГЭ составивших основную и контрольную группу. Все

больные основной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту, анамнезу, предъявляемым жалобам, степени распространения эндометриоза (II-III), объему хирургического вмешательства и равноценности общего медикаментозного комплекса. У всех больных диагноз НГЭ был подтвержден гистологически. Обязательным условием включения больных в исследование было предварительное удаление очагов эндометриоза во время выполнения лечебно-диагностической лапароскопии, а также отсутствие у них аутоиммунных заболеваний и аллергических реакций. После хирургического удаления очагов НГЭ все больные были разделены на две группы: больным I основной группы (40 женщин) после удаления очагов эндометриоза в брюшную полость вводился Ронколейкин в количестве 500 000 ЕД. В дальнейшем этим больным Ронколейкин вводился через 3 дня внутривенно, капельно в количестве 500 000 ЕД на одно введение в течение 1 месяца. Таким образом, суммарная доза препарата составила 4 500 000 ЕД. Больные группы сравнения (40 женщин) — после хирургического удаления очагов эндометриоза — получали внутримышечно агонист гонадотропин-релизинг гормона «Бусерелин-Депо» производства «Фарм-Синтез» (Россия), каждые 28 дней по 3,75 мг внутримышечно в течение 6 месяцев. Эффективность лечения оценивалась по клиническому эффекту в отношении болевого синдрома, нарушений менструальной функции, наступления беременности, а так же на основании результатов контрольной лапароскопии, выполняемой через 12 месяцев после завершения лечения у небеременных пациенток.

Результаты исследования. Согласно полученным данным до начала лечения болевой синдром имел место у 95 % больных НГЭ. Через 12 месяцев после завершения терапии болевой синдром в группе, получавшей Ронколейкин, сохранялся в 17 % случаев, а в группе, получавшей Бусерелин-депо, в 32 % случаев. Нарушения менструальной функции до начала лечения отмечались у 52 % больных. Через 12 месяцев после завершения терапии в обеих группах нарушения менструальной функции сохранялись у 12 % больных. До начала лечения жалобы на бесплодие предъявляли 24 пациентки, получавшие впоследствии Ронколейкин, и 22 пациентки, получавшие Бусерелин-депо. Через 12 месяцев после завершения лечения беременность наступила у 70 % больных, получавших Ронколейкин, и у 36 %, получавших Бусерелин-депо. В соответствии с разработанным протоколом клинических испытаний, через 12 месяцев после завершения лечения всем небеременным женщинам была выполнена контрольная лапароскопия, при проведении которой рецидив НГЭ был обнаружен у 32 % больных, получавших Ронколейкин и у 37 %, получавших Бусерелин-депо.

Заключение. Предлагаемая схема лечения НГЭ с использованием в послеоперационном периоде генно-инженерного препарата интерлейкина-2 «Ронколейкина» по противорецидивной эффективности не отличается от общепринятой с использованием агонистов гонадотропин-релизинг гормона, а

по частоте восстановления фертильности у женщин с бесплодием превосходит ее более чем в 2 раза. Полученные нами данные свидетельствуют о важной роли иммунной системы в патогенезе наружного генитального эндометриоза и дают возможность для дальнейшего развития новых методов иммуномодулирующей терапии этого заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Павловичев А.А.¹, Гамидов С.И.^{1,2},

Овчинников Р.И.³, Тажетдинов О.Х.¹

1 — Россия, г. Москва, кафедра урологии ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

2 — Россия, г. Москва, курс клинической андрологии при кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

3 — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) и симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин старше 40 лет высока и с возрастом имеет тенденцию к росту. В последние годы стало появляться все больше данных, свидетельствующих о связи возникновения и прогрессирования ЭД у мужчин с наличием и выраженностью СНМП. Существует несколько гипотез патогенеза взаимосвязи ЭД с СНМП. Также предпосылкой для изучения взаимосвязи ЭД и СНМП явились данные, выявившие положительный эффект ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) на СНМП. В настоящее время проводятся исследования по изучению влияния трех наиболее распространенных ингибиторов ФДЭ-5 (силденафил, варденафил, тадалафил) на СНМП у мужчин.

Целью нашей работы являлась оценка эффективности ингибиторов ФДЭ-5 в отношении СНМП.

В исследование были включены 54 мужчины (средний возраст составил 62±8 лет) с СНМП (оцениваемыми при помощи шкалы IPSS ≥ 12) и ЭД (МИЭФ ≤ 25), которые были разделены на три группы в зависимости от принимаемых ингибиторов ФДЭ-5 (силденафил, варденафил и тадалафил). Препараты назначались в течение 12 недель. Эректильная функция оценивалась при помощи Международного Индекса Эректильной Функции (МИЭФ). Всем больным выполнялось комплексное андрологическое обследование, включающее пальцевое ректальное исследование, определение уровня ПСА, тестостерона, выполнялась урофлоуметрия и определение объема остаточной мочи. Через 12 недель проводилось повторное обследование. В группе пациентов, принимавших силденафил, отмечалось значительное улучшение эректильной функции (в среднем на 8,7 балла МИЭФ). По данным шкалы IPSS улучшение состав-

ляло в среднем 4,7 балла. Пациенты, принимавшие варденафил, отметили улучшение показателей IPSS в среднем на 5,9 баллов, и МИЭФ в среднем на 7,1 балла. В группе пациентов, принимавших тадалафил, показатели IPSS изменились в лучшую сторону в среднем на 6,7 балла, эректильная функция в среднем улучшилась на 8,1 балла МИЭФ. Изменений в объеме остаточной мочи и данных урофлоуметрии не наблюдалось ни в одной из групп пациентов.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что все три препарата из группы ингибиторов ФДЭ-5 показали значительное положительное влияние как на эректильную функцию, так и на СНМП, при сочетании последних с ЭД, без изменения параметров мочеиспускания и объема остаточной мочи.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕДЕЦИЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ВЫСОКО И СРЕДНЕОНКОГЕННОГО ТИПА

Пальчик Е.А., Айвазова Д.С., Сидоренко И.А.,
Гудина И.В.

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский институт Орловского Государственного Университета, Орёл, Россия

За последние несколько лет установлено, что первичным звеном канцерогенеза шейки матки является вирусная генитальная инфекция, в частности вирус папилломы человека высокоонкогенного типа (ВПЧ 16,18). Длительная персистенция ВПЧ в цервикальном эпителии сопровождается его интеграцией в геном, и при благоприятных условиях процесс малигнизации может завершиться за 5 лет, и наблюдаться у женщин молодого возраста. В возрасте 15-40 лет РШМ является одной из основных причин смерти больных злокачественными опухолями (15%), занимая второе место после рака молочной железы. Именно поэтому разработка эффективных программ по ранней диагностике и эффективному лечению заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, является важным этапом профилактики и действительным способом снижения заболеваемости раком шейки матки у женщин молодого репродуктивного возраста.

В группу наблюдения были включены 97 нерожавших женщин в возрасте от 15-25 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) группу вошли 63 женщины, во 2-ю (контрольную) группу — 34 пациентки. На 5 день менструального цикла больным обеих групп было проведено радиохирургическое лечение эктопии шейки матки в режиме «коагуляция» на аппарате «HF-120». В основной группе с 7 дня после радиоволнового воздействия проводилось подведение к ране в виде аппликаций 50 мг мазевоего препарата «Редецил» однократно в течение 10 дней. В контрольной группе заживление происходило без применения репа-

рантов. Мы сравнивали особенности течения репарации радиоволновой раны в основной группе с последующем применением препарата Редецил и в контрольной группе.

Контроль репарации осуществлялся на 10-е, 15-е, 20-е сутки и через 1 месяц от начала лечения путем проведения клинического, кольпоскопического и цитологического исследования мазков с раневой поверхности. Эффективность лечения оценивалась через 1-1,5, 3 месяцев на основании данных контрольной кольпоскопии, цитологического исследования мазков шейки матки и соскобов цервикального канала, определения ДНК ВПЧ в материале с шейки матки методом ПЦР.

Полное отторжение струпа в обеих подгруппах существенно не отличалось и составило в среднем $6,34 \pm 0,02$ суток. У всех пациенток. 1 подгруппы на 10-е сутки в мазках на цитологическое исследование отмечалось наличие признаков воспаления, сопровождавшееся большим количеством нейтрофилов ($22,8 \pm 0,7$ абс.) с явным преобладанием кокковой флоры, что соответствовало ПАП 2 реакции. Все эти явления укладывались в картину фазы альтерации в период некролиза (очищения) раны от радиохиргического коагулята. При этом лейкоцитарная инфильтрация полностью захватывала зону некроза, что способствовало процессу распада. Вблизи демаркационной линии имелись участки клеточной пролиферации, увеличение количество макрофагов и фибробластов. Регенерация сосудов была хорошо выражена, начиналось замещение «бессосудистых» зон вновь образующимися капиллярами. В отличие от 1 подгруппы у всех 34 пациенток из 2 подгруппы имелась менее выраженная лейкоцитарная инфильтрация на 10-е сутки, количество нейтрофилов составляло $17,6 \pm 0,9$ в поле зрения, а вот к 15-м суткам мы имели аналогичную картину той, что имела на 10-е сутки в 1 группе. Нами отмечено на 10-е сутки появление макрофагов и фибробластов в обеих группах, существенно отличающиеся в количественном соотношении по группам. Так, в основной группе на 10-е сутки количество макрофагов и фибробластов составило $8,3 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,2$ соответственно, что свидетельствовало о начале фазы регенерации. В контрольной группе, к этому времени, количество макрофагов и фибробластов составило $6,8 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,2$ соответственно.

Таким образом, нами изучено влияние мази «Редецил» на течение репаративных процессов в посткоагуляционной ране и оценен комплексный подход к лечению эктопии шейки матки, ассоциированной с ВПЧ высокоонкогенного риска с применением радиохиргического метода и местного назначения мази «Редецил» в виде аппликаций. Нами установлено, что применение ретиноидов в виде аппликаций на раневую поверхность радиохиргической раны в 1-й подгруппе способствовало более быстрому течению репаративных процессов раны и снижению сроков полной эпителизации с $28,2 \pm 0,02$ во 2-й (контрольной) группе до $15,4 \pm 0,01$ в 1-й (основной) группе. Данный метод комплексного подхода к лечению эктопии шейки

матки, ассоциированной с ВПЧ высоко и среднеонкогенного риска, является наиболее эффективной у молодых нерожавших женщин в возрасте от 15 до 25 лет, и приемлем в качестве амбулаторного лечения в условиях женских консультаций.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИТКАНЕВОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АДНЕКСИТА

Пахилова Е.В., Синчихин С.П., Буров А.В., Мамиев О.Б.

Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО АГМА Россздрава

В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы женских половых органов занимают ведущее место, составляя 65% от всей патологии органов репродуктивной системы у женщин (Айламазян Э.К., Краснопольский В.И., Серов В.Н., 2007). Свыше половины женщин, обращающихся за помощью в женскую консультацию, страдают воспалением внутренних половых органов и около 50% из них требуют стационарного лечения (Савельева Г.М., Прилепская В.Н., 2007).

Целью исследования явилась оценка эффективности применения внутритканевого электрофореза антибиотиков в комплексном лечении больных с острыми аднекситами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 47 женщин, поступивших по экстренным показаниям в гинекологическое отделение МУЗ ГКБ №3 г. Астрахани с острым воспалением придатков матки. Пациентки были разделены на основную группу (25 чел.) и группу сравнения (22 чел.) Все женщины получали антибактериальную терапию (цефазолин, ципрофлоксацин, метрогил) и дезинтоксикационную терапию. В лечении больных основной группы дополнительно использовали внутритканевую ионофорез. Физиотерапию начинали проводить через 20 мин. После начала внутривенного введения антибиотиков. Электроды располагались продольно в предполагаемой проекции органов малого таза. Длительность процедуры составляла 25 минут. Средний возраст больных по группам был близким и составил $25,8 \pm 1,3$ лет. У 9,8% пациенток из основной и у 9,6% больных из другой группы острое воспаление внутренних гениталий возникло на фоне внутриматочной спирали. Ранее данным видом контрацепции пользовались 7,4% и 8,2% женщин по группам соответственно. Роды и аборт в анамнезе имели 51,1% и 41,0% пациенток из основной группы, а также 48,0% и 40,4% женщин из группы сравнения.

Результаты исследования. В основной группе у большинства больных (95,2%) к 3-м суткам после начала терапии отмечено ослабление болевого синдрома. У пациенток группы сравнения аналогичный положительный терапевтический эффект был достигнут только у 65,4% женщин. Кроме того, у 19% пациенток из этой же группы длительность болевого синдрома составила более 7 суток.

Анализ динамики температуры тела в сравниваемых группах: к 5-м суткам у 92,3% больных регистрировали нормальную температуру тела, тогда как в группе сравнения — только у 78,9%.

Данные лабораторного мониторинга свидетельствуют о быстром снижении воспалительной реакции органов малого таза и эндотоксикоза у больных, которые дополнительно к основной терапии получали внутритканевой электрофорез. У большинства пациенток основной группы к 3-м суткам происходило уменьшение количества лейкоцитов и индекса интоксикации, а именно в 2,1-2,2 раза в сравнении с исходными значениями. В то же время, у больных другой группы нормализация количества лейкоцитов и индекса интоксикации, в основном, наблюдалась только к 6-м суткам.

Средняя длительность стационарного лечения в основной группе составила 7,3 дня, в группе сравнения — 10,2.

Заключение. Таким образом, результаты нашей работы показали, что включение внутритканевого электрофореза антибиотиков в лечение острого аднексита является эффективным, экономически целесообразным и позволяющим быстро купировать клинические проявления воспалительной реакции.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Пашов А. И.

Россия, г. Красноярск, Медицинский Университет

Высокая распространенность и рецидивирующее течение пролиферативных процессов эндометрия (ППЭ), сопряженность с маточными кровотечениями и возникновением рака эндометрия (РЭ) отражают актуальность проблемы профилактики и повышения эффективности лечения данного патологического состояния. Решение этих вопросов возможно либо за счет расширения показаний к оперативному лечению, либо за счет совершенствования консервативных методов лечения, что имеет приоритетное значение, поскольку ППЭ характерны для социально активной группы женщин репродуктивного возраста, у которых часто стоит вопрос о деторождении. Не менее актуальным аспектом данной проблемы и современной онкогинекологии является то, что повсеместно отмечается неуклонный рост частоты и «омолаживание» рака органов репродуктивной системы, в том числе и РЭ. В Красноярском крае прирост заболеваемости РЭ за последние полтора десятилетия составил 104,95%, также были зарегистрированы значительные темпы роста заболеваемости РЭ у женщин до 29 лет в 9 раз. Целью работы явилось определение эффективности проведения самостоятельной гормонотерапии (СГТ). СГТ заключалась в сочетанном применении агонистов гонадолиберина — лейпрорелина ацетат депо 3,75 мг (Люкрин депо «Abbot laboratories») и введения внутриматочной гормональной системы (ВГС) содержащей 52 мг левоноргестрела (Мирена

«Bayer Schering Pharma»). Нами оценены результаты лечения 23 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст — 29,3±3,1 года) с начальными формами РЭ. Степень распространения опухоли оценивали по комплексу диагностических мероприятий (УЗИ в режиме ЦДК, гистероскопия (ГС) с прицельной биопсией эндометрия (ПБЭ), морфологическое исследование полученного материала). Критериями включения для проведения СГТ были: молодой возраст; морфологическое заключение — тяжелая атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ) — 12 пациенток (52,2); РЭ Ia стадии с локализацией в дне или боковых стенках матки и высокая степень дифференцировки аденокарциномы (ВДА) — 11 пациенток (47,8%), а также информированное добровольное согласие о планируемом лечении. Сроки наблюдения за пациентками составляют от 1 до 6 лет. Динамическое наблюдение осуществляли с помощью: УЗИ+ЦДК ежемесячно — 6 месяцев, затем с интервалом 2 месяца — 6 месяцев; ГС+ПБЭ или pipelle диагностику после дозы достижения эффекта, а также по завершении онкологического этапа. Чрезвычайно ответственным моментом лечения явилось достижение атрофии эндометрия, т.е. излеченности. При комплексном обследовании пациенток в 100% случаев, данных за прогрессирование заболевания за время наблюдения, не получено. В 2 (8,6%) случаях у пациенток с ВДА в анамнезе наступила желанная спонтанная беременность, которая завершилась срочными родами через естественные родовые пути и рождением здоровых детей. С целью профилактики поздних рецидивов болезни этим пациенткам через 6 недель после родов была введена ВГС содержащая левоноргестрел. У остальных пациенток закончивших онкологический этап лечения ВГС «Мирена» не удаляется до планируемой беременности. Таким образом, сочетанное применение агонистов гонадолиберина и ВГС содержащих левоноргестрел, является высокоэффективным методом лечения начального РЭ в репродуктивном возрасте. Беременность и последующие роды в данных случаях явились заключительным этапом проведенной терапии с максимальным проявлением медико-социальной реабилитации женщин, излеченных от начального РЭ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА И ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

Перетятко Л.П., Круглова Л.В., Кузнецов Р.А.,
Рачкова О.В.

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий», лаборатория патоморфологии и электронной микроскопии

Одной из актуальных проблем репродуктологии в последние годы является неразвивающаяся беременность ранних сроков. Согласно сведениям из литературных источников демографические по-

тери в сроки гестации 5-12 недель достигают 15-20% от неблагоприятных исходов беременностей. В структуре невынашивания частота погибшей беременности составляет 88,6% от числа самопроизвольных выкидышей. Поздно диагностированная или недиагностированная неразвивающаяся беременность в определенном проценте случаев завершается развитием пузырного заноса, причиной которого преимущественно является геномная или генуинная патология эмбриона. В развитии как полного, так и частичного пузырного заноса ключевую роль играет нарушение оплодотворения с формированием аномального кариотипа, нередко возникающего в связи с исходной хромосомной недостаточностью яйцеклетки. Аномалии кариотипа при пузырном заносе проявляются в виде триплоидии, тетраплоидии, трисомии ряда хромосом или иной генетической патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение структурных особенностей эндометрия и ворсинчатого хориона при частичном пузырном заносе.

Исследован материал от 15-ти женщин с диагностированным с помощью ультразвукового исследования частичным пузырным заносом (основная группа). Соскобы из полости матки изучались после стандартной гистологической проводки и окраски срезов гематоксилином и эозином с последующей морфометрией в рамках автоматизированной программы «ВидеоТест-Мастер Морфология 4,0». Проводилось измерение площади ворсин хориона и децидуальных клеток, оценивалось состояние васкуляризации компонентов формирующейся плаценты. Контролем служили аналогичные показатели эндометрия и ворсин хориона при физиологически протекающей беременности 5-12-ти недель. Полученные результаты статистически обработаны при помощи непараметрического критерия — точного метода Фишера.

При макроскопическом исследовании в случаях пузырного заноса визуализируются множественные видимые невооруженным глазом пузырьки диаметром 1,5-2 см, напоминающие гроздь винограда.

К основополагающим признакам частичного пузырного заноса относится резко выраженный отек стромы ворсин хориона, которые увеличены в размерах в 4,0 и более раз по площади по сравнению с ворсинами при физиологически протекающей беременности. Для пузырного заноса характерно преобладание ворсин площадью от 101 до 250 тысяч мкм², составивших 28%. В отличие ворсин при других видах прерывания беременности, при пузырном заносе встречаются ворсины, площадь которых достигает 1 млн. мкм² (9%). В среднем площадь ворсин хориона равна 395,3 тысяч мкм², что достоверно выше подобного параметра группы сравнения ($p < 0,001$). Аномальные ворсины хориона составляют более 75% в каждом наблюдении. Строма ворсин реже гипо-, чаще аваскуляризирована. В качестве находки в отечной строме единичные нефункционирующие капилляры со спавшимся просветом, соединительнотканые волокна и клетки соединительной ткани. Аваскуляризированные

ворсины при частичном пузырном заносе составляют 89%, что в 14,8 раз превышает подобный показатель при физиологически протекающей беременности (6%; $p < 0,001$).

Для ворсин при полном пузырном заносе свойственно образование в отечной строме множественных заполненных бледно-эозинофильной отечной жидкостью полостей, напоминающих цистерны. Полости локализуются в центре ворсин, содержащих единичные клетки соединительной ткани.

Ворсины покрыты уплощенным цитотрофобластическим кубическим по форме эпителием или пролиферирующим, формирующим несколько рядов. Среди клеточных пролифератов встречаются различной формы клетки, ядра в которых увеличены в объеме, в состоянии митозов и амитозов. Синцитиотрофобласт очагово образует каемчатые структуры, цитоплазма плазмодия вакуолизирована.

В децидуальной ткани встречаются межклеточный отек, диффузная лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация, очаговые кровоизлияния и некрозы.

Средняя площадь децидуальных клеток при пузырном заносе равна 336,2 мкм², что в 1,8 раза меньше по сравнению с физиологической беременностью. Последнее свидетельствует об отставании в преобразовании децидуальных клеток и нарушении их трансформации. Соотношение трансформированных к отстающим в перестройке децидуальным клеткам составляет 0:50,0, а коэффициент трансформации равен нулю.

Таким образом, важнейшими структурными особенностями эндометрия и ворсинчатого хориона при пузырном заносе являются нарушение трансформации децидуальных клеток в сочетании с отеком и диффузной лимфоцитарно-макрофагальной инфильтрацией стромы слизистой оболочки тела матки. К морфологическими и морфометрическими особенностями ворсинчатого хориона при пузырном заносе относятся выраженный отек и аваскуляризация стромы ворсин, формирование кист больших размеров, атрофия стромы, очаговая пролиферация цитотрофобласта, увеличение площади ворсин хориона в 4-е и более раза.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ

Петров С.В., Газазян М.Г.

Россия, г. Курск, ГОУ ВПО Росздрава КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии

Недостаточная информация о функциональных и морфологических изменениях яичников при хронических сальпингоофоритах (ХСО), особенно осложненных бесплодием, влечет за собой не вполне обоснованные стандартные лечебные рекомендации.

Целью исследования являлось выявление клинико-морфологических вариантов изменений яичников при ХСО, осложненным бесплодием.

Обследованы 60 пациенток репродуктивного возраста, страдающих ХСО, осложненным бесплодием. Проводились клинико-anamnestический анализ, лабораторные, эндоскопические обследования, а также гистологическое исследование коркового слоя яичников с использованием окраса секций гематоксилином и эозином, пикрофуксином.

По результатам лапароскопии больные разделены на 2 группы: 1-я (34 пациентки) — изолированные изменения яичников без перифокального спаечного процесса, 2-я (26 больных) — типичный ХСО со спаечным процессом малого таза и формированием перифофорита.

При сравнении клинико-anamnestических данных, в 1-й группе преобладали гипоменструальный синдром, первичное бесплодие, эпизодические тазовые боли, апоплексические состояния яичников. Во 2й группе отмечено раннее начало половой жизни, вторичное бесплодие с репродуктивными потерями в 1-м триместре беременности, синдром хронических газовых болей.

При анализе морфологических параметров биопсийного материала в первой группе выявлено явное преобладание умеренного фиброза стромы коркового слоя в 50% случаев, текаматоз и наличие единичных примордиальных фолликулов в 15% случаев соответственно. Кисты с лютеинизацией и фолликулярные кисты (13% и 7% соответственно). Во 2й группе диагностировано одинаковое соотношение фиброза стромы (26%), кисты с лютеинизацией и фолликулярные кисты (по 24%), при этом единичные примордиальные фолликулы и текаматоз диагностированы в 18% и 8% случаев соответственно.

Выводы.

Выявлены клинико-морфологические эквиваленты в состоянии яичников при ХСО.

При изолированном поражении яичников без перифокального воспалительного процесса в клинике преобладали гипоменструальный синдром, первичное бесплодие, морфологическим эквивалентом являлся фиброз стромы.

При ХСО с перифокальным спаечным процессе характерными клиническими признаками являлось вторичное бесплодие с синдромом хронических тазовых болей, гистологическая характеристика в виде кистозно-пролиферативных изменений покровного эпителия, производных фолликулов и стромы яичников.

Выявленные данные требуют дифференциально-го подхода в лечебно-профилактическом комплексе.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Петров Ю.А., Алеев И.А.

Россия, г. Москва, РУДН

Оптимизация диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ) является важным вектором в решении проблемы улучшения репродуктивного здоровья женщин. Хронический эндометрит, несмотря

на сведения о его высокой распространенности (60-65%) и многочисленности научных исследований, продолжает оставаться terra incognita современной гинекологии. Неблагоприятный прогноз течения ХЭ во многом объясняет сложность диагностики и лечения, что обусловлено ограниченными возможностями микробиологической диагностики, нередким отсутствием микробного агента или персистенцией условно-патогенной флоры в пораженных органах, недостаточной коррекцией иммунорезистентности вне установленных нарушений, отсутствием данных о генетической предрасположенности к ХЭ и своевременных действий, направленных на его предупреждение.

Цель исследования: повысить эффективность диагностики и лечения ХЭ у женщин репродуктивного возраста на основании изучения генетических и иммунологических факторов для оптимизации репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования: основную группу составили 56 женщин с верифицированным ХЭ, группу сравнения — 24 женщины с гиперпластическими процессами эндометрия и отсутствием ХЭ.

Методы исследования включали: микробиологическое исследование и ДНК-диагностику возможных возбудителей ХЭ, определение эмбиотропных аутоантител в сыворотке крови (ЭЛИ-П-тест), аллельного полиморфизма гена GРIПa.

Результаты. Среди наиболее часто выявляемых при ХЭ микроорганизмов фигурировали хламидии и кишечная палочка (по 19%), микоплазмы и стафилококки (по 21%). Трихомонады были обнаружены у 7,1% женщин с ХЭ, ассоциации условно-патогенных микроорганизмов — у 20%. Отсутствие в когорте женщин с гиперплазией эндометрия энтерококка и пептострептококка, выделяемых при ХЭ у 11% и 5,5% женщин, соответственно, демонстрируют значимость иммунного ответа макроорганизма при ХЭ. Однако в отличие от остальных идентифицируемых при ХЭ микроорганизмов, частота выявления микоплазм и уреоплазм оказалась сопоставимой, что еще раз ставит под вопрос роль данных инфектов в развитии воспалительных процессов женской половой системы. У трех женщин с ХЭ выявлены элементы ДНК вируса папилломы человека и вируса герпеса второго типа.

Изучение общей иммунореактивности показало, что патологический тип иммунного ответа был характерен для 87,5% женщин с ХЭ и 37,5% — с ГПЭ. Согласно детальному анализу, среди женщин с ХЭ гипореактивные пациентки встречались практически в три раза чаще, чем при ГПЭ (71,4% и 25%, соответственно). В отношении гиперреактивности статистически значимых отличий установлено не было, несмотря на некоторое преобладание подобных пациенток при ХЭ. Примечательно наличие достоверных различий по типам общей иммунореактивности среди женщин с различными инфекционными агентами: 80% пациенток с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), оказались гипореактивны, 14% — гиперреактивны и только 3,9% имели нормальную иммунореактивность.

Несколько патогенных агентов одновременно имели 13 гипореактивных женщин и лишь одна — с гиперреактивным типом иммунного ответа. У двух третей гиперреактивных женщин были выявлены ИППП, в том числе, — все случаи вирусной инфекции.

Анализ генетического полиморфизма гена GРIІІа показал достоверное преобладание при ХЭ аллеля АІІ — у каждой второй (44%), обеспечиваемого как гетерозиготами (АІАІІ) (36,1%), так и гомозиготами (АІАІІ)(8,3%). Гомозиготы по аллелю АІ достоверно чаще встречались среди женщин с ГПЭ (93,7%), тогда как при ХЭ — втрое чаще, чем в популяции фигурировал полиморфизм АІАІІ.

Сравнительный анализ распределения типов общей иммунореактивности в зависимости от аллельного полиморфизма гена GРIІІа не выявил достоверных отличий каждого из вариантов иммунореактивности при различных вариантах аллельной принадлежности гена.

Заключение. Хламидии, трихомонады, а также ассоциации неспецифических бактерий (кишечная палочка, энтерококк) являются этиологически значимыми инфектами при ХЭ. Определение уровня эмбриотропных аутоантител является необходимым этапом дифференциальной диагностики ХЭ. Гипореактивное состояние, диагностируемое по уровню синтеза эмбриотропных аутоантител, доминирует при ХЭ и сопровождается повышением частоты выявления ИППП, а также ассоциаций условно-патогенных бактерий. Гиперреактивное состояние при ХЭ сопровождается повышенной частотой выявления вирусных инфекций половых органов. Наличие аллеля РLАІІ ассоциируется с повышенной частотой ХЭ.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И УРОВНЯ АПОПТОЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ

Печеникова В.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Эндометриоз — эндометриоидная болезнь — одна из самых распространенных гинекологических патологий, частота которой составляет от 2 до 80% у различных категорий больных репродуктивного возраста. Считается, что одним из механизмов, способствующих выживанию эндометриоидных гетеротопий в эктопическом месте и прогрессии заболевания, является усиление процессов пролиферации и снижение уровня апоптоза — генетически запрограммированной гибели клеток. В связи с возможностью использования в терапии эндометриоза препаратов растительного происхождения снижающих процессы пролиферации и усиливающих апоптоз, представляется актуальным исследование этих показателей при различных видах эндометриоидной болезни.

Цель исследования — провести сравнительный анализ пролиферативной активности и уровня апоптоза при различных видах эндометриоидной

болезни: аденомиозе, эндометриозе яичников, экстрагенитальном эндометриозе.

Проведен анализ операционного материала: 400 наблюдений аденомиоза, 139 — эндометриоза яичников, 45 — экстрагенитального эндометриоза различной органной локализации: послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, различные отделы кишечника, легкие, лонная кость. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование выполняли по авидин-биотиновой методике, использовали моноклональные мышьиные антитела к Ki-67 (ДАКО, Дания), моноклональные мышьиные антитела к онкобелку bcl-2 (ДАКО, Дания). Морфометрический анализ проводили с помощью микроскопа Nikon Eclipse E400 и программного обеспечения «Видеотест Морфология 5.0». Экспрессию Ki-67 оценивали путем подсчета процента окрашенных ядер на 1000 клеток. Оценку интенсивности экспрессии онкобелка bcl-2 проводили по трех бальной системе: 0 — негативная, 1 — слабая, 2 — промежуточная, 3 — сильная.

При аденомиозе положительная экспрессия белка Ki-67 была обнаружена в $9,5 \pm 1,2\%$ клеток эпителиальной выстилки кистозно-трансформированных желез с морфологическими признаками пролиферации, а также в $7 \pm 1,4\%$ клеток цитогенной стромы с признаками пролиферации и в $6,5 \pm 1,3\%$ эпителиальных клеток желез с признаками пролиферации. При эндометриозе яичников экспрессия Ki-67 была положительной как в эпителиальном, так и в стромальном компонентах эндометриоидных гетеротопий при железисто-кистозном варианте и при железистом варианте с микрокистозной трансформацией желез. Для эпителия значение ее составило $10,7 \pm 2,16\%$, для клеток цитогенной стромы — $10,5 \pm 2,6\%$. При экстрагенитальном эндометриозе различной органной локализации экспрессия Ki-67 была обнаружена также как в эпителии желез (среднее $14,83 \pm 4,7\%$), так и в клетках цитогенной стромы (среднее $12,5 \pm 4,4\%$) эндометриоидных гетеротопий. При этом экспрессия Ki-67 преобладала в эпителиальном и стромальном компонентах очагов экстрагенитального эндометриоза с формированием структур по типу цистаденопапилломы.

Для аденомиоза была характерна умеренная экспрессия онкобелка bcl-2, ее регистрировали в 25-30% эпителиальных клеток кистозно-трансформированных желез в участках пролиферативной активности. Положительная экспрессия онкобелка bcl (слабая) была обнаружена в 5-10% клеток эпителиальной выстилки кистозно-трансформированных желез с морфологическими признаками пролиферации при эндометриозе яичников. При экстрагенитальном эндометриозе различной органной локализации значение экспрессии онкобелка bcl-2 составило от 15 до 30%, степень экспрессии варьировала от умеренной до выраженной и была положительной как при пролиферативных изменениях, так и при тенденции к кистозной трансформации, особенно в структурах по типу цистаденопапилломы.

Таким образом, усиление процессов пролиферации и снижение уровня апоптоза является одним

из патогенетических механизмов прогрессирования различных видов эндометриозной болезни: аденомиоза, эндометриоза яичников, экстрагенитального эндометриоза. Проллиферативная активность в эпителиальном и стромальном компонентах эндометриозных гетеротопий более выражена при эндометриозе яичников и при экстрагенитальном эндометриозе, по сравнению с аденомиозом. Использование в лечении эндометриозной болезни препаратов снижающих пролиферативную активность и стимулирующих апоптоз является патогенетически обусловленной терапией.

РЕГУЛЯЦИЯ ЦИКЛА И СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Подзолкова Н.М.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО

Гормональная контрацепция широко используется во всем мире благодаря своей эффективности, хорошей переносимости и дополнительным неконтрацептивным эффектам, улучшающим качество жизни. Появление межменструальных кровотечений (кровотечений из влагалища, кровомазаний) в период использования любых гормональных контрацептивов считается нежелательным. Ежемесячный режим контрацепции обеспечивает наилучший контроль цикла, что было доказано многочисленными исследованиями на примере рилизинг-системы НоваРинг.

В крупном европейском исследовании эффективности продолжительностью один год у женщин, использовавших НоваРинг, межменструальные кровотечения были редким явлением и регистрировались только в 2,6-6,4% циклов; в среднем показатель составил 4,4% женщин за 1 цикл. В отличие от наблюдаемых при приеме КОК случаев межменструального кровотечения, в течение первых циклов применения НоваРинг число таких случаев существенно не повышалось. Низкая частота межменструальных кровотечений при применении НоваРинг наблюдается при наличии очень низкой дозы эстрогена в кольце (15 мкг ЭЭ).

НоваРинг сравнивался в рандомизированных исследованиях с широко используемыми комбинированными ОК, содержащими ЛНГ и 30 ЭЭ (Микрогинон). Около 1 000 женщин были распределены случайным образом в 2 группы и использовали либо кольцо, либо таблетки в течение 13 циклов. Картина кровотечений оценивались с помощью дневника пациента, в котором ежедневно отмечалось отсутствие кровотечения/кровомазание/кровотечение. В группе использовавших НоваРинг у 2,0-6,4 % отмечались межменструальные кровотечения в каждом цикле по сравнению с 3,5—12,6 % в группе принимавших ОК. Статистическая значимость была достигнута в течение цикла 2 и цикла 9, таким образом, было достигнуто определение «лучший контроль цикла». Эти данные свидетель-

ствуют, что НоваРинг обеспечивает лучший контроль цикла при вдвое меньшей дозе ЭЭ.

В рандомизированных исследованиях НоваРинг сравнивался с широко используемыми комбинированными ОК, содержащими ДРСП и 30 мкг ЭЭ. Около 1000 женщин были распределены случайным образом в 2 группы и использовали либо кольцо, либо таблетки в течение 13 циклов. Картина кровотечений оценивались с помощью дневника пациента, в котором ежедневно отмечалось отсутствие кровотечения/кровомазание/кровотечение. В группе использовавших НоваРинг, у 3,6-6,2 % отмечались межменструальные кровотечения в каждом цикле, тогда как в группе ОК этот показатель составил 4,7-10,4 %.

Так же как и «межменструальные кровотечения», параметр «ожидаемая картина кровотечений» представляется значимым для оценки контроля цикла. Наличие кровотечения отмены в течение периода, когда препарат не используется, часто позволяет женщине убедиться в отсутствии беременности. Таким образом, важно оценивать контроль цикла как в период использования кольца / использования таблеток, так и в течение недели без использования средства. Ожидаемая картина кровотечений («наилучший контроль цикла») — это та, которая соответствует ожиданиям женщины: кровотечение отмены во время недели без использования препарата и отсутствие кровотечения / кровомазания в период использования кольца или таблеток.

С медицинской (или «технической») точки зрения НоваРинг имеет множество преимуществ, таких как превосходный контроль цикла, низкое содержание ЭЭ, преимущества влагалищного введения (отсутствие прохождения через печень и пиков концентрации), отсутствие взаимодействия с амоксициллином и доксициклином и др, что является залогом сохранения репродуктивного здоровья женщины, выбранной данный вид и режим контрацепции. Однако следует заметить, что для женщин важны преимущества немедицинского характера, и наиболее важное из них — это применение один раз в месяц.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ ЗГТ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Подзолкова Н.М.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО

Проблема хирургической менопаузы у женщин репродуктивного и перименопаузального периода, перенесших гистерэктомию с сохранением одного или обоих яичников, остается актуальной.

В последние годы было показано, что у 75—80% оперированных в течение нескольких лет после операции развивается комплекс многообразных симптомов, подобных посткастрационным нарушениям, приводящий в итоге к формированию менопаузального метаболического синдрома и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний.

Многие авторы считают, что подобного рода нарушения возникают на фоне и являются следствием дефицита эстрогенов, развивающегося у большинства оперированных женщин, что обуславливает проведение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в послеоперационном периоде у этих пациентов как патогенетически обоснованное.

Общепринято, что у женщин с удаленной маткой методом выбора ЗГТ являются натуральные эстрогены. Однако многие авторы полагают, что с этой же целью может с успехом применяться тиболон (ливиал) в дозе 2,5 мг. Эффективность и безопасность данного препарата подтверждены многочисленными рандомизированными, плацебо-контролируемыми исследованиями (STER, TOTAL, LIFT и др.).

Действие тиболона в дозе 2,5 мг на состояние сердечно-сосудистой системы в целом изучено мало. С этой целью были проведены крупные рандомизированные исследования OPAL и LIFT. Однако требуются дополнительные исследования для дальнейшего изучения препарата, в частности его влияние на артериальное давление, углеводный и липидный обмен, особенно у женщин с хирургической менопаузой.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ПАПИЛЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

**Полянская Р.Т., Пшеничникова П.С.,
Семченко Д.Е., Руппель Н.И.**

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. В России в настоящее время ежегодная заболеваемость РШМ составляет 14,9 на 100 тыс. женщин.

Ключевой концепцией этиопатогенеза рака шейки матки признана вирусная гипотеза, центральное место в которой занимает вирус папилломы человека (ВПЧ), обладающий наибольшим онкогенным потенциалом и являющийся основным экзогенным фактором цервикального канцерогенеза [1, 2].

Целью нашего исследования было: установить взаимосвязь рака шейки матки и ПВИ (папилломовирусной инфекции) высокоонкогенных типов (16,18,31,33,35,39,48,51,52,58)

В задачу исследования входило: проследить соотношение особенностей течения физиологической эктопии шейки матки в сочетании с инфекционными заболеваниями передающимися половым путем.

Материалы и методы исследования

Было проанализировано 37 амбулаторных карт пациенток с ВПЧ — инфекцией методом сплошной случайной выборки по материалам женской консультации №3 «МУЗ родильный дом №5». Всем пациенткам данной группы проводилось лечение ВПЧ.

Тщательно анализировались клинико-анамнестические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования (расширенная кольпоскопия; бактериоскопическое исследование; цитологическое исследование мазков отпечатков с шейки матки и соскобов из цервикального канала; гистологическое исследование проводилось из материала прицельно взятых биоптатов; ВПЧ тестирование методом полимеразной цепной реакции).

Результаты исследования, их интерпретация.

Было выделено три группы женщин с эктопией шейки матки. Все женщины из трех групп были обследованы на ЗППП, включая ПЦР -диагностику на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады и ВПЧ.

1 группу составили 10 девочек подростков — с эктопией шейки матки. В 40% эктопия шейки матки в данной группе диагностирована до беременности, в 60% после родов. В этой же группе анамнестически выявлено ранее начало половой жизни (средний возраст 15+0,6). В 50% имели место медицинские аборты.

В 80% перенесены заболевания передающиеся половым путем:

Уреаплазмоз 8 человек (80%), микоплазмоз 6 человек (60%), трихомоноз 2 человека (20%), у 2 девочек (20%) выявлена ВПЧ.

При кольпоскопии картина: железистого и цилиндрического эпителий, пробы с 3% уксусной кислотой в 100% случаев положительна, с раствором Люголя в 80% реакция отрицательна. Лечение эрозии шейки матки в данной группе не проводилось. Всем было проведено лечение ЗППП.

Вторую группу составили 27 женщин детородного возраста (средний возраст 24+0,6 лет) с эктопией шейки матки. В анамнезе у всех женщин были роды. Состояние шейки матки оценивалось по кольпоскопическому, цитологическому, гистологическому исследованию.

Анализируя амбулаторные карты установлено: у 20 женщин (74%) с эктопией шейки матки выявлены возбудители заболеваний передающихся половым путем. Ведущее место среди ЗППП занимает уреаплазмоз 18 чел. (66%) и трихомоноз 15 чел. (55,5%) т.е. у каждой второй пациентки и как правило — микст инфекция. У 4 пациенток (14%) выделен вирус папилломы человека. Что послужило поводом для дополнительного обследования и консультации в специализированном кабинете патологии шейки матки данных женщин. В 6 случаях (22%) эрозия шейки матки развилась на фоне не восстановленного разрыва или рубцово деформированной шейки после родов.

У 8 женщин (30%) эктопия была диагностирована во время беременности, у 13 (47%) до беременности. Все женщины состояли на диспансерном учете. Лечение получали 23 женщины, у 4 пациенток (14%) — выздоровление, 2 женщины (7%) переведены в группу практически здоровых, 17 женщин находятся на диспансерном учете после лечения. Рецидив после лечения отмечается у 13 женщин на фоне воспалительных процессов и инфекций передающихся половым путем.

Третью группу составили 7 женщин с раком шейки матки в анамнезе которых была эктопия шейки матки. Все женщины рожавшие не посещали женскую консультацию более 5 лет, среди них одна не посещала гинеколога 27 лет. В данной группе преобладают женщины не работающие (71%), (средний возраст которых 40+0,5) лет. Все из социально благополучных семей. Во всех случаях гистологически диагностирован плоскоклеточный рак.

Таким образом проведенный нами анализ в исследуемых группах позволил выявить факторы риска ВПЧ — инфекции основные из которых были: раннее начало половой жизни (15+0,5 лет), большое количество партнеров, медицинские аборт, непосещение акушера — гинеколога 5 и более лет. Наши данные не расходятся с данными других авторов (Роговская С.И., Прилепская В.Н.)

Согласно наших исследований наиболее часто встречаемыми инфекциями являются уреаплазмоз и микоплазмоз, трихомониаз. ВПЧ был диагностирован в 20 % случаях у девочек — подростков в 1 группе (из 10 человек) и в 14% у женщин детородного возраста во 2 группе (из 27 человек). Повышенный процент эктопии шейки матки диагностирован у беременных и родильниц в 1 группе. В 40% эктопия шейки матки до беременности, в 60% после родов на фоне деформированной шейки матки после невосстановленных разрывов. Во 2 группе эктопия диагностирована в 47%, во время беременности в 30%. Все женщины указанных групп взяты на диспансерный учет, проводится лечение. своевременная диагностика и лечение дают достаточно высокий процент выздоровления.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПАХ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э.

Россия, Краснодар, МУЗ ГБ №2, отделение гинекологии.

В настоящее время нет единого мнения специалистов о тактике ведения пациенток с миомой матки, многие авторы считают доминирующим хирургическое лечение, опираясь на различные критерии в приоритетах выбора операционных методик.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка регуляторно-адаптивного и вегетативного статуса пациенток после различных видов миомэктомии.

В исследование включались больные, которым планировалось проведение лапаротомной (МЛТ) (группа №1, 39 пациенток) и лапароскопической (МЛС) (группа №2, 36 пациенток) миомэктомии, средний возраст 34,4 года. Помимо общеклинических исследований нами проведена сравнительная оценка регуляторно-адаптивного статуса по параметрам вариабельности ритма (ВРС), выражен-

ность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и психоэмоциональных нарушений по Госпитальной шкале депрессии и тревоги (ГшДТ) исходно до операции, на 2-3 сутки, через 1 и 6 месяцев после операции. Каждая группа разбивалась на подгруппы соответственно наличию (1А, 2А) или отсутствию (1Б, 2Б) предоперационного лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ), контрольная группа — 28 здоровых женщин (средний возраст 35, 8 лет).

Достоверных различий исходно до оперативного вмешательства между сформированными группами пациенток не выявлено. В сравнении со здоровыми наблюдалось снижение временных показателей ВРС SDNN на 25,2 % ($p<0,01$), rMSSD на 15,1% ($p<0,05$), HRVti на 17,9% ($p<0,05$), pNN50 на 24,0% ($p<0,01$), повышение вклада LF на 22,8% ($p<0,01$), в спектральную емкость ритма, отражающего избыточную активацию симпатической нервной системы, снижение HF — маркера парасимпатической активности на 24,6 % ($p<0,05$), что связано с выраженностью болевого синдрома по ВАШ, уровнем анемизации и баллами по шкале депрессии и тревоги ГшДТ. В раннем послеоперационном периоде произошло существенно снижение SDNN, rMSSD, HRVti, pNN50, HF, увеличение LF, LF/HF в сравнении с исходным значением, в несколько меньшей степени выраженные при МЛС в сравнении с МЛТ. В подгруппах 1А и 2А изменения менее выражены, чем в подгруппах 1Б и 2Б. Через месяц после операции SDNN, HRVti, HF в группе 2 соответствовали исходному значению, увеличены rMSSD на 13,1 %, pNN50 на 33,1%, снизился LF на 20,8 % и LF/HF на 24,2 %; через три месяца не отмечалось достоверных отличий в сравнении с контролем. После МЛТ через месяц временные параметры ВРС не достигли исходного значения в подгруппе 2Б, в группе 2А снизился LF/HF на 18,6% ($p<0,05$), как за счет увеличения HF 13,1% ($p<0,05$), так и за счет снижения LF на 19,1% ($p<0,05$). В подгруппе 1Б показатели ВРС через 3 месяца после операции не отличались от исходных, 2А сопоставимы с группой контроля. Полученные нами данные свидетельствуют о снижении регуляторно-адаптивного статуса и повышении симпатической активности у пациенток с миомой матки, что может быть обусловлено наличием болевого синдрома и анемизацией. Операционный стресс существенно снижает ВРС, в несколько меньшей степени это выражено у пациенток, пролеченных аГнРГ. В сравнении с лапароскопическим доступом лапаротомная миомэктомия существенно снижает регуляторно-адаптивный статус и парасимпатические влияния, избыточная активация симпатoadренальной системы сохраняется в сравнении со здоровыми по истечении одного и трех месяцев после операции.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ

Пономарев В.В., Венгеренко М.Э., Безрукова О.В.
Россия, г.Краснодар, МУЗ 2 городская больница «КМЛДО», отделение гинекологии.

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью матки, диагностируемое у 20-25% женщин репродуктивного возраста. Практически все оперативные вмешательства при данной патологии могут быть выполнены лапароскопическим доступом с несомненным преимуществом перед традиционной лапаротомией. Консервативная миомэктомиа — органосохраняющая операция, проводимая женщинам репродуктивного возраста. Цель операции — удаление миоматозных узлов с сохранением репродуктивной и менструальной функций.

Лапароскопическая миомэктомиа может быть выполнена, когда миомы располагаются субсерозно на ножке или при субсерозно-интерстициальном расположении миоматозного узла, а так же интрамурально вне зависимости от его размера.

При удалении миоматозных узлов диаметром менее 1 см наложения эндошва не требуется, достаточно обойтись электрокоагуляцией. При удалении интерстициальных миоматозных узлов диаметром более 1 см мы считаем необходимым наложения эндошва для формирования в дальнейшем полноценного рубца на матке и уменьшения риска развития угрозы разрыва матки в родах.

Вопрос о показаниях к операции, ее объеме и хирургическом доступе решаются индивидуально. Это зависит от возраста больной, ее заинтересованности в сохранении репродуктивной и менструальной функции, размера и локализации миоматозных узлов.

За период с 2005г.-2010г. в нашем центре прооперировано 13364 больных лапароскопическим доступом, из них консервативные миомэктомии составили 2366.

Операции проводились по поводу интерстициально-субсерозных миоматозных узлов диаметром превышающие 4 см в 55% случаев, 25% составили миоматозные узлы субсерозной и интерстициальной локализацией в диаметре от 2 до 5 см и 20% миоматозные узлы в диаметре до 2 см.

Гормональной подготовки к операции мы не проводили так, как считаем, ее нецелесообразной, нарушающей дифференцировку тканей, что создает технические сложности.

Миоматозные узлы извлекались путем морцелляции или через кольпотомный разрез.

Все операции были проведены лапароскопическим доступом перехода на лапаротомию не было ни в одном случае. Кровопотеря во время операции не превысила 40-80 мл. Время операции составило от 20 до 70 минут (в среднем 30 мин).

В 100% случаев послеоперационный период протекал без осложнений. Больные были выписаны на 2-3 сутки.

Таким образом мы считаем, что консервативная миомэктомиа выполненная лапароскопическим доступом является оптимальным методом лечения доброкачественных опухолей матки в репродуктивном возрасте. Малая травматичность оперативного вмешательства, минимизация кровопотери, отсутствие послеоперационного спаечного процесса, возможность сохранения репродуктивной функции, уменьшение сроков пребывания больной в стационаре и ранняя реабилитация делает эту операцию приоритетной при лечении данной патологии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКЕ

Пономарев В.В., Артюшков В.В., Безруков А.Г.,
Безрукова О.В.

Россия, г. Краснодар, МУЗ ГБ№2 "КМЛДО", отделение гинекологии

Проблема аномалий развития женских половых органов становится актуальной в последние годы, так как наблюдается тенденция увеличения частоты выявления данной патологии, что обусловлено, видимо, как совершенствованием методов их диагностики, так и ухудшением экологической ситуации в мире. Пациентки с внутриматочной перегородкой составляют 48-55% всех женщин с пороками развития половых органов. В нашем стационаре за период с 2005 по 2010гг диагностировано около (315) 21% женщин с данной аномалией развития матки.

У больных с внутриматочной перегородкой имеются выраженные нарушения генеративной функции, проявляющиеся самопроизвольными абортми, бесплодием и невынашиванием беременности. В I триместре беременности риск самопроизвольного выкидыша у пациенток с перегородкой в матке составляет 28—60%, во II триместре — приблизительно 5%. Причинами отрицательного влияния перегородки на течение беременности являются:

- недостаточный объем полости матки, мешающий росту плода;
- истмико-цервикальная недостаточность, которая нередко сочетается с перегородкой матки;
- имплантация эмбриона на бессосудистой перегородке, которая не способна поддерживать адекватное развитие эмбриона.

У пациенток с перегородкой в матке часто встречаются дисменорея и патологические маточные кровотечения.

Примерно 50% женщин с внутриматочной перегородкой способны к зачатию и вынашиванию беременности, порок развития матки у них выявляется случайно при обследовании по поводу другого заболевания.

Как правило, перегородка в матке диагностируется либо при обследовании пациентки с невынашиванием беременности (метросальпингография), либо при выскабливании слизистой оболочки матки, при котором может возникнуть подозрение на аномалию развития. В клинической практике для

диагностики внутриматочной перегородки используют различные методы исследования.

Гистеросальпингография позволяет определять только внутренние контуры полости матки, наружные контуры не видны, возможна ошибка в определении вида порока. Диагностическая точность гистеросальпингографии в диагностике вида порока развития матки составляет 50%.

При использовании УЗ-диагностики перегородка в матке выявляется не всегда. Исключением являются ультразвуковые аппараты с трехмерным изображением, позволяющие с максимальной точностью (91—95%) диагностировать данную аномалию.

Большой информативностью обладает гидросонография, когда на фоне расширенной полости матки легко идентифицируется перегородка, можно определить ее толщину и протяженность.

Наиболее полную информацию о характере порока развития матки можно получить при сочетании гистероскопии и лапароскопии.

В нашем стационаре за период с 2005 по 2010 гг. было пролечено 32 пациентки с внутриматочными перегородками. Данный диагноз был поставлен на основании проведенного в стационаре обследования, включающего УЗИ органов малого таза и мочеполовой системы, диагностическую лапароскопию, гистероскопию. Всем им было выполнено гистероскопическое иссечение внутриматочной перегородки. Перед манипуляцией с целью подавления роста эндометрия для облегчения проведения операции проводилась предварительная гормональная терапия. В качестве гормонотерапии применялись агонисты ГН-РГ в течение 2-3 месяцев. Для профилактики воспалительных процессов всем больным перед хирургической гистероскопией проводилось обследование на урогенитальные инфекции, при необходимости — лечение. Рассечение перегородки выполнялось режущей петлей гистерорезектоскопа с длиной тубуса 25 см, с дистальной линзой под углом 30 градусов для легкого осмотра обоих рогов матки. В качестве дистензионной среды для выполнения резектоскопии использовали низкомолекулярный декстран-реополиглюкин, который подавался инсуфлятором в непрерывном режиме. Постоянное давление поддерживали на уровне 90-100 мм рт.ст. с помощью Натой Hysteromat. Операцию проводили под внутривенным наркозом. При рассечении фиброзной ткани перегородки, создаваемое жидкостной средой давление раздвигало стенки потенциальной полости. Одновременно проводилась активная аспирация подаваемой жидкости резектоскопом. Длительность операции — не более 40 мин. На 2-3 мес. назначались эстроген-гестагены по контрацептивной схеме и на фоне начала гормонотерапии вводили ВМС. Сразу после операции профилактически назначалась противовоспалительная терапия. Это по нашим данным значительно облегчило послеоперационную адаптацию, образованию внутриматочных синехий.

В результате проведенного лечения у 28 женщин наступила беременность. 12 (42,8%) из них родили

здоровых доношенных детей, у 3-х (10,7%) произошли самопроизвольные выкидыши в сроке 5-6 нед. и 26 нед. В первых двух случаях причиной выкидышей была урогенитальная инфекция, а 3-м — истмико-цервикальная недостаточность. Пять беременностей в данный момент прогрессируют. В отношении остальных данные отсутствуют.

Преимуществами гистероскопического рассечения внутриматочной перегородки являются: отсутствие рубцов на матке после выполненной манипуляции, сокращение периода (до 2-3 мес) между операцией и возможным сроком наступления беременности, исключается развитие спаечного процесса, укорачивается время пребывания в стационаре до 3-4 дней, сокращается время проведения операции до 30-40 мин.

Таким образом, гистерорезектоскопическое рассечение внутриматочной перегородки имеет преимущества как с точки зрения совершенствования техники выполнения операции (сокращение продолжительности операции в 3-4 раза, минимальная инвазивность, кровопотеря по сравнению с метростомией), так и в результате восстановления генеративной функции, качества жизни.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В СРАВНЕНИИ С АРТИФИЦИАЛЬНЫМ

Попова Ю.Н., Кулинич С.И., Ткач Л.Л.

Россия, г.Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии

Аборт наиболее распространенная проблема в акушерской практике, частота его в мире — 40-50 млн. в год, в том числе в РФ за 2007 год было произведено около 1 млн. 400 тыс. абортов.

Цель — изучить структуру и факторы риска осложнений после искусственного и медикаментозного абортов.

Материалы и методы исследования: С целью оценки эффективности препарата мифепристон для прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи), а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений нами было проведено на базе ГПЦ за 1 год 45 медикаментозных абортов (основная группа). Группу сравнения изучили по данным ретроспективного анализа 82 историй болезни женщин после искусственного аборта за этот же год. Контрольная группа представлена из 68 женщин после медикаментозного аборта за октябрь — декабрь 2009 г. из Центра Молекулярной Диагностики.

Средний возраст женщин группы сравнения составил $27,0 \pm 3,4$ (от 18 до 36 лет). Отягощенный соматический анамнез был у 12 (17,6 %) без тяжелой экстрагинетальной патологии. Заболевания репродуктивной системы перед абортом имели 9 (13,2%). Основная и контрольная группы были однородными по возрастному составу.

113 женщин (45 женщин основной группы и 68 контрольной) перед медикаментозным абортом обследованы по протоколу. Аборт проводился в сроки до 6 недель гестации. Пациентки получали препараты по общепринятой схеме: 600 мг. мифепристона внутрь, затем через 24 часа 400 мг. мизопростола («Миролют») 2 раза с интервалом 3 часа под наблюдением врача. Плодное яйцо собиралось в пробирку с раствором формалина 40% для гистологического исследования. УЗИ проводилось дважды на 3-4 и 12-14 дни после прерывания беременности. При этом оценивались содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца и крови, толщина и однородность эндометрия.

Полученные результаты

В основной группе изгнание плода при медикаментозном аборте происходило на 2 день у 4 (8,8%), на 3 день у 41(91,1%). Кровянистые выделения продолжались до 10 дней у 13(28,8 %), до 20 дней у 30 (66,6%), у 2 (4,4%) до 30 дней в виде мажущих кровянистых выделений. У женщин с кровянистыми выделениями до 10 дней кровоостанавливающая терапия не проводилась. При продолжающихся кровянистых выделениях свыше 10 дней, женщины получали симптоматическое лечение (дицинон, транексамовую кислоту, настой крапивы) до гемостаза, у 1 пациентки проведен гормональный гемостаз- на 30 день с хорошим эффектом. Нами не выявлено достоверных изменений уровня гемоглобина (г/л) до и после прерывания беременности. Болевой синдром при изгнании плода купировался но-шпой или спазмалгоном, был выражен у нерожавших женщин.

Разница в толщине эндометрия по УЗИ на 3-4 день после медикаментозного и хирургического абортов составила 3 мм (средняя толщина 12,2 и 9,1 соответственно), что имело значение в последующем его восстановлении.

Ранние осложнения в основной группе возникли у 4(8,8%) женщин в виде остатков плодного яйца. У 1 пациентки на прием препаратов возникла рвота с коллапсом, аборт завершён инструментально. У 2(4,4%) остатки плодного яйца, выявленные при УЗИ исследовании, изгнаны дополнительным приемом 400 мг мизопростола, матка опорожнилась полностью. У 1 пациентки действие мифепристона и дополнительной сокращающей терапии не оказали должного эффекта, по УЗИ выявлены остатки плодного яйца. Аборт был завершён инструментально под контролем гистероскопа с гистологическим исследованием удаленных тканей. Пациенткам со 2-3 степенью чистоты влагалища назначали однократно «Сафоцид» Нижфарм — 4 табл. одновременно. В течение 3 месяцев нарушения менструального цикла имели место у 6(13%) пациенток по типу гиперполименореи. Менструации нормализовали КОК.

Таким образом, общее число осложнений, при которых пришлось прибегнуть к инструментальным методам были у 2(4,4 %) пациенток.

В контрольной группе аборты выполнялись в другом лечебном учреждении под контролем врача по

сле соответствующего обследования по протоколу в сроке до 6 недель беременности (42 дня аменореи).

Побочных эффектов в виде тошноты, рвоты, падения АД не наблюдалось. Число ранних осложнений в виде остатков плодного яйца (по УЗИ определялся трофобластический кровоток) составило 5(7,3%). Этим пациенткам была назначена дополнительная сокращающая терапия (400 мг. Миролюта). Контроль УЗИ производился через 10-14 дней. В результате выскабливанием полости матки после аборта были завершены 2 (2,9%) аборта, 1(1,5%) женщине была произведена вакуум-аспирация плодного яйца. У 2 (2,9%) пациенток матка опорожнилась полностью и дополнительных методов лечения не потребовалось. Осложнения в контрольной группе были у 3 (4,4%).

Таким образом, при медикаментозном аборте у 113 женщин основной и контрольной групп число ранних осложнений составило 4,4%.

В группе сравнения был произведен анализ 82 историй болезни женщин после искусственного аборта. Эту группу составили женщины, которые поступали в ГПЦ с ранними осложнениями искусственного аборта: эндометриты, остатки плодного яйца, гематометра. Число осложнений составило 12,5 %.

Гистологическое исследование абортусов было произведено у всех женщин после медикаментозного аборта и методом случайной выборки у 45 женщин после искусственного аборта. После медикаментозных абортов — ворсины хориона и децидуальная ткань имели выраженную лейкоцитарную инфильтрацию у 6 женщин, однако эндометриты у них не развились. После искусственных абортов у 7 (13,3 %) женщин абортусы были инфицированы, имелась лейкоцитарная инфильтрация, гистициты и макрофаги в большом количестве. У всех пациенток возникли постабортные эндометриты, которые были пролечены в отделении.

Таким образом, после медикаментозного аборта число ранних осложнений составило 4,4% в обеих группах. Поздние осложнения не наблюдались. В группе сравнения число ранних осложнений составило 12,5%, поздние осложнения по литературным данным (невынашивание беременности, бесплодие, внематочная беременность, хронический эндометрит) встречаются от 27 до 45%.

Развитию осложнений после медикаментозного аборта без врачебного наблюдения способствовали: невыполнение стандартов по рекомендуемым срокам его проведения, использование несертифицированных препаратов, отсутствие врачебного наблюдения, выполнение аборта без обследования:

Закключение: Эффективность медикаментозного аборта по нашим данным составила 95,6%.

Медикаментозный аборт является более щадящим прерыванием нежелательной беременности, сохраняющим репродуктивное здоровье женщин, чем устаревшая методика дилатации шейки и кюретаж матки, так как осложнений у данного метода в 3 раза меньше по тяжести и частоте (4,4% против 12,5%) в сравнении с искусственным абортом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОЭСТРОГЕНОВ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕФОРМИРОВАННЫМИ ФАКТОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Портяникова Н.П.

Россия, г. Самара, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО,
Самарский государственный медицинский университет, ГУЗ
СОКБ№2.

Актуальность: связь между женской психикой и изменениями в женской репродуктивной системе известна еще со времен Гипократа. Климактерический синдром (КС) в пременопаузе, проявляющийся психозомоциональными нарушениями, ухудшением настроения, возникновением депрессий, встречается у 16-31% женщин. На сегодняшний день есть несколько путей коррекции КС, один из них — применение немедикаментозных препаратов на основе фитоэстрогенов (ФЭ), а также физиотерапия. Считается, что только около 37% женщин в пременопаузе принимает эстрогены. Это объясняется большим числом женщин, имеющих относительные противопоказания и ограничения для гормонотерапии.

Цель: оценка лечебной эффективности ФЭ и преформированных факторов у пациенток пременопаузального периода с КС.

Материалы и методы: было обследовано 35 пациенток с сохраненным менструальным циклом от 45 до 50 лет (средний возраст 47,5 лет), получавших ФЭ в виде препарата «Эстровэл» и физиотерапию (электрофорез с раствором Никотиновой кислоты на воротниковую область по 15 мин через день с помощью аппарата «Поток 1» №15, Д'Арсанваль на волосистую часть головы по 5 мин через день №15) в течение 6 месяцев с лечебной целью. Оценка эффективности проводилась с помощью анкетирования по следующим тестам: ММИ, HADS, шкала Спилберга-Ханина, шкала депрессии, методика самооценки Дембо-Рубинштейна.

Результаты и их обсуждение: среди исследуемых пациенток с КС у 14 (40%) отмечалось нарушение менструального цикла по типу опсоменореи, ГВ IB — ПА ст — у 9 (25,7%). КС легкой степени имели место у 16 пациенток (45,7%), средней степени тяжести — у 13 (37,2%), тяжелой степени — у 6 (17,1%).

На фоне приема ФЭ и физиотерапии в течение 6 месяцев значительно снизились проявления КС по ММИ: общие симптомы — на 35,5%, психозомоциональная составляющая — на 45,8%. Тревожность по шкале HADS снизилась на 38,8%, депрессия — на 40,9%. В индексе Спилберга — Ханина реактивная тревожность снизилась на 31%; личностная тревожность — на 26,6%. Средний балл по реактивной тревожности — 26,7; по личностной — 26,6. По шкале депрессии: до приема препарата средний балл составил 61,7 после приема — 43,3, т. е. снизился на 34%. Характеристики теста самооценки Дембо-Рубинштейна (характер, ум, самореализация, внешность, уверенность) выявили снижение самооценки больных. После 6 месяцев приема ФЭ и физиотерапии самооценка по каж-

дому параметру повысилась в среднем на 17%. Менструальный цикл стабилизировался у 9 пациенток с нарушением менструального цикла по типу опсоменореи.

Выводы: в результате применения ФЭ и преформированных факторов у пациенток с КС в пременопаузе были отмечены достоверное улучшение психозомоционального состояния, нормализация менструального цикла. Таким образом, ФЭ могут быть рекомендованы в качестве эффективного лечебного препарата у пациенток с КС в пременопаузе при наличии нарушений менструальной функции. Присутствие в составе препарата индол-3-карбинола является дополнительной профилактикой онкозаболеваний и не требует дополнительных материальных затрат.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Портяникова Н.П.

Россия, г. Самара, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО,
Самарский государственный медицинский университет, ГУЗ
СОКБ№2.

Актуальность: распространенность расстройств психозомоциональной сферы в пременопаузальном периоде, их значимость в социальной адаптации женщины, а также их недостаточная изученность и необходимость коррекции этих нарушений в практической работе врача-гинеколога обуславливает актуальность изучаемой проблемы, диктует необходимость поиска новых подходов к профилактике и лечению данного осложнения пременопаузального периода, определения вероятности индивидуального лечения в зависимости от патогенетического механизма и выраженности отдельных клинических симптомов. Климактерический синдром (КС) в пременопаузе, проявляющийся психозомоциональными нарушениями, ухудшением настроения, возникновением депрессий, встречается у 16-31% женщин.

Цель: сравнительный анализ эффективности терапии фитоэстрогенами (ФЭ) и микродозированного орального контрацептива (КОК), содержащего дроспиренон, на КС различной степени тяжести в пременопаузе.

Материалы и методы: мы провели сравнительную оценку переносимости и эффективности препаратов, содержащих ФЭ — «Эстровэл» и микродозированного орального контрацептива (КОК), содержащего дроспиренон у 113 женщин с психозомоциональными нарушениями различной степени тяжести в пременопаузе от 45 до 50 лет. Оценка тяжести психозомоциональной составляющей КС в пременопаузе проводили по следующим тестам: ММИ, HADS, шкала Спилберга-Ханина, шкала депрессии.

Терапию КОК получали 55 женщин — I группа, II группа принимала ФЭ — 58 пациенток. Каждая группа принимала препарат в течение 6 месяцев. Динамику проявления психозомоциональной со-

ставляющей КС оценивали до начала лечения и спустя 6 месяцев.

У всех женщин до начала лечения анализировали гинекологический анамнез (возраст менархе, число родов, аборт, наличие гинекологических операций), оценивали менструальную функцию на протяжении последних 6 месяцев (эпизоды аменореи, дисменореи, межменструальные выделения), производили исследование молочных желез, а также цитологическое исследование эпителия влагалищной части шейки матки.

Результаты: в течение первых двух циклов приема КОК у 11 (20%) отмечалась тошнота, у 4 (7,27%) — снижение либидо, у 17 (30,9%) — ощущение тяжести и покалывания в молочных железах, у 8 (14,54%) — головная боль. Лучшая переносимость терапии отмечена у пациенток, получавших ФЭ — незначительная тошнота в течение первого месяца приема у 15 (25,86%) пациенток.

К концу курса лечения получены следующие показатели: ММИ в группе, принимающей КОК, снизился с 33 до 17, т.е. на 48,48%; в группе, принимающей ФЭ с 34 до 21, т.е. на 38,23%; психоэмоциональная составляющая снизилась на 59,6% и 50% соответственно. Тревожность по шкале HADS снизилась на 60% и 38,2%, депрессия — на 55,6% и 41,6% соответственно. В индексе Спилбергера — Ханина реактивная тревожность снизилась на 46,34% и 32,5%; личностная тревожность — на 43,18% и 30% соответственно. По шкале депрессии: до приема препарата средний балл в I группе составил 61, во II — 57,1; после приема в I группе — 33, во II — 43,3, т.е. снизился на 45,9% и 24,16% соответственно.

В I группе 18 пациенток имели нарушение менструального цикла, во II — 30. Через 6 месяцев менструальный цикл нормализовался в I группе у 18 (100%) пациенток, во II — у 16 (53,3%).

Выводы: оба препарата достоверно улучшают психоэмоциональное состояние и достаточно хорошо переносятся пациентками. Если пациентка в премепопаузе нуждается в контрацепции, то целесообразнее назначение приема КОК. При наличии противопоказаний к назначению КОК, имеет место назначение ФЭ.

ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н., Назарова Н.М.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Россия на протяжении многих лет занимает одно из ведущих мест по числу аборт, последствия которых не редко приводят к нарушению репродуктивного здоровья, формированию целого ряда гинекологических заболеваний и т.д. В связи с этим, предотвращение аборт и их осложнений — одна из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья

женщины. Неоценимая роль в этом принадлежит гормональной контрацепции. К сожалению, только 9% женщин считают себя полностью информированными о методах контрацепции, а менее 10% женщин фертильного возраста используют гормональную контрацепцию в России. Так, 72% женщин, не получивших желаемого метода контрацепции, прекратили его использование в течение 1 года применения.

Консультирование увеличивает приверженность женщины к используемому методу контрацепции. Безусловно, следует учитывать и требования современной женщины к контрацепции, такие как простота использования, удобство, стоимость, высокая эффективность, отсутствие побочных эффектов, положительные неконтрацептивные эффекты, альтернативный выбор, самостоятельное принятие решения и др.

Было проведено многоцентровое международное исследование «СНОИСЕ», в котором участвовали 12 стран, в том числе и Россия, 45 000 женщин.

Целью исследования было: определить факторы, влияющие на принятие решения в выборе контрацепции; определить какой метод комбинированной гормональной контрацепции (ежедневный, еженедельный, ежемесячный) выбирается после консультирования; социальные и демографические предпосылки выбора контрацепции; оценить значимость консультирования при выборе женщиной метода контрацепции; сравнить эффективность программы консультирования между странами-участницами; сравнить приемлемость гормональной контрацепции в различных странах.

Результаты исследования. В программе «СНОИСЕ» в России участвовали 1749 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, 160 врачей акушеров-гинекологов из Москвы и Санкт-Петербурга. Дизайн исследования состоял из 3-х этапов:

1 — анкетирование до консультирования врачом; 2- консультирование врачом с использованием специальных информационных материалов; 3 — анкетирование после консультирования с целью оценки эффективности консультирования.

Результаты исследования показали, что консультирование явилось определяющим фактором в выборе пациенткой метода контрацепции. Более 90% женщин сочли информацию, полученную от врача во время консультирования полной и полезной. Большинство женщин оценили ежемесячный режим контрацепции как более удобный по сравнению с ежедневным. Так, количество женщин выбравших ежемесячный режим увеличилось в 6,4 раза. Наиболее частыми причинами выбора кольца являлись удобство, легкость использования, стабильный минимальный уровень гормонов и ежемесячный режим применения. Наиболее частой причиной отказа от ежедневного режима применения гормональной контрацепции являлись возможность пропуска таблеток.

Выводы. Высокий уровень аборт и незапланированных беременностей являются поводом и необходимостью консультирования для повышения приверженности к методу контрацепции. Подробное консультирование изменяет окончательное решение пациентки и увеличивает приемлемость контрацепции.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Прокопьева Т.А., Максимова М.В., Ившин В.А., Горбунова Е.Е.

Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

В Удмуртской республике на протяжении последних 10 лет рак желудка (РЖ) занимает 3-4 ранговое место в структуре общей онкозаболеваемости, составляя максимально 27,2 на 100 тыс. населения. Основной пик заболеваемости приходится на возрастную группу 70-74 года. Мужчины болеют почти в 2 раза чаще, чем женщины, причем эта разница увеличивается с возрастом. За последние 5 лет из 1843, взятых на учет с онкопатологией желудка, 118 больных зарегистрированы в возрасте 15-44 лет, в том числе 41 пациентка женского пола. Несмотря на то, что эти больные в женской группе составляют небольшую долю (5,1%), на учет они берутся в распространенных и запущенных стадиях заболевания. В связи с чем 5-летняя выживаемость женщин молодого возраста за последние годы едва превысила 20%. Своевременная диагностика РЖ представляет значительные трудности из-за многообразия симптомов. Поэтому дальнейшее накопление и анализ фактического материала представляют интерес.

Целью работы явилось выявление особенностей течения рака желудка у женщин репродуктивного периода. Проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 25 женщин возрастной группы 15-44 года (ср. возраст 36,1±2,8), получивших специальное лечение в Удмуртском республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2005-2009 гг. В группу сравнения вошли 23 мужчины (ср. возраст 35,3±2,6) с аналогичными характеристиками.

В обеих группах преобладали горожане и служащие. В прошлом и настоящем у женщин в 24,0% случаев отмечена длительная и ежедневная работа на компьютере, в 20,0% — контакт с химическими веществами, что принципиально не отличалось от мужчин. Кроме того, 8 мужчин (34,8%) имели длительный стаж в горячих цехах. У женщин не было отмечено особенностей в питании и вредных привычек. Практически все мужчины курили и систематически злоупотребляли алкогольными напитками. У каждой второй женщины имелись указания на отягощенный семейный онкоанамнез (в т.ч. злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта). У мужчин — единичные подобные указания. В каждом третьем случае и женщины, и мужчины отметили в прошлом язвенную болезнь желудка и гастрит. Кроме того, в 24,0% случаев женщины указали на дискинезию желчевыводящих путей, холециститы, у мужчин чаще всего (22,0%) выявлялись: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхопневмония, панкреатит. У подавляющего большинства женщин не отмечено каких-либо особенностей менструальной, репродуктивной функций и состояния молочных желез. Соотношение беременностей, родов и абортос со-

ставило соответственно: 3,1±0,7; 1,6±0,4; 1,7±0,4. Отмечено, что долгое время больные двух групп не реагировали на небольшие изменения в собственном самочувствии, пока нарушения не стали клинически более выраженными. Жалобы на похудание предъявляли как женщины, так и мужчины (18,2% случаев и 18,3% соответственно). Слабость отмечена в 13,0% наблюдений у женщин и в 8,2% — у мужчин. Местная симптоматика характеризовалась разнообразными клиническими проявлениями как у женщин, так и у мужчин: постоянные ноющие боли в эпигастрии, без иррадиации (22,1% и 16,3% соответственно), тошнота, эпизодически рвота (11,7% и 12,0%), снижение аппетита (6,0% и 6,1%), боли после приема пищи (3,0%; 4,1%), боли в эпигастрии, иррадиирующие в поясничный отдел позвоночника (3,0%; 4,1%), боли на голодный желудок (1,5%; 10,6%), изжога (1,5%; 6,1%). Каждая вторая женщина и каждый третий мужчина направлены на специализированный прием в онкодиспансер лишь через 6-8 месяцев после выраженной клинической манифестации. В двух третьих наблюдений диагноз РЖ впервые выставлен в поликлинике по месту медицинского обслуживания. Использовались рутинные методы диагностики: рентгенологическое исследование желудка и фиброгастроскопия, последняя дополнялась биопсией слизистой желудка в единичных случаях. В 80,0% наблюдений женщины взяты на учет с III-IV стадиями заболевания. У мужчин этот показатель составил 69,6%. Сложность строения слизистой оболочки желудка обусловила разнообразную гистологическую картину опухолей: аденокарцинома различной степени дифференцировки с преобладанием низкодифференцированной (14 случаев у женщин и 10 — у мужчин), недифференцированный рак (8 случаев у женщин, 10 — у мужчин) и у 3 больных в обеих группах выявлен диспластический процесс с переходом в рак *in situ*. В 7 (28,0%) случаях у женщин и в 5 (21,7%) у мужчин отмечено метастазирование опухоли в различные органы. 18 (72,0%) пациенток подверглись хирургическому лечению (4 гастрэктомии, 8 дистальных и проксимальных резекций желудка, 6 расширенных и комбинированных операций). 7 пациенткам выполнить операции не удалось в связи с запущенным раком. Кроме того, 8 женщинам в силу распространенности опухолевого процесса хирургический метод был дополнен полихимиотерапией. У мужчин лишь в половине случаев выполнены операции в классическом варианте, остальным больным выполнены паллиативные операции, либо отказано в оперативном лечении. В 10 случаях использован комбинированный метод лечения (операция и химиотерапия). Несмотря на агрессивный объем проведенного специального лечения, у каждой второй женщины и в двух третьих наблюдений у мужчин отмечен неблагоприятный прогноз РЖ.

Таким образом, ранняя манифестация РЖ у женщин репродуктивного периода и отягощенная онконаследственность указывают на генетическую детерминированность, а превалирование

низкодифференцированных аденокарцином и недифференцированного рака желудка характеризуют агрессивность данного заболевания. Онкологическая доктрина о зависимости результатов лечения от своевременного распознавания злокачественной опухоли справедлива и при РЖ. Учитывая редкость этого заболевания, терапевты и гинекологи мало информированы о РЖ у женщин репродуктивного периода, поэтому арсенал используемых диагностических методов крайне не достаточен. И, как, следствие: РЖ у женщин репродуктивного периода диагностируется в распространенных стадиях заболевания, определяя неблагоприятный прогноз.

ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ВОПРОСА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Прынь В.В., Исаев А.О., Пономарев В.В.

Россия. МУЗ ГБ №2 город Краснодар, отделение анестезиологии и реанимации №3

Последнее десятилетие ознаменовано высоким темпом развития эндоскопических технологий в оперативной гинекологии. Наряду с явными преимуществами лапароскопических вмешательств, такими как, малая травматичность, менее выраженный болевой стресс, снижение риска спаечной болезни, сокращение сроков реабилитации в стационаре, данный вид вмешательств несет с собой достаточно сложные патофизиологические изменения функциональных систем с риском дыхательных, циркуляторных, метаболических изменений. В том числе создаются условия для развития реактивного панкреатита (J.Bailey,2000, Z.Perko,2006, А.М.Овчинников,2003).

Целью настоящей работы явилось изучение прогностических критериев развития реактивного панкреатита после различных лапароскопических операций в гинекологии и выработка лечебно-профилактических мероприятий для обеспечения оптимальных условий благоприятного течения послеоперационного периода.

Выполнение исследования начато у 68 пациенток, в возрасте от 32 до 48 лет, оперированных по поводу различной гинекологической патологии.

Премедикация — 1мг атропина и 10 мг сибазона. Анестезиологическое пособия — ТВА на основе кетамин, фентанила в рекомендуемых дозировках. ИВЛ с Fi O₂ — 40%.

У всех больных исходные лабораторные и гемодинамические показатели находились в границах рабочих величин. Изучалась динамика амилазы и липазы крови, диастазы мочи, СИ,УИ, АД, ЧСС, КОС, PCO₂.

В зависимости от течения раннего (1-3 сутки) послеоперационного периода больные ретроспективно были разделены на две группы.

В первую группу (контрольную = 44пациентки) вошли больные, у которых послеоперационный пе-

риод протекал без осложнений, вторую (основную = 24 пациентки) — составили больные, в раннем послеоперационном периоде у которых были выявлены клинические и/или лабораторные признаки реактивного панкреатита. Проведено сравнительное изучение групп.

Отмечено, что исходная патология со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой и эндокринной систем — встречалась в 4 раза чаще в группе 2; длительность операций, в этой же группе, и внутрибрюшное давление- троекратно превышали таковые в группе 1 ; СИ,УИ были в 1,5 раза ниже, а ОПСС — выше во 2-й группе.

Учитывая это, в дальнейшем, у 86 больных с сопутствующей исходной патологией, в состав премедикации мы стали вводить сандостатин и ранитидин, а интраоперационно- даларгин ; увеличили МОД на треть от расчетной и FiO₂ — до 60 проц.

В послеоперационном периоде у 75 пациенток не выявлены признаки панкреатита, у 11- отмечено кратковременное изменение амилазы.

Выводы. 1.Общим predisposing фактором развития реактивного панкреатита в послеоперационном периоде может являться внутрибрюшная компрессия, вызванная положением Тренделенбурга на операционном столе и карбоксиперитонеумом.

2. В «группу риска» развития послеоперационного панкреатита входят больные с экстрагенитальной патологией, особенно те, которым планируется длительное вмешательство.

3. Комплексный подход к антистрессовой защите при лапароскопических вмешательствах у больных «группы риска», с использованием в премедикации сандостатина, ранитидина, интраоперационно — даларгина, а также увеличение МОД до 30% от расчетных параметров и повышение Fi O₂ до 60% — позволяет уменьшить негативное воздействие патофизиологических механизмов на развитие реактивного панкреатита и избежать указанного осложнения в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Пыдра А.Р., Павлов Р.В., Кундохова М.С.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия

В контексте демографической ситуации, сложившейся в нашей стране, бесплодие является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. По имеющимся литературным данным, ведущее место в структуре причин женского бесплодия составляет трубно-перитонеальный фактор, связанный с нарушением проходимости маточных труб. Основными причинами, ведущими к развитию спаечного процесса малого таза и непроходимости ма-

точных труб, являются воспалительные заболевания женских половых органов и наружный генитальный эндометриоз (НГЭ). Общепринятым методом лечения трубно-перитонеального бесплодия в настоящее время является хирургическое разъединение спаек и восстановление проходимости маточных труб с последующим назначением противовоспалительного и физиотерапевтического лечения. Однако хирургическое вмешательство само по себе является фактором возникновения спаечного процесса в малом тазу, увеличивающим тем самым риск рецидива трубно-перитонеального бесплодия.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности селективной иммунотерапии с использованием генно-инженерного препарата интерлейкина-2 «Ронколейкина» («Биотех», Санкт-Петербург) и интерферона-α2b «Реаферона-ЕС» («Вектор-Медика», Россия) в профилактике спаечного процесса малого таза после хирургического лечения наружного генитального эндометриоза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 больных НГЭ, составивших основную и контрольную группы. Все пациентки основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, анамнезу, предъявляемым жалобам, степени распространения эндометриоза (II — III), объему хирургического вмешательства и общего медикаментозного комплекса. У всех больных диагноз НГЭ был подтвержден гистологически. Обязательным условием включения больных в исследование было предварительное удаление очагов эндометриоза во время выполнения лечебно-диагностической лапароскопии, а также отсутствие у них аутоиммунных заболеваний и аллергических реакций. После хирургического удаления очагов НГЭ все больные были разделены на три группы: больным I основной группы (40 женщин) после удаления очагов эндометриоза в брюшную полость вводился «Ронколейкин» в количестве 500 000 ЕД. В дальнейшем этим больным «Ронколейкин» вводился через 3 дня внутривенно, капельно в количестве 500 000 ЕД на одно введение в течение 1 месяца. Таким образом, суммарная доза препарата составила 4 500 000 ЕД. Больным II основной группы (40 женщин) после удаления очагов эндометриоза в брюшную полость вводился «Реаферон-ЕС» в количестве 1 000 000 ЕД. В дальнейшем этим больным «Реаферон-ЕС» вводился через 2 дня внутримышечно в количестве 1 000 000 ЕД на одно введение в течение 1 месяца. Таким образом, суммарная доза препарата составила 11 000 000 ЕД. Больные группы сравнения (40 женщин) после хирургического удаления очагов эндометриоза получали внутримышечно агонист гонадотропин-релизинг гормона «Бусерелин-Депо» производства «Фарм-Синтез» (Россия), каждые 28 дней по 3,75 мг внутримышечно в течение 6 месяцев. Эффективность профилактики спаечного процесса малого таза оценивалась на основании результатов «контрольной» лапароскопии, выполняемой через 12 месяцев после завершения лечения у небеременных пациенток.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, спаечный процесс в малом тазу во время первой лапароскопии был выявлен у 76 (63,3 %) больных НГЭ: 26 (65,0 %) больных, получавших «Бусерелин-депо», 24 (60,0 %) больных, получавших «Ронколейкин», и 26 (65,0 %) больных, получавших «Реаферон-ЕС». Отсутствие проходимости обеих маточных труб при выполнении хромосальпингоскопии было установлено у 19 (15,8 %) больных: у 7 пациенток (17,0 %), получавших «Бусерелин-депо», у 5 (12,0 %) пациенток, получавших «Ронколейкин», и у 7 (17,0 %) больных, получавших «Реаферон-ЕС». При повторной лапароскопии наличие спаечного процесса было выявлено у 4 (10,0 %) больных, получавших «Ронколейкин», у 6 (15,0 %), получавших «Реаферон-ЕС», и у 15 (37,5 %) больных, получавших «Бусерелин-депо». Двухсторонняя непроходимость маточных труб наблюдалась у 1 (2,5 %) больной, получавшей «Ронколейкин», у 1 (2,5 %) пациентки, получавшей «Реаферон-ЕС», и у 5 (12,5 %) больных контрольной группы.

Заключение. Использование селективной иммунотерапии «Ронколейкином» и «Реафероном-ЕС» в послеоперационном периоде у больных НГЭ ведет к снижению частоты возникновения спаечного процесса малого таза в 3,5 раза и непроходимости маточных труб в 5 раз.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕПАНТОЛ, СУППОЗИТОРИИ ВАГИНАЛЬНЫЕ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ

**Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б.,
Календжян А.С., Руднева О.Д., Строни Р.**
Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы
народов», МУЗ «Городская клиническая больница №12»

В последние десятилетия проблема пролапсов половых органов у женщин приобрела особую остроту. Новым и перспективным направлением их хирургического лечения являются операции с применением синтетических сетчатых имплантов. Ведение таких пациенток в послеоперационном периоде, наряду с обеспечением надежной асептики, требует оптимизации с точки зрения улучшения трофики послеоперационной раны, активизации метаболизма слизистой влагиалища. Исходя из этого, была выдвинута гипотеза об оптимальности использования препаратов, содержащих метаболический и антисептический компоненты. Одним из таких препаратов является Депантол, суппозитории вагинальные (ОАО НИЖФАРМ), в состав которого входят декспантенол (0,1 г) и хлоргексидина биглюконат (0,016 мг). Цель исследования: изучить эффективность препарата Депантол, суппозитории вагинальные при применении его в послеоперационном периоде после выполнения пластических

операций влагалищным доступом при пролапсе гениталий. Настоящее клиническое проспективное исследование проводилось в соответствии с нормативами и правилами GCP и включало 40 женщин в возрасте 43-60 лет (в среднем $53,0 \pm 0,9$ лет). У пациенток диагностировали опущение стенок влагалища (65,0%), несостоятельность мышц тазового дна (65,0%), формирование цистоцеле (55,5%) и ректоцеле (42,5%), у 25% — доброкачественные заболевания шейки матки. Выполняли влагалищную гистерэктомию (90%) или экстирпацию культи матки (10,0%), в сочетании с пластикой стенок влагалища с применением синтетического протеза TVM-PROLIFT total или TVM PROLIFT — anterior (posterior) и кольпоперинеолеваторопластикой. Женщины были рандомизированы на две статистически сопоставимые группы ($p > 0,1$). Пациентки первой (исследуемой) группы ($n=20$) после операции получали стандартную терапию и Депантол по 1 суппозиторию интравагинально 2 раза в день 5 дней, начиная с 1 суток послеоперационного периода, пациентки второй (контрольной) группы ($n=20$) — только стандартную терапию. Статистическую обработку массива данных производили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 8,0 (StatSoft Inc., США). Различия между группами, с учетом закона нормального распределения, определяли с помощью однофакторного дисперсионного анализа, непараметрических критериев Вилкоксона-Манна-Уитни для несвязанных совокупностей или критерия χ^2 , признавали достоверным при $p < 0,05$. Дизайн исследования предусматривал динамику оценки клинико-лабораторных показателей (жалобы, локальный статус, бактериоскопия, бактериологическое исследование, наличие послеоперационных осложнений) до операции, через сутки (начало терапии Депантолом), на 6 сутки (окончание терапии) и на 15 сутки после операции (конечная оценка результатов). Установлено, что изменение микробиоценоза влагалища в послеоперационном периоде у пациенток изучаемой когорты преимущественно происходит за счет контаминации кишечной микрофлорой. Применение Депантола в течение 1-6 суток после операции сопровождалось снижением у женщин исследуемой группы уровня микробной контаминации влагалища в 1,6 раза, после чего показатель его избыточной микробной обсемененности (более 104 КОЕ/мл) стабилизировался на уровне 25,0% в течение 10 дней после окончания терапии (15 сутки после операции). У женщин контрольной группы в первые 5 суток после операции выявлено увеличение микробной контаминации влагалища в 1,4 раза и прогрессивный рост частоты избыточной микробной обсемененности влагалища к 15 суткам после операции (45,0%). Контаминация влагалища *E.coli* в динамике к 6 суткам после операции в сравнении с исходной точкой у пациенток исследуемой группы снизилась в 3 раза (15,0% против 5,0%), в то время как у женщин контрольной группы выросла в 1,5 раза (20,0% против 30,0%, $p=0,044$). Рост условно-патогенной микрофлоры во влагалище на 15 сутки

после операции был обнаружен у 25,0% пациенток в исследуемой группе и у 45,0% — в контрольной. Доказано влияние фактора терапии Депантолом на динамику состояния послеоперационного шва с 6 по 15 сутки после операции (наличие гиперемии в исследуемой группе — соответственно 60,0% против 5,0%, $p=0,007$; в контрольной группе — 70,0% против 45,0%, $p=0,12$). Слабо выраженный отек послеоперационного шва у пациенток в исследуемой группе выявлен вдвое реже, чем в контрольной, при этом частота его выявления в промежуточной и конечной точках исследования была одинаковой (10,0%), в контрольной группе — возросла вдвое (20,0% против 10,0%). Результаты бактериоскопии свидетельствовали об улучшении процессов эпителизации слизистой влагалища у пациенток исследуемой группы ($p=0,03$), в отличие от контрольной. Полученные данные позволяют заключить, что применение Депантола у пациенток изучаемой когорты способствует повышению скорости регенерации тканей и эффективности терапии в послеоперационном периоде за счет снижения микробной контаминации влагалища и усиления процессов эпителизации послеоперационной раны. Вместе с тем очевидно, что для пациенток, перенесших столь объемные операции, значительно более выраженный эффект будет давать удлинение терапии в послеоперационном периоде до 10 и более дней, что может быть предметом дальнейших исследований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Репина Н.Б., Шильцова Н.С., Кузнецова О.В.,
Исаева О.М.

Россия, г. Рязань, РязГМУ им. акад. И.П.Павлова.

В современных публикациях достаточно часто обращается внимание на дискуссионные вопросы тактики ведения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз. Авторами отмечается переоценка значимости доброкачественных заболеваний молочных желёз с позиций последующего канцерогенеза (Коновалова В.Н. 2009). Так как главное заболевание молочных желёз — это рак, то все другие состояния объединены в категорию «доброкачественные заболевания молочных желёз».

Основная жалоба, с которой молодые женщины чаще всего обращаются к врачу, является масталгия. Согласно данным литературы, частота дисгормональной патологии молочных желёз в популяции колеблется от 25 до 60%. До настоящего времени не существует чётких представлений о патогенетических механизмах доброкачественных изменений молочных желёз: жалобы со стороны молочных желёз предъясняют как здоровые женщины, так и страдающие гинекологической патологией. Применение комбинированных оральных контрацептивов с целью защиты от нежелательной

беременности, а также с учётом дополнительных положительных эффектов, которые оказывают данные препараты, инициирует женщин использовать гормональную контрацепцию длительное время.

Цель настоящего исследования состояла в оценке состояния молочных желёз у женщин, которые длительно применяют (более одного года) комбинированные оральные контрацептивы в сравнении с группой контроля.

Материалы и методы исследования: Пациентки были разделены на четыре группы: 1 - группа — 18 женщин, которые длительно применяют (более одного года) комбинированные оральные контрацептивы; 2 - группа — 20 женщин, которые длительно применяют (более одного года) комбинированные оральные контрацептивы и которых беспокоит масталгия; 3 - группа — 20 женщин, которые используют физиологический метод контрацепции; 4 - группа — 21 женщина, которые используют физиологический метод контрацепции и которых беспокоит масталгия. Все обследованные пациентки на момент проведения исследования не имели гинекологических заболеваний, была исключена патология щитовидной железы, все пациентки имели одни роды в анамнезе и не страдали ожирением.

Возраст пациентов составил в среднем 32±1,2 года.

Проведено клиническое, гормональное и ультразвуковое исследование молочных желёз.

Обследование молочных желёз включало в себя оценку степени их развития, формы, наличия втяжений, уплотнений, рубцов и состояние сосков. При пальпации молочных желёз в положении женщины стоя оценивали их тяжесть, наличие болезненности, выделений из сосков.

В плазме крови определяли содержание пролактина (Прл).

При УЗИ оценивали объёмное соотношение различных тканей железы, в частности железистый, стромальный и жировой компоненты.

Результаты исследования. Молочные железы были сформированы правильно, их развитие по классификации Таннера соответствовало III-IV степени у 78% пациенток первой группы, у 82% пациенток второй группы, у 81% пациенток третьей группы и у 76% пациенток четвёртой группы. Очаговых образований при пальпации не выявлено ни у одной женщины. Гиперпролактинемия диагностирована у 2 (11%) пациенток первой группы, у 3 (15%) пациенток второй группы и у одной (5%) пациентки четвёртой группы. Микроаденома гипофиза не выявлена ни у одной женщины. По данным УЗИ молочных желёз получены следующие результаты: нормальное состояние молочных желёз определено у 72,2% пациенток первой группы, у 70% пациенток второй группы, у 75% пациенток третьей группы и у 66,7% пациенток четвёртой группы. Обращает внимание значительное превышение количества пациенток с инволютивными изменениями в молочных железах в 1 и 2 группах (всего 7 пациенток) по сравнению с пациентками 3 и 4 групп (ни одной пациентки). При гиперпролактинемии у 83,3% женщин диагностирована

фиброзно-кистозная болезнь, а у пациенток с нормопрولاктинемией данная патология выявлена в 23,3% случаев (причём все пациентки практически равномерно распределялись по группам). Очаговое образование молочных желёз (фиброаденома) диагностировано у 1 пациентки 4-й группы с нормопрولاктинемией.

Выводы. Таким образом в результате комплексного обследования пациенток, которые длительно применяют (более одного года) комбинированные оральные контрацептивы можно отметить, что состояние молочных желёз данных пациенток незначительно отличается от состояния молочных желёз пациенток никогда не использовавших данный вид контрацепции даже при наличии масталгии. По данным зарубежных авторов (Olawaiye A., 2005, Santen R.J., 2007) доброкачественные изменения молочных желёз рассматриваются как объёмные образования, требующие как минимум биопсии. Все остальные диффузные изменения дискуссионны в отношении их принадлежности к патологии. Необходимо тесное сотрудничество гинекологов, врачей УЗИ, онкологов, рентгенологов, которое должно стать залогом успешной профилактики рака молочной железы и снизить уровень неоправданной канцерофобии вообще и при назначении гормональных препаратов в частности. Но не возникает сомнений в необходимости обязательного обследования молочных желёз у всех женщин независимо от того планируется или нет тот или иной вид терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В АНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИИ

Роговская С.И., Шаргородская А.А., Куевда Д.А., Шипулина О.Ю.

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФПОВ ММУ им И.М Сеченова
НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Актуальность: Вирус папилломы человека (ВПЧ) передается половым путем и вызывает доброкачественные и злокачественные новообразования в тропных эпителиальных органах. Не вызывает сомнений этиологическая роль папилломавирусной инфекции (ПВИ) в возникновении рака шейки матки, а так же причастность ее к новообразованиям перианальной области, вульвы, влагалища, полового члена и ротовой полости. Современные условия либерализации половых связей способствуют распространению ПВИ. Показан высокий риск заражения ВПЧ в анальной области, которую считают более уязвимой, чем шейка матки. Распространенность ВПЧ в полости рта и глотки варьируется в разных исследованиях (от 0 до 40%) и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценка распространенности ПВИ в анальной области и ротовой полости у женщин репродуктивного возраста при наличии

или отсутствию ВПЧ в цервикальном канале и выявление корреляции с особенностями полового поведения.

Материалы и методы: обследованы 175 женщин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст 22,2 года), учащиеся московского ВУЗа. При первичном обращении с помощью цитощетки у всех пациенток были взяты соскобы из ротовой полости (внутренняя поверхность щек и подъязычная область), цервикального канала и анальной области для ПЦР-исследования (набор реагентов АмплиСенс®) на наличие ВПЧ высокого (ВР) и низкого (6 и 11 типы) онкогенного (16,18,31,33,35,39,45,51,52, 56, 58,59,68 типы) риска. Все участницы заполнили специальный опросник, отражающий особенности полового поведения. По результатам ПЦР-диагностики соскобов с шейки матки, сформировано 2 группы: ВПЧ-положительные (1) и ВПЧ-негативные (2).

Результаты: ВПЧ высокоонкогенного риска выявлены у 29,1 % (51 чел.) — в цервикальном канале, у 25,7% (45 чел.) — в анальной области и только у одной пациентки (0,6%) — в ротовой полости. ВПЧ 6 типа выявлен в двух случаях (1,2%), причем в одном из них — в цервикальном канале и анусе, в другом — только в анусе. В 1 группе частота выявления ВПЧ -ВР в анальной области составила 68,6% (35 чел.), во 2 — 0,98% (1 чел.). Средний возраст начала половой жизни составил 17,8 лет. В 1 группе регулярные половые контакты (чаще 1 раза в месяц) имеют 73,5% женщин; 87,8% из них практикуют оральный секс, причем 11,4% всегда используют презерватив; периодически — 8,2%. В 2 группе женщин (102 чел.), регулярной половой жизнью живут 73,3%, оральный секс практикуют 85,2 %. Анальный секс в этой группе достоверно чаще — 15,8% (16 чел.), при этом частота ПВИ в анусе составила 0,98%.

Выводы: на данном этапе исследование показало высокую степень инфицирования ВПЧ в анальной области (68,6%) у женщин с генитальной формой ПВИ в сравнении с контрольной группой (0,98%). Корреляции с особенностями полового поведения пока не выявлено. Не получено подтверждения о возможной передаче ВПЧ оральным путем, что, возможно, связано с особенностями забора материала и чувствительностью метода. Исследование продолжается.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Росюк Е.А., Исламиди Д.К.

Россия, г. Екатеринбург, МУ «Клинико-диагностический центр»

Этиология и патогенез предменструального синдрома (ПМС) до настоящего времени окончательно не установлены. Частота ПМС колеблется от 5 до 40 %. Установлено, что метаболиты прогестерона способны связывать рецепторы гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) — основного «тормозного

медиатора» мозга — и быть ответственными за эмоциональные, поведенческие и психические нарушения в предменструальном периоде. Однако нарушений уровня эстрадиола, прогестерона, ФСГ и ЛГ в течение менструального цикла у женщин, страдающих ПМС, не выявлено. Некоторые исследователи утверждают, что ПМС является вариантом психического заболевания, которое проявляется в предменструальные дни. Кроме того, ПМС отмечается у женщин определённого психического склада — возбудимые, раздражительные, чрезмерно следящие за своим здоровьем. В таком случае можно предположить, что женщины с ПМС чрезмерно эмоционально реагируют на отклонения от нормального течения беременности, что может приводить к угрозе прерывания беременности или даже к потере беременности.

Целью нашего исследования явилось установление выраженности предменструального синдрома у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

Нами было проведено клинико-лабораторное обследование 193 женщин, планирующих беременность, в возрасте от 20 до 35 лет. Пациентки были подобраны методом случайной выборки, по мере обращения. I группа — 92 человека — женщины с репродуктивными потерями в анамнезе в сроке до 22 недель гестации, планирующие беременность не ранее, чем через 6 месяцев после потери беременности; II группа — 71 человек — женщины с благоприятным исходом первых родов, планирующих очередную беременность не ранее, чем через 2-3 года после родов. Критерии исключения из исследования: истмико-цервикальная недостаточность как причина прерывания беременности, наличие тяжёлой соматической патологии. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин, планирующих первую беременность, у которых исключены хронические соматические и гинекологические заболевания. Набор клинического материала осуществлялся на базе подразделения «Центр Охраны Репродуктивного Здоровья» МУ «Клинико-диагностический центр» (МУ КДЦ). Все лабораторные исследования проводились на базе подразделения «Центр Лабораторной Диагностики» МУ «КДЦ», г. Екатеринбурга (главный врач — д.м.н., проф. Я.Б. Бейкин).

Всем женщинам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, оценка гормонального статуса. Диагноз ПМС устанавливался на основании сбора жалоб, анамнеза, данных календарей менструального цикла пациенток. По показаниям проводилась консультация смежных специалистов (терапевта, невролога, психолога).

Средний возраст женщин, планирующих беременность после репродуктивных потерь в анамнезе, составил $29,1 \pm 3,94$ лет, женщин после родов — $30,1 \pm 3,6$ лет. В контрольной группе средний возраст женщин составил $25 \pm 2,16$ лет. Предменструальный синдром у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе был выявлен в 15,22 % (14 пациенток). Во всех случаях отмечалась компенсированная стадия ПМС. У 9 пациенток (64,29 %) имела место отёчная

форма ПМС (преобладали нагрубание и болезненность молочных желёз), у 4 пациенток (28,57 %) — психовегетативная форма ПМС (отмечалась раздражительность, обидчивость и плаксивость), у 1 пациентки (7,14 %) — цефалгическая форма ПМС (головная боль напряжения за 2-4 дня до менструации). У женщин после родов ПМС обнаружен в 12,68 % случаев (9 пациенток), во всех случаях — компенсированная стадия. Отёчная форма ПМС — у 7 женщин (77,78 %), психовегетативная форма — у 2 пациенток (22,22 %). В контрольной группе ПМС встречался с частотой 13,33 % (4 пациентки).

При оценке гормонального статуса у женщин с ПМС нами не было выявлено достоверных различий в уровне эстрадиола, прогестерона, ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ. Уровень сТ4 достоверно выше у пациенток с ПМС ($p=0,024$).

В результате проведённого исследования нами не получено достоверных данных о преобладании ПМС у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, следовательно, наличие ПМС не является индикатором предрасположенности к неблагоприятному исходу беременности.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Сабдулаева Э.Х., Роговская С.И., Бурменская О.В., Непша О.С., Трофимов Д.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФПОВ ММУ им И.М Сеченова, Москва

Большинство плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (SIL), ассоциированных с ВПЧ, имеют благоприятный прогноз, но часть из них имеет риск прогрессии в рак шейки матки. Появление молекулярной диагностики дает возможность более точного прогноза течения инфекции. Идентифицирован ряд потенциальных маркеров, которые после клинической ратификации должны внести вклад в диагностику, прогноз и лечение цервикального поражения, в связи с чем продолжается их изучение. Цель исследования: Выявить закономерность изменения уровня экспрессии мРНК онкомаркеров: Ki 67, CCNB1, BIRC5, AURCA, CTSL2, MYBL2, P16INK4a, ESR1, PGR, BCL-2, BAX, BAG, TERT, NDRG1, GSTM1, CD68, COX-2, sCUBE, PTEN, у пациенток с LSIL и HSIL (внутриэпителиальные поражения плоского эпителия слабой и высокой степени) по сравнению со здоровыми женщинами.

Материал и методы: Обследовано 54 пациентки, которые разделены на группы: I-я группа — отсутствие патологии (12 женщин), II-я группа (16 пациенток) с LSIL и III-я группа (26 пациенток) с HSIL и верифицированным носителем ВПЧ. Комплексное обследование включало кольпоско-

пию, детекцию ВПЧ высокого онкогенного риска (ПЦР), морфологическое исследование с проведением гистологической и цитологической верификации SIL. Вирусная нагрузка определялась с использованием метода гибридного захвата (Digene test, США). Экспрессия мРНК вышеперечисленных генов определялась методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени (ДНК-Технология, Россия). Для количественной оценки уровня экспрессии мРНК генов использовался метод $\Delta\Delta Cq$ с нормировкой по 4 референсным генам HPRT1, TBP, GUSB и B2M. В качестве меры центральной тенденции использовалась медиана (Me). Достоверность межгрупповых различий определяли с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты. У женщин с HSIL отмечено достоверное повышение экспрессии мРНК P16ink4a в 7,7 раз ($p=0,0037$); маркеров пролиферации (MYBL2 в 14 раз ($p=0,00092$), Ki67 в 3,6 раза ($p=0,00059$); CCNB1, BIRC5, AURCA в 2 раза; ($p=0,0054$, $p=0,018$, $p=0,0054$ соответственно), маркера инвазии NDRG1 в 1,7 раза ($p=0,05$), TERT ($p=0,037$) и достоверное снижение маркеров апоптоза (BCL-2 в 1,8 раз ($p=0,010$); BAX в 1,5 раза ($p=0,0033$) по сравнению с контрольной группой.

У пациенток с LSIL достоверно повышена экспрессия мРНК P16ink4a в 3,2 раза ($p=0,035$), MYBL2 в 4,7 раза ($p=0,035$), Ki67 в 2 раза ($p=0,024$); эстрагенового рецептора ESR1 в 2,1 раза ($p=0,048$); маркера инвазии CTSL2 в 7 раз ($p=0,043$) и снижен уровень экспрессии BCL-2 в 2,1 раза ($p=0,0037$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Установлены различия в уровне экспрессии мРНК онкомаркеров в эпителии шейки матки у пациенток с различными вариантами SIL и здоровых женщин на фоне папилломавирусной инфекции. При HSIL достоверно повышены: MYBL2, Ki67, P16ink4a, CCNB1, BIRC5, AURCA, TERT и снижены маркеры апоптоза: BCL-2 и BAX. При LSIL повышены: Ki67, CTSL2, ESR, MYBL2, P16ink4a и снижен BCL-2. У здоровых женщин повышены маркеры апоптоза: BCL-2 и BAX. Наблюдение продолжается.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И АДЕНОМИОЗОМ

Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Ваганов Е.Ф., Политова А.П.

ГОУ ВПО «Российский Государственный медицинский университет Росздрава»

Аденомиоз является одним из частых заболеваний, вызывающих маточные кровотечения, альгоменоррею, служит показанием к длительной гормонотерапии и гистерэктомии. Аденомиоз нередко является причиной неэффективности при лечении маточных кровотечений и гиперпластических про-

цессов эндометрия. Изучение щадящих и органосохраняющих методов оперативного лечения при аденомиозе остается актуальным.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных с аденомиозом и менометроррагиями, заинтересованных в сохранении матки и имеющих противопоказания к оперативному лечению абдоминальным доступом.

Материалы и методы исследования: на базе 31 ГКБ обследовано 212 пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста с рецидивирующими маточными кровотечениями, обусловленными аденомиозом и/или его сочетанием с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия -174, железистой гиперплазией эндометрия (ЖГЭ)-38. Ранее всем пациенткам проводилась гистероскопия, выскабливание слизистой матки, гормонотерапия с непродолжительным эффектом. Возраст обследованных варьировал от 29 до 55 лет.

Больным, не заинтересованным в сохранении репродуктивной функции, имевшим диффузную или очаговую форму аденомиоза, в том числе в сочетании с миомой матки небольших размеров, была выполнена лазерная абляция эндометрия (29), баллонная (56) или электрохирургическая резекция (68). Пациенткам с более распространенным аденомиозом, узловой и диффузной формой, в сочетании с множественной миомой матки, имевшим маточные кровотечения, а так же заинтересованным в деторождении осуществляли ЭМА(59); при этом на втором этапе 18 больным с диагностированной при гистероскопии и гистологическом исследовании соскоба слизистой матки железистой гиперплазией после ЭМА назначали гормонотерапию эстрогенгестагенными препаратами.

Период наблюдения составил от 1 года до 4,5 лет после ЭМА и от 1 года до 8 лет после абляции эндометрия, в динамике оценивали менструальную функцию, данные эхографии, по показаниям проводили гистероскопию.

Результаты: все больные хорошо перенесли абляцию эндометрия и ЭМА, ни у одной не было интра- и послеоперационных осложнений, декомпенсации соматической патологии.

Эффективность абляции эндометрия при маточных кровотечениях у больных с ЖГЭ (без аденомиоза)составила в целом 92,1%. Больным с рецидивом ЖГЭ была произведена гистерэктомия, показанием к которой у 2,6% явился рецидив маточных кровотечений, у 5,3% возникновение доброкачественных серозных эпителиальных опухолей яичников в ходе динамического наблюдения после абляции.

Эффективность абляции эндометрия у больных с аденомиозом в целом была ниже, чем без аденомиоза — 83,5%, с учетом вида абляции она составила 85% при лазерной методике, 80,5% при баллонной термоабляции, 85,2% при биполярной гистерорезекции. В связи с рецидивом кровотечений и ЖГЭ, которые возникли через 1-7 лет после различных видов абляции 5,7% больных получали гормонотерапию, 3,6% подверглись повторной абляции электрохирургическим методом, 7,2% была выполнена гистерэктомия.

Клинический эффект у больных с менометроррагией после ЭМА был достигнут у 88% больных. У всех больных, имевших исходно альгодисменорею менструации стали безболезненными, у 3 больных желавших забеременеть через 1,5-2 года после ЭМА наступила маточная беременность, закончившаяся своевременными родами без осложнений. Ни у одной больной, получавшей после ЭМА гормонотерапию по поводу ЖГЭ не было рецидива гиперпластического процесса эндометрия. У 6 пациенток после ЭМА наблюдалась центрипетальная миграция миоматозных узлов небольшого размера, что потребовало проведения миомэктомии.

Таким образом, аденомиоз снижает эффективность абляции эндометрия у больных с маточными кровотечениями и ЖГЭ до 83,5%. Используемые методы абляции эндометрия и ЭМА у больных с аденомиозом и маточными кровотечениями сопоставимы по эффективности и легко переносятся больными, преимущества ЭМА заключаются в возможности сохранения и восстановления репродуктивной функции.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

**Савельева Г.М., Бреусенко В.Г, Голова Ю.А,
Сазонова Ю.М., Баисова Б.И., Политова А.П.**

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ

На современном этапе все более востребованными являются органосохраняющие подходы в лечении внутриматочной патологии как у молодых женщин так и у пациенток периода пре- и постменопаузы. Органосохраняющие подходы в лечении с использованием комбинации внутриматочной хирургии и гормонотерапии в репродуктивном периоде решают вопросы сохранения репродуктивного здоровья, менструальной функции, в пре- и постменопаузе являются щадящими малотравматичными методами лечения. Разработка дифференцированного подхода в лечении больных с внутриматочной патологией остается актуальной в любом возрасте.

Целью работы явилось оценить место гормонотерапии в лечении больных с внутриматочной патологией.

Нами обследованы и изучены отдаленные результаты лечения 290 больных репродуктивного и пременопаузального периода, 73 из них имели гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ)— полипы эндометрия (ПЭ) и железистую гиперплазию эндометрия (ЖГЭ), 217 сочетание ГПЭ с аденомиозом и миомой матки малых размеров. Ни у одной больной по данным ультразвукового исследования не было патологии яичников. Возраст больных варьировал от 32 до 54 лет, 2/3 больных находились в пременопаузе.

В зависимости от метода лечения больные были распределены на 3 группы. Первую составили 64 пациентки, которым после гистероскопии и выска-

бывания слизистой матки проводилась традиционная гормональная терапия с учетом возрастного периода жизни женщины эстроген-гестагенными (ригевидон, новинет, регулон) или гестагенными (норколут) препаратами по традиционным схемам в течение 6 месяцев, дополнительно всем больным назначали дезагреганты и гепатопротекторы. Вторая группа состояла из 153 больных, которым проводилась баллонная, лазерная абляция или электрохирургическая резекция эндометрия (гормонотерапию пациентки не получали ввиду противопоказаний или предубеждения). В третьей группе (73 больных) осуществляли комплексное лечение — на первом этапе проводили баллонную, лазерную абляцию или электрохирургическую резекцию эндометрия на втором — гормонотерапию гестагенами (норколут в менопаузе) и эстроген-гестагенами (ригевидон в репродуктивном возрасте). Больные всех групп лечения были сопоставимы по возрасту и характеру внутриматочной патологии.

Сроки проспективного наблюдения составляли от 1 года до 8 лет, в среднем 4,7±1,1 года, контрольные осмотры проводили 2 раза в год с использованием эхографии, аспирационной биопсии эндометрия, по показаниям осуществляли гистероскопию.

Эффективность лечения больных, имевших исходно ЖГЭ и ПЭ в 1 группе составила 74%, через 1-6 лет у 17 больных проведена повторная гистероскопия, выскабливание слизистой матки, при которой гистологически была подтверждена ЖГЭ. Все пациентки с рецидивом гиперпластического процесса эндометрия имели в качестве сопутствующей патологии матки аденомиоз и миому матки небольших размеров, каждая вторая — избыточный вес. По поводу рецидива гиперпластического процесса эндометрия и маточных кровотечений 6 больных получали повторный курс лечения гестагенами, 6-ти пациентками периода менопаузы произведена гистерэктомия (у 2 из них в период наблюдения возникли доброкачественные эпителиальные опухоли яичников), 5-ти электрохирургическая резекция эндометрия.

У больных 2 группы различные методики абляции эндометрия — баллонная, лазерная, электрохирургическая — были сопоставимы по своей эффективности. Эффективность тотальной абляции у больных с гиперпластическими процессами эндометрия составила 84%. Через 1,5-6 лет после абляции эндометрия у 25 (16,3%) больных возник рецидив патологии эндометрия или маточных кровотечений, при этом все больные имели сочетанную патологию эндометрия и миометрия — ЖГЭ и аденомиоз, либо сочетание миомы и аденомиоза. При эхографии рецидив ГПЭ был диагностирован у 18 из 25 больных: у 5 (3,3%) определялось локальное утолщение м-хо в трубных углах, у 13 (8,5%) неоднородное утолщенное м-эхо визуализировалось на всем протяжении полости матки; всем была выполнена гистероскопия (при этом у 8 она была недостаточна информативна из-за внутриматочных синехий), пациенткам была выполнена гистерэктомия (5) повторная абляция эндометрия (5), назначе-

на терапия гестагенами (3). У 6-ти пациенток в процессе наблюдения возникли яичниковые образования (простая серозная цистаденома-5, серозная цистаденокарцинома-1), по поводу которых предпринималась гистерэктомия, рецидив железистой гиперплазии эндометрия был диагностирован при гистологическом исследовании удаленной матки с придатками. У 1 пациентки после лазерной абляции эндометрия, произведенной в менопаузе по поводу ЖГЭ, через 6 лет возникли кровяные выделения на фоне 5 лет постменопаузы, гистероскопия и гистологическое исследование соскоба слизистой матки выявили аденокарциному эндометрия, больной была выполнена гистерэктомия.

Сочетанное последовательное использование абляции эндометрия и гормонотерапии позволило добиться эффекта в 86% наблюдений, у остальных 10 (14%) больных 3 группы через 2-4 года возник рецидив гиперпластического процесса эндометрия и/или маточных кровотечений, что потребовало повторного назначения гормональной терапии (8) или гистерэктомии (2).

Таким образом, гормонотерапия является эффективным методом лечения ГПЭ, в том числе их сочетания с аденомиозом и миомой матки. Гестагенные и эстроген-гестагенные препараты целесообразно назначать с учетом возрастного периода жизни женщины после различных видов абляции эндометрия при лечении гиперпластических процессов эндометрия.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Савельева Г.М., Соломатина А.А., Сафронова Д.А.
Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ
Москва, Россия

Целью исследования явилось определение оптимального объема оперативного вмешательства на основании изучения функции яичников до и после операции.

Нами изучено состояние яичника у 126 пациенток до и после односторонней аднексэктомии, которые составили 1 группу. Во 2 группу включены 143 наблюдаемых, перенесших резекцию яичника. Возраст наблюдаемых варьировал от 23 до 42 лет (29±1,5). В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, имеющих спонтанную овуляцию. Показаниями к оперативному вмешательству явились: простая серозная цистаденома (56), папиллярная (53), муцинозная (49), зрелая тератома (55), эндометриоз яичников (57).

Всем наблюдаемым помимо общеклинического обследования, проводилось 2D и 3D УЗИ на аппарате Voluson730Exr (Австрия) до и через 1,3,6,12 и 24 месяца после оперативного вмешательства. Функциональное состояние яичников изучали на

основании оценки овариального резерва и фолликулогенеза. Оценка овариального резерва проводилась на 3-5 день менструального цикла: оценивали объем яичника (V , см^3) количество антральных фолликулов (АФ), показатели интраовариального кровотока (VI, FI, VFI). Фолликулогенез исследовали в 1 и 2 фазы менструального цикла на основании формирования и васкуляризации доминантного фолликула и желтого тела.

Анализируя параметры овариального резерва до операции у пациенток после резекции, выявлено, что объем яичниковой ткани, прилежащей к яичниковому образованию при использовании режимов трехмерных реконструкций, у большинства наблюдаемых (75%) соответствовал контрольной группе ($6,5 \pm 0,5 \text{ см}^3$). В то же время отмечалось снижение количества антральных фолликулов ($4,5 \pm 0,3$). Интраовариальный кровоток был снижен у 72% (VI- $1,5 \pm 0,3$; FI- $26,1 \pm 1,8$; VFI- $0,4 \pm 0,2$). При эхографии оперированного яичника через 1 месяц после резекции, отмечено увеличение объема яичника ($8,4 \pm 0,4 \text{ см}^3$). Количество антральных фолликулов не претерпевало значимых изменений. Выявлено усиление скорости и интенсивности перфузии (VI- $2,3 \pm 0,4$; FI- $29,4 \pm 2,5$; VFI- $0,6 \pm 0,2$). Последующее динамическое наблюдение через 3, 6 и 12 месяцев показало постепенное уменьшение объема оперированного яичника к 12 месяцам ($5,3 \pm 0,4 \text{ см}^3$), количества антральных фолликулов ($4,2 \pm 0,3$), и показателей кровотока в сравнении с контрольной группой. Признаки овуляции в оперированном яичнике через 1 месяц наблюдения зафиксированы у 19,5%, через 3 месяца - только у 17,4%. В последующем через 6 и 12 месяцев частота овуляций имела место у 24,5% пациенток.

При оценке коллатерального яичника до операции, выявлено, что объем яичника, количество антральных фолликулов и показатели кровотока у большинства обследованных (77,6%) были не изменены. У 24,5% отмечалось снижение объема яичника ($3,21 \pm 0,9 \text{ см}^3$), количества антральных фолликулов ($3,5 \pm 0,4$) и показателей кровотока (VI- $1,5 \pm 0,3$; FI- $26,1 \pm 1,8$; VFI- $0,4 \pm 0,2$). Индивидуально выявлено, данные пациентки были с папиллярной и муцинозной цистаденомой.

Независимо от выполненного объема оперативного лечения изучаемые параметры не различались по группам до операции. При динамическом наблюдении через 1,3 и 6 месяцев после аднексэктомии, выявлено постепенное увеличение объема коллатерального яичника ($9,5 \pm 0,6 \text{ см}^3$), числа антральных фолликулов ($9,8 \pm 0,6$) через полгода, что сопровождалось увеличением количества сосудов и интенсивности кровотока. Среди наиболее частых нарушений фолликулогенеза выявлено формирование мультифолликулярной реакции яичников у 45%. При резекции, коллатеральный яичник не претерпевал значимых изменений у большинства наблюдаемых (65%). Частота овуляций через 6 месяцев у пациенток после аднексэктомии была в 2 раза ниже в сравнении с обследованными после резекции яичника. Через 12 месяцев отмече-

но восстановление объема яичников, количества антральных фолликулов, показателей кровотока у 71%, перенесших аднексэктомия, и у 85% после органосохраняющей операции. При увеличении длительности наблюдения до 2 лет, отмечено ухудшение функционального состояния яичников у 41,3%, перенесших аднексэктомия и у 18% после резекции. У каждой пятой больной после аднексэктомии наблюдалось формирование ретенционных кист. Наиболее выраженные изменения выявлены у пациенток после аднексэктомии, оперированных по поводу папиллярных и муцинозных цистаденом.

Таким образом, при оценке функционального состояния оперированного яичника, наиболее точным маркером является определение количества антральных фолликулов, так как объем яичника претерпевает изменения, связанные с реакцией яичниковой ткани на операционную травму. После органосохраняющей операции восстановление функциональной активности коллатерального яичника отмечалось через полгода наблюдения, после аднексэктомии через 1 год. Однако, с увеличением периода наблюдения, установлено ухудшение показателей функции яичников, наиболее выраженные после аднексэктомии, что следует учитывать при рекомендациях в отношении сроков наступления беременности после оперативного вмешательства и использовании ВРТ.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ПОЛИПАХ ШЕЙКИ МАТКИ

Савченко Т.Н., Мельников А.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Полипы эндцервикса занимают одно из первых мест по частоте встречаемости среди других доброкачественных поражений шейки матки, составляя около 23%. Этиология и патогенез полипов цервикального канала на сегодняшний день полностью не выяснены. Существует мнение о связи возникновения полипов шейки матки с гормональными и воспалительными процессами гениталий. Целью исследования явилось изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин репродуктивного возраста с полипами цервикального канала с определением целесообразности и эффективности коррекции его нарушений с помощью препарата «Вагинорм С». Материалы и методы. Комплексное клиничко-лабораторное обследование выполнено у 84 женщин репродуктивного возраста, из которых 44 пациентки были с полипами цервикального канала (основная группа) и 40 здоровых женщин (контрольная группа). Возраст женщин в обеих группах составил $34,2 \pm 4,8$ г. Комплексное обследование включало микроскопическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала, окрашенных по Граму, бактериологический анализ влагалищного и цервикального содержи-

мого. Для коррекции выявленных нарушений применяли препарат Вагинорм-С, который назначали по 1 таблетке 1 раз в день вагинально в течение 6 дней через 10 дней после хирургического лечения. После отмены препарата проводили контрольное бактериологическое исследование. Результаты бактериологического исследования показали, что полипам шейки матки сопутствуют отклонения в вагинальном биоценозе, которые проявляются в достоверном ($p < 0,05$) снижении частоты выделения основных кислотообразующих лактобацилл по сравнению со здоровыми женщинами. Только у 19 (43%) пациенток основной группы были выявлены лактобациллы в концентрации $6,2 \pm 1,2$ lg КОЕ/мл, в то время как у здоровых женщин лактобациллы были выявлены у 34 женщин, что составило 85 %, в средней концентрации $6,8 \pm 0,8$ lg КОЕ/мл. *Enterococcus* sp. выявлены у 34 % женщин основной группы, причём в достаточно высокой концентрации — $5,3 \pm 1,67$ lg КОЕ/мл. У 27,3 % пациенток высевались *E. coli* ($5,5 \pm 1,08$ lg КОЕ/мл). *Staphylococcus* sp. выявлены у 11,4% женщин с полипами цервикального канала, однако их концентрация не превышала $4,0 \pm 0,7$ lg КОЕ/мл. Редко, но в высокой концентрации высевались *Proteus* sp. и γ -*Streptococcus* sp. (2,3% и 4,5%, в концентрации $7,0 \pm 0$ lg КОЕ/мл и $5,0 \pm 0,7$ lg КОЕ/мл, соответственно). *Corynebacterium* sp. в концентрации $4,0 \pm 0$ выявлены в 2,3% случаев. Анаэробные микроорганизмы встречались редко, но в большом количестве, и были представлены *Peptostreptococcus anaerobicus* в концентрации $6,0 \pm 0$ lg КОЕ/мл у 2,3 % пациентов. Спектр условно-патогенных микроорганизмов, выявленных во влагалище у женщин контрольной группы, был значительно беднее. У 36% пациенток определялись *Enterococcus* sp. в средней концентрации $3,8 \pm 0,78$ lg КОЕ/мл, у 18,2% были выделены *Streptococcus* sp. в средней концентрации $2,8 \pm 1,1$ lg КОЕ/мл. Анаэробные микроорганизмы были представлены так же, как и в основной группе, видами *Peptostreptococcus* в средней концентрации $3,8 \pm 1,15$ lg КОЕ/мл у 27,3 % пациенток. Видовой состав микроорганизмов, полученных из цервикального канала как основной, так и контрольной группы, был несколько уже, чем во влагалище, а обсеменённость микроорганизмами была ниже. Проведённое исследование показало, что полипы цервикального канала ассоциированы с дисбиотическими нарушениями во влагалище и цервикальном канале — уменьшением лактобактерий на фоне повышения содержания представителей условно-патогенной флоры. Для коррекции микрофлоры влагалища, и, опосредованно, цервикального канала, в схему лечения был включён препарат Вагинорм-С. После лечения препаратом Вагинорм-С достоверно увеличилось количество пациенток, у которых определялись лактобациллы — до 78%, что сопоставимо с показателями контрольной группы. Средняя концентрация при этом составила $7,0 \pm 0,52$ lg КОЕ/мл. Достоверно снизилась средняя концентрация условно-патогенных микроорганизмов и частота их выявления. Таким

образом, использование препарата Вагинорм — С для нормализации микрофлоры половых путей является не только важным компонентом лечения полипов цервикального канала, но и препятствует их возможному рецидивированию.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА И ИНГИБИНА В ОЦЕНКЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Сагамонова К.Ю., Ломтева С.В, Азарова Т.Е.,
Казанцева Т.А., Палиева Н.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Центр репродукции человека и ЭКО

Овариальный резерв — это функциональный резерв яичников, который определяет способность последних к развитию здорового фолликула с полным ооцитом и возможность их адекватного ответа на гормональную стимуляцию (Боярский К.Ю., 2005, Назаренко Т.А. и соавт., 2005) Среди пассивных методов оценки овариального резерва наиболее высокой диагностической точностью обладают методы, основанные на определении уровня различных пептидов, вырабатываемых в яичнике (ингибин А и В, активин А, фоллистатин, антимюллеровый гормон (АМГ), белок про- α С). R. Fancin и соавт. (2003) обнаружили, что уровень антимюллерового гормона в большей степени коррелирует с числом антральных фолликулов, чем другие гормональные маркеры овариального резерва (такие как ингибин В, Е2, ФСГ). Причина этого феномена до конца не выяснена, но возможно она обусловлена различной регуляцией синтеза АМГ, ингибина В, Е2 и ФСГ.

Цель исследования: провести сравнительную характеристику диагностической значимости определения содержания АМГ и ингибина В в оценке овариального резерва пациенток, включенных в программу ЭКО.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 пациентки, включенные в программу ЭКО и условно разделенные на 2 клинические группы. Первую группу составили 19 обследуемых с бедным ответом яичников на гонадотропную стимуляцию (в результате пункции яичников аспирировано 1-4 ооцита). Во вторую группу были включены 23 пациентки с достаточным ответом яичников на гонадотропную стимуляцию (при пункции аспирировано 5 и более ооцитов). Средний возраст обследуемых 1 группы составил 35,1 года (26;43), 2 группы- 31,4 (24;42).

С целью оценки исходного гормонального состояния репродуктивной системы в 1-3 дни менструального цикла проводилось определение концентрации уровня гормонов в плазме крови иммунофлюоресцентным методом с использованием иммуноферментных тест-систем Delfia (Wallac Oy, Turku, Finland). Уровень ингибирующего вещества Мюллера и ин-

гибина В определяли тест-системами DSL (USA). Измерения проводили на микропланшетном фотометре Sunrise (TECAN, Австрия).

Полученные результаты. При сравнительном анализе содержания фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови обследуемых было установлено, что в 1 группе концентрация ФСГ была достоверно выше — 10,7 (4,2;19) МЕ/л аналогичных показателей 2 группы — 6,0 (2,9;10,0) МЕ/л и нормативных значений (2,4-9,3) МЕ/л ($p < 0,05$). В отличие от этого статистически значимых отличий в уровне лютеинизирующего гормона в обеих группах установлено не было (в 1 группе — 5,8 (0,7;7,4) МЕ/л, во 2 — 5,3 (2,9-10,0) МЕ/л. Наряду с этим, во 2 группе отмечалась более интенсивная продукция эстрадиола 49,5 (0,2;127) нмоль/л по сравнению с 1 группой — 41,4 (0,6;72), однако достоверных отличий выявлено не было.

Принципиальные различия были установлены при сравнительном анализе диагностической значимости АМГ и ингибина В у пациенток с нормальным и бедным ответом яичников. Концентрация АМГ у последних (1 группа) была в 3 раза меньше и составила 0,94 (0,15;2,54) нг/мл, в то время как у обследуемых с нормальной ответной реакцией яичников на гонадотропную стимуляцию была равна 2,98 (0,73;5,89) нг/мл ($p < 0,05$). Интересным является тот факт, что содержание ингибина В у женщин со столь неравноценной функциональной активностью яичников (1 и 2 группы) не имело статистически значимых отличий (в 1 группе — 125,0 (16;306) пг/мл, во 2 группе — 106,5 (2,4;225) пг/мл.

Закономерным на наш взгляд явился сравнительный анализ количества гонадотропных гормонов, используемых в протоколах стимуляции у обследуемых клинических групп. В 1 группе средняя потребность в гонадотропных гормонах составила 1470, 8 МЕ (1125,0;1725), во 2 группе — 1202,8 (575;1825) МЕ. При относительно меньшем количестве гонадотропинов, используемых во 2 группе, среднее количество яйцеклеток составило 9,1 (5;20) эмбрионов — 6,6 (2;14). В отличие от этого на фоне более значимой гонадотропной стимуляции в 1 группе количество аспирированных яйцеклеток было почти в 4 раза — 2,5 (1,0;4,0), а эмбрионов более чем в 3 раза меньше — 1,8 (1,0;4,0). Беременность в результате проведенной программы наступила у 5 (26,3%) женщин 1 группы и у 9 (39, 1%) пациенток 2 группы.

Заключение. Приведенные выше параметры оценки «овуляторного резерва», в некоторой степени свидетельствуют о том, что АМГ (в отличие от ингибина В) является более точным маркером репродуктивного потенциала женщины.

В то же время необходим дальнейший поиск более точных маркеров, способных оценить индивидуальные особенности старения репродуктивной системы женщины и определить биологический возраст и потенциал яичников.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ФОРМ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Саидова Р.А., Воробьева Е.В., Першина Е.В.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ, Московская
Медицинская академия им. И.М. Сеченова, Россия, г. Москва

Актуальность: Актуальность изучения проблемы эндокринного бесплодия и оптимизация принципов его лечения у женщин позднего репродуктивного возраста обусловлена тенденцией к увеличению в популяции доли женщин возраста от 35 лет и старше при одновременном уменьшении численности женщин среднего репродуктивного возраста от 25 до 34 лет. Вероятность бесплодия у женщин 35-44 лет вдвое выше, чем в возрасте 30 — 34 лет, потому как возраст уже сам по себе оказывает влияние на фертильность. Кроме того, у женщин позднего репродуктивного возраста увеличивается частота гинекологических заболеваний, последствий перенесенных воспалительных заболеваний и оперативных вмешательств на матке и придатках, а так же экстрагенитальных заболеваний, с преобладанием сердечно-сосудистых и эндокринопатий. Многие специалисты считают, что почти в половине случаев бесплодие в браке обусловлено нарушением репродуктивной функции обоих супругов. Поздний репродуктивный возраст женщины, наличие сопутствующих гинекологических заболеваний, состояние здоровья мужа, предполагает одномоментное наличие нескольких факторов бесплодия, а их комбинация приобретает зависимый характер и степень значимости определяет сложность выбора терапии.

Цель исследования: оптимизация и обоснование принципов лечения эндокринных форм бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: нами проведена сравнительная характеристика 54 женщин позднего и среднего репродуктивного возраста, имеющих в анамнезе первичное или вторичное бесплодие: I группа — 28 больных (средний возраст 38,357±0,5 года) позднего репродуктивного возраста от 35 до 44 лет, II группа сравнения — 26 пациенток (средний возраст 29,385±0,5) среднего репродуктивного возраста от 25 до 34 лет. Было проведено полное клиническое обследование с оценкой гормонального профиля и проведением УЗИ в динамике менструального цикла. Проведена статистическая обработка полученных результатов.

Результаты: Сравнивая результаты обследования, было выявлено, что у пациенток I группы в 61% случаев причиной обращения явилось вторичное бесплодие, в то время как пациентки II группы в 58% случаев страдали от первичного бесплодия и в 77% случаев, оно было сочетанным. Наибольшее количество беременностей в анамнезе отмечалось у пациенток I группы, так у 60,7% больных зафиксировано от 1 до 5 беременностей во II группе у 42,3% пациенток была 1 - 3 беременности. У

больных I группы выявились: ДМК (46,4%), ИППП (75%), миома (42,8%), гиперпластические процессы в эндометрии (28,5%), ФКМ (7%). Во II группе — опсоменорея (53,8%), сочетанная форма гиперандрогении в том числе СПКЯ (88%), ИППП (46%). При оценке соматического статуса, в обеих группах были выявлены хронические воспалительные заболевания (50% и 38,4% соответственно), с превалированием в I группе заболеваний, сердечно-сосудистой системы (35,7%), щитовидной железы (21,4%). Основными формами нарушения менструальной функции в I группе явились гиперэстрогенная ановуляция (25%) и гиперэстрогенная НЛФ (14,3%). Во II группе — нормоэстрогенная ановуляция (26,9%) и гипопрогестероновая НЛФ (23%). Таким образом, в группе пациенток среднего репродуктивного возраста наиболее характерными являются дисфункциональные нарушения репродуктивной системы с превалированием относительной или абсолютной гиперандрогении. Проведение адекватной терапии с нормализацией метаболизма андрогенов (тестостерона, андростендиона, дигидротестостерона) позволяет достичь нормализации менструальной функции в 86-91%, овуляции в 83,8% и наступления беременности в 68,4%. У пациенток старшего репродуктивного возраста наиболее значимыми являются результаты возрастной перестройки репродуктивной системы. Тактика ведения таких больных зависит от превалирования типа нарушений — преждевременный выбор доминантного фолликула или дефицит эстрогенов. Так, данные уровня эстрадиола на 5-7 день цикла превосходили в I группе больных, что составило $323,35 \pm 50,5$ пмоль/л и $207,7 \pm 18,3$ пмоль/л соответственно ($p < 0,05$), а так же на 21 — 23 день цикла — $473,069 \pm 58,78$ пмоль/л и $428,2 \pm 43,68$ пмоль/л соответственно. По данным УЗИ средний размер фолликула на 5-7 день цикла у пациенток I группы был больше, чем у больных II группы — $13,84 \pm 1,38$ мм и $10,75 \pm 0,97$ мм ($p < 0,05$).

Заключение: Таким образом, для пациенток позднего репродуктивного возраста с гиперэстрогенной формой нарушения репродуктивной функции характерны выраженные нарушения менструальной функции, развитие дисгормональных и прогрессирование соматических заболеваний, что определяет сложность адекватного выбора терапии. Оценка формы (НЛФ и ановуляция) и типа нарушения репродуктивной системы (гиперэстрогенная и гипоэстрогенная) позволяет оптимизировать принципы выбора терапии и тактику ведения для женщин с эндокринными формами бесплодия позднего репродуктивного возраста.

МЕДИКО — СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Салий М.Г., Ткаченко Л.В., Григорян Н.В.

Россия, г. Астрахань, Медицинская Академия

Выраженные негативные сдвиги в состоянии здоровья детей подросткового возраста в настоящее время уже привели к ухудшению репродуктивного здоровья, и не могли не сказаться на демографической ситуации в нашей стране. Среди причин репродуктивных нарушений существенное место занимает гипоталамический пубертатный синдром. При этом быстрые перемены в государстве и обществе определили формирование у современных подростков стереотипов поведения не направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Целью настоящего исследования явилось определение роли медико-социальных аспектов при гипоталамическом синдроме периода полового созревания с нарушением процессов становления репродуктивной функции у девушек-подростков.

Материалы и методы: Для оценки медико-социальных аспектов были изучены данные анамнеза, социально-бытовые условия, наследственности со стороны матери, течение анте-, перинатального периодов и периода детства, соматическое здоровье, данные объективного обследования с оценкой функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, вегетативного статуса у 57 девушек-подростков 10-17 лет с гипоталамическим синдромом периода полового созревания (ГСПП).

Результаты: В анамнезе у больных подростков были указания на неблагоприятные условия жизни (17,4%). Большая часть обследуемых (71,3%) воспитывались в полной семье и обучались в гимназиях или лицеях. Время пребывания в школе у этих детей составило в среднем $5,3 \pm 0,7$ часа. Умственное переутомление отмечено более чем у половины пациентов. С 12 лет 27,5% подростков имели вредные привычки (курение, употребление алкоголя), с 14-15 лет 68,9% обследуемых. Начало половой жизни приходится на 15-16 лет в 20,2% наблюдений, 17 лет- 39,8%. Среди обследуемых девочек — подростков в возрасте 13-17 лет 39% обращались за медицинской помощью в женские консультации, кабинеты детских гинекологов и акушерско-гинекологические стационары. Из них 17% для проведения медицинского аборта в сроке до 12 недель и 7% после 12 недель беременности. Причём у 30% из них начало сексуальных отношений отмечено ранее, чем через 3 месяца после знакомства. В 48% случаев отсутствовала контрацепция при первом и последующих контактах.

Заслуживает особого внимания высокий процент (69,7%) психотравмирующих ситуаций в пубертатном и юношеском возрасте. При оценке внутрисемейных отношений имели место конфликтные

ситуации в виде не понимания интересов ребёнка матерью (25,1%) или отцом (27,7%). Разногласия в школьном коллективе отмечены у 39,2% детей.

Выявлены выраженные нейроэндокринные нарушения у матерей обследуемых девушек. Преобладали женщины с ожирением 51,2%, вегетососудистыми нарушениями-37,3%, гиперпластическими процессами и гормонозависимыми опухолями репродуктивной системы-23,4%. Анализ течения беременности и родов выявил наличие осложнений у 88,2% матерей, обследуемых девушек. При изучении перинатального периода значимыми оказались такие факторы как родовая травма новорожденного, ишемия головного мозга, внутричерепные кровоизлияния, и недоношенность, составившие 84,7%, что могло явиться первичным повреждающим фактором гипоталамо-гипофизарной системы. Оценка периода детства показала наибольшую заболеваемость и возрастание инфекционного индекса в 1,5-2 раза. Особое внимание по развитию гипоталамического синдрома периода полового созревания и нарушений репродуктивной функции заслуживают девочки 3-группы здоровья. В препубертатном периоде неблагоприятными факторами могут служить аппендэктомии и тонзилэктомии.

Роль клинического эквивалента ранних отклонений пубертатного развития обследуемых может играть вегетативная дисфункция. Отмечены эмоционально-тревожный синдром-92,3%, астенический-39,8%, дезадаптационный-65,9%, периферическая вегетативная дисфункция-78,7%. В начальной стадии гипоталамического синдрома, в возрасте 12—14 лет, отмечалась функциональная гиперактивация высших регулирующих механизмов, в том числе центральных отделов симпатoadреналовой системы, с повышенным выделением катехоламинов (дофамин $647,5 \pm 18,2$ нмоль/л, норадреналин — $140,8 \pm 1,8$ нмоль/л, адреналин — $97,7 \pm 3,4$ нмоль/л). Выявлена повышенная секреция лютеинизирующего ($p < 0,05$), фолликулостимулирующего гормонов ($p < 0,05$), а также кортизола ($p < 0,001$) и тестостерона ($p < 0,05$). Наблюдалось снижение содержания Е2 и прогестерона ($p < 0,05$). Указанные гормональные сдвиги обуславливали характерную клиническую картину: вегетативную дисфункцию, нарушения менструального цикла, ожирение, интенсивно окрашенные стрии. По данным объективного исследования при гипоталамическом синдроме периода полового созревания важнейшими в прогнозировании нарушений репродуктивной функции являются нарушения менструальной функции у значительного количества девочек (86,4%), сохраняющиеся к началу детородного периода, чаще по типу олигоменореи (43,5%) или опсоменореи (38,2%).

Вывод. Таким образом, неблагоприятный анамнез, переутомление, вредные привычки, психологическое состояние, отягощённая наследственность, осложнения перинатального периода, высокий инфекционный индекс являются неблагоприятным преморбидным фоном для развития гипоталамического синдрома периода полового созревания с фор-

мированием нарушений репродуктивной функции и усугубляют его течение.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Салий М.Г., Мамиев О.Б., Селина Е.Г.
Россия, г. Астрахань, Медицинская академия

В период масштабных социально-экономических реформ, происходящих в нашей стране, охрана репродуктивного здоровья молодёжи приобретает особую ценность. Гипоталамический синдром пубертатного периода встречается у 13-15% девочек на этапе становления репродуктивной функции. За последние 10 лет отмечается рост этой патологии в несколько раз. Наличие изменений со стороны нервной системы у девочек с гипоталамическим синдромом периода полового созревания имеет большое значение в развитии нарушений репродуктивной функции.

Цель исследования — оценка нейрофизиологического состояния девушек-подростков при гипоталамическом синдроме периода полового созревания, его роль в развитии заболевания и формировании нарушений репродуктивной функции.

Материалы и методы. Для оценки нейрофизиологического состояния было обследовано 57 больных с гипоталамическим синдромом периода полового созревания (ГСПП) в возрасте от 10 до 17 лет (основная группа). Нейрофизиологические исследования пациенток включали электроэнцефалографию (ЭЭГ); эхоэнцефалографию (ЭХОЭГ); реоэнцефалографию (РЭГ) и кардиоинтервалографию (КИГ). Определение роли нейрофизиологического состояния в развитии заболевания и формировании нарушений репродуктивной функции проводилось путём изучения анамнеза, клинического течения заболевания, характера нарушений менструальной функции, объективного обследования с оценкой функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы. Контрольную группу составили 30 условно здоровых девушек-подростков того же возраста.

Результаты. У 84,7% девушек основной группы перинатальный анамнез был отягощён формированием церебральных нарушений: родовая травма ЦНС (37,8%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (21,1%), недоношенность и минимальной церебральной дисфункции (17,8%), реже судороги (7,3%). В более позднем возрасте имели место случаи сотрясений головного мозга (13,3%). При оценке клинического течения ГСПП отмечены нарушения менструального цикла (96,7%) и сопутствующее ожирение (83,3%). Среди других вариантов клинической симптоматики имелась высокая частота го-

ловной боли (63,3%). В структуре нарушений менструального цикла преобладал гипоменструальный синдром (66,7%), затем ювенильные маточные кровотечения (13,3%), первичная и вторичная аменорея (16,7% и 13,3%), у каждой третьей пациентки наблюдалась альгоменорея (36,7%). Исследования с помощью электроэнцефалографии показали отсутствие изменений биоэлектрической активности у девочек контрольной группы. При ГСПП в 63,3% зарегистрированы общемозговые изменения биоэлектрической активности ирритативного характера с признаками раздражения диэнцефальных отделов мозга (1 тип изменений), а выраженные по органическому типу с признаками дисфункции диэнцефальных отделов мозга (2 тип изменений) обнаружены у 26,7% обследованных. Анализ данных реоэнцефалографии, показал удовлетворительное пульсовое кровенаполнение в зоне васкуляризации *arteria carotis interna* у 46,7% пациенток с ГСПП, повышенное — в 33,3% и сниженное — в 20,0% случаев. В зоне васкуляризации *arteria vertebralis* удовлетворительное пульсовое кровенаполнение выявлено у 60,0% девушек; повышенное — у 33,3% и сниженное — лишь в единичных случаях (6,7%). Признаки ангиодистонии отмечены у большинства (93,3%) пациенток с ГСПП, а затруднение венозного оттока — лишь в 53,3% наблюдений. Данные ЭХОЭГ свидетельствовали о наличии расширения боковых и III желудочков у 3,3% больных. По результатам ЭХОЭГ в контрольной группе патологии не выявлено. Рентгенологическое обследование черепа в двух проекциях диагностировало повышение внутричерепного давления у 36,7% пациенток с ГСПП, у 13,3% обследованных определялись изменения в области турецкого седла. С помощью компьютерной томографии черепа органическое поражение гипофиза было исключено. Оценка вегетативного тонуса при ГСПП показала преимущественное смещение в сторону симпатических реакций (27,6%) и вегетативное обеспечение — парасимпатических (36,6%), сочетание симпатического характера вегетативного тонуса и избыточной парасимпатической вегетативной регуляции (55,8%). В результате патологической активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы выявлена повышенная секреция лютеинизирующего гормона ($p < 0,001$), пролактина ($p < 0,05$), фолликулостимулирующего гормона ($p < 0,05$), а также кортизола ($p < 0,001$) и тестостерона ($p < 0,05$). Наблюдалось снижение содержания эстрадиола и прогестерона ($p < 0,05$), повышение выделения дофамина ($p < 0,001$), норадреналина ($p < 0,05$), адреналина ($p < 0,001$).

Вывод. Таким образом, нейрофизиологическое состояние девочек с гипоталамическим синдромом периода полового созревания характеризуется общемозговыми изменениями биоэлектрической активности ирритативного и органического характера с признаками раздражения и дисфункции диэнцефальных отделов мозга, ангиодистонии, затруднением венозного оттока, сочетанием симпатического характера вегетативного тонуса и избы-

точной парасимпатической вегетативной регуляцией. Одним из дополнительных патогенетических механизмов развития такого состояния является перинатальный анамнез, отягощённый формированием церебральных нарушений.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

**Сапрыкина Л.В., Доброхотова Ю.Э.,
Литвинова Н.А.**

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

Частота встречаемости гиперплазии эндометрия (ГЭ) у женщин в перименопаузальном периоде составляет 60-76% в структуре гинекологической патологии. Трудность лечения больных с ГЭ обусловлена не только различной чувствительностью к гормонотерапии, но и экстрагенитальной патологией женщин в перименопаузальном возрасте, ограничивающая использование гормонов при терапии ГЭ.

Цель исследования — изучение преморбидного фона у пациенток перименопаузального возраста с ГЭ.

Для этого был проведен анализ анамнестических данных и результатов объективного обследования 170 пациенток с ГЭ, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Московской городской клинической больницы № 1.

Всем больным было проведено полное клинико-лабораторное обследование. По показаниям были консультации смежных специалистов: терапевта, хирурга, эндокринолога.

Лидирующее положение в структуре экстрагенитальной заболеваемости занимала патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холестиститы, желчно-каменная болезнь) — у 35,29% больных. 13,53% пациенток указывали на патологию мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит).

Из патологии сердечно-сосудистой системы наиболее часто выявлялась гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертония (28,82%). Ишемическая болезнь сердца — у 10% пациенток (стенокардия покоя, неоднократные инфаркты миокарда в анамнезе). У 5,29% пациенток была посттромботическая болезнь нижних конечностей, осложнившаяся развитием ТЭЛА.

У 12,94% пациенток было диагностировано варикозное расширение вен нижних конечностей.

При изучении эндокринной патологии было выявлено, что у 12,94% имелась патология щитовидной железы. При этом 4,12% перенесли операцию по поводу узлового зоба.

Гипергликемия натощак была выявлена у 5,9% пациенток. Сахарный диабет I и II типа в стадию компенсации был у 8,82% больных, в стадию декомпенсации — у 5,88%.

Ожирение было у 28,82% пациенток (в т.ч. по андройдному типу у 17,65%). У 8,82% больных было ожирение III и IV степени (в т.ч., препятствующее оперативному лечению).

У 58,82% пациенток было сочетание 2-3 нозологических единиц (обменно-эндокринных и геронтологических нарушений).

Таким образом, проведенное исследование доказывает, что преморбидный фон у больных ГЭ отягощен наличием различных экстрагенитальных заболеваний. Данный факт необходимо учитывать при диспансерном наблюдении больных ГЭ, при проведении предоперационной подготовки и в последующем ведении больных.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Сасунова Р.А., Иванова Е.В., Межевитинова Е.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой многогранный симптомокомплекс различной степени выраженности, проявляющийся нервно-психическими, вегето-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. В настоящее время ПМС является одной из наиболее актуальных проблем, в виду его распространенности и разноречивости представлений об этиологии и патогенезе.

Целью исследования явилась оценка контрацептивной и лечебной эффективности низкодозированного комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего в качестве гестагенного компонента дроспиренон у пациенток репродуктивного возраста с наличием симптомов ПМС различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования.

Было обследовано 169 пациенток репродуктивного возраста с наличием симптомов ПМС различной степени тяжести, желающих использовать надежный метод контрацепции. Применялись общеклинический, клинико-лабораторный и инструментальный методы обследования, консультации психолога и психиатра. 118 женщин, соответствующие критериям включения и исключения (репродуктивный возраст, отсутствие противопоказаний к использованию гормональной контрацепции) были включены в исследование. Им был назначен препарат, содержащий 3мг дроспиренона и 20мкг этинилэстрадиола, на срок — 6 месяцев, с контрацептивной и лечебной целью, ежедневно по 1 таблетке по схеме 24+4. Оценка циклических симптомов проводилась с помощью анкетирования, позволяющего поставить диагноз ПМС и предварительно определить степень его тяжести. Кроме того, пациентки вели дневники наличия симптомов ПМС в течение 1-2 месяцев до начала применения КОК, а также

на фоне терапии. Эффективность терапевтического воздействия контрацептива на течение ПМС оценивалась с помощью этих дневников, психологических шкал оценки тревоги, депрессии и виды психологической защиты.

Результаты и обсуждение.

У 118 пациенток выявлен ПМС различной степени тяжести (у 18 пациенток — предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР), у 38 — средняя степень ПМС, а у 62 — легкая степень ПМС).

Из соматических симптомов наиболее часто встречались: мастодиния и масталгия (70,8%), вздутие живота (57,4%), отеки (44,3%), головные боли (27,5%); из психоэмоциональных симптомов: эмоциональная лабильность (65,6%), раздражительность (63,5%), плаксивость (55,3%), депрессия (40,4%), повышение аппетита (32,8%), утомляемость (32,5%), чувство тревоги (26%). На фоне проводимой терапии частота основных проявлений ПМС существенно снизилась.

Через 3 месяца лечение было эффективно у 70 пациенток (59,8%), частичная эффективность наблюдалась у 43 пациенток (36,6%), а у 5 пациенток препарат оказался неэффективен (4,6%), все эти пациентки относились к группепациенток с ПМДР. Благодаря применению дроспиренона наблюдается улучшение аффективного самочувствия пациенток, что отчетливо прослеживается по психологическим шкалам. Побочные эффекты наблюдались в первый месяц использования КОК (6 пациенток (5,7%) предъявляли жалобы на диспептические явления, 4 пациентки (3,42%) на головную боль, 2 — на межменструальные кровянистые выделения (2,28%). Все симптомы исчезли самостоятельно и не потребовали дополнительного назначения терапии или отмены препарата.

Контрацептивная эффективность составила 100%.

Выводы.

Низкодозированный комбинированный оральный контрацептив, содержащий в качестве гестагенного компонента дроспиренон (3мг) и 20мкг этинилэстрадиола является эффективным и приемлемым методом контрацепции у женщин репродуктивного возраста.

Препарат благоприятно воздействует на симптомы ПМС, снижая их выраженность в среднем на 40%.

Дроспиренон-содержащий КОК является препаратом выбора для лечения ПМС и ПМДР.

ЦИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Свердлова Е.С., Дианова Т.В.

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии

До настоящего времени консервативному лечению ЗППП у ВИЧ-инфицированных женщин уделяется недостаточно внимания: предложен только

метод лечения с использованием 0,05%-го раствора хлоргексидина биглюконата в комплексе с антибиотиками широкого спектра действия. Клинический эффект при лечении ЗППМ традиционными схемами получен у 75% ВИЧ-инфицированных в стадии бессимптомного носительства ВИЧ и только у 50% женщин с прогрессирующей ВИЧ-болезнью.

По мере прогрессирования иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных женщин с ПВИ увеличивается удельный вес и степень тяжести дисплазий цервикального эпителия до 18,7% (в 5,6 раза больше, чем в популяции). При этом выявленные изменения локального иммунитета в виде снижения фагоцитарной активности нейтрофилов, лизоцима, иммуноглобулинов, цитокинов влагалищной жидкости служат патогенетическим обоснованием локальной иммунотерапии.

Цель исследования: показать целесообразность использования препарата Ронколейкин для локальной терапии ЗППМ при сочетании с ПВИ у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материалы и методы исследования: обследованы 444 ВИЧ-инфицированные женщины в возрасте от 20 до 34 лет с положительным результатом ВПЧ, из них у 293 (66%) определен 16 и у 22 (5%) 18 генотип. Длительность наблюдения составила от 1 до 5 лет. Диагноз ЗППМ установлен в результате обследования, включавшего: визуальный осмотр, PAP-тест, кольпоскопию на цифровом видеокольпоскопе SENSITEC SLC-2006, гистологическое исследование биоптатов шейки матки и соскобов со стенок цервикального канала, выявление ВПЧ методом ПЦР. При положительном ВПЧ скрининге проводилось генотипирование и количественный ВПЧ-тест «АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT» производства ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора. Для локальной цитокинотерапии использовался отечественный интерлейкин-2 Ронколейкин, разрешенный к применению приказом МЗ РФ №249 от 31.08.95. Выбор препарата обусловлен его биологическими свойствами: способностью активировать и дифференцировать Т- и В-лимфоциты, натуральные киллеры, моноциты и макрофаги, баланс Т-хелперов и обеспечивать иммунную защиту, направленную против опухолевых клеток и возбудителей бактериальной, грибковой и вирусной природы.

Полученные результаты: Все ВИЧ позитивные пациентки с ВПЧ инфекцией имели различные заболевания шейки матки. Хронический цервицит, ассоциированный с ВПЧ, в т.ч. кондиломы шейки матки выявлен у 275 (62%), ЦИН 1 ст. — у 80 (18%), ЦИН 2 ст. — у 62 (14%), ЦИН 3 ст. — у 27 (6%) женщин. Критериями отбора для терапии цитокинами явились: больные с ЦИН 2-3 исключительно на экзоцервиксе без вовлечения цервикального канала; с рецидивом ЦИН через 3 — 6 месяцев после традиционного лечения — иссечения патологического очага радиоволновой петлей; без сопутствующих ЗППП, бактериального вагиноза и кандидозного вагинита на момент осмотра и согласия женщины на последующее лечение. Данным критериям

соответствовала 21 пациентка. В зависимости от показателей иммунного статуса (CD4+, вирусная нагрузка) выделены 2 группы: первая — 7 пациенток с числом Т-клеток менее 200 и ВН более 1000 копий/мл, получавших ВААРТ, вторая — 14 женщин с числом Т-клеток более 200 и неопределяемой ВН. Ронколейкин вводился в толщу шейки матки в 2 точки за одно введение в дозе 500.000 ЕД, растворенных в 1 мл 0.9% физиологического раствора. На курс 3 — 5 процедур с интервалом 2 — 3 дня. После проведения первого курса Ронколейкина абсолютное число CD4+ лимфоцитов возросло в 1,5- 2 раза по сравнению с исходным уровнем и у 15 пациенток увеличилось абсолютное количество НК-клеток. Кольпоскопически у 5 женщин, получавших ВААРТ, наблюдалась положительная динамика (УБЭ стал более прозрачным с нежной мозаикой и пунктацией), а у 2 пациенток — эффекта не было. Во второй группе лечебный эффект наблюдался во всех случаях (уменьшение распространенности УБЭ, М и П). Все достигнутые изменения фиксированы на фотографиях и сохранены в базе данных ПК, соединенного с видеокольпоскопом. Второй курс применения препарата, проведенный через 2 месяца после первого, способствовал рецидиву кандидозного вагинита у 9 пациенток обеих групп (не зависимо от ВААРТ). Через 3 месяца после лечения Ронколейкином у 7 больных, получавших ВААРТ, и у 5 из второй группы ЦИН 2-3 не прогрессировала, что подтверждено данными кольпоскопии, цитологии и патогистологического исследования. У 9 пациенток второй группы местного лечения Ронколейкином оказалось недостаточно, им была назначена ВААРТ в связи с низким содержанием Т — клеток (ниже 200) и ВН более 10000.

Закключение: рецидив и наличие ЦИН 2-3 в условиях инфицирования ВПЧ, усугубляемое сопутствующей ВИЧ-инфекцией, требует проведения дополнительных к основному хирургическому лечению мероприятий по коррекции нарушений местной иммунной системы. Использование рекомбинантного ИЛ-2 при ЗППМ у ВИЧ-инфицированных позволяет восстанавливать взаимосвязи в системе общего и локального иммунитета, а в комплексе с ВААРТ позволяет отсрочить прогрессирование ЦИН 2-3 в РППМ.

КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Святлов Д.И., Кахиани Е.И., Бардаков С.Н., Ковалев С.А., Жилин А.А., Попов А.В.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия» МО РФ

Для разработки критериев прогнозирования риска развития гипертонической болезни (ГБ) после перенесенной гистерэктомии обследовали 85 гинекологических больных на 10-14-е сутки после опе-

рации, 50 женщин, больных ГБ, и 50 практически здоровых женщин.

При исследовании состояния вегетативной регуляции использовали кардиоритмографию (КРГ) с оценкой показателей variability ритма сердца (ВРС). Показатели гемодинамики определяли методом компьютерной биполярной интегральной реографии тела. Среднее артериальное давление (САД) рассчитывали на основании величин систолического (СД) и диастолического (ДД) артериального давления, а удельного общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) — с использованием значений САД, СИ и площади тела. Реактивность системного кровообращения оценивали по изменениям показателей кровообращения при выполнении пробы с задержкой дыхания на 20 с после глубокого нефорсированного вдоха.

В ходе исследования обнаружена гетерогенность изучавшегося контингента пациенток, которая проявлялась значительным разбросом величин показателей регуляции, состояния и реактивности системного кровообращения. Необходимость предупреждения формирования клинической формы ГБ у отдельно взятой пациентки в периоде послеоперационной реабилитации предполагает разработку критериев оценки степени риска развития заболевания для назначения в дальнейшем патогенетически обоснованного превентивного терапевтического пособия.

При разработке способа прогнозирования риска развития ГБ после перенесенной гистерэктомии использовали дискриминантный метод анализа показателей ВРС. Совокупность женщин, перенесших гистерэктомию, с помощью кластерного анализа на основании величин ВРС была разделена на два кластера: первый кластер составили 57 больных, второй — 28.

Дисперсионный анализ выявил достоверное снижение значений всех изучавшихся показателей ВРС в первом кластере по сравнению с аналогичными показателями пациенток второго кластера и практически здоровыми женщинами ($p < 0,000...$). Во втором кластере уровни временных показателей ВРС (SDNN и pNN50), общей мощности спектра частот КРГ (Total power) и его высокочастотной составляющей (HF) были достоверно меньшими аналогичных показателей женщин без явной патологии ($p < 0,001$).

При сравнении показателей гемодинамики в изучавшихся кластерах достоверных отличий не выявлено. Как первый, так и второй кластеры от практически здоровых женщин отличали достоверно более низкие показатели сердечного выброса, а также рост значений ЧСС и сопротивления сосудов на периферии.

Приведенные данные позволяют отнести пациенток первого кластера к фенотипу с высокой степенью риска развития гипертонической болезни, а женщин второго кластера — к фенотипу с повышенным риском развития заболевания.

Пошаговый дискриминантный анализ выявил, что классифицировать совокупность женщин, пере-

несших гистерэктомию, по степени риска развития ГБ возможно на основании величин Total power и HF.

Результатом дискриминантного анализа явились две формулы расчета показателей классификации риска (ПКР) развития гипертонической болезни:

$$\text{ПКР 1} = -1,58516 + 0,01087 \times \text{Total power} + 0,00842 \times \text{HF}$$

$$\text{ПКР 2} = -13,5076 + 0,0344 \times \text{Total power} + 0,0317 \times \text{HF}$$

где: ПКР 1 — показатель классификации риска при определении принадлежности пациентки к совокупности с высоким риском развития ГБ;

ПКР 2 — показатель классификации риска при определении принадлежности пациентки к совокупности с повышенным риском развития ГБ.

Пациентка считается принадлежащей той совокупности, для которой получена наибольшая величина показателя классификации риска развития гипертонической болезни.

Для проверки работоспособности предложенных математических моделей был произведен расчет величин показателя классификации риска для каждого из субъектов совокупности. Результаты его показали, что все пациентки первого кластера относятся к фенотипу высокого риска ГБ. Из 28 пациенток второго кластера к фенотипу повышенного риска ГБ были отнесены 24 (88,9 %), а 4 пациентки — к фенотипу высокого риска. Работоспособность предлагаемых математических моделей составила 96,5 %, что свидетельствует о высокой степени достоверности получаемых при их применении результатов.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН У ЖЕНЩИН

Семендяев А.А., Бачурина С.М., Семендяева М.А., Бочков В.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Россия, г. Иркутск, ГОУ ВПО «ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава социализации России»

Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВТ) обнаруживается у 10-25 % женщин репродуктивного возраста. Выявляемость заболевания на основании клинических проявлений — хронического тазового болевого синдрома, диспареунии и дисменореи составляет 10,2 % (по данным Соколова А.А., 1998 и Озерской И.А., 2009).

В последние годы ведутся интенсивные поиски по выявлению маркеров варикозной трансформации вен. Ключевым моментом возникновения цепи реакций перестройки венозных стенок является эндотелиальные клетки, которые окаймляют кровеносную стенку и осуществляют контроль за сосудистой системой. К факторам участвующим в эндотелиальном повреждении относят атерогенные стимулы (гомоцистеин и липопротеины низкой плотности).

В построении сосудистой стенки вен большое значение отводится фибронектину, гликопротеину

внеклеточного матрикса, который являясь общей адгезивной молекулой связывает клетки с различными субстратами (коллаген, протеогликаны). Изменение содержания фибронектина по-всей вероятности может приводить к снижению каркасности стенок вен.

Уровень гомоцистеина и фибронектина определяли методом спектрофотометрии на автоматическом анализаторе «Modular P», Roche, а концентрацию липопротеинов методом иммунонефелометрии на автоматизированном приборе «BN Prospec», Siemens.

При ультразвуковом ангиосканировании с цветовым доплеровским картированием у 30 женщин (основная группа) в возрасте от 20 до 40 лет было обнаружено варикозное расширение яичниковых вен различной степени выраженности. Во время эхографии оценивали геометрию сосуда, его диаметр, наличие пульсации, скорость кровотока и степень обратного сброса крови в них, выраженность овариоцелле. Состояние клапанного аппарата оценивали с помощью пробы с натуживанием (Вальсавы). Выраженность (диаметр) варикозно расширенных вен таза определяли по классификации предложенной И.А. Озерской и М.И. Агеевой (2009), выделяющих 3 степени: I ст. — диаметр вены от 5 до 7 мм, II ст. — диаметр вены от 7 до 10 мм, III ст. — диаметр вены — более 10 мм.

У 22 больных имелась I степень (диаметр от 5 до 7 мм) варикозного расширения вен, у 8 — вторая ст. (диаметр от 7 до 10 мм). Контрольную группу составили 10 относительно здоровых женщин, без варикозно расширенных вен таза или других сосудистых заболеваний.

В контрольной группе женщин уровни гомоцистеина ($9 \pm 2,1$ мкмоль/л), фибронектина ($0,34 \pm 0,05$ г/л), липопротеина-а ($0,16 \pm 0,03$), также как показатели липидограммы (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности Х-ЛПВП, холестерин липопротеидов низкой плотности Х-ЛПНП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности Х-ЛПОНП, коэффициент атерогенности КА, триглицериды, фосфолипиды, аполипопротеин А, аполипопротеин В, отношение аполипопротеин А/аполипопротеин В, отношение общий холестерин/фосфолипиды) находились в пределах референтных значений.

У пациентов с ВБВТ первой степени концентрация гомоцистеина, фибронектина, липопротеина-а были выше, но достоверно ($p > 0,05$) не отличались чем у здоровых женщин. Показатели липидограмм в этой группе больных были не изменены.

У пациентов с ВБВТ второй степени уровни гомоцистеина, фибронектина, липопротеина-а были достоверно выше ($p < 0,05$) чем у здоровых женщин и не отличалась ($p > 0,05$) от больных с ВБВТ первой степени. В показателях липидограмм преобладали ($p > 0,05$) значения Х-ЛПОНП, Х-ЛПНП и фосфолипидов в сравнении с уровнем их в контрольной группе женщин.

На основании полученных результатов можно предположить, что высокие концентрации гомоцистеина при ВБВТ влияют на внутреннюю стенку

вен — интиму, путем повреждения структуры эндотелия. В ответ на это фибронектин и липопротеин-а входящие в состав сосудистой стенки, подвергаются окислению и частичному протеолизу, что ведет к снижению прочности венозной стенки. На поврежденную стенку осаждаются холестерин переносчиком которого является Х-ЛПНП и кальций, в результате чего образуются бляшки, просвет сосуда начинает сужаться, происходит снижение пропускной способности вен, которые начинают перерастягиваться, с формированием варикозной дилатации.

Таким образом, изучение содержания вышеуказанных биологических субстанций активно участвующих в развитии различных сосудистых заболеваний, у пациентов группы риска по развитию варикозной болезни, позволит еще на доклиническом этапе выявить начальные проявления развития заболевания, а в случаях где оно уже имеет место, установить стадийность процесса, а в дальнейшем оценить эффективность проводимого лечения.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ СТИМУЛЫ РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Семендяева М.А., Семендяев А.А., Бачурина С.М., Бочков В.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Россия, г. Иркутск, ГОУ ВПО «ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России»

Варикозная болезнь вен (ВБВ) — одно из самых распространенных заболеваний сосудистой системы. Большинство больных ВБВ органов малого таза отмечают хронические боли, диспареунию и дисменорею, а нередко и нарушение репродуктивной функции. У женщин репродуктивного возраста воспалительные заболевания женских придатков матки занимают одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний, а трубно-перитонеальный фактор является одной из ведущих причин бесплодия (Галкин Е.В., 1991. и Soysal M.E., 2001.). В связи с этим представляет интерес проблема ведения пациенток, страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия в сочетании с ВРВ органов малого таза. Важная роль в развитии ВБВ отводится эндотелию, вырабатывающему важнейшие биологически активные вещества, которые участвуют в поддержании сосудистого тонуса, ремоделировании сосудов, местном воспалительном ответе и др. При наличии воспалительного процесса одной из причин развития эндотелиальной дисфункции рассматривается хроническая эндотоксинная агрессия. Целью настоящего исследования явилось изучение медиаторов дисфункции эндотелия при ВРВ органов малого таза МТ и поиск его возможных маркеров. Обследовано 300 женщин (19 - 43 года, в среднем $29,5 \pm 4,2$ года), всем им проводили ультразвуковую ангиографию и лапароскопию. Критериями включения в исследование

являлись: хроническая тазовая боль, диспареуния, дисменорея, наличие хронических воспалительных заболеваний придатков матки, двустороннее варикозное расширение вен маточно-яичникового сплетения, отсутствие в анамнезе родов). Из общего числа пациенток были выделены 2 группы, статистически сопоставимые по возрасту и факторам риска возникновения ВРВ ($p < 0,05$). Первую (исследуемая группа) составили 26 женщин с верифицированным хроническим сальпингоофоритом в сочетании с трубно-перитонеальным бесплодием и ВРВ органов малого таза, вторую (контрольная группа) — 10 пациенток, у которых было выявлено изолированное двустороннее варикозное расширение вен маточно-яичникового сплетения. Женщинам сравниваемых групп определяли уровень цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, фактор некроза опухолей ФНО) и проводили исследование полиморфизма гена синтазы окиси азота NOS3, участвующего в кодировании фермента, функцией которого является выработка оксида азота (NO). В группе контроля, значения ИЛ-1 составляли и находились на верхней границе референтных параметров (< 5 пг/мл). Концентрация ИЛ-6 превышала референтные значения ($< 4,1$ пг/мл) и составляла. Уровень фактора некроза опухолей не превышал допустимый предел ($< 8,1$ пг/мл).

Установлено наличие в обеих группах 5-кратного (4b) тандемного повтора 27 пар нуклеотидов в интроне 4, что свидетельствовало об отсутствии генетического риска экспрессии гена NOS3. Учитывая то, что оксид азота является мощным вазодилататором, то генетически запрограммированное уменьшение его выработки способствовало изменению состояния сосудистого тонуса. В исследуемой группе выявлено достоверное увеличение средних показателей ИЛ-1 и ИЛ-6 в сравнении с пациентками контрольной группы (соответственно $5,0$ пг/мл против $4,9 \pm 0,26$ пг/мл ($p < 0,05$) и $< 4,1$ пг/мл против $6,34 \pm 1,13$ пг/мл ($p < 0,05$)), концентрация ФНО превышала нормальные значения, но не отличалась от таковой в группе контроля (соответственно $0 - 8,21$ пг/мл против $12,3 \pm 0,4$ пг/мл). Полученные данные позволяют предположить, что при неосложненном варикозном расширении тазовых вен в результате локального травматического повреждения происходит активизация эндотелиального воспалительного ответа, в виде увеличения уровней цитокинов — медиаторов острого и хронического воспаления. Более выраженный цитокиновый ответ у больных при сочетании ВРВ и спаечного процесса в малом тазу можно объяснить хроническим эндотоксическим воздействием на эндотелий венозных сосудов. Таким образом, одним из стимулов развития ВРВ органов малого таза у женщин с генетически запрограммированным уменьшением выработки оксида азота является дисфункция эндотелия венозных сосудов. Возможно, уровень медиаторов воспаления у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки и трубно-перитонеальным бесплодием может служить маркером риска сочетания их с ВРВ органов малого таза.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОГРАММАМ ВРТ

Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов
М.В., Бессмертная В.С., Кузнецова Е.П.,
Аглямова Д.Р.

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова
Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия

Дифференцированный подход к подготовке эндометрия к программам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с учетом его морфологической и иммуногистохимической характеристики — позволяет существенно повысить результативность методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Адекватная подготовка эндометрия к периоду возможной имплантации и ремоделирование эндометрия в стимулированном цикле, для воссоздания оптимальных параметров естественного менструального цикла, достоверно повышает процент успешных программ ВРТ. Целью исследования явилось изучение прогностического значения изучения рецептивности эндометрия при подготовке к программам ВРТ.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 181 пациентки в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст пациенток с преимущественно трубно-перитонеальным фактором бесплодия ($n=54$) составил $33,6 \pm 0,59$ лет, с эндокринным фактором бесплодия ($n=47$) $32,4 \pm 0,72$ лет, с эндометриоз-ассоциированным бесплодием ($n=50$) $34,3 \pm 0,69$ лет, и в группе сравнения с бесплодием, обусловленным мужским фактором ($n=30$) $33,2 \pm 0,93$ года. Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее — УЗИ органов малого таза с доплерометрией кровотока, изучение гормонального профиля в I и II фазы менструального цикла, бактериологическое исследование содержимого полости матки. В 21-24 дни менструального цикла пациенткам проводились гистероскопия, биопсия эндометрия или, по показаниям, раздельное выскабливание слизистой цервикального канала и слизистой полости матки с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. В зависимости от полученных результатов, проводилась подготовка эндометрия к программам ВРТ по разработанному алгоритму.

Результаты. Рецепция к эстрогенам и прогестерону в группах с различными факторами бесплодия не проявила существенных особенностей. В железах количество эстрогеновых (ЭР) и прогестероновых рецепторов (ПР) было выше при трубно-перитонеальном бесплодии, а в строме рецепция к эстрогенам и прогестерону имела тенденцию к более высоким показателям у женщин с эндокринным фактором бесплодия, чем в остальных. Проллиферативная активность значительно преобладала при трубно-перитонеальном и в железах и в строме, в то время как, при эндокринном фак-

торе была выше, чем при эндометриозе. Сильная положительная корреляция обнаружена между количеством ПР и ЭРа в железах и показателем пролиферации в железах. Показатели ПР в строме и маркером пролиферативной активности Ki67 в железах имеют слабую отрицательную корреляционную связь. Особенностью явилось отсутствие каких-либо значимых корреляционных связей между значениями стероидных рецепторов (и в железах, и в строме) и стромальной экспрессией Ki67. Это указывает на дисбаланс стероидной рецепции и пролиферативной активности, в первую очередь, в строме эндометрия, которая является наиболее важным компонентом полноценного «окна имплантации». У пациенток, обследованных нами групп, выявлены только единичные отрицательные корреляционные коэффициенты между прогестероном крови и ЭРа в железах, а по остальным показателям не выявлено какой-либо статистически значимой корреляционной зависимости, что может отражать дефекты стероидной регуляции рецепции на эндометриальном уровне. У пациенток обследованных групп выявлено значимое ($p < 0,05$) снижение экспрессии эстрогеновых рецепторов β по сравнению с группой сравнения.

У пациенток всех трех основных групп, на этапе планирования программы ВРТ фиксировались плохие прогностические факторы адекватного созревания эндометрия, в связи с чем, проводилась подготовка пациенток к программе ВРТ. В то же время, в группе сравнения перед началом протокола не фиксировалось отклонений от общепринятых критериев оценки эндометрия для данного дня менструального цикла ($p < 0,05$). Пациенткам трех основных групп в цикле предшествующем программе ВРТ проводилась комплексная подготовка, включавшая в себя помимо гормональной (заместительная гормональная терапия), курс физиотерапии на аппарате Андро-гин, по показаниям — противовоспалительную и антибактериальную терапию, это пациентки с подтвержденным хроническим эндометритом, у которых при посеве из полости матки был получен рост микрофлоры. Нами впервые был использован препарат Гептрал, в комплексе методов подготовки к программам ВРТ, обладающий выраженным антиоксидантным, гепатопротекторным, а также антидепрессивным действием. В I фазу цикла, предшествующего программе ВРТ — проводилось внутривенное капельное введение Гептрала в течение 5 дней, а в последующие 5 дней препарат — принимался в пероральной форме в эквивалентной дозировке. Нами не было отмечено ни одного случая негативного влияния этого препарата. По нашим наблюдениям, применение препарата Гептрал на этапе подготовки к программам ВРТ позволяет получить значимо более выраженный ответ на стимуляцию суперовуляции, особенно у пациенток с истощенным овариальным резервом, чем у пациенток, не получавших данный препарат ($p < 0,05$). В то же время, у пациенток группы риска по развитию синдрома гиперстимуляции яичников, получавших терапию Гептралом, синдром

протекает в более легкой форме и купируется быстрее, чем у пациенток не получавших данный вид лечения ($p < 0,05$).

Всем пациенткам основных групп, в процессе индукции овуляции, потребовалась терапия препаратами эстрогенов. У пациенток I группы на фоне проводимой терапии эстрогенами отмечалась невыраженная динамика прироста толщины М-ЭХО, зачастую, толщина М-ЭХО не соответствовала дню менструального цикла. Показатели эхографического состояния эндометрия в III исследуемой группе были наиболее приближены к таковым в естественном цикле, в целом, совпадали с показателями группы сравнения. Частота наступления беременности была достоверно чаще у пациенток, прошедших подготовку эндометрия заместительной гормонотерапией с применением гепатопротекторной и антиоксидантной терапией ($p < 0,05$).

Выводы. Подготовка пациенток к программам вспомогательных репродуктивных технологий с учетом иммуногистохимической характеристики рецептивности эндометрия позволяет индивидуализировать подход к гормонотерапии, улучшает прогноз ответа эндометрия на индукцию овуляции и применение препаратов эстрогенов, применение гепатопротекторных и антиоксидантных препаратов в комплексе подготовки к программам ВРТ позволяет улучшить свойства рецептивности эндометрия, что в конечном итоге приводит к более высокому проценту имплантации и наступления клинической беременности.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С КИСТАМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П.,
Халилов Р.З., Лапшихин А.А., Протопопова Т.А.,
Иванова Т.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени Сеченова»,
г. Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,
г. Москва, ЦКБ РАН, отделение вспомогательных репродуктивных технологий

Целью нашего исследования стало совершенствование тактики ведения больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников.

Под наблюдением находилось 975 больных в возрасте от 15 до 67 лет с новообразованиями яичников, находящихся на лечении в отделении ВРТ ЦКБ РАН г. Москва и гинекологических отделениях г. Ижевска УР. Средний возраст больных составил $32,33 \pm 9,73$ года (ДИ 95% 31,72; 32,04; $m=0,31$). На первом этапе проведено клиничко-лабораторное обследование, определение уровней СА-125, оценка овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией. При выявлении небольших новообразований яичника (до 4-5 см), не-

высоком уровне СА-125, положительных результатах доплерометрии выполнялось консервативное лечение, включающее противовоспалительную и гормональную терапию. На втором этапе проведено хирургическое лечение.

Для клинического исследования были отобраны 847 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст $31,83 \pm 8,03$ года, 95% ДИ $31,29-32,35$, $m=0,3$) после завершения хирургического этапа лечения. Формирование клинических групп проведено по результатам морфологического исследования удаленных тканей яичника, согласно основным нозологическим формам заболеваний (МКБ X, 1999). Выделены следующие группы: I (основная) группа наблюдения — больные с опухолевидными образованиями ($n=681$). II (основная) группа наблюдения — больные с доброкачественными опухолями яичников ($n=166$).

С целью реабилитации прооперированным больным в послеоперационном периоде была назначена антиоксидантная (витамины E) и метаболическая терапия (витамины A, B, C), иммуномодулирующая и системная энзимотерапия. Комбинированные оральные контрацептивы рекомендовались пациенткам с функциональными кистами и доброкачественными опухолями яичников не заинтересованным в деторождении в настоящее время как с противорецидивной целью, так и для восстановления менструальной функции и контрацепции. С учетом гистологического заключения и изменений гормонального статуса пациенткам с бесплодием рекомендовались для подготовки эндометрия препараты заместительной гормональной терапии, а также (по показаниям) прогестагены и агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона. Отказались от дальнейшего лечения 86 больных, что составило $10,15\% \pm 0,01$ (86/847 случаев). Данные больные составили группу сравнения. Средний возраст больных группы сравнения составил $33,0 \pm 2,04$ лет (ДИ 95% $32,61; 33,38$; $m=0,68$) ($p=0,64$ и $p=0,74$ по сравнению с группами наблюдения).

В результате комбинированной терапии у больных I группы положительный эффект в виде полного разрешения болевого синдрома достигнут в $83,70\% \pm 0,01$ (570/681 случаев), нормализация менструальной функции в $94,13\% \pm 0,009$ (641/681 наблюдений), наступление беременности — в $41,11\% \pm 0,02$ (280/681 случаев). В I группе сравнения в $71,01\% \pm 0,05$ (49/69 случаев), $81,16\% \pm 0,05$ (56/69 случаев), $18,84\% \pm 0,06$ (13/69 случаев) соответственно. Больные II группы отмечали исчезновение болевого синдрома в $95,18\% \pm 0,02$ (158/166 случаев), менструальная функция нормализовалась в $89,76\% \pm 0,02$ (149/166 наблюдений), восстановление репродуктивной функции отмечено — в $46,99\% \pm 0,04$ (78/166 наблюдений). Во II группе сравнения $70,59\% \pm 0,11$ (12/17 случаев), $76,47\% \pm 0,1$ (13/17 случаев), $17,65\% \pm 0,09$ (3/17 случаев) соответственно. На четвертом этапе лечения в связи с неэффективностью предложенного комплексного лечения 85 больных с бесплодием были включены в программу ВРТ. Среди больных с первичным бес-

плодием клиническая беременность наступила у 16 из 33 больных ($48,48\% \pm 0,09$), с вторичным бесплодием у 17 из 33 больных ($51,52\% \pm 0,09$). Из группы с опухолевидными образованиями яичников беременность клиническая была у 26 из 734 больных ($3,54\% \pm 0,007$) и доброкачественными опухолями яичников у 7 из 189 больных ($3,70\% \pm 0,01$).

Всего в результате нашего клинического наблюдения и проведения комплексной терапии беременность наступила у 377 больных, что составило $44,51\% \pm 0,02$ от 847 больных репродуктивного возраста. Среди больных с бесплодием беременность наступила у 206 из 317 больных с бесплодием ($64,98\% \pm 0,03$): из них в $85,92\% \pm 0,02$ (177/206 случаев) у больных с опухолевидными образованиями яичников и в $14,08\% \pm 0,02$ (29/206 случаев) у больных с доброкачественными опухолями яичников.

Таким образом, последовательное проведение лечебных этапов при доброкачественных опухолях и кистах яичников, своевременное лечение пациенток с бесплодием комплексными методами является перспективным в плане восстановления репродуктивной функции.

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С., Важнова В.В., Кешьян Л.В., Соваев Н.И., Семенова С.С., Овчинникова В.В.
Россия, г.Москва, ГУЗ МОПЦ, МНИИАГ

С целью выяснить роль инфекции в генезе невынашивания беременности (НБ) было обследовано 137 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет с НБ в анамнезе с помощью общеклинических, бактериологического (биоптатов из полости матки), иммуноферментного (определение МГФ в смыве из полости матки и в менструальных выделениях), морфологического, иммуногистохимического (определение рецепторов к эстрогенам и прогестерону в биоптатах эндометрия) и ультразвукового (УЗИ) методов исследования. В результате исследования основную группу составили 45 (32,8%) женщин с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом (ХЭ), контрольную — 25 здоровых женщин. Выявлено наличие различных микробных ассоциаций в полости матки у всех пациенток основной группы, причем лишь у 9 (20,0%) из них определялся один вид возбудителя, у остальных (80,0%) — смешанная инфекция. При УЗИ признаки хронического эндометрита (неравномерность толщины и гетерогенность структуры эндометрия за счет фиброзных включений) выявлены у 11 (24,4%) пациенток. При исследовании гемодинамики в дуговых артериях матки пациенток основной группы отмечено колебание численных значений систоло-диастолического соотношения (С/Д) от 3,22 до 4,32, тогда как в контрольной группе коэффициент С/Д составлял 2,20 — 2,26, что соответствовало норме. Исследование кровотока в яичниковых ар-

териях также выявило значительное увеличение численных значений С/Д у пациенток основной группы (от 4.20 до 5.32) по сравнению с контрольной (2.89-3.35). Наличие хронического эндометрита у пациенток основной группы было подтверждено гистологическим исследованием биоптатов эндометрия, взятых на 5-7 дни менструального цикла. Характерным его признаком была диффузная инфильтрация стромы эндометрия мелкими лимфоцитами с базофильными ядрами и узким ободком цитоплазмы. На этом фоне отмечено резкое снижение экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону. Кроме того, у всех пациенток выявлено снижение функциональной активности эндометриальных желез, при котором содержание АМГФ в смыве из полости матки составляло 7600 ± 280 нг/мл, тогда как в контрольной группе его средний уровень был 12400 ± 1680 нг/мл. Это коррелировало с содержанием АМГФ в менструальных выделениях данного цикла ($11526,2 \pm 2560,3$ нг/мл и $28345,4 \pm 1250,0$ нг/мл соответственно). Всем пациенткам проводилось лечение, включающее назначение антибиотиков широкого спектра действия, препаратов метронидазола, иммуномодуляторов, эубиотиков, средств, улучшающих метаболические процессы в тканях. Для восстановления рецептивности эндометрия проводились курсы иглорефлексотерапии. При контрольном обследовании этих женщин в 43 (95,6%) случаях констатируется отсутствие выявляемой ранее инфекции, гистологических признаков воспаления в эндометрии, значительное повышение экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, а также увеличение продукции АМГФ маточными железами до 10357 ± 1250 нг/мл. Таким образом, хронический эндометрит сопровождается не только характерными структурными изменениями эндометрия и нарушением его рецептивности, но и функциональной активности, о чем свидетельствует уменьшение продукции основного эндометриального белка АМГФ. Все это в совокупности приводит к ранним репродуктивным потерям. Адекватное лечение хронического эндометрита, включающее иглорефлексотерапию, в 95,6% случаев приводит к устранению указанных нарушений и созданию благоприятного фона для наступления следующей беременности.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИИ

Сидорова И.С., Станоевич И.В., Кудрина Е.А.

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

Миома матки (ММ), аденомиоз (АМ) и гиперплазия эндометрия (ГЭ) характеризуются неуклонным ростом заболеваемости, общими факторами риска и механизмами развития, взаимным потенцированием, молекулярно-генетической, морфологической и клинической гетерогенностью при едином принципе развития: преобладанием пролиферации над апоптозом в патологическом субстрате на

фоне усиленного неоангиогенеза и измененного рецепторного профиля ткани. В виду этого очевидна необходимость объединения ММ, АМ и ГЭ в группу гиперпластических заболеваний матки как проявления гиперпластического синдрома в гинекологии с целью разработки и использования общего подхода к профилактике и лечению.

Гиперпластический синдром — это совокупность клинико-морфологических признаков доброкачественных заболеваний матки и молочных желез, обусловленных накопленным порогом молекулярно-генетических изменений резервных клеток тканей.

Появление и закрепление новых признаков происходит в результате эпигенетических изменений и мутаций генов ответственных за апоптоз, пролиферацию, неоангиогенез, репарацию ДНК и др. в клетках с поли-/олиго- и унипотентной направленностью дифференцировки. Приобретенные модификации генома на фоне генетической предрасположенности (полиморфизма генов) ведут к патологической экспрессии генов и появлению патологического фенотипа (нозоспецифической морфологической картины и клиническим проявлениям заболевания).

Основные факторы риска (низкий паритет, возраст старше 35 лет, хронический эндомиометрит, метаболический синдром, хроническая ановуляция и др.) способствуют возникновению гиперпластического синдрома через изменение количества, соотношение половых стероидов и их рецепции в тканях матки, системную и местную хроническую воспалительную реакцию, обратимое и необратимое изменение экспрессии прото- и антионкогенов, что ведет к поли-/ олиго-/ моноклональной пролиферации и отбору резервных клеток тканей.

Для каждого морфологического варианта ММ (простой, клеточной, митотически активной), АМ («активного», «неактивного»), ГЭ (простой с атипией/ без атипии, комплексной с атипией/ без атипии) характерен определенный молекулярно-генетический профиль, который может быть использован для дифференциальной диагностики, прогнозирования клинического течения и прогрессирования данных заболеваний. Появление молекулярных маркеров каждого морфологического варианта гиперпластических процессов предшествует морфологическим изменениям и может быть определено с помощью дополнительных методов исследования (иммуногистохимических, ПЦР).

Клинико-анамнестическими особенностями больных с гиперпластическим синдромом является нефизиологическое подавление генеративной функции (искусственные аборт, низкий паритет, длительное отсутствие беременности, родов и лактации более 6-9 месяцев при нереализованной генеративной функции), высокая частота хронических воспалительных заболеваний гениталий и ЛОР-органов, метаболических нарушений, сочетанной патологии матки и молочных желез, высокая частота рецидивирующего течения и прогрессирования, нарастающая с возрастом и при сочетанной патологии.

Клинические проявления ММ, АМ, ГЭ (меноррагия, менометроррагия, отсутствие жалоб) малоспецифичны и требуют проведения диагностического поиска в отношении гиперпластических и неопластических заболеваний матки. При этом прогрессирование заболеваний, составляющих гиперпластический синдром, в 87,3% случаев сопровождается появлением менометроррагии, вторичного дефицита железа, что приводит к гипохромной микроцитарной анемии и недостаточности Т-клеточного звена иммунитета. Анемия и иммунодефицит вторично потенцируют прогрессирование ММ, АМ и ГЭ.

Учитывая клиническую, морфологическую и молекулярно-генетическую гетерогенность ММ, АМ и ГЭ, для оптимизации лечебной тактики целесообразно использовать стадирование гиперпластического синдрома и выделить три клинико-морфологические стадии: I стадию — латентную (или стадию компенсации), II стадию — субкомпенсации и III стадию — декомпенсации.

Латентная стадия гиперпластического синдрома характеризуется отсутствием клинических проявлений заболевания, медленным прогрессированием простой гиперплазии эндометрия без атипии и/или простой лейомиомы матки и/или «неактивно» аденомиоза.

Для стадии субкомпенсации характерно появление клинических симптомов, ускорение прогрессирования — нарастание совокупности молекулярно-генетических изменений девиантных клонов клеток, преобладание сочетанной патологии матки (простой гиперплазии эндометрия без атипии и/или простой лейомиомы матки и/или «активного» аденомиоза.

Стадия декомпенсации характеризуется яркой клинической картиной при облигатном сочетании патологии эндо- и миометрия, особенно, комплексной гиперплазии эндометрия, клеточной или митотически активной лейомиомы и «активного» аденомиоза. Совокупность накопленных изменений генома при декомпенсированной стадии гиперпластического синдрома близка к пороговой злокачественного роста.

Таким образом, гиперпластический синдром следует рассматривать этапом онкогенеза, а его декомпенсированную стадию — фактором высокого риска злокачественных опухолей матки и молочных желез.

Лечение больных с гиперпластическим синдромом подразумевает единую синдромальную лечебную тактику при индивидуализированном нозологическом подходе.

Стратегическим направлением в лечении и профилактике гиперпластического синдрома следует считать достижение и обеспечение физиологического ремоделирования тканей матки и молочных желез с вовлечением неизмененных резервных клеток через устранение модифицируемых факторов риска на популяционном уровне, уточнение предрасполагающего полиморфизма генов и его использование для формирования групп риска, нормализацию индекса пролиферация/апоптоз и

процессов ангиогенеза, перестройки межклеточного матрикса, адгезивных свойств клеток, восстановление рецептивности эндометрия, элиминацию патологических клонов клеток

Перспективными молекулярными мишенями в терапии гиперпластического синдрома целесообразно рассматривать циклооксигеназу II типа, цитохромы P450, в том числе ароматазу, EGFR, VEGF, VEGFR, ДНК- метилтрансферазу и др.

Основным принципом лечения больных с гиперпластическим синдромом является одновременное воздействие на максимальное количество звеньев патогенеза составляющих его заболеваний в зависимости от клинико-морфологической стадии процесса для минимизации эффекта «ускользания» и появления патологических клонов — т.е. комплексность и этапность воздействия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОГЕМОТРАНСФУЗИИ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Сикорская Н.В., Соломатина А.А.,

Науменко А.А., Шулаев А.В.

Россия, г. Москва

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, 31 городская клиническая больница

С 2007 года в 31 городской клинической больнице города Москвы используется система для непрерывной аутогемотрансфузии Fresenius CATS, производства Германии. Система позволяет собирать интраоперационно кровь из брюшной полости пациента, получать отмытый аутогемоконцентрат и вводить его сразу во время операции. Отмечается высокое качество эритроконцентрата, высокая скорость обработки, высокоэффективное удаление неэмульгированных липидов, низкая травматизация, не зависит от объема кровопотери (Fiano G, 1996, Kincaid T.E. et al, 2000, Dahmani S et al, 2000). Нами проведено 15 аутогемотрансфузий у гинекологических больных, показанием для их проведения у 14 пациенток была нарушенная трубная беременность, из них у 8 — по типу разрыва трубы, у 4 — по типу трубного аборта, у 2 — имелась интерстициальная локализация плодного яйца. Одна больная прооперирована по поводу апоплексии яичника. Возраст пациенток варьировал от 20 до 36 лет и составил в среднем 28 лет. Оперативное вмешательство всем больным выполнялось путем лапаротомии. Все больные поступали с картиной острого живота, у 5 из был геморрагический шок 1-2 степени. У 5 пациенток из 14 данная внематочная беременность была повторной, у 2_ в прошлом проводилась туботомия, у 1_ выдавливание плодного яйца, у 1_ внематочная беременность локализовалась в культе удаленной ранее маточной трубе, у 1_ в коллатеральной маточной трубе. Давность заболевания варьировала от 8 до 18 часов, так как при большей давности заболевания, как известно, имеется гемолиз крови и использовать аппарат не представляется возможным. Объем кровопотери составил от 1000 мл до 2600 мл. Использование систе-

мы для аутогемотрансфузии позволило получить от 180 до 410 мл эритроконцентра, дополнительное переливание эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы потребовалось только 3 больным. Ни у одной пациентки не отмечено аллергической реакции и послеоперационных осложнений. Дополнительное назначение антианемической терапии в послеоперационном периоде потребовалось у 6 больных. Проводилось внутривенное введение венофера по 10 мл на растворе NaCl 0,9% — 200.0 через 48 часов трехкратно.

Все пациентки были выписаны на 7 сутки после операции. Таким образом, использование системы для непрерывной аутогемотрансфузии Fresenius CATS (Германия) является целесообразным и перспективным при внутрибрюшном кровотечении в экстренной гинекологии, у пациенток с массивной кровопотерей, приводит к улучшению качества жизни и лучшему восстановлению репродуктивной функции.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Силантьева Е.С., Коган Е.А., Шуршалина А.В.,
Ежова Л.С.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Использование физиотерапии (ФТ) при лечении гинекологических заболеваний традиционно востребованная практика на территории России. Клиническая результативность ФТ не вызывает сомнений, однако в последние годы существует острый дефицит научных работ, раскрывающих механизм лечебного действия физических факторов языком современных информативных методов исследования. Комплексная предгестационная подготовка эндометрия при наличии хронического эндометрита (ХЭ) у пациенток с повторными неудачами использования вспомогательных репродуктивных технологий, включающая медикаментозную и физиотерапию, повышает частоту наступления беременности. Изучение вклада именно ФТ в конечный результат такого лечения явилось целью нашего исследования.

В качестве материала исследования выступили 75 женщин с неудачами ЭКО в анамнезе, которые двойным слепым методом были рандомизированы на 2 группы. I группа — 66 женщин, у которых использовали воздействия электрических импульсов низкой частоты абдоминально-вагинально и II группа — 9 больных, которые получали имитацию указанных воздействий. Критерии включения: репродуктивный возраст, гистологически верифицированный хронический эндометрит. Критерии исключения: наличие эндокринного или мужского факторов бесплодия. Дизайн исследования: всем больным проведено морфологическое исследование соскобов эндометрия, полученных в среднюю фазу

пролиферации до лечения ХЭ (включая стандартизованную медикаментозную терапию), затем ФТ или её имитация и контрольное морфологическое исследование биоптатов эндометрия, полученных в идентичные дни менструального цикла. Кроме того, у части больных (16 женщин) из I группы и всем пациенткам из II группы было проведено иммуногистохимическое исследование полученных соскобов или биоптатов эндометрия. Для морфологических исследований использовали серийные парафиновые срезы, окрашенные гематоксилином и эозином. При иммуногистохимическом исследовании применяли следующие моноклональные антитела: CD138 — маркер плазматических клеток («Novocastra Lab. Ltd»); CD68 — маркер моноцитов/макрофагов («Dako Cytomation»); EGF — эпидермальный фактор роста («Sygma»); VEGF — сосудистый эндотелиальный фактор роста («Dako Cytomation»); TNF- α — фактор некроза опухоли- α («R&D systems»); TGF- β — трансформирующий фактор роста- β («R&D systems»); ER — рецепторы к эстрогенам типа α («Novocastra Lab. Ltd»); PR — рецепторы к прогестерону типа A и B («Novocastra Lab. Ltd»); Ki-67 — маркер клеточной пролиферации («Dako Cytomation»); Apo-protein — маркер апоптоза («Novocastra Lab. Ltd»); коллагены III и IV типов («Dako Cytomation»). В качестве контроля выступали данные иммуногистохимического исследования эндометрия 10 здоровых фертильных женщин.

Проведенное морфологическое исследование показало, что только в I группе происходит полное восстановление морфологической структуры эндометрия. При иммуногистохимическом исследовании выявлен регресс воспалительных изменений в эндометрии, что видно по сокращению количества макрофагов (CD68) (во II группе $9,33 \pm 0,33\%$, в I — $7,1 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$) до уровня, соответствующего эндометрию здоровых женщин; позитивная динамика маркеров ангиогенеза, судя по экспрессии EGF в эпителии (EGF во II группе $3,32 \pm 0,2$ баллов, в I — $2,86 \pm 0,33$ баллов, $p < 0,05$) и строме (EGF во II группе $2,67 \pm 0,67$ баллов, в I — 0 баллов, $p < 0,05$) эндометрия, а также плотности сосудов капиллярного типа; восстановление структуры экстрацеллюлярного матрикса эндометрия, о чем свидетельствовал регресс экспрессии коллагена III типа (во II группе $5,1 \pm 0,65$ баллов, в I — $2,00 \pm 0,24$ балла, $p < 0,05$), коллагена IV типа (во II группе $8,33 \pm 1,20$, в I группе — $6,3 \pm 0,38$, $p < 0,05$), TGF- β (во II группе $1,33 \pm 0,33$ балла, в I группе не экспрессировался); сокращение уровня экспрессии стероидных рецепторов с восстановлением их физиологических соотношений. Анализ результатов исследования маркеров пролиферации и апоптоза до- и после электролечения или его имитации не выявил достоверных отличий между группами: экспрессия Ki-67 (во II группе $7,0 \pm 1,29\%$, в I группе — $7,43 \pm 1,9\%$; $p > 0,05$) и Apo-protein (во II группе $1,33 \pm 0,44\%$, в I группе — $5 \pm 2,31\%$; $p > 0,05$) в эпителии и строме (Ki-67 во II группе — $11,0 \pm 1,21\%$, в I группе — $12,2 \pm 1,51\%$; Apo-protein во II группе — $9,5 \pm 1,40\%$, в I группе

— $3,29 \pm 1,54\%$; $p > 0,05$). Частота наступления беременности в первом цикле ЭКО у больных I группы составила 33,3%, II группы — 23,3%.

Таким образом, целый ряд позитивных изменений в эндометрии, приводящих к повышению его имплантационного потенциала, после комплексного лечения ХЭ обусловлен применением именно физического стимула.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ И СПЕЦИФИКА СЕКРЕЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Синицына А.И., Богуславская Д.В.

Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Синдром поликистозных яичников встречается у 5-8% женщин репродуктивного возраста (R Azizz., 2004). Многочисленными исследованиями выявлено повышение частоты ожирения, метаболического синдрома, и, соответственно, сердечно-сосудистых рисков у женщин с СПКЯ (RA Wild., 2010., E Carmina., 2009; E Talbott., 1998). Причина развития синдрома поликистозных яичников до настоящего времени остается неизвестной, а влияние таких факторов, как возраст на течение заболевания малоизученно. Доказана ключевая роль гиперандрогемии в развитии данного заболевания, но остается открытым вопрос об ее источнике, и в последнее время вновь активно обсуждается роль глюкокортикоидов, характер их базальной секреции и ответа коры надпочечников на стресс в патогенезе СПКЯ и метаболического синдрома (S Franks., 2008).

Цель исследования: Определить влияние возраста на проявления метаболических нарушений, а также признаки клинической и биохимической гиперандрогемии при СПКЯ, а также выявить связь между секрецией андрогенов и глюкокортикоидов у пациенток с СПКЯ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ карт 116 пациенток с верифицированным диагнозом СПКЯ (на основании классификации Европейской ассоциации репродукции человека (ESHRE) и эмбриологии и Американского общества репродуктивной медицины (ASRM), Роттердам 2003) в возрасте от 16 до 39 лет. Проведена оценка возраста, ИМТ, клинических признаков гиперандрогемии: акне (I-IV стадия), гирсутизма (модифицированная шкала Ферримана — Голлвея), алопеции (шкала Людвига), гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т4св, пролактин, эстрадиол, прогестерон, СССГ, ДЭАС, общий тестостерон, кортизол, 17-гидроксипрогестерон). Для исключения неклассической формы ВДКН, оценки особенностей обмена глюкокортикоидов у пациенток с повышением базального 17-гидроксипрогестерона ($n=51$) использовалась проба с внутримышечным введе-

нием препарата АКТГ «Synacten Depot», результат оценивался через 9 часов после введения. В случае повышения концентрации 17-НР на фоне стимуляции более 30 нмоль/л (Grunwald K., 1990; Peterson M., 1992; Speiser P., 2003) женщины исключались из исследования в связи с выявлением у них неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников. Обработка данных осуществлялась с использованием статистического пакета «SPSS for Windows», версии 16.0.

Результаты исследования: Средний возраст пациенток в группах составил $26,21 \pm 5,1$, индекс массы тела $21,9 \pm 4,2$. В результате проведенного анализа выявлена положительная корреляция возраста и окружности живота ($r=0,44$ $p=0,0001$), а также слабая отрицательная корреляция возраста и клинических проявлений гиперандрогемии: гирсутизма ($r=-0,22$, $p<0,01$) и акне ($r=-0,31$, $p<0,0001$). Достоверных линейных связей возраста и уровней ДЭАС и тестостерона в сыворотке крови выявлено не было. Также была выявлена связь базального уровня кортизола и уровня 17-гидроксипрогестерона после стимуляции АКТГ ($r=0,3$, $p=0,04$). Кроме того, отмечена обратная зависимость между базальным уровнем ДЭАС и уровнем 17-гидроксипрогестерона после стимуляции ($r=-0,31$, $p=0,04$).

Выводы: Возраст у исследованных нами пациенток с СПКЯ связан с ухудшением метаболических проявлений (увеличением окружности живота), уменьшением клинических проявлений гиперандрогемии (акне, гирсутизма), но не биохимический гиперандрогемии. Базальный уровень кортизола и ДЭАС связаны с ответом коры надпочечников на стимуляцию АКТГ.

Дискуссия: Выявленная связь возраста и ухудшения метаболических проявлений (увеличение окружности живота) согласуется с данными литературы (CJ., Alexander., 2009; E Carmina., 2009). Уменьшение выраженности клинических проявлений гиперандрогемии подтверждается и другими исследованиями (H Teede., 2010; S Alsamarai., 2009), отсутствие в нашем исследовании подобной корреляции между возрастом и биохимической гиперандрогемии может быть связано с особенностями течения заболевания в данной популяции, использовании неэкстракционных методов оценки уровня андрогенов, а также использованием критериев ESHRE Rotterdam., 2003 для верификации диагноза. Корреляция уровня базального кортизола и уровня 17-гидроксипрогестерона после стимуляции АКТГ подтверждает роль гиперактивности коры надпочечников в патогенезе СПКЯ (BO Yildiz., 2007; DA Vassiliadi., 2009). Роль ДЭАС как негативного предиктора ответа коры надпочечников на стимуляцию АКТГ остается неясной и требует дальнейшего изучения.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Скакова Р.С.
Алматы, Казахстан

Намеченный рост эндометриоза у молодых женщин, особенно у подростков, диктует необходимость проведения мероприятий по профилактике и ранней диагностике этой патологии репродуктивных органов. С этой позиции интерес вызывает определение предрасполагающих факторов формирования генитального эндометриоза.

Целью исследования явилось изучение предрасполагающих факторов развития эндометриоза у девочек — подростков.

Материал и методы исследования. Обследованы 60 девочек-подростков возраста 14-17 лет, у которых диагностирован генитальный эндометриоз на основании комплексного исследования: клинические проявления, сонография, лапароскопия и ЯМРТ. С целью изучения влияния антенатального периода развития и семейного анамнеза на развитие иммунных и гипофизарно-яичниковых нарушений нами было изучено течение антенатального и постнатального периодов развития, особенности семейного анамнеза, соматического, физического и полового развития у девочек-подростков с эндометриозом. Контрольную группу составили 50 девочек-подростков возраста 14-17 лет без соматической и гинекологической патологией.

Результаты исследования. Изучение антенатальных факторов позволило нам установить, что у девочек-подростков, больных эндометриозом антенатальный период чаще осложнялся ранним гестозом, угрозой прерывания беременности — 15,0% и 10,0% против 6,0% и 4,0% здоровых девочек-подростков, $p < 0,05$

У девочек-подростков, больных эндометриозом, постнатальный период был отягощен повышенной заболеваемостью, при том за счет увеличения аллергических заболеваний, патологии почек, сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных заболеваний с хронизацией процесса. У девочек-подростков основной группы частота аллергических заболеваний была выше в 11,7 раз ($p < 0,01$), системных (ревматизм, склеродермия) — в 5,0 ($p < 0,05$), анемий — в 4,2 ($p < 0,05$), патологии почек — в 1,7 ($p < 0,05$). Высокую частоту экстрагенитальной патологии в данной группе больных можно объяснить лишь с позиции присутствия ИДС, что клинически выявляются компенсированными изменениями в системе иммунного гомеостаза.

Возможно иммунные нарушения, возникшие во время антенатального периода, способствуют формированию иммунного ответа в постнатальном периоде по типу компенсированной ИДС. Они реализуются повышением хронической экстрагенитальной патологии, являющейся фоном для гипофизарно-яичниковых нарушений и развития эндометриоза. Однако, нельзя не принимать во внимание наследственную предрасположенность к

гормональной дисфункции. У девочек-подростков, больных эндометриозом, наследственность была отягощена эндокринно-зависимой патологией. У мам девочек достоверно чаще, чем у мам здоровых девочек, наблюдалась миома матки (11,7% против 6,0%) и у 10,0% наблюдалась дисменорея, у 8,3% эндометриоз. Кроме этого, у 6,7% девочек, больных эндометриозом наблюдалась дисгормональная гиперплазия молочных желез.

На фоне антенатальных, постнатальных и наследственных факторов отмечена особенность менструальной функции и полового развития, являющаяся подтверждением гипофизарно-овариальной дисфункции с менархе и возможной основной причиной развития эндометриоза. У девочек-подростков, больных эндометриозом в 13,3% наблюдений были позднее менархе при отсутствии таковых в группе здоровых девочек, на 29,3% меньше было менструальных циклов продолжительностью 27-30 дней и в 36,7% были нерегулярные менструации. Девочки-подростки 14 лет, больные эндометриозом переняли одногодок по половому развитию, а 15,16,17 лет отставали в половом развитии за счет уменьшения показателей становления менструальной функции. Сумма полового развития больных эндометриозом в возрасте 14 лет была соответственно 10,0+1,7 и 8,1+2,45, в возрасте 15 лет — 11,2+0,6 и 11,8+0,2, в возрасте 17 лет 11,7+0,2 и 12,0+0,3, $p < 0,05$.

Гормональные и иммунные расстройства у девочек подростков, больных эндометриозом, являются первичными по отношению к эндометриозу и обусловлены патологическим влиянием факторов риска в антенатальном периоде, наследственной предрасположенностью.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ВОПРОСАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Скворцова М.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии РМАПО

АГ в мире занимает в структуре заболеваний одно из ведущих мест. Причём основные тенденции таковы, что среди женщин число заболевших АГ с каждым годом только растёт. К факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относят избыточную массу тела, ожирение, дислипидемию, низкий уровень ЛПВП, высокий уровень ЛПНП, гипертриглицеридемию, инсулинорезистентность или нарушение толерантности к глюкозе, артериальную гипертензию, в том числе гестационную АГ.

АГ встречается до 30% у беременных. Часто встречающиеся осложнения при АГ у беременных - преэклампсия, эклампсия и ее осложнения, ФПН, антенатальная гибель плода, преждевременные

роды, ПОНРП, массивные коагулопатические кровотечения, HELLP-синдром.

Основными целями терапии при АГ являются максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них и улучшение качества жизни.

Перспективными направлениями для снижения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в репродуктивном периоде являются изменение образа жизни, нормализация липидного профиля, использование антигипертензивной терапии, разумный выбор методов контрацепции.

В настоящее время сформулированы требования к «идеальному методу» контрацепции современной женщины — эффективность, безопасность, приемлемость и дополнительные лечебные преимущества. Безопасность использования контрацептивов отражена в критериях ВОЗ и должна строго соблюдаться при использовании женщиной того или иного метода. Доказано влияние эстрогенового компонента КОК на систему гемостаза, свёртывающую систему крови, ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, жировой обмен, на печень и желчные пути, на углеводный обмен. Причём эти эффекты дозозависимы. Между тем, основными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний являются курение, ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, высокие дозы эстрогенов. Использование КОК в этих ситуациях ограничено. Альтернативой служит назначение ЧПК, в частности Чарозетты, содержащей 75 мкг дезогестрела.

Чарозетта — уникальный контрацептив без эстрогенов, схожий с КОК, т.к. подавляет овуляцию в 99% случаев. Правило пропущенной таблетки для Чарозетты — 12 часов, эффективность выше, чем у мини-пили, быстрое восстановление фертильности (в 100% случаев в течение 30 дней после прекращения приёма), низкая частота побочных эффектов. Доказана безопасность Чарозетты и отсутствие влияния на массу тела и АД, систему гемостаза, липидный и углеводный обмен, лактацию.

У женщин с АГ применение КОК (содержащих даже низкую дозу эстрогена) противопоказано из-за увеличения риска инфаркта миокарда и микроинсультов.

Тем категориям пациенток, которым противопоказаны для назначения даже небольшие дозы эстрогенов, альтернативой могут являться контрацептивные препараты, в состав которых входят только гестагены. Очевидно, что современный контрацептивный препарат должен содержать минимальную дозу стероидов, которая стойко подавляла бы овуляцию, обладать дополнительными лечебными эффектами, обеспечивала бы хорошую переносимость и удобство использования. Несомненно, таким контрацептивом является Чарозетта.

ОСОБЕННОСТИ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСОВ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Согийян А.С., Лебедева Е.А., Калиниченко И.А.,
Пугиева Л.А., Овсянников В.И., Бабина И.Г.

Ростовский государственный медицинский университет,
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный
ОАО РЖД»

Воспалительные заболевания внутренних женских половых органов (ВЖПО) характеризуются, как правило, упорством в сохранности клинической симптоматики, стойкостью патоморфологических изменений, толерантностью к медикаментозному воздействию и большим процентом рецидивного течения.

Цель исследования: провести анализ и выявить наиболее характерные закономерности изменений в состоянии оксидантного и антиоксидантного статусов у пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних женских половых органов.

Проведено исследование состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) эритроцитов и плазмы у 22 женщин с воспалительными процессами ВЖПО в рамках проспективного обсервационного продольного когортного исследования. Критерии включения в контролируемое исследование: наличие у пациенток воспалительных заболеваний ВЖПО (аднекситов, оофоритов, сальпингитов, эндометритов, параметритов и их сочетаний), а также наличие согласия на проведение данного метода лечения и соблюдение режима обследования.

В качестве показателей оксидантного статуса исследовали содержание продуктов ПОЛ в эритроцитах и плазме крови: диеновых конъюгат (ДК), малонового диальдегида (МДА) и шиффовых оснований (ШО). АОЗ оценивалась по уровню супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КА), а также по супероксидустраняющей активности плазмы крови (СУА).

Нормы значений исследуемых показателей были определены у 8 практически здоровых женщин в возрасте 20-40 лет.

Статистическая обработка цифрового материала проводилась методами описательной статистики (данные приведены в виде указания медианы и интерквартильного размаха: Me (LQ;UQ)), непараметрическими методами для независимых переменных (тест Mann-Whitney).

При статистической обработке полученных показателей не выявлено достоверной зависимости от нозологии выявленного процесса воспаления. У пациенток всех нозологических форм имеет место активация ПОЛ с достоверным увеличением концентрации МДА (по сравнению с показателями здоровых доноров). Его исходный уровень в эритро-

цитах оказался равным 5,20(3,96;5,74) нмоль/мгНб ($p=0,048$ при норме — 2,69(2,06;3,06) нмоль/мгНб). Параллельно отмечалось истощение антиоксидантных резервов. Уровень СОД внутри клеток оказался равным 3,64(2,65;4,43) ед/мгНб ($p=0,05$ при норме — 6,64(5,92;6,83) ед/мгНб), КА — 14,37(13,84;15,78) нмольН₂O₂/мгНб/мин ($p=0,049$ при норме — 28,03(27,40; 28,61) нмоль Н₂O₂/мгНб/мин). Параллельно констатируется снижение концентрации антиоксидантных ферментов в плазме, но в сравнении со значениями здоровых женщин данные показатели были статистически не достоверны.

У пациенток с рецидивом воспалительного процесса (вне зависимости от нозологии) активность процессов ПОЛ была ниже по сравнению с первично заболевшими пациентками, на фоне сниженной активности внутриклеточного антиоксидантного фермента — СОД. Число женщин, обратившихся по поводу рецидива заболевания, составило 10 человек (45% от обследованной группы пациенток). Содержание МДА в эритроцитах у данной группы женщин устанавливалось на уровне 4,36(3,56;5,35) нмоль/мгНб и было достоверно различимо ($p=0,02$) в сравнении с показателем, полученным у пациенток, первично обратившихся в клинику. 5,43(4,50;5,94) нмоль/мгНб. Внутриклеточное содержание СОД у пациенток с рецидивным течением процесса оказалось равным 3,19(2,42;3,65) ед/мгНб и было достоверно ниже ($p=0,018$) значений, полученных у первично обратившихся женщин [4,21(3,49;4,79) ед/мгНб].

Таким образом, процессы ПОЛ и АОЗ у пациенток с рецидивным течением воспалительных заболеваний ВЖПО существенно отличаются от таковых у женщин с острым их развитием.

Выявление причин таких отличий представляется сверхактуальной задачей, так как может служить ориентиром для выработки иной, более совершенной лечебной тактики.

ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Соломатина А.А., Науменко А.А., Коновалова А.В.
Россия, г.Москва

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета

Эктопическая беременность до настоящего времени остается одной из основных проблем в гинекологии. Частота встречаемости колеблется от 0,5 до 4,5% и не имеет тенденции к снижению (Цыганкова Л.А., Юдин В.Е., 2009г; Адамян Л.В. и соавт., 2008; Истомина Н.Г., Баранов А.Н., 2008;). На долю интерстициальной беременности приходится от 2 до 5% наблюдений (Гуриев Т.Д., Сидорова И.С., 2007; Rastogi, Meena GL et al., 2008). Цель исследования - своевременная диагностика и лечение внематочной беременности при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе. Нами проведен ретроспективный анализ 57 историй болезни паци-

енток с интерстициальной локализацией плодного яйца. Возраст больных достоверно не отличался по группам и варьировал от 18 до 42 лет. В 1-ю группу вошли 38 пациенток с локализацией плодного яйца в интерстициальном отделе с сохраненными маточными трубами, во 2-19, которые ранее перенесли тубэктомия по поводу трубной беременности. Кроме общеклинического обследования использовали УЗИ с ЦДК в 2D и 3D режимах, иммунорадиометрическое тестирование β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ), лапароскопию. У 11 пациенток с тубэктомией в анамнезе при чревосечении использовали систему для непрерывной аутологичной гемотрансфузии Cell Saver (Fresenius C.A.T.S.). Раннее начало половой жизни - до 16 лет, отмечали большее количество обследуемых - 84,2% и 63,15% соответственно. Нами не было выявлено достоверных различий в возрасте наступления менархе, количестве родов и искусственных абортов. Самопроизвольные эмбриональные потери чаще встречались среди исследуемых 2-й группы - у 63%. Воспалительные заболевания придатков матки в 1,5 раза реже отмечались в 1-й группе - у 52,6%. Бесплодие I встречалось у 23,7% и 15,8%, бесплодие II - у 13% и 36,8% соответственно. У большинства пациенток с сохраненными маточными трубами (31%) при наличии симптомов гестации отмечались боли внизу живота тянущего характера, в то время как в группе с тубэктомией в анамнезе боли чаще носили острый или режущий характер - у 84,2%, у 47,3% боли иррадиировали в область прямой кишки. Ациклические кровяные выделения из половых путей при поступлении отмечали 86,8% 1-й группы и 15,8% во 2-й. Задержка менструации отмечалась у 76,3% больных с сохраненными маточными трубами (10 - 78 дней — от 3 до 10 недель гестации), у 73,7% обследуемых с удаленной ранее маточной трубой, составляла не более 30 дней, что соответствовало 4-5 неделям беременности. Концентрация β -ХГЧ в сыворотке крови больных 1-й группы составляла от 3500 до 25200 мМЕ/мл, что не всегда позволяло исключить маточную беременность. Концентрация β -ХГЧ в сыворотке крови больных 2-й группы достоверно не отличалась от показателей при эктопической беременности и варьировала от 94 до 2550 мМЕ/мл. При УЗИ с ЦДК органов малого таза признаки интрамуральной беременности были выявлены у 21% в 1-й группе. Эхографические картины у 10,5% характеризовались наличием в области маточного угла гипоэхогенного образования, напоминающее плодное яйцо, с хорионом толщиной 9 мм; у 7,9% — свободной изоэхогенной зоной между плодным яйцом и эндометрием толщиной 4-5мм, с хорионом 7мм, у 2,6%- плодное яйцо с хорионом локализовалось на расстоянии 3-4 мм от боковой стенки матки (при норме 5-11 мм), с активным кровотоком. В связи с величиной плодного яйца, всем произвели чревосечение, тубэктомия с резекцией маточного угла с ушиванием ложа. У 79% установлены ложноотрицательные диагнозы: маточная беременность, начавшийся выкидыш - у 44,7%, апоплексия яичника, болевая форма - у 10,5%. У 23,7% нельзя

было исключить трубную беременность, была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой диагностирована беременность, локализованная в интерстициальном отделе. Интраоперационно визуализировалось ассиметричное выбухание в области трубного угла матки, размерами 5-6 см, что создавало впечатление двурогой матки, невыраженный цианоз. Произведена конверсия, выполнена тубэктомия с иссечением трубного угла матки и наложением швов. У 55,3% обследуемых 1-й группы диагноз не был установлен, пациентки наблюдались в гинекологическом отделении от 5 до 25 дней. В отсроченном периоде всем повторно проводили УЗИ с ЦДК, определяли концентрацию β -ХГЧ в сыворотке крови. На основании данных уровня β -ХГЧ в сочетании с УЗИ с ЦДК, спустя 7-20 дней, у 55,3% выполняли повторную лапароскопию, при которой у всех был окончательно верифицирован диагноз. При наличии выраженного спаечного процесса, у 26,3% из 55,3% произведена тубэктомия с иссечением маточного угла с ушиванием плодместилища лапаротомическим доступом. У 30% потребовалось неоднократное проведение диагностической лапароскопии (2-3 раза). При лапароскопическом доступе произведена тубэктомия с резекцией и ушиванием трубного угла матки. Среди наблюдаемых 2-й группы при поступлении у 42,1% было подозрение на апоплексию яичника, геморрагическую форму. По данным УЗИ с ЦДК обнаружено: на стороне удаленной ранее маточной трубы эксцентрично расположенное гипоехогенное включение до 3-5 мм в диаметре, напоминающее плодное яйцо, с активным кровотоком по периферии, толщина миометрия в месте локализации плодного яйца составила 2 мм. Произведена резекция трубного угла матки с ушиванием ложа лапароскопическим доступом. В раннем послеоперационном периоде всем проводился мониторинг β -ХГЧ в сыворотке крови. Персистенция трофобласта диагностирована у 2 пациенток 1-й группы, что явилось показанием к назначению метотрексата в дозировке 40 мг/кг. Снижение титра β -ХГЧ в интервале 4-7 суток на 20% и более считали благоприятным признаком, свидетельствующем о полном удалении трофобласта. Таким образом, течение интерстициальной беременности у пациенток с сохраненными маточными трубами нередко соответствует клинической картиной маточной беременности. У больных с перенесенной ранее тубэктомией, течение заболевания чаще протекает по типу нарушенной трубной беременности. Основным методом диагностики является лапароскопия, нередко динамическая.

НАБЛЮДЕНИЕ СТРУМЫ ЯИЧНИКА

Соломатина А.А., Михалева Л.М., Братчикова О.В.
Россия, г.Москва. Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ

Струма яичника представляет собой вариант модифицированной тератомы, представленной тканью щитовидной железы, количество которой в опухоли

более 50%. Данный морфологический тип можно отнести к редким, т.к. частота встречаемости составляет менее 1% среди всех опухолей яичников, и 1-3% среди дермоидных кист.

Приводим 2 клинических наблюдения струмы яичников. Пациенткам проводилось 2D УЗИ по стандартной методике с применением доплерографии на первом этапе. Далее выполнялось трехмерное сканирование с изучением как послойного строения, так и объемной модели, с последующим построением трехмерной ангиограммы и количественным подсчетом кровотока в программе VOCAL. Исследование проводилось на аппарате "Voluson 730 Expert" (Kretz-General Electric Medical Systems, Австрия), с использованием 3.7-9.3 МГц 3D/4D мультисекторного внутриполостного датчика. Выявленные нами струмы яичников имели схожие ультразвуковые характеристики. Располагались преимущественно сзади от матки, имели односторонний характер. Размеры опухолей в максимальном диаметре составили 58,7 и 117,2 мм. Характеризовались кистозно-солидной структурой. Кистозный полости располагались по периферии имели различный диаметр от 34,0 до 56,0 мм. Толщина капсул и перегородок в среднем составила 1,2 мм. Содержимое преимущественно анэхогенное, в некоторых камерах отмечалось небольшое количество мелкодисперсной взвеси. Солидный компонент, располагался в центральной части, имел размеры 15,6*18,2*32,0 мм, 23,5*44,0*42,0 мм, характеризовались неправильной формой, с неровным наружным контуром, неоднородной эхогенности, с рядом кистозных полостей с неровными внутренними контурами диаметром до 10 мм. При доплеровском картировании, кровотоки определялись преимущественно в солидном участке, обращала на себя внимание активная васкуляризация, с зонами мозаичного кровотока. Выделялись локусы как венозного (V_{max} от 6,01 до 11,2 см/сек), так и артериального (ИР от 0,39 до 0,45; V_{max} от 6,4 до 16,0 см/сек) кровотока.

На построенных 3D-эхограммах, визуализировались кистозные полости по периферии с гладким наружным контуром. Солидный компонент определялся в виде губчатой структуры, с отчетливо визуализируемыми наименьшими в диаметре ячейками. В наибольших кистозных полостях определялось неравномерное утолщение внутренних контуров, что было обусловлено скоплением коллоидного содержимого камер, как выявлено при изучении макро и микропрепаратов. Губчатое строение солидного компонента, отчетливо определяемое при 3D сканировании, один из диагностических признаков струмы яичника. Построение сосудистого русла выявила насыщенность солидной структуры кровеносными сосудами, их разнонаправленностью, утолщением диаметра, развитием анастомозов и умеренным разветвлением, что свойственно гормонально активным опухолям. Подсчет индексов объемного кровотока показал, что опухоли характеризуются как повышенной плотностью сосудов, так и интенсивностью кровоснабжения, что отражается в

индексе васкуляризации (VI $9,697 \pm 0,083\%$), индексе кровотока (FI $37,702 \pm 0,072$), индексе васкуляризации потока (VFI $3,652 \pm 0,022$) соответственно.

Проведенное микроскопическое исследование изученных опухолей показало, что кистозные полости имеют фиброзное строение с единичными разбросанными тирео-клетками. Структура солидного компонента представлена тканью, напоминающую нормальную и гиперплазированную ткань щитовидной железы, с участками макрофолликулярного, трабекулярного и микрофолликулярного строения, с большим количеством расширенных артериол и венул, что определяет гормональную активность данного вида опухолей.

Таким образом, применение новых технологий в УЗ-диагностике, позволяет выявлять дополнительные критерии для диагностики опухолей яичников. Требуется накопление опыта для определения достоверных критериев диагноза для редко встречающихся опухолей.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ: УЗ ОЦЕНКА В КРАТКОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Соломатина А.А., Сафронова Д.А.,

Братчикова О.В., Морозова Е.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния лапароскопических органосохраняющих операций на состояние яичников (овариальный резерв и функциональное состояние).

Нами изучено состояние яичника у 53 пациенток, перенесших органосохраняющие операции по поводу зрелой тератомы и простой серозной цистаденомы яичников. Средний возраст наблюдаемых — $28 \pm 1,5$ лет. В контрольную группу включены 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, имеющих спонтанную овуляцию.

Всем обследованным проводилось 2D/3D УЗИ на аппарате Voluson730Exp (Австрия) через 1 и 3 месяца после оперативного вмешательства. Функциональное состояние яичников оценивали на 3-5 день менструального цикла: объем яичника (V , см^3) количество антральных фолликулов (АФ), показатели интраовариального кровотока (VI, FI, VFI). Определения наличие овуляции и формирование желтого тела.

Анализируя параметры морфо-функционального состояния яичников через 1 месяц после оперативного вмешательства, выявлено, что объем оперированного яичника у большинства наблюдаемых $43(81,1\%)$ превышал в 1,3 раза значения в интактном яичнике ($V=7,5 \pm 0,5 \text{ см}^3$). Интраовариальный кровоток характеризовался увеличением плотности сосудов и интенсивности перфузии (VI-

$2,3 \pm 0,4$; FI- $29,4 \pm 2,5$). Оценка количества АФ показала снижение в 1,2 раз. У 10 (18,8%) обследованных зафиксировано значительное увеличение объема яичника ($V=11,2 \pm 0,7 \text{ см}^3$) и интраовариального кровотока, антральные фолликулы не визуализировались. Индивидуально выявлено, что это были пациентки, оперированные по поводу простой серозной цистаденомы, которым интраоперационно производилась дополнительная коагуляция. В коллатеральном яичнике зафиксирована викарная гипертрофия. Оценка частоты овуляции через 1 месяц после операции, показала, что в оперированном яичнике овуляция наблюдались у $32,07\%$, а в коллатеральном яичнике в 2 раза чаще - $66,3\%$. Следует отметить, что при наличии простой серозной цистаденомы овуляторные циклы зафиксированы в 1,8 раз реже в сравнении со зрелой тератомой.

Через 3 месяца после операции, отмечено снижение объема яичника в 1,4 раза и внутрияичниковой перфузии (VI- $1,5 \pm 0,4$; FI- $23,4 \pm 2,5$) у 47 наблюдаемых. Количество антральных фолликулов не претерпело значимых изменений. Только у 4 из 10 с простой серозной цистаденомой выявлено увеличение количества АФ и улучшение показателей кровотока. Анализ функционального состояния яичника выявил, что в оперированном яичнике овуляторные циклы зафиксированы в 2 раза реже (16%) в сравнении с исследованием через 1 месяц. В интактном яичнике частота овуляций возросла $39(73,5\%)$.

Таким образом, нами установлено, что у пациенток, перенесших органосохраняющие операции на яичниках, несмотря на увеличение объема оперированного яичника и интраовариальной перфузии через 1 месяц после операции, количество антральных фолликулов было сниженным. В то же время частота овуляции в 2 раза выше в оперированном яичнике через 1 месяц в сравнении с исследованием через 3 месяца, что, возможно, обусловлено усиленной васкуляризацией оперированного яичника. При наблюдении через 3 месяца отмечено восстановление объема и интраовариальной перфузии оперированного яичника, количество антральных фолликулов не претерпело изменений. Согласно полученным данным, нарушение овариального резерва зависит от морфологического варианта образования, его локализации применения дополнительной коагуляции.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РОСТА И ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА

Сорокина А.В., Радзинский В.Е., Морозов С.Г.

Россия, Москва, Кафедра акушерства и гинекологии РУДН
Россия, Москва, ГКБ №29 им. Н.Э.Баумана

Актуальность проблемы: Изучение иммунологических аспектов аденомиоза с позиций доказательной медицины позволит проводить раннюю диагностику, прогнозирование и оценивать эффективность проводимого лечения. В настоящее время доказана роль многих цитокинов и факторов роста

в патогенезе и диагностике эндометриоза, однако очень небольшое число исследований касается аденомиоза. В связи с выявленными различиями и особенностями в клиническом течении и молекулярно-биологических процессах, в работе мы использовали термины «активный» и «неактивный» аденомиоз, отражающие степень клинической и морфологической активности эндометриозного процесса.

Цель: Определить роль факторов роста (эпидермального — EFG, сосудисто-эндотелиального — VEGF) и цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-10) в диагностике аденомиоза, а также установить связь между степенью активности аденомиоза и содержанием в сыворотке крови данных показателей.

Материалы и методы исследования: Обследовано 80 пациенток с морфологически подтвержденным диагнозом «аденомиоз» (средний возраст 41 год) и 50 практически здоровых пациенток составили контрольную группу (средний возраст 40 лет). Основная группа была разделена на 2 подгруппы: I — «активный» аденомиоз (n=30), II — «неактивный» аденомиоз (n=50). Сыворотку крови получали стандартным методом. Содержание в сыворотке VEGF, EFG, ИЛ-6 и ИЛ-10 определяли твердофазным иммуноферментным методом с использованием диагностических тест-систем.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования было выявлено повышение концентрации VEGF (452,3 пг/мл), EFG (563,3 пг/мл), ИЛ-6 (338,5 пг/мл), ИЛ-10 (246,6 пг/мл) в сыворотке крови больных аденомиозом по сравнению с контрольной группой: VEGF (38,3 пг/мл), EFG (45,9 пг/мл), ИЛ-6 (0), ИЛ-10 (115,2 пг/мл). Результаты исследования свидетельствуют о том, что клиническая активность аденомиоза обусловлена нарушениями молекулярно-биологических процессов. Для клинически активного аденомиоза характерно более выраженное повышение уровня VEGF (I — 725,3 пг/мл, II — 250,6 пг/мл) EFG (I — 647,4 пг/мл, II — 334,5 пг/мл), ИЛ-6 (I — 435,5 пг/мл, II — 164,1 пг/мл), ИЛ-10 (I — 324,5 пг/мл, II — 164,1 пг/мл), т.е. пролиферации, неоангиогенеза и иммуносупрессии.

Выводы: Установлено, что факторы роста являются важными регуляторами клеточной пролиферации и дифференцировки, наряду с гормонами и цитокинами. Можно предположить, что повышение содержания факторов роста создает благоприятные условия для инвазии и последующего роста жизнеспособных фрагментов эндометрия. Степень участия цитокинов в патогенезе аденомиоза находится в прямой зависимости от стадии иммунного ответа, степени вовлеченности в него различных субпопуляций иммунокомпетентных клеток, тяжести и распространенности патологического процесса. Изменение иммунореактивности обследованных пациенток аденомиозом сопровождалось активацией продукции провоспалительных цитокинов (ИЛ-6) и в меньшей степени противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10). Изучение продукции факторов роста и цитокинов при аденомиозе

способствует улучшению понимания причин возникновения и прогрессирования этого заболевания, а также позволяет наметить пути для совершенствования его диагностики и лечения

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ

Сороколетов К.Ю.

ТулГУ, лечебный факультет, кафедра акушерства и гинекологии
ГУЗ ТОбН № 2 им.Л.Н.Толстого

Офисная гистероскопия (диагностическая или оперативная) проводится без фиксации шейки матки, без расширения цервикального канала, благодаря минимальному размеру тубуса гистероскопа, без анестезиологического пособия в амбулаторных условиях. Позволяет не только диагностировать внутриматочную патологию, но и провести её одномоментное лечение.

С января 2009 года на базе консультативно-диагностического отделения ТОб № 2 проводится амбулаторная диагностическая-офисная и оперативная гистероскопия. Диагностическая гистероскопия проводилась жёстким офисным гистероскопом фирмы RZ Medizintechnik GmdH с наружным диаметром 3,5 мм. Оперативная гистероскопия проводилась операционным гистероскопом диаметром 4,7 мм, с инструментальным каналом для инструментов диаметром 2 мм, фирмы RZ Medizintechnik GmdH.

Основными показаниями для выполнения гистероскопии у пациенток репродуктивного возраста являлись: первичное и вторичное бесплодие (9), подозрение на эндометриоз тела матки и цервикального канала(5), нарушение менструального цикла(22), подозрение на внутриматочную патологию (полипы, внутриматочные синехии, субмукозные миоматозные узлы) (18).

Гистероскоп вводился в половые пути по методу Стефано Бетоки с проведением вагиноскопии, без фиксации шейки матки, жидкость подавалась под давлением не более 40 мм водного столба и скоростью 80 мл в мин с помощью гистеропомпы. Небольшой наружный диаметр гистероскопа позволяет выполнять подавляющее большинство диагностических процедур без расширения цервикального канала.

За данный период выполнено 54 гистероскопии у пациенток в возрасте от 18 до 58 лет из них 24 оперативных с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Внутриматочная патология обнаружена в 44.4% случаев, полипы полости матки 24%, гиперплазии эндометрия 7.4%, неполная внутриматочная перегородка 1.8%, аденокарциномы эндометрия 3.7%, субмукозная миома 7.4%.

Произведено: прицельная биопсия эндометрия 7, удаление 10 полипов эндометрия, 2 полипов цервикального канала, 2 полипа устьев маточных труб, 1 плацентарный полип, 1 внутриматочные синехии, 1 удаление остатков плодного яйца, 4 удаление внутриматочного контрацептива из полости

матки и цервикального канала с помощью эндоскопического инструментария. В целом процедуры переносятся хорошо, средний бал при оценке болевых ощущений по 10-ти бальной шкале составил 3.

Офисная гистероскопия — малоинвазивная и высокоинформативная процедура выполняемая в амбулатории, имеющая следующие преимущества: снижение материальных затрат по сравнению с гистероскопией в условиях стационара, отсутствие необходимости в наркозе (работа анестезиолога, анестезиологической сестры, риски для пациентки). Исчезает необходимость в госпитализации пациенток. Временные затраты составляют от 30 мин до 2 часов пребывания в дневном стационаре. Массовое использование данной методики ведёт к нормализации менструальной и репродуктивной функции у большинства женщин в оптимально короткие сроки. Все перечисленные достоинства офисной гистероскопии обуславливают высокую востребованность этого метода, позволяющего оказывать помощь женщинам, не снижая качества их жизни.

ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Сотникова Л.С., ЭльАкад Е.В., Тонких О.С., Федосова Л.Н., Гаглоева Ц.Н., Оккель Ю.В., Степанов И.А., Удут Е.В., Насырова Р.Ф.

Россия, г.Томск

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

Мастопатия (N60, МКБ-10) диагностируется у 60-80% женщин репродуктивного возраста и представляет собой группу гетерогенных заболеваний. На современном этапе в зарубежной литературе мастопатия рассматривается как доброкачественная дисплазия молочных желёз или диффузная дисгормональная гиперплазия ткани молочных желёз (ДДГМЖ).

Целью исследования явилось проведение комплексной и сравнительной оценки функциональных взаимоотношений гипофизарно-яичниковой, гипофизарно-тиреоидной и гипофизарно-надпочечниковых систем у пациенток с различными формами диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желёз

Объектом исследования явились 80 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 60 пациенток с верифицированным диагнозом: диффузная дисгормональная гиперплазия молочных желёз (ДДГМЖ), что позволило разделить на три группы: I группа (n=28): ДДГМЖ с преобладанием железистого компонента; II группа (n=20): ДДГМЖ с преобладанием кистозного компонента; III группа (n=12): ДДГМЖ с преобладанием фиброзного компонента. Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин, сопоставимых с основной группой по возрасту, без соматической и гинекологической патологии. Критериями

отбора в основную группу были: наличие на момент обследования диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желёз; возраст от 19 до 45 лет; сохраненная репродуктивная функция; отсутствие узловых форм дисгормональной гиперплазии молочных желёз; отсутствие нейро-эндокринных заболеваний; в момент исследования пациентки не принимали гормональные препараты.

Анализ состояния гормональной регуляции при ДДГМЖ позволил выявить следующие, заслуживающие внимания и обсуждения моменты. У всех обследованных пациенток основной группы концентрация ЛГ в плазме крови была выше, чем в контрольной группе и составила 7,4 [7,05÷7,7] мЕд/л (в контроле: 5,1 [5,0÷5,2] мЕд/л; $p<0,03$). Уровень ПРЛ также был повышенным ($p<0,05$) и составил 736 [680÷780] мЕд/л при ДДГМЖ с железистым компонентом; 729 [620÷810] мЕд/л при ДДГМЖ с кистозным компонентом (в контроле: 435 [430÷440] мЕд/л). Уровень ПРЛ при ДДГМЖ с фиброзным компонентом отличался 631,5 [420÷726] мЕд/л от показателей контрольной группы 435 [430÷440] мЕд/л, но был в пределах нормы. Уровни тестостерона и ДГАС не отличались ($p>0,05$) от показателей контрольной группы. Однако, среднее значение 17-гидроксипрогестерона при ДДГМЖ было 4,4 [4,4÷4,7] нмоль/л, что достоверно ($p<0,05$) выше соответствующего значения в контрольной группе (2,4 [2,3÷2,5] нмоль/л). При ДДГМЖ с железистым компонентом 4,1 [2,8÷6,9] нмоль/л; ДДГМЖ с кистозным компонентом 4,4 [2,9÷6,8] нмоль/л; ДДГМЖ с фиброзным компонентом 3,5 [3,0÷4,2] нмоль/л соответственно. Уровни АКТГ и кортизола у пациенток с ДДГМЖ составили соответственно 56,8 [55,4÷58,3] пг/мл и 669,9 [658÷685] нмоль/л, что было достоверно ($p<0,001$) выше аналогичных показателей в контрольной группе (42 [38÷46] пг/мл и 365 [349÷381] нмоль/л соответственно). Концентрация ТТГ у больных ДДГМЖ была достоверно ($p<0,05$) выше, чем у сверстниц контрольной группы и в среднем составила 3,2 [3,1÷3,2] мЕд/л (в контроле: 2,15±0,12 [2,0÷2,2] мЕд/л). Напротив, показатель СССГ при ДДГМЖ (77 [71÷86] нмоль/л) оказался достоверно ($p<0,05$) ниже аналогичного показателя в группе контроля (105,5 [93÷113] нмоль/л).

Главным образом, у всех женщин с диагнозом диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желёз происходят изменения гормонального статуса в той или иной степени выраженности нарушений функциональных взаимоотношений гипофизарно-яичниковой, гипофизарно-тиреоидной и гипофизарно-надпочечниковых систем в зависимости от формы ДДГМЖ. Это проявляется увеличением общего числа пациенток с явлениями гиперэстрогемии и увеличением их доли с изменением формы диффузной мастопатии. Наиболее существенные изменения изучаемых гормональных показателей при ДДГМЖ выражались в достоверном ($p<0,05$) повышении уровней лютеинизирующего гормона, пролактинина, 17-гидроксипрогестерона, адренокортикотропного гормона, кортизола, тиреотропного

гормона и достоверном ($p < 0,05$) снижении значения секстероидсвязывающего глобулина по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

РЕЦЕПТОРНЫЙ СТАТУС РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Станоевич И.В.¹, Сидорова И.С.¹, Кудрина Е.А.¹,
Коган Е.А.², Аброкова Б.С.¹, Фен И.¹

1 - Московский государственный медицинский университет
им. И.М.Сеченова

2 - Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) характеризуется хроническим рецидивирующим прогрессирующим течением. В процессе консервативного лечения ГЭ без атипии врач нередко сталкивается с развитием резистентности заболевания к используемым гормональным лекарственным препаратам, что выражается в неэффективности используемой схемы терапии. Предполагаемой основой развития гормонорезистентности при ГЭ является снижение экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в морфологическом субстрате.

Целью исследования служило уточнение причин неэффективности повторной терапии больных рецидивирующей комплексной гиперплазией эндометрия без атипии депо-формой синтетического аналога гонадотропин-рилизинг гормона (всего 6 инъекций) посредством сравнения экспрессии рецепторов эстрогенов (ER) и прогестерона (PR) в эндометрии при диагностированном дебюте и рецидиве заболевания.

В исследование включено 16 больных. Средний возраст составил $39,2 \pm 4,7$ лет. Исходным преморбидным фоном служило сочетание хронической ановуляции и/или метаболических нарушений с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних гениталий. Пять женщин не имели анамнеза беременностей, восемь женщин — 1-5 беременностей, одни роды, три пациентки — 1-3 беременности, двое родов.

Промежуток времени после окончания терапии впервые выявленной комплексной ГЭ без атипии депо-формой аналога гонадотропин-рилизинг гормона (всего 9 инъекций) до диагностики рецидива заболевания составил 10-44 месяца.

Количественная оценка экспрессии ER и PR проводилась иммуногистохимическим методом с использованием антител фирмы Dako по системе Histo Score.

Содержание ER в очагах комплексной ГЭ при дебюте заболевания составило $72 \pm 9\%$ и $57 \pm 7\%$, PR — $74 \pm 8\%$ и $82 \pm 10\%$ в эпителии и строме гиперплазированного эндометрия соответственно.

Содержание ER в очагах комплексной ГЭ при рецидиве заболевания составило $14 \pm 2\%$ и $12 \pm 1\%$, PR — $13 \pm 1\%$ и $13 \pm 1\%$ в эпителии и строме гиперплазированного эндометрия соответственно.

Таким образом, последующую неэффективность супрессивной гормональной терапии аналогом гонадотропин-рилизинг гормона можно связать с потерей/снижением чувствительности патологического субстрата к эстрогенам и прогестерону с вовлечением гормон-независимых путей стимуляции пролиферации и ангиогенеза.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Стеняева Н.Н., Назарова Н.М.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Нарушение сексуальной функции, по мнению многих авторов, относится к основным причинам, дестабилизирующим семейные отношения. Профилактическая направленность современных методов контрацепции реализуется не только в отношении репродуктивного здоровья, но и в отношении сексуального здоровья населения. В то же время парность сексуальной функции обуславливает необходимость при подборе контрацептивных средств учета как сексуального здоровья, так и предпочтений обоих партнеров.

С целью оптимизации лечебно-реабилитационной тактики и профилактики сексуальных расстройств мы исследовали сексуальное здоровье и контрацептивное поведение в паре у 74 пациенток, обратившихся на прием в поликлиническое отделение ФГУ «НЦАГ и П им. В.И.Кулакова МЗ и СР РФ» для подбора контрацепции. Применялись анамнестический и сексологический методы с заполнением стандартных опросников.

48,6% женщин было в возрасте от 25 до 34 лет, 55,4% мужчин (партнеров) было в возрасте от 30 до 39 лет. 51,4% пар состояли в официальном браке, 33,8% пар состояли в устойчивых отношениях (более 3 лет), 14,8% пациенток не имели постоянного партнера (или имели отношения в паре менее 3 лет). 44,6% пациенток имели хотя бы одного ребенка. 86,5% пациенток в паре использовали ранее эпизодически различные контрацептивные методы и средства, в том числе и прерванный половой акт, средства экстренной контрацепции, гормональные препараты. 13,5% пациенток использовали длительно один метод контрацепции. Сексологические жалобы предъявляли 10,8% пациенток, из них у 8,1% выявлена сексуальная дисгармония в паре, сочетавшаяся с явлениями диспареунии, у 2,7% — нарушение оргазмической функции в виде коитальной аноргазмии. Для облегчения психосексуальной адаптации пар репродуктивного возраста проводились индивидуальное и парное консультирование с привлечением партнера, сексологическое информирование и коррекция контрацептивного поведения. Подбор современных контрацептивных методов и средств осуществлялся с учетом соматического здоровья пациенток, устойчивости парных отношений, интенсивности сексуальной жизни, ре-

продуктивных планов, наличия сексологических жалоб, предпочтений обоих партнеров.

Разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий, направленный на гармонизацию и укрепление сексуальных и межличностных отношений в паре, включающий консультирование пары по подбору современных средств контрацепции, элементы семейного консультирования, интегрирующих гинекологическую и сексологическую помощь пациентам.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Степанян Л.В., Синчихин С.П., Мамиев О.Б.,
Хребченков В.Г.**

Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», ГУЗ Александромариинская областная клиническая больница

Неразвивающаяся беременность (НБ) является не только медицинской, но и социальной проблемой современной медицины. За последние пять лет число случаев неразвивающейся беременности увеличилось в 10 раз (с 5-10% до 45-50%). При лечении данной патологии могут возникнуть осложнения, обусловленные как хирургическим вмешательством, так и действием медикаментозного наркоза. Одним из отягощающих факторов при инструментальном удалении плодного яйца при замершей беременности является перевозбужденное состояние центральной нервной системы. Как правило, пациентки находятся в психологическом стрессе от момента диагностирования патологии, которая продолжается и после прерывания НБ. В связи с этим данная проблема приобретает особую значимость.

Цель исследования — клинически оценить влияние транексама на действие кетамина, используемого при замершей беременности при хирургическом лечении НБ в первом триместре гестационного периода.

Наблюдаемые пациентки были разделены на две группы по 35 человек в каждой. В основной группе пациентам назначался препарат транексам («МИР-ФАРМ», Россия), вводимый однократно за 30-60 мин до оперативного вмешательства в дозировке 750 мг в 200 мл изотоническом растворе натрия хлорида внутривенно капельно в течение 20-30 мин. Пациенткам группы сравнения препарат не назначался. Для общего медикаментозного наркоза применялся кетамин, который вводили внутривенно по общепринятой схеме.

Все пациентки между группами были сопоставимы по соматической патологии, данным акушерско-гинекологического анамнеза и возрасту ($33,1 \pm 2,5$ и $32,8 \pm 2,2$ лет соответственно). В течение настоящей беременности у 97,2% пациенток основной группы и у 95,6% пациенток из группы сравнения наблюдались респираторно-вирусные инфекции. Вместе с тем следует отметить, что у 20% женщин основной группы и у 21% пациенток группы сравнения

беременность наступила на фоне хронического эндометрита, что также могло способствовать прекращению развития беременности.

Нами оценивались непосредственно течение самой анестезии и общее самочувствие пациенток после выполнения манипуляции.

Пациентки, получавшие препарат транексам, в отличие от группы сравнения, отмечали значительное улучшение общего состояния уже через 5-6 часов постабортного периода. Это, по нашему мнению, связано с более адекватным восстановлением общего состояния наблюдаемых женщин после медикаментозного наркоза на фоне применения транексама, который подавляет избыточный кининогенез, выступая как синергист кетамина.

Каких-либо аллергических и других побочных реакций при вышеуказанном способе применения транексама мы не наблюдали.

Длительность стационарного лечения составила $3,7 \pm 0,2$ и $5,6 \pm 1,2$ койко-дней по группам соответственно ($p < 0,01$).

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что транексам обладает наиболее широким спектром действия, имея ряд положительных эффектов. Он является не только антифибринолитиком, но и противовоспалительным, противоаллергическим, антикининовым препаратом, выступая в качестве анальгетика периферического действия. Блокируя передачу импульсов на рецепторы, он оказывает тормозящий эффект на основные пути болевой чувствительности (спиноталамический и спиноретикулярный), предотвращая дальнейшее поступление их к лобной и соматосенсорной коре. Можно предположить, что транексам усиливает угнетающее влияние кетамина на ассоциативную зону и подкорковые образования таламуса, регулирующие процессы поступления и перераспределения информации от органов чувств к коре головного мозга, а также формирование адекватного поведения с подавлением реакций избегания, защиты, агрессии и активацией защитно-приспособительных реакций. Таким образом, транексам благоприятно действует на течение как самой анестезии, так и на состояние центральной нервной системы в целом, повышая ее адаптогенность. Применение транексама при лечении неразвивающейся беременности способствует не только предупреждению патологического кровотечения, но и быстрому восстановлению общего состояния пациенток после медикаментозного наркоза, тем самым сокращая сроки пребывания их в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Стрыгина Э.Д.

Россия, г. Белгород, БелГУ, кафедра акушерства и гинекологии

В современных социально-экономических условиях, характеризующихся высоким уровнем заболеваемости и общей смертностью населения, снижением рождаемости, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость. Нарушение менструальной функции стало в настоящее время важной проблемой научной и практической медицины. Кроме того, большинство женщин репродуктивного возраста имеют низкий уровень здоровья вследствие нарушения общих адаптационных механизмов, что в свою очередь приводит к овуляторной дисфункции. В связи с изложенным целью нашего исследования стало изучение эргометрических показателей у женщин репродуктивного возраста с нарушением менструальной функции. Нами было обследовано 30 женщин активного репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла. Контрольную группу составили 10 условно здоровых женщин с индексом массы тела (ИМТ), или индекс Кетле, от 18 до 24,5 кг/м² в возрасте от 18 до 35 лет, который в среднем составил 21,5±0,25 года, с максимальным потреблением кислорода (МПК) и порогом анаэробного обмена (ПАНО) 34-44 мл/кг/мин. Основную группу исследования составили 20 женщин с нарушением менструального цикла. В 7 случаях нарушения цикла были по типу олигоменореи, остальные отмечали нерегулярный менструальный цикл с эпизодами маточных кровотечений. По данным графиков базальной температуры в 15% был ановуляторный менструальный цикл. У 85% женщин диагностирована недостаточность второй фазы цикла. При проведении эргоспирометрии у женщин основной группы в 4 случаях отмечено замедленное восстановление частоты сердечных сокращений и артериального давления после физической нагрузки, в контрольной группе в одном случае. Гипертонический тип реакции на нагрузку и высокая толерантность к физической нагрузке оказалась практически одинаковой в двух группах исследования и составила 90% и 80% соответственно. Параметры ЭКГ в контрольной группе были без значимой динамики, в основной группе в одном случае выявлено нарушение реполяризации желудочков в сочетании с депрессией сегмента ST-T. Показатели МПК в исследуемой группе были ниже, в среднем, 35,5 в сравнении с контрольной группой 37,32. Следует учесть, что три женщины из основной группы занимались спортом, у них МПК был выше условной нормы (44 мл/кг/мин). ПАНО в основной группе оказался значительно ниже контрольной группы и составил в среднем 31,8 и 72,83 мл/кг/мин соответственно, причем в одном случае из основной группы ПАНО недостигнут.

Таким образом в ходе исследования установлено что у женщин с нарушением менструального цикла снижены эргометрические показатели, что требует назначения адекватной терапии, способствующей улучшению метаболических процессов.

НЕЗАМЕТНАЯ ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ С ГИПОДИНАМИЕЙ И ГИПОКИНЕЗИЕЙ

Суетина Д., Петросян И., Порубайко Л.

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Росздрава, кафедра физической культуры, ЛФК и врачебного контроля, Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КГМУ, Краснодар, Россия

Почти каждый житель большого современного города в определенных ситуациях испытывает гиподинамию, то есть понижение подвижности, вследствие уменьшения силы движений, и гипокинезию, как результат вынужденного уменьшения объема движений. Длительные перелеты, переезды в междугородных автобусах и общественном городском транспорте, стояние в пробках, ожидание в очередях, пребывание в вынужденной позе в трудовых процессах вызывают у человека чувство онемения в конечностях, парестезии, боли в позвоночнике, общее утомление, стресс, что приводит к нервным срывам. Положение горожанина часто усугубляется еще и дефицитом времени для занятий физкультурой и спортом, которые в какой-то степени компенсировали бы недостаток движений, своеобразный «мышечный голод».

Нами разработан такой комплекс незаметных для окружающих физических упражнений, который снижает гиподинамию и компенсирует гипокинезию в вынужденных условиях социальной или трудовой деятельности.

Комплекс содержит изометрические упражнения, упражнения на мышечную релаксацию, дыхательные упражнения, приемы аутомобилизации позвоночника и суставов, самомассаж и некоторые изотонические упражнения, возможные в конкретной ситуации.

Изометрические упражнения — это последовательное произвольное напряжение мышечных групп кистей, стоп, предплечий, голеней, плеч, бедер, ягодичной области, тазовой диафрагмы, спины, груди, брюшного пресса, шеи, мимической и жевательной мускулатуры. На 1-м этапе освоения комплекса каждое из них производится отдельно, длится 3-5 сек и обязательно чередуется с упражнениями на расслабление данной мышечной группы.

Релаксация всех перечисленных мышечных групп производится в позе кучера, дремлющего на дрожжах или в позе человека, лежащего в шезлонге. Очень полезной при этом бывает маска релаксации — волевое расслабление мимических, жевательных мышц, мышц языка, век и экстраокулярных мышц. Экспозиция релаксации должна в 2 раза превышать время напряжения мышечной группы.

Изометрические упражнения и упражнения на расслабление в отношении 1: 2 чередуются с дыхательными, то есть 1 -дыхательное, затем 1 -изометрическое и на расслабление. Используются дыхательные упражнения типа диафрагмального, грудного, полного или смешанного дыхания с задержкой дыхания на счет 1-2-3 и выдохом в 2 раза продолжительнее вдоха. После этого все упражнения — изометрические, на расслабление и дыхательные повторяются. Количество повторов индивидуально и зависит от ситуации.

На 2-м этапе, по мере усвоения напряжения и расслабления отдельных мышечных групп, человек переходит к комплексному волевому напряжению-расслаблению мышечных групп нижней конечности, ягодичной области и тазовой диафрагмы; верхних конечностей; вентральной и дорзальной поверхности туловища; шеи и челюстно-лицевой области. Они так же чередуются с дыхательными упражнениями в отношении 1:2.

На 3-м этапе можно включать общее напряжение-расслабление всех мышечных групп организма одновременно, чередуя его с дыхательными упражнениями 1:1. К сожалению, их не рекомендуется применять людям, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, повышенной судорожной готовностью и недержанием мочи. По мере возможности, в зависимости от условий, в комплекс вводятся изотонические упражнения типа ходьбы в и.п. сидя, сгибания и разгибания конечностей, пронации и супинации кистей и стоп, пальчиковой гимнастики.

Гимнастические упражнения хорошо дополняются приемами аутомобилизации позвоночника и суставов, такими, как наклоны головы и шеи в сагиттальной плоскости, наклоны и повороты их во фронтальной плоскости, сгибание, разгибание, наклоны в стороны и повороты туловища, а также все возможные движения в крупных и мелких суставах конечностей, самомассаж кистей.

Использование представленного комплекса упражнений активизирует функционирование микроциркуляторной системы организма, усиливает артериальный приток и венозный отток, уменьшает застойные явления в конечностях и малом тазу при длительном сидении или воспалительном процессе, ликвидирует чувство онемения, парестезии и похолодания в дистальных отделах конечностей, снимает стресс, создавая положительную конкурирующую доминанту в коре головного мозга, улучшает общее физическое состояние человека в вынужденном положении.

Комплекс апробирован на студентах, на больных и здоровых лицах среднего и пожилого возраста, мужчинах и женщинах, автомобилистах и людях, пользующихся общественным транспортом. 82% опрошенных отметили улучшение физического состояния в результате его применения, снижение стресса, чувства онемения в конечностях, 15% ответили к нему индифферентно, 3% — не смогли заставить себя заниматься.

Разработанный комплекс может стать составляющей здорового образа жизни городских жителей,

а также эффективно применяться в комплексной реабилитации гинекологических и андрологических больных.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕТЕНТНОСТИ УЧАЩИХСЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Сумская Г.Ф., Букреева И.В., Бобров С.А.

Россия, Санкт-Петербург, Городской акушерский гематологический центр,

Государственная морская академия им. адмирала С.О. Макарова,
Кафедра репродуктивного здоровья женщин СПбМАПО
Росздрава.

Актуальность. Одним из самых распространенных на планете заболеваний является железодефицитная анемия (ЖДА). Общее количество больных ЖДА превышает 1 миллиард человек, а более 3,5 миллиардов имеют латентный дефицит железа (ДЖ). Особо уязвимыми в отношении развития ДЖ и ЖДА являются женщины детородного возраста, за счет регулярных потерь значительного количества железа во время менструальных кровотечений и беременности. В свою очередь, анемия у беременных неблагоприятно влияет на постнатальное развитие ребенка, особенно способствуя нарушениям в работе центральной нервной системы. Отмечаются такие проявления, как снижение настроения и обеднение эмоциональной сферы ребенка. Дети отличаются вялостью, плаксивостью, раздражительностью, в тяжелых случаях — утратой интереса к окружающему. Такие дети позже начинают ходить, говорить, овладевать навыками общения со своими сверстниками. В контексте междисциплинарного подхода анемия рассматривается как фактор снижения адаптационных возможностей человека, в том числе и обучения. Хорошо известно, что важнейшим показателем качества образования является уровень компетентности (обучаемости) учащегося. Компетентность школьников с ЖДА и латентным ДЖ по сравнению с таковой здоровых детей значительно ниже. При этом у детей с латентным ДЖ ярко выражено снижение способности к концентрации внимания. Такие дети быстро устают, легко отвлекаются при изучении школьного материала. Lozoff B. et al. (2000) показали, что здоровые школьники, перенесшие анемию в раннем детском возрасте, остаются на второй год в 25%, в то время как их сверстники, никогда не болевшие анемией, только в 10%. Вместе с тем, влияние латентного ДЖ на успеваемость учащихся репродуктивного возраста, не страдавших анемией в детстве, изучено недостаточно.

Цель исследования: определить степень влияния ДЖ на уровень компетентности женщин репродуктивного возраста, обучающихся в высших учебных заведениях.

Материалы и методы. В исследование было включено 32 женщины репродуктивного возраста (студентки 1 курса). Критериями исключения из

исследования являлись: снижение уровня гемоглобина ниже 120 г/л, наличие острой или хронической соматической патологии в стадии обострения, анемия в детском возрасте. Всем обследуемым определяли уровни гемоглобина, сывороточного ферритина (СФ), оценивали регулярность менструального цикла и объем менструальной кровопотери, симптомы сидеропении (слабость, утомляемость, головные боли, ломкость ногтей, расслаивание кончиков волос), показатели компетентности (уровень успеваемости, организованность на уроках, скорость запоминания). Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA for Windows. Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Сравнение количественных параметров, в исследуемых группах осуществлялось с использованием критериев Манна-Уитни, медианного хи-квадрат и модуля ANOVA. Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали общепринятую в медицине величину $P < 0,05$.

Результаты исследования. Все женщины, в зависимости от уровня сывороточного ферритина, были разделены на три группы: I — контрольная, с достаточным депо железа в организме ($n=10$), II группа с прелатентным ДЖ ($n=10$), и III группа с латентным ДЖ ($n=12$). Уровень СФ 50-30 нг/мл рассматривался нами как прелатентный ДЖ, а меньше 30 нг/мл как латентный. Средний возраст обследуемых составил $18,8 \pm 0,1$ лет, средние концентрации гемоглобина и СФ в I группе составили $131,1 \pm 2,3$ г/л и $66,0 \pm 2,8$ нг/мл, во II группе — $130,9 \pm 1,4$ г/л и $38,1 \pm 1,7$ нг/мл и в III группе — $123,3 \pm 1,3$ г/л и $10,3 \pm 1,9$ нг/мл. Симптомы сидеропении в I группе были отмечены только у 10% исследуемых, во II группе у 30% и в III группе у 91,67% ($p < 0,001$). Установлена статистически достоверная связь скорости запоминания в зависимости от концентрации СФ ($p < 0,01$). Так в контрольной группе высокую скорость запоминания имели 8 женщин, а низкую только 2. Во II группе у 60% обследуемых была высокая скорость запоминания и у 40% низкая. В III группе высокая скорость запоминания была только у 1 студентки, у 8 — низкая и у 3 — очень низкая ($p < 0,01$). В I и II группе только 40% студенток имели низкую степень организованности на уроке, в то время как в III группе этот показатель составил 83,33% ($p < 0,01$). По среднему уровню успеваемости студенты были поделены на отличников и троечников. В I группе наблюдалось 7 отличников и 3 троечника, во II группе — 6 и 4, в III группе — 3 и 9 соответственно. Однако, несмотря на высокое наличие троечников в группе с латентным дефицитом железа, достоверной связи между ДЖ и уровнем успеваемости не выявлено ($p < 0,08$).

Выводы. Запасы железа в организме влияют на степень организованности и скорость запоминания учащихся на уроке. ДЖ в репродуктивном возрасте не влияет на успеваемость студентов. По всей видимости, только длительно существующий ДЖ

во время становления работы ЦНС (в детском возрасте) способен нарушать становление ментальной функции. Дальнейшие изучение данной проблемы, с включением большего числа женщин в исследование, позволит более точно определить влияние ДЖ в репродуктивном возрасте на показатели компетентности учащихся в высших учебных заведениях.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИИ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС

Сутурина Л.В., Колесникова Л.И.,
Коваленко И.И., Скляр Н.В., Ермолова Е.В.,
Троц Е.В.

Россия, г.Иркутск, Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН

Типичными гормонозависимыми заболеваниями, в патогенезе которых определенное значение имеет оксидативный стресс, являются миома матки, эндометриоз и мастопатия. Миома матки диагностируется у 10-30% женщин репродуктивного возраста, проявляется мено-метроррагиями, анемией, болевым синдромом, выявляется у 30-51% женщин с бесплодием; эндометриоз по частоте возникновения стоит на третьем месте после воспалительных заболеваний органов малого таза и миомы матки, а мастопатия — одно из наиболее распространенных заболеваний женщин. Общность некоторых механизмов патогенеза определяет высокую частоту сочетания этих заболеваний, особенно у женщин старшего репродуктивного возраста.

С целью изучения роли оксидативного стресса в развитии гиперпластических гормонозависимых заболеваний были обследованы 63 женщины с миомой матки ($33,6 \pm 0,5$ лет), 59 пациенток с генитальным эндометриозом ($31,3 \pm 0,3$ года), 60 женщин с диффузной мастопатией ($29,5 \pm 2,0$ лет) и 30 здоровых фертильных женщин, которые составили группу контроля. Продукты пероксидации липидов (конъюгированные диены, кетодиены и сопряженные триены, ТВК-активные продукты) и антиоксиданты (токоферол, ретинол, аскорбат, окисленный и восстановленный глутатион, супероксиддисмутаза) определялись с использованием методов спектрофотометрии и спектрофлуориметрии.

В результате проведенного исследования установлено, что активация процессов пероксидации липидов с накоплением преимущественно промежуточных продуктов (конъюгированных диенов, кетодиенов и сопряженные триенов) является универсальным патологическим процессом, отличающим пациенток с данными гиперпластическими заболеваниями от здоровых женщин. У бесплодных женщин с миомой матки отмечается истощение резервов антиоксидантной системы со снижением активности супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона; для пациенток с эндометриозом-ассоциированным бесплодием наиболее характерен дефицит токоферола; а у женщин с мастопатией особенное патогенетическое значение имеет недостаточность ретенола.

В ходе наблюдательного сравнительного нерандомизированного плацебо-неконтролируемого исследования показано, что целевая коррекция антиоксидантной недостаточности обеспечивает повышение клинической эффективности гестагенов у пациенток с гормонозависимыми пролиферативными заболеваниями.

НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Сутурина Л.В., Мадаева И.М., Солодова Е.И.

Россия, г. Иркутск, Научный Центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН

Климактерический синдром — это патологический симптомокомплекс, осложняющий течение климакса. Частота климактерического синдрома среди женщин перименопаузального возраста достигает 70%, а по некоторым данным, она еще выше. С патогенетической точки зрения климактерический синдром — это результат неадекватной адаптации стареющего женского организма к возрастному снижению функции яичников с развитием нейровегетативных, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений. Качество жизни женщин в перименопаузе значительно снижается также из-за развития нарушений сна, которым, к сожалению, не уделяется достаточного внимания.

Нами проведено анкетирование случайной выборки 60 женщин перименопаузального возраста (средний возраст составил 46 ± 2 года) с использованием специализированного Стэнфордского опросника. Нарушения сна были обнаружены у 80% опрошенных пациенток. В структуре диссомний наибольший удельный вес имела инсомния (85%), синдром обструктивного апноэ сна выявлялся у 10% опрошенных, синдром беспокойных ног — у 5%.

Полисомнографическое исследование (ПСГ) с регистрацией ЭЭГ, электроокулограммы, электромиограммы подбородочных мышц, воздушного потока дыхания, грудного и брюшного респираторно-мышечного усилия и проведением кардиореспираторного мониторинга по стандартной методике проведено у 35 пациенток. Анализ ПСГ выявил следующие особенности нарушений сна у женщин климактерического возраста: преобладание поверхностных стадий сна, уменьшение продолжительности стадий глубокого сна с компенсаторным увеличением REM-сна (фазы быстрых движений глаз), нарушение сегментарной организации сна, более выраженное у женщин с инсомнией. У 2 обследованных ночные пробуждения были ассоциированы с нарушениями сердечного ритма, особенностью пациенток с избыточной массой тела и ожирением является большая частота, чем у женщин с нормальными значениями ИМТ, синдрома обструктивного апноэ сна.

В ходе исследования получены предварительные данные о положительной динамике нарушений сна у женщин климактерического возраста на фоне заместительной гормональной терапии.

ГИСТЕРОСКОПИЯ, КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ТРУБНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ К ПРОГРАММАМ ВРТ

Сыромятникова С.А., Базина М.И., Дьяченко Т.А.

ООО «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции», кафедра акушерства и гинекологии ИПО КрасГМУ, Красноярск

К современным высокоэффективным методам лечения бесплодия относятся медикаментозные и эндоскопические методы, а также вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). При этом последние являются завершающим этапом лечения бесплодия или альтернативой всем существующим методам. Трубно-перитонеальное бесплодие занимает ведущее место в структуре бесплодного брака и часто ассоциировано с инфекционным поражением органов репродуктивной системы. Состояние эндометрия при данной форме бесплодия во многом определяет эффективность лечения в программах ВРТ. Гистероскопия позволяет выявить патологию эндометрия и определить необходимые лечебные мероприятия для её устранения, что положительно влияет на эффективность процедур ВРТ.

Цель исследования: изучить гистероскопические и гистологические изменения эндометрия при трубно-перитонеальной форме бесплодия у пациенток в программах ВРТ.

Материалы и методы исследования: Набор клинического материала проводился на базе ООО «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции», проводилось ультразвуковое исследование аппаратом ВК Pro Focus с конвексным (3,5 МГц) и вагинальным датчиком (5 МГц) для оценки толщины и структуры эндометрия и фолликулометрии на 13-14 день менструального цикла. Гистероскопия проводилась с применением жесткого гистероскопа на 6-9 день менструального цикла. Гистологическое исследование эндометрия проводилось с применением рутинных методов и окраской микропрепаратов по Ван-Гизону.

Основную группу составили 50 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия. В контрольную группу включены 40 пациенток с мужским фактором бесплодия.

Полученные результаты: Пациентки групп исследования были сопоставимы по возрасту, который в основной группе составил $32,6 \pm 3,2$ года, в контроле $31,9 \pm 3,1$ лет. Соматический статус пациенток был неотягощен. В группах исследования первичное бесплодие составило 30%, вторичное бесплодие 70%. Средняя длительность бесплодия к моменту проведения ВРТ составила $7,1 \pm 0,7$ года. В основной группе у 50%(25) пациенток трубы отсутствовали, при этом тубэктомии по поводу эктопической беременности были проведены в 30%(15) наблюдений и у 20%(10) пациенток имело место удаление труб по поводу воспалительных процессов. У 50%(25) перенесенные воспалительные процессы привели к акклюзии маточных труб. В группе контроля маточные трубы имели нормальную проходимость.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ

Тажетдинов О.Х.¹, Гамидов С.И.^{1,2},

Овчинников Р.И.³, Павловичев А.А.¹,

Попова А.Ю.³, Тхагапсоева Р.А.¹, Щербаков Д.В.¹

¹ — Россия, г. Москва, кафедра урологии ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

² — Россия, г. Москва, курс клинической андрологии при кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

³ — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

При проведении УЗИ исследования нами было отмечено торможение пролиферации эндометрия в овуляторных менструальных циклах у пациенток основной группы, где толщин срединного М-эхо составила $7,2 \pm 0,7$ мм и в 80%(40) наблюдений эндометрий имел неоднородную эхогенность и нечеткие контуры. В контрольной группе толщина М-эхо составила $8,5 \pm 0,6$ мм, но в 50%(20) также была нарушена структурность эндометрия. Гистероскопия проводилась на 6-9 день менструального цикла и отличалась многообразием клинических признаков: ярко-розовая слизистая в 60%(30), слабая выраженность сосудистого рисунка в 30%(15), неравномерность толщины эндометрия в 60%(30), неполное отторжение эндометрия в 50%(25), полипы эндометрия в 40%(20). Таким образом, у каждой пациентки в среднем выявлялось 2,4 гистероскопических признака. Гистологическое исследование эндометрия в 100% у пациенток основной группы выявило морфологические признаки хронического эндометрита, и в 2 раза чаще в сравнении с данными гистероскопии выявлялись различные морфологические формы полипов. В контрольной группе в 50%(20) случаев наблюдалась нормальная картина гистероскопии и гистологического заключения, и в 50%(20) отмечались признаки неравномерной толщины эндометрия, а при гистологическом исследовании эндометрия выявлялась дистрофия желез эндометрия.

Всем пациенткам были проведены программы ВРТ по короткому протоколу с применением рекомбинантных гонадотропинов и антагонистов ГнРГ. В основной группе получено $9,6 \pm 0,9$ ооцитов, в контрольной группе $9,5 \pm 0,9$. Всем пациенткам проведен перенос эмбрионов при средней толщине эндометрия в группах исследования $10,5 \pm 1,0$ мм. В основной группе процент наступления беременности на эмбриоперенос составил 62,1% и многоплодия 20%, в контрольной группе 42,5% и многоплодия 10%.

Заключение: При трубно-перитонеальной форме бесплодия с высокой частотой встречаются гистероскопические и гистологические признаки хронического эндометрита. Кроме того в 40% случаев на фоне хронического эндометрита формируются полипы эндометрия не всегда выявляющиеся при ультразвуковом исследовании.

Учитывая длительность и формы бесплодия следует применять гистероскопическое исследование для детальной оценки эндометрия и своевременного устранения патологических процессов, что значительно влияет на результативность программ ВРТ.

Патогенез гормональных нарушений при ожирении и негативное влияние последних на репродуктивную функцию мужчины, а так же механизм действия ингибиторов ароматазы, предполагает эффективность этих лекарственных средств при лечении мужского бесплодия при ожирении. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности анастрозола в лечении бесплодия у мужчин с ожирением.

40 мужчин с идиопатическим бесплодием и ожирением в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем $32,8 \pm 10,5$ лет) были обследованы с использованием анализа жалоб, истории заболевания, физикального обследования, данных спермограммы и лабораторных исследований. После обследования пациенты были распределены на 2 подгруппы в зависимости от показателей уровня эстрадиола сыворотки крови: группа 1 — больные с нормоэстрогемией ($n=17$); группа 2 — больные с гиперэстрогемией ($n=23$). Всем больным был назначен анастрозол в дозе 1 мг однократно в течение 3 мес. По окончании лечения всем больным проводился контроль показателей спермограммы.

Средний индекс массы тела больных не изменился в обеих группах, уровень эстрадиола в группе с нормоэстрогемией уменьшился с $62,5 \pm 7,7$ пг/мл до $48,2 \pm 6,9$ пг/мл ($p < 0,05$), а тестостерона возрос с $17,4 \pm 3,8$ до $21,2 \pm 3,9$ ммоль/л ($p < 0,05$). Количество сперматозоидов в 1 мл (концентрация) возросло с $16,2 \pm 8,7$ до $23,9 \pm 6,4$ млн ($p < 0,05$). Подвижность сперматозоидов (категория А) увеличилась с $16,9 \pm 5,8$ до $23,8 \pm 5,3\%$ ($p < 0,05$), количество морфологически нормальных форм возросло с $21,4 \pm 6,4$ до $26,3 \pm 4\%$ ($p < 0,05$).

Уровень эстрадиола в группе пациентов с гиперэстрогемией уменьшился с $91,4 \pm 7,7$ пг/мл до $51,2 \pm 5,7$ пг/мл ($p < 0,05$), а тестостерона возрос с $16,3 \pm 4,1$ до $25,2 \pm 3,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). Количество сперматозоидов в 1 мл (концентрация) возросло с $14,2 \pm 8,3$ до $28,6 \pm 5,4$ млн ($p < 0,05$). Подвижность сперматозоидов (категория А) увеличилась с $14,9 \pm 5,4$ до $26,8 \pm 4,9\%$ ($p < 0,05$), количество морфологически нормальных форм возросло с $20,1 \pm 6,1$ до $29,3 \pm 4,3\%$ ($p < 0,05$).

В нашем пилотном исследовании применение ингибиторов ароматазы (анастразола) при бес-

плодии у мужчин с ожирением оказалось высокоэффективным и безопасным. При этом наибольшая эффективность анастрозола была отмечена в группе пациентов с гиперэстрогемией. Этот положительный эффект можно объяснить регулирующим влиянием анастрозола на гормональный фон у мужчин, за счет уменьшения ароматизации тестостерона в висцеральной жировой ткани. Предложенный способ лечения бесплодия у мужчин с ожирением требует дальнейших углубленных исследований.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО ФОЛЛИКУЛА В ТЕРАПИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА

Тарасов В.Н.

Медицинский центр «Гармония», Рязань, Россия.

В последние годы среди причин женского бесплодия все более преобладают эндокринные факторы, классифицированные рубрикой — 97.0 по МКБ-Х, которые объединяют случаи нарушения овуляции. Вместе с тем достаточно высока частота синдрома недостаточности лютеиновой фазы (СНЛФ), при котором наличие овуляции наиболее часто подтверждают концентрацией сывороточного прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла и наличием секреторной трансформации эндометрия, полученного методом аспирационной биопсии накануне предполагаемой менструации.

При этом, довольно часто, заместительная терапия гестагенами или попытки устранить факторы приводящие к СНЛФ (гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипотиреоз) не сопровождаются восстановлением репродуктивной функции.

Было высказано предположение, что в этих наблюдениях имеет место синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула (СЛНФ), как один из вариантов синдрома хронической ановуляции (СХА). Совершенно очевидно, что дифференциальная диагностика между СНЛФ и СЛНФ позволит избирательно подходить к лечению женского бесплодия для эффективной реабилитации репродуктивной функции.

С целью выявления характерных признаков, свойственных СЛНФ, было обследовано 54 женщины в возрасте 24-35 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу бесплодия. Всех обследованных разделили на две клинические группы. Первую группу составили 25 женщин, у которых традиционная терапия СНЛФ гестагенами привела к наступлению беременности. Во вторую группу были отнесены 29 пациенток, у которых лечение СНЛФ гестагенами не давало желаемого результата. У всех обследованных была выполнена комплексная оценка менструального цикла, которая включала в себя измерение базальной температуры с параллельным определением на 3-4-ый день цикла концентрации фолликулостимулирующего

гормона (ФСГ) и эстрадиола (Е2) с целью характеристики фолликулярного яичникового резерва. В этом же менструальном цикле на 21-22-ой день исследовали сывороточные концентрации ФСГ, лютеинизирующего гормона (ЛГ), тиреотропного гормона (ТТГ), пролактина, свободного тироксина (Т4 св.), Е2, прогестерона, тестостерона. Морфологическую характеристику эндометрия осуществляли в метрoаспиратах, полученных методом аспирационной биопсии накануне предполагаемой менструации.

При сравнительной характеристике результатов обследования в клинических группах было обнаружено, что продолжительность менструального цикла в первой клинической группе ($26,8 \pm 2,5$ дней) была меньше, чем во второй ($29,6 \pm 1,5$ дней). При этом «предовуляторное» снижение базальной температуры во 2-ой группе было более поздним ($21,3 \pm 2,4$ день) по сравнению с 1-ой ($13,2 \pm 1,1$ день). Фаза созревания желтого тела в 1-ой группе занимала 2-3 дня, в то время как во 2-ой длилась 5-6 дней. Фаза расцвета желтого тела у пациенток первой группы продолжалась 10-12 дней, тогда как во второй группе не превышала 6-7 суток. Показатели фолликулярного яичникового резерва в обеих группах не имели значимых различий и указывали на достаточные возможности фолликулогенеза. В гормональном скрининге были зарегистрированы различия между клиническими группами. Так концентрация прогестерона в крови пациенток 1-ой группы ($27,1 \pm 2,6$ нг/мл) была значительно выше, чем во 2-ой ($4,3 \pm 1,1$ нг/мл). Соотношение ЛГ/ФСГ также имело значимые различия в зависимости от клинической группы и составляло $1,8 \pm 0,1$ и $2,7 \pm 0,1$ для первой и второй клинических групп соответственно. В метрoаспиратах пациенток первой клинической группы были обнаружены морфологические признаки лютеиновой недостаточности легкой степени, а обнаруженные изменения были однотипными в различных участках материала биоптатов. Во второй клинической группе морфологические признаки недостаточности желтого тела носили очаговый характер и различались по степени тяжести. Морфологические изменения в эндометрии пациенток второй клинической группы были отмечены во всех тканевых структурах последнего — клубки спиралевидных артерий, строма, железы. Для пациенток 2-ой клинической группы в протокол терапии бесплодия был включен кломифена-цитрат, что позволило добиться беременности у 26 женщин этой клинической группы.

Таким образом, для СЛНФ характерно наличие признаков лютеиновой недостаточности, выявляемых при комплексной оценке менструального цикла, которые проявляются в характерных изменениях базальной температуры, уменьшении концентрации прогестерона, увеличении соотношения ЛГ/ФСГ. В эндометрии удается обнаружить очаговые изменения характерные для недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла различной степени тяжести в разных его участках. Морфологические признаки недостаточной функ-

ции желтого тела выявляются в спиралевидных артериях, строме, маточных железах, железистом эпителии, а неравномерность выявляемых изменений делает морфологическую картину пестрой.

Своевременная диагностика СЛНФ позволяет эффективно проводить реабилитацию репродуктивной функции, используя в протоколе лечения антиэстрогены центрального действия, которые традиционно применяют при лечении СХА.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Тарасова Т.С.

МУЗ «Рязанская городская клиническая больница № 10»,
г. Рязань, Россия.

Частота нарушений репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности) у женщин достигает 49% среди пациенток фертильного возраста, что в условиях современной демографической ситуации позволяет отнести проблему реабилитации репродуктивной функции в группу мероприятий государственного значения. Обследование с целью восстановления фертильности традиционно начинают в период от 6-и до 12-и месяцев после неудачных попыток добиться желанной беременности или после спонтанного её прерывания. При выявлении факторов риска нарушения репродуктивной функции наиболее частыми являются инфекции передаваемые половым путем (ИППП) и связанные с ними, заболевания органов репродуктивной системы. В последние годы увеличилась частота эндокринных нарушений, таких как синдром хронической ановуляции (СХА) и синдром недостаточности желтого тела (СНЖТ). Значительную долю факторов риска составляет патология матки и маточных труб, а также мужские причины нарушений репродуктивной функции.

С целью выявления факторов риска infertility на догравидарном этапе, были обследованы 42 супружеские пары, добровольно обратившиеся за медицинской помощью в связи с планированием первой беременности. Возраст обследованных не превышал 20-25 лет. В анамнезе у всех обследованных отсутствовали беременности. Все пациентки пользовались современными контрацептивами. При этом 12 пациенток использовали комбинированные оральные контрацептивы, 30 обследованных отдавали предпочтение барьерным способам контрацепции. К моменту обследования отягощенный гинекологический анамнез (перенесенные ИППП, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения менструальной функции) имели 23 пациентки, соматический и аллергологический анамнез был отягощен у 6-и женщин.

У всех обследованных выполняли инфекционный скрининг (ПЦР в отделяемом из цервикального канала на хламидии, уреаплазмы, микоплаз-

мы, вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов, вирус цитомегалии, вирус папилломы человека, гарднереллы). Оценку менструального цикла проводили с помощью базальной термометрии при одновременном определении фолликулярного яичникового резерва (исследование концентрации ФСГ и эстрадиола в сыворотке крови) на 3-4 день от начала менструации, а также выполняли гормональный скрининг на 22-ой день анализируемого менструального цикла, который включал определение в крови тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4 св.), фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, пролактина, эстрадиола (Е2), прогестерона и тестостерона. Накануне предполагаемой менструации проводили аспирационную биопсию эндометрия с последующей морфологической характеристикой метростраты. Трубно-перитонеальные факторы риска нарушений репродуктивной функции выявляли методом гистеросальпингографии. Для исключения факторов риска infertility исследовали эякулят по стандартной методике.

Результаты исследования показали, что факторы риска нарушений репродуктивной функции были обнаружены у 18 (42,8%) пациенток. Возбудители ИППП, основную массу среди которых составляли уреаплазмы, были выявлены у 12-и обследованных женщин. При этом моноинфекция зарегистрирована у 5-и. В семи случаях были обнаружены возбудители двух и более инфекций. Эндокринные факторы риска (СХА и СНЖТ, сопровождающиеся гиперпролактинемией, гиперандрогенией, гипотиреозом) были обнаружены у 16-и обследованных женщин. Нарушения проходимости одной или двух маточных труб были выявлены у 2-х пациенток. Мужские факторы риска обнаружены в 9-и супружеских парах. Следует отметить, что сочетание двух и более факторов риска зарегистрировано в 15 случаях, что составляет подавляющее большинство клинических наблюдений.

Таким образом, было установлено, что среди женщин, планирующих первую беременность, частота факторов риска нарушений репродуктивной функции достигает значительной величины. При этом подавляющее большинство обследованных женщин имели сочетанные факторы риска репродуктивных нарушений. Среди моно причин преобладали эндокринные нарушения, которые в остальных случаях сочетались с ИППП, трубно-перитонеальными и мужскими факторами риска нарушений репродуктивной функции.

Столь высокая частота факторов риска infertility среди практически здоровых женщин, планирующих первую беременность, делает целесообразным предгравидарное обследование с целью выявления этих факторов с последующей, предшествующей беременности, реабилитацией репродуктивной функции. Мероприятия для достижения указанной цели могут быть классифицированы рубрикой Z 01.8 по МКБ-10.

Проведенные реабилитационные мероприятия, с целью устранения факторов риска нарушений

репродуктивной функции, в группе женщин, представленных в настоящем исследовании, позволили добиться желанной беременности у 39 пациенток.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ — ИНФЕКЦИИ: ШАГ ЗА ШАГОМ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Таточенко В.К.

Связь цервикального рака с инфекцией ВПЧ поставила его в ряд вакцинопредотвратимых заболеваний.

Вакцины против рака шейки матки обеспечивают эффективную и продолжительную защиту от инфекции ВПЧ 16/18 типов и дополнительную защиту против других онкогенных штаммов ВПЧ.

Вакцины против ВПЧ малореактогенны. Легкие и преходящие местные реакции в месте инъекции (покраснение, боль, припухлость) отмечались у 10% вакцинируемых, но системных побочных проявлений, связанных с вакцинацией против ВПЧ зарегистрировано не было.

Так как ВПЧ передается половым путем, то наиболее эффективной является вакцинация девочек 10-15 лет до начала половой жизни, то есть до встречи с инфекцией. Вторичной целевой группой являются девушки и женщины до 25 лет.

Начальным этапом в программе массовой вакцинации против рака шейки матки является информирование матерей девочек 10-15 лет о проблеме рака шейки матки и существовании эффективных методов профилактики. Просветительская работа о ВПЧ, путях заражения, последствиях, мерах профилактики в школах (среди девочек и их родителей), ЛПУ.

Направлять на вакцинацию против рака шейки матки девочек и женщин могут гинекологи. Иммунологи и вакцинологи могут вакцинировать женщин без предварительной консультации гинеколога. Так как после перенесенной ВПЧ инфекции не вырабатывается защитного иммунитета, и женщина может быть повторно заражена тем же типом ВПЧ. Учитывая также, что существующие методы диагностики ВПЧ инфекции недостаточно информативны, вакцинировать против рака шейки матки следует без обследования на ВПЧ статус.

В московском календаре профилактических прививок вакцинация против ВПЧ показана девочкам в возрасте 12-13 лет. Рекомендовать вакцинацию девочкам этого возраста могут педиатры ввиду ненужности гинекологического обследования перед вакцинацией.

Пациенток следует предупреждать, что даже после вакцинации следует регулярно проходить скрининг на рак шейки матки / посещать гинеколога.

Результатом активной работы врачей разных специальностей по вакцинации против ВПЧ должно стать снижение частоты раковых и предраковых изменений шейки матки. Для наибольшего успеха надо максимально охватить вакцинацией против ВПЧ девочек до начала половой жизни.

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ВЗОМТ

Тверскова О.П.

Тюменская государственная медицинская академия,
Тюмень, Россия

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) продолжают занимать основное место в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин. При этом наблюдается значительное «омоложение» ВЗОМТ у женщин. Из всех больных сальпингитом 70% — женщины моложе 25 лет, 75% — нерожавшие. Кроме того наиболее часто ВЗОМТ выявляются в возрасте 18-22 года, а через 14-15 лет наступает увеличение числа случаев гнойных ВЗОМТ у больных, средний возраст которых составляет 34,4 года. Принимая во внимание тот факт, что ВЗОМТ являются этиологической причиной целого ряда гинекологических заболеваний, включая миому тела матки, эндометриоз, нарушения менструального цикла актуальным является изучение уровня репродуктивных гормонов при различных стадиях воспалительных изменений яичников.

С целью оценки влияния различной степени воспалительного процесса на гормональный уровень изучены уровни гонадотропных гормонов гипофиза — ЛГ, ФСГ, а также яичниковый ответ по уровню эстрадиола и прогестерона методом ИФА (ELISA) у 91 пациентки с ВЗОМТ. Консервативную терапию получали 63 женщины (25 женщин с диагнозом пельвиоперитонитом и 38 пациенток — с тубовариальными образованиями, без перитонеальной симптоматики), 28 женщин были прооперированы с диагнозом перитонит, тубовариальные образования. Контрольную группу составили здоровых 37 женщин, не имеющих гормональных нарушений и воспалительных изменений анамнестически. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistika 6.0», проверку статистических гипотез с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

У пациенток на фоне пельвиоперитонита наблюдается снижение уровня эстрогенов до 46,9% от уровня здоровых женщин, при этом значения прогестерона вначале заболевания не отличаются контрольной группы, а через 5-7 суток снижаются более чем в 10 раз ($41,25 \pm 11,18$ нмоль/мл у здоровых, $3,64 \pm 1,99$ нмоль/мл — при пельвиоперитоните). В ответ на снижение уровня эстрогенов наблюдается умеренное увеличение ФСГ до $14,14 \pm 6,03$ нмоль/мл по сравнению с группой здоровых женщин, а соотношение ЛГ/ФСГ равно 0,39. При формировании тубовариальных образований наблюдается дальнейшее снижение уровня эстрогенов до $125,1 \pm 20,9$ нмоль/мл, при этом на фоне консервативного лечения появляется тенденция к восстановлению стероидпродуцирующей функции яичников. Уровень прогестерона при тубовариальном образовании снижен по сравнению с группой здоровых женщин и не отличается от значений, наблюдаемых у паци-

енток с пельвиоперитонитом. Консервативная терапия тубовариальных образований не влияет на уровень прогестерона и он продолжает снижаться. Уровень ФСГ повышен по сравнению с контрольной группой и не отличается от показателей в группе женщин с пельвиоперитонитом. Соотношение ЛГ/ФСГ у женщин с тубовариальными образованиями равно 0,51.

У женщин с осложненными формами ВЗОМТ, в лечении которых использованы хирургические методы, выполнены одно или двухсторонняя аднексэктомия и гистерэктомия при разлитом гнойном перитоните. Уровень эстрадиола при тубовариальных образованиях до и после оперативного вмешательства был наименьшим и соответствовал $82,4 \pm 4,23$ нмоль/мл и $80,2 \pm 7,92$ нмоль/мл соответственно. Уровень прогестерона был минимальным, что свидетельствует о длительности и выраженности функциональных изменений. Значения ФСГ у женщин с осложненными формами ВЗОМТ в первые дни после операции соответствовали такому же при тубовариальных образованиях с консервативным лечением, а в последующем повышались до $25,13 \pm 9,53$ нмоль/л. При этом соотношение ЛГ/ФСГ равно 0,24.

Таким образом, наличие воспалительного процесса сопровождается изменением стероидсинтетической функции яичников и синхронным изменением уровня гонадотропных гормонов с изменением соотношения ЛГ/ФСГ. Степень изменения уровня гормонов в большей степени зависит от выраженности и длительности воспалительного процесса. На фоне консервативной терапии при неосложненных формах ВЗОМТ стероидпродуцирующая функция яичников восстанавливается, при этом наблюдается изменение соотношения гонадотропных гормонов гипофиза как предиктор дальнейших поствоспалительных дисгормональных нарушений. Полученные данные необходимо учитывать на этапе построения реабилитационной программы после перенесенных ВЗОМТ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ БИОФОТОМЕТРИИ

**Торчинов А.М., Умаханова М.М., габараева М.Р.,
Фидарова Т.В.**

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета ГОУ ВПО МГМСУ Росздрави, Москва, Россия

Диагностика и лечение воспалительных острых заболеваний придатков матки (ВЗПМ) актуальная проблема гинекологии.

В последние годы для диагностики и лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости используется метод лазерной биофотометрии (ЛБФ).

Цель нашего исследования: провести диагностику и лечение воспалительных заболеваний придатков матки методом лазерной биофотометрии.

Нами изучены у 84 больных возможности и эффективность использования метода ЛБФ для диагностики и прогнозирования течения ВЗПМ.

Мы использовали аппарат «МИЛТА-Ф» с фоторегистратором, который определяет коэффициент отражения (КО). Исследования проводили в области проекции придатков матки.

Проведенные исследования показали: КО в норме составляет $45,2 \pm 1,3$ о. е., в области воспаленных придатков матки $29,2 \pm 1,4\%$. При неосложненном течении воспалительного процесса коэффициента отражения постепенно повышался и на 10-12 сутки приближался к норме. В случае гнойных мешоччатых образований придатков матки, отмечалось снижение КО до $26,5 \pm 1,8\%$, который по мере нарастания воспалительного процесса прогрессивно снижался. При стихании воспалительных явлений коэффициент отражения повышается, что указывает на уменьшение очага воспаления. Использование лазерной биофотометрии для прогнозирования течения воспалительных заболеваний придатков матки показало: в случае регресса воспалительного процесса показатели КО постепенно повышаются, приближаясь к норме. При сопоставлении результатов выявлена корреляционная зависимость повышения КО и нормализацией УЗ картины.

Таким образом, лазерная биофотометрия является эффективным, простым и недорогостоящим методом, позволяющим диагностировать и лечить ВЗПМ.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ

**Торчинов А.М., Умаханова М.М., Фидарова Т.В.,
Габараева М.Р.**

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета ГОУ ВПО МГМСУ Росздрави, Москва, Россия

Гиперпластический процесс эндометрия — сложный патологический комплекс, включающий не только повреждения в слизистой оболочке тела матки, но и нарушения важнейших функций всего организма. Частота данной патологии значительно возрастает у пациенток в перименопаузальном периоде.

Внимание к проблеме ранней диагностики и изучения патогенеза пролиферативных процессов слизистой матки, не ослабевает в связи с необходимостью онкологической настороженности. Известно, что пациентки перименопаузального возраста с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия, в том числе полипами слизистой матки, составляют группу «высокого риска» в аспекте малигнизации. Увеличение частоты гормональнообусловленных опухолей диктует необходимость использования новых методов исследования для уточнения вопросов патогенеза и разработки алгоритма ведения больных с полипами эндометрия в период пери- и постменопаузы.

Целью исследования являлось изучение структурно-функционального состояния интерфазного хроматина ядер эпителиальных клеток полипов

эндометрия методом компьютерной телевизионной морфоденситометрии (КТМДМ).

С учетом поставленных целей и задач нами было обследовано 118 пациенток с подозрением на патологию эндометрия в возрасте от 45 до 76 лет.

На основании проведенных нами клинико-морфологических исследований выделены следующие клинические группы: I — (контрольную) группу составили 19 пациенток с неизменённым эндометрием, соответствующим фазе менструального цикла;

II группу — 78 больных с полипами эндометрия; III группу — 21 пациентка с аденокарциномой эндометрия с различной степени дифференцировки.

Для получения истинного представления о состоянии пролиферативной активности эндометрия нами проведено комплексное клиническое, патоморфологическое и цитотометрическое исследование, которое включало гистологическое и морфоденситометрическое (МДМ) исследование интерфазного хроматина ядер клеток эндометрия с использованием системы анализа изображений «Цито» ДиаМорф».

При изучении морфоструктуры полипов, важным являлась оценка окружающей его слизистой тела матки. В связи с этим, проводился сравнительный анализ МДМ параметров в группах с различными морфологическими формами полипов в зависимости от гистологического фона эндометрия.

Оценка пролиферативной активности (ПА) железистого эпителия выявила отчётливую тенденцию к повышению активизации ядерного материала железистых и, особенно, аденоматозных полипов эндометрия, локализующихся на фоне железистой гиперплазии и хронического эндометрита по сравнению с фиброзными полипами у пациенток в перименопаузе с отсутствующим инфекционным фактором.

Степень выраженности пролиферативной активности (ПА) оказалась наиболее высокой при железистых и аденоматозных полипах в сочетании миомой матки, аденомиозом и железистой гиперплазией эндометрия. Полученные данные позволили расширить показания к радикальному хирургическому лечению данной категории больных.

Высокая частота возникновения железисто-фиброзных и железистых полипов (в 43,3% наблюдений) на фоне хронического эндометрита, свидетельствует о необходимости проведения комплексной терапии, включающей противовоспалительные и иммунокорректирующие препараты, наряду с полипэктомией и гормональной терапией.

Анализируя результаты комплексного обследования пациенток с патологией эндометрия, с использованием метода КТМДМ, следует отметить, что разработанный алгоритм диагностики и лечения больных с различными морфологическими формами эндометриальных полипов позволяет более точно и дифференцировано подходить к тактике ведения и решению вопроса об объеме хирургического вмешательства. Оценка ПА железистого эпителия позволяет полно охарактеризовать отдельные звенья патогенеза полипов и оптимизировать тактику ведения пациенток в период пери- и постменопаузы.

НЕКОТОРЫЕ ОСТРОФАЗНЫЕ БЕЛКИ ПРИ НАРУЖНО-ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБО-ОВАРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ

Третьякова Т.В., Шрамко С.В., Маркина Л.А., Зорина Р.М., Баженова Л.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии, НИЛ иммунологии ГОУ ДПО «НГИУВ Росздрава», Клиника женского здоровья и репродукции, МЛПУ «ГКБ №1», Новокузнецк

Изучено содержание альфа-2-макроглобулина (МГ), альфа-1-антитрипсина (АТ) и лактоферрина (ЛФ) в сыворотке крови 52 больных с воспалительными трубно-яичниковыми опухолевидными образованиями и 35 пациенток с наружно-генитальным эндометриозом 3-4 стадии, согласно классификации Американского общества фертильности (ред. 1996г.). Больные с трубно-яичниковыми опухолевидными образованиями воспалительного генеза были представлены двумя подгруппами. В I подгруппу вошли 26 женщин с опухолевидными образованиями придатков матки без гнойно-некротической деструкции ткани яичника и трубы, а во II подгруппу — 26 больных с тубо-овариальными абсцессами. Диагнозы были верифицированы морфологическим методом исследования удаленных макропрепаратов во время операции. Контрольную группу составили 52 здоровые женщины репродуктивного возраста. Концентрации МГ, АТ в сыворотке крови определяли методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток к данным белкам, а ЛФ — методом ИФА с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест».

Сывороточный уровень АТ во всех группах обследованных был значимо ($p < 0,001$) ниже контрольных значений белка ($2,85 \pm 0,12$ г/л). При этом максимальная разница с контролем была характерна для пациенток с тубо-овариальными абсцессами ($1,9 \pm 0,1$ г/л;). Нами не установлено статистически значимой разницы сывороточных концентраций белка у больных с наружно-генитальным эндометриозом ($2,37 \pm 0,12$ г/л) и воспалительными трубно-яичниковыми опухолевидными образованиями без гнойно-некротической деструкции тканей ($2,22 \pm 0,1$ г/л). Наряду с этим, отмечались значимо низкие уровни белка у пациенток с тубо-овариальными абсцессами в сравнении с его концентрациями у больных с наружно-генитальным эндометриозом ($p = 0,0011$) и воспалительными тубо-овариальными опухолевидными образованиями без гнойно-некротической деструкции тканей яичников и труб ($p = 0,0055$). Мы полагаем, что развитие гнойных деструктивных процессов при воспалительных заболеваниях придатков матки обусловлено врожденным дефицитом АТ. Низкая концентрация белка, обеспечивающего основной антипротеазный потенциал сыворотки крови, не позволяет ингибировать протеолитические ферменты, и защищать тем самым ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ

и провоспалительных цитокинов. Именно поэтому, на наш взгляд, создаются все предпосылки для прогрессирования деструктивных патологических процессов при воспалительных заболеваниях и эндометриодных гетеротопиях в органах малого таза. Нами установлено, что сывороточный уровень МГ значимо снижался в группе больных с наружно-генитальным эндометриозом ($2,09 \pm 0,11$ г/л, $p < 0,001$), в сравнении с контролем ($2,42 \pm 0,07$ г/л) и группой пациенток с воспалительными трубно-яичниковыми опухолевидными образованиями (I — $2,53 \pm 0,15$ г/л и II — $2,67 \pm 0,17$ г/л, соответственно). При этом концентрации белка у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки были сопоставимы с контрольными значениями вне зависимости от наличия деструктивных процессов в тканях придатков матки. Известно, что МГ — универсальный регулятор воспалительного ответа, являющийся важнейшим фактором защиты соединительной ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ. По логике вещей, любая воспалительная реакция, которая сопровождается избытком свободных радикалов, протеиназ и других биологически активных субстанций, создает все условия для расходования МГ. Вместе с тем, нами установлено повышение уровня МГ в острую фазу осложненного воспалительного процесса в придатках матки. Объяснением этому факту может быть, с одной стороны, возможность его активного синтеза в острую фазу воспалительного процесса, а, с другой стороны, накопление структурно поврежденных молекул МГ, создающее препятствия к его утилизации из кровотока через липопротеин-макроглобулиновые рецепторы. Низкий уровень МГ при наружно-генитальном эндометриозе обуславливает, с одной стороны, условия для прогрессирования заболевания, и, с другой — отсутствие риска развития синдрома системного воспалительного ответа, даже, несмотря на то, что при данной патологии происходит активация ряда биологически активных субстанций, в том числе острофазных белков. Максимально высокие значения ЛФ в сыворотке крови были зарегистрированы у больных с тубо-овариальными абсцессами ($2,74 \pm 0,43$ г/л). В данной группе пациенток сывороточные уровни ЛФ были значимо выше по сравнению с больными, не имевшими гнойно-деструктивных изменений тканей тубо-овариальных опухолевидных образований ($1,85 \pm 0,17$ г/л). Самые низкие концентрации белка установлены у больных наружно-генитальным эндометриозом ($1,37 \pm 0,11$ г/л), но, вместе с тем, они значимо превышали его контрольные значения ($0,78 \pm 0,04$ г/л; $p_1 < 0,001$).

Таким образом, высокая концентрация в крови АТ и МГ позволяет ингибировать широкий круг ферментов, обеспечивая антипротеазную активность крови, защищая тем самым ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ и провоспалительных цитокинов при воспалительных заболеваниях и эндометриодных гетеротопиях в органах малого таза.

Понимание ключевых вопросов функционирования острофазных белков в качестве медиаторов

клеточного и гуморального ответов необходимо, в конечном счете, для оптимизации тактики ведения пациенток в плане выбора адекватной патогенетической терапии при таких патологических процессах, как воспаление внутренних половых органов и наружно-генитальный эндометриоз.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ГИПОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

Трифонова Е.В., Уварова Е.В., Белоконов И.П.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

С целью усовершенствования алгоритма диагностики гипогонадотропного гипогонадизма оценено влияние преморбидного фона, данных анамнестического и клинико-лабораторного обследования на прогноз восстановления ритма менструаций у 112 пациенток с первичной (75%) и вторичной (25%) гипогонадотропной аменореей. Возраст обследованных пациенток колебался от 11,5 до 20 лет и составил в среднем $16,2 \pm 2,23$ лет.

Больные были рандомизированы на две группы. В первую (I) включены 34 пациентки, у которых в результате комплексного негормонального лечения (ноотропные, витаминные и антигемотоксические препараты) произошло восстановление регулярных менструаций. У 49 девочек второй группы (II), несмотря на длительное лечение (1-7 лет) аменорея сохранялась и им рекомендована заместительная гормональная терапия.

Результаты: В I группе первичная аменорея имела место у 21 (61,8%), вторичная — у 13 из 34 пациенток (38,2%). Возраст девушек I группы составил в среднем $14,9 \pm 1,81$ года. Во второй группе пациенток первичная аменорея наблюдалась у 35 (71,4%) и вторичная — у 14 из 49 больных (28,6%). Средний возраст девушек II группы был достоверно выше ($p < 0,01$), и составил $16,7 \pm 2,36$ лет, притом 51,1% больных этой группы в момент начала лечения находились в возрастном интервале 17-20 лет.

При ЭЭГ во II группе достоверно чаще отмечались признаки дисфункции мезодиэнцефальных, стволовых, срединных структур, т.е. преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (26,4% против 77%), а у девочек I группы чаще определялись вспышки пароксизмальной активности (47,1% против 29,5%).

При рентгенографии черепа и области турецкого седла неизменное турецкое седло обнаружено у 64,7% девушек I группы, и лишь у 39,7% больных из II группы.

Для уточнения патологических изменений гипофиза девочкам была проведена МРТ головного мозга с контрастированием. Нормальная МР-картина выявлена только у двух пациенток. По данным МРТ у 79,4% обследованных пациенток были обнаружены изменения гипофиза в виде микродено-

мы, неоднородности структуры, гипоплазии, кист и др. Кроме того, у 58,8% девушек имели место общие мозговые изменения (признаки внутричерепной гипертензии, гидроцефалия).

Несмотря на различия в частоте изменений гипофиза, уровень гонадотропных гормонов и эстрогенов у пациенток в обеих группах не имел достоверных различий. При исходном гипогонадотропном гормональном фоне, соответствующем периоду детства, среднее геометрическое значение концентрации эстрадиола у больных I группы составило 65 с колебаниями от 31 до 223 пмоль/л, II группы — 71,53 (11 — 236 пмоль/л). Важно отметить, что у пациенток с первичной аменореей и неэффективным негормональным лечением значения эстрадиола менее 60 пмоль/л были выявлены в 7 раз чаще, чем у девушек с восстановленным менструальным циклом (34,3% против 4,8 %).

Особый интерес представила оценка пробы с аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) в обеих группах.

Изначально проба оказалась отрицательной только у пациенток II группы (у 39 из 78 девушек). При этом у 8 девушек с первичной аменореей при отрицательном ответе ЛГ уровень ФСГ повысился в 18-32 раза, однако пиковые значения ФСГ оставались меньше 10 МЕ/л.

Положительная проба выявлена у всех пациенток I группы и у половины девочек из второй клинической группы. Особенностью реакции на введение гонадолиберина явилось избыточное по сравнению с нормативами, характерными для периода полового созревания, повышение концентрации ЛГ. У девочек из I группы уровень ЛГ повысился в среднем в 17 раз, а у двух пациенток — в 83 и 109 раз. Максимальное повышение ЛГ на 30 и 60 минутах имели 30%, на 90 минуте — 30%, на 120 минуте — 40% пациенток. Наибольший стимулированный уровень ФСГ (в среднем в 4 раза) у всех девушек отмечен лишь на 120 минуте от момента введения препарата. Важно отметить, что у 30% девушек, параллельно с ФСГ на 120 минуте повысился и уровень ЛГ, тогда как у остальных девушек к этому моменту уровень ЛГ был в 1,2-1,3 раза ниже пиковых значений.

Во II группе пациенток исходное и стимулированное значения ЛГ различались в среднем в 34,5 раза. У 6-х пациенток данной группы отмечено повышение ЛГ в 70-80 раз. У 19 девушек максимум ЛГ зафиксирован на 90 и 120 минутах, у 14 пациенток — на 60, и лишь у 6 — на 30 минуте. Уровень ФСГ повысился в среднем в 9 раз, и происходило это одинаково часто на 90 и 120 минутах. У 5-ти пациенток с вторичной аменореей наблюдалось повышение уровня ЛГ в 6-7 раз, в то время как увеличения концентрации ФСГ не отмечалось. У трех девушек из II группы с гиперэргической пробой с ГнРГ проведенная через год повторная проба оказалась отрицательной. При этом отсутствовал ответ как ЛГ, так и ФСГ на введение аГнРГ.

Выводы. Всем пациенткам с гипогонадотропной аменореей необходимо проводить пробу с анало-

гами ГнРГ. Отрицательная проба является показанием для ЗГТ. Положительная проба позволяет провести пробный курс негормональной терапии. У девушек с положительным ответом на пробу и отсутствием эффекта от негормонального лечения для выбора дальнейшей тактики ведения следует проводить повторную пробу.

ПРОФИЛЬ ЭКСПРЕССИИ мРНК ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В.,
Байрамова Г.Р., Непша О.С., Муллабаева С.М.,
Екимов А.Н., Донников А.Е.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) занимает одно из ведущих мест в ряду инфекционных заболеваний нижнего отдела репродуктивной системы женщин. Имеются данные о том, что клинические проявления ВВК обусловлены «чрезмерной агрессивностью врожденного иммунного ответа», а диссеминация *Candida spp.* в организме сопровождается иммунорегуляторными изменениями в звене адаптивного иммунитета. Особое внимание исследователей уделяется проблеме хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВК) в первую очередь в связи со значительными трудностями его терапии. Одним из перспективных направлений современной иммунологии является исследование цитокинового звена иммунной системы.

Цель исследования: изучение профиля экспрессии мРНК генов цитокинов в клетках вагинального отделяемого у пациенток с ХРВК и определение наиболее значимых маркеров воспалительного процесса.

Обследовано 76 женщин в возрасте от 19 до 46 лет (средний возраст составил 24,1±1,3 года) с применением клинического, кольпоскопического, микробиологического, микроскопического методов исследования и количественной оценки состояния биоценоза влагалища («Фемофлор», ДНК-Технология, Россия). Исследование профиля мРНК генов цитокинов (IL-1b, TNF-a, IL-8, IL-18, IL-12a/p35, IL-10, IFN-g, TGF-b1, LIF) и общего лейкоцитарного антигена CD45 проводили методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени. Количество транскриптов оценивали методом $\Delta\Delta C_q$ относительно референсных генов HPRT1, TBP, B2M, GUSB и ABL. За единицу была принята медиана (Me) значений уровня экспрессии в контрольной группе. Для оценки значимости межгрупповых различий применялся U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. ХРВК верифицирован у 34 женщин, из них в виде моноинфекции — у 19 пациенток (56%), в сочетании с бактериальным вагинозом (БВ) — у 15 (44%). Контрольную группу со-

ставили 23 условно-здоровых женщины без клинико-лабораторных признаков воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы. Группу сравнения составили 19 пациенток с классическим вариантом БВ.

Исследование цитокинового профиля показало, что при ХРВК в виде моноинфекции достоверно повышены уровни мРНК TNF-а (Me=2,7, p=0,0027), IL-1b (Me=8, p=0,00005), IL-6 (Me=127, p=0,015), IL-8 (Me=3,8, p=0,0061), IFN-g (Me=3,4, p=0,0099), IL-10 (Me=2,9, p=0,00056), а также CD45 (Me=3, p=0,0040) по сравнению с контрольной группой; а уровень экспрессии IL-12a (Me=0,38, p=0,0030) и IL-18 (Me=0,24, p=0,000005) был достоверно ниже, чем в контроле.

При БВ было отмечено достоверное снижение уровня экспрессии IL-12a (Me=0,22, p=0,00054) и IL-18 (Me=0,16, p=0,000031) и достоверное повышение IL-6 (Me=554, p=0,00037), IL-10 (Me=2, p=0,0047), а также LIF (Me=12,4, p=0,0041) по сравнению с контрольной группой. При сравнении БВ с ХРВК в виде моноинфекции отмечено, что при БВ уровень экспрессии мРНК IL-1b (p=0,032), TNF-а (p=0,0058) достоверно ниже, а повышение IL-6 (в 4,4 раза) — более существенно, чем при ХРВК.

При сочетании ХРВК с БВ определен идентичный ХРВК в виде моноинфекции профиль экспрессии генов цитокинов. При ХРВК в сочетании с БВ достоверно были повышены уровни мРНК TNF-а (Me=1,6, p=0,048), IL-1b (Me=5,1, p=0,0013), IL-6 (Me=111, p=0,045), IL-8 (Me=6,9, p=0,0036), IFN-g (Me=4,9, p=0,013), IL-10 (Me=2,3, p=0,0023), а также CD45 (Me=2,6, p=0,015) по сравнению с контрольной группой; а уровень экспрессии IL-12a (Me=0,33, p=0,0055) и IL-18 (Me=0,15, p=0,000046) был достоверно ниже, чем в контроле.

Различий по уровню экспрессии TGF-b1 между группами не отмечено.

Полученные данные согласуются с теоретически-ми представлениями об активации макрофагально-го (TNF-а, IL-1b, IL-6, IL-8) и Th1-лимфоцитарного (IFN-g) звеньев иммунного ответа при ХРВК. Повышение CD45 может быть связано с увеличением количества лейкоцитов во влагалищном отделяемом относительно клеток эпителия. Вместе с тем вопреки ожидаемым результатам снижены IL-12a и IL-18 (основные индукторы Th1-ответа) и повышен IL-10 (супрессор Th1-ответа). Таким образом, исходя из полученных результатов можно полагать, что для оценки воспалительного процесса при ХРВК наиболее показательны следующие цитокины: IL-1b, TNF-а, IL-8, IL-18, IL-12a/p35, IL-10, IFN-g и CD45.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ МЕДИЦИНСКИХ АБОРТАХ В I ТРИМЕСТРЕ, ПРОИЗВЕДЕННЫХ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Трубин В.Б., Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б.,
Додонов А.Н.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучение влияния фоновых заболеваний шейки матки у сексуально активных девушек-подростков на течение послеоперационного периода при медицинских абортах в I триместре и разработка методов профилактики осложнений.

Причинами, приводящими к высокой частоте аборт в подростковом возрасте, являются ранняя половая жизнь, отсутствие мужа, незавершенное образование, скудные представления о контрацепции, неблагоприятные отношения с партнером, материальные и бытовые трудности.

Изучены особенности течения послеоперационного периода у 300 сексуально активных девушек-подростков в возрасте 15-18 лет после медицинского аборта в I триместре, произведенного при наличии фоновых заболеваний шейки матки и хронических сальпингоофоритов в фазе ремиссии.

При обследовании девушек-подростков были диагностированы экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии у 49,1% пациенток (наибольшее число составили заболевания желудочно-кишечного тракта — 31,9% и ЛОР органов — 29,1%). Гинекологические заболевания перед абортм представлены фоновыми заболеваниями шейки матки и хроническими сальпингоофоритами. Наступившая беременность во всех случаях была внебрачной, нежелательной и прерывалась в сроки 7-12 недель методом дилатации шейки матки с последующим кюретажем с обезболиванием (внутривенный наркоз). Осложнения операции медицинского аборта имели 22 юных женщины. У 2 пациенток осложнение было связано с выполнением операции аборта. В одном наблюдении — перфорация матки кюреткой, произведена лапаротомия, выскабливание через перфорационное отверстие, с последующим ушиванием двухрядным кетгутовым швом. Исход — выздоровление. Во втором наблюдении — гипотоническое кровотечение (300 мл). Остановлено консервативными методами. В двух наблюдениях не выполнено полное опорожнение матки при выскабливании, диагностированное на УЗИ (произведено повторное выскабливание через сутки). В четырех наблюдениях была диагностирована при УЗИ гематометра на вторые сутки после аборта (произведена ревизия полости матки кюреткой). В 14 наблюдениях на 3-4 сутки после медицинского аборта в сроки от 7 до 12 недель диагностирован эндомиометрит. Проводилось комплексное интенсивное стационарное лечение в течение 14 дней.

Учитывая высокий процент осложнений медицинского аборта в первом триместре у девушек-под-

ростков с отягощенным гинекологическим анамнезом, разработаны диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия, сводящиеся к проведению предоперационной подготовки (санация половых путей, применение антибактериальных препаратов во время аборта и послеабортном периоде, применение комбинированных гормональных контрацептивов с первого дня после аборта, лечение фоновых заболеваний шейки матки в первые два месяца после аборта с использованием лазерохирургического и радиоволнового методов. Применение разработанной системы реабилитационных мероприятий у 135 подrostков позволило снизить число осложнений после аборта с 7,3% до 3,5%.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛОМ И СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПРОГЕСТИНАМИ

Трубникова Л.И., Тихонова Н.Ю.

ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет, г. Ульяновск, Россия

С целью сравнения эффективности индол-3-карбинола и синтетических прогестин в лечении миомы матки малых размеров обследовано 110 женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов. В комплекс обследования включено общеклиническое обследование, УЗИ гениталий, консультация терапевта по показаниям. Для коррекции пролиферативных процессов в матке 60 пациенткам (1 группа) назначался индол-3-карбинол в суточной дозе 400 мг. Остальным 50 женщинам (2 группа) были назначены синтетические прогестины: прогестагены в непрерывном режиме (дюфастон 20мг/сут или норколут 10мг/сут) — 15 пациенткам 27-51 лет, низкодозированные комбинированные пероральные контрацептивы (КПК) по контрацептивной схеме 21/7 (регулон, марвелон, новинет, мерсилон, жанин, ярина, логест) — 35 пациенткам репродуктивного возраста. Длительность терапии составила от 3 мес. до 1 года.

Длительность миомы матки у обследованных женщин варьировала от только поставленного диагноза при данном обследовании у 30 пациенток (27,3%) до 17 лет, средняя продолжительность составила $3,8 \pm 0,5$ года. У 28 пациенток (25,5%) отмечался медленный рост миомы, у 9 женщин (8,2%) — быстрый рост узлов, в остальных наблюдениях миома матки не имела тенденции к росту. У 36 женщин (32,7%) миома матки была многоузловой: при УЗИ в матке было обнаружено от 2 до 7 узлов различных размеров и локализации. Средний объем матки у женщин 1 группы, по данным УЗИ, составил $108,9 \pm 10,4$ см³; у женщин 2 группы — $112 \pm 8,5$ см³. Средний объем миоматозных узлов составил $8,2 \pm 1,3$ см³ и $10,7 \pm 1,9$ см³ соответственно.

В процессе лечения индол-3-карбинолом улучшение клинического состояния было отмечено у 40% женщин 1 группы уже на втором месяце при-

ема индол-3-карбинола, через 3 мес. терапии — у 57%. В первые 3 мес. лечения величина узлов была стабильной, через 6 мес. у 60% женщин отмечалось уменьшение объема узлов на 17,7% — от исходного показателя 7,9 см³ до 6,5 см³ ($t=3,6$, $p<0,05$). У 8 пациенток терапия в течение 1 года способствовала уменьшению размеров узлов на 21,6% — с 8,8 см³ до 6,9 см³ ($t=3,2$, $p<0,05$). У 18 женщин (30%) объем узлов остался прежним, у 6 пациенток (10%) с более крупными узлами миомы и тенденцией к росту через 6 мес. терапии размеры узлов увеличились на 10,7% — с 18,3 см³ до 20,5 см³ ($t=2,9$, $p<0,05$).

При лечении женщин 2 группы были получены неоднозначные результаты. Терапия прогестагенами в течение 6 мес. у 6 женщин (12%) способствовала уменьшению объема узлов на 12,1% с 9,1 см³ до 8,0 см³ ($t=2,9$, $p<0,05$), у 3 пациенток размеры узлов были стабильными. Однако у остальных 6 женщин, напротив, был отмечен значительный рост миомы: размеры узлов увеличились почти на 30% — с 19,01 см³ до 26,3 см³ ($t=2,3$, $p<0,05$). Лечение синтетическими КПК привело к уменьшению размеров миомы матки у 23 женщин (43%): на 8,1% — с 8,6 см³ до 7,9 см³ ($t=2,2$, $p<0,05$) — у 15 пациенток, получавших терапию в течение 6 мес., и на 10,8% — с 11,2 см³ до 9,9 см³ ($t=3,7$, $p<0,05$) — у 8 женщин, принимавших препараты в течение года. Следует отметить, что при многоузловой миоме матки у одной и той же пациентки могло наблюдаться уменьшение или рост одних узлов при стабильных размерах других. На протяжении всего курса лечения у 11 женщин (22%) миома матки оставалась стабильной, у 8 пациенток (16%) в течение первых 6 мес. терапии размеры узлов не изменялись, еще через полгода у 5 женщин было отмечено их уменьшение, у 3 женщин, напротив, отмечался рост миомы. Однако при применении КПК тенденция к увеличению узлов была менее значительной, чем при приеме прогестагенов. Так, у 11 женщин (22%), получавших КПК в течение 6 мес., наблюдалось увеличение размеров миомы на 14,7% — от исходного размера 9,98 см³ до 11,7 см³ ($t=3,7$, $p<0,05$), у 10 пациенток (20%), лечившихся в течение года, узлы увеличились на 14,4% — с 8,9 см³ до 10,4 см³ ($t=2,3$, $p<0,05$).

Таким образом, индол-3-карбинол проявляет эффективность при лечении медленно растущей или стабильной миомы матки и является альтернативой традиционным методам лечения, в частности синтетическими прогестинами. Отсутствие эффекта терапии индол-3-карбинолом, проявляющееся в увеличении размеров миоматозных узлов, отмечается в 3,5 раза реже, чем при лечении синтетическими прогестинами, и связано, вероятно, с более крупными размерами узлов при быстрорастущей миоме матки, в которых преобладает фиброзный компонент. При использовании прогестагенов почти у половины женщин отмечается рост миомы, особенно при крупных размерах узлов. Такой неоднозначный эффект от терапии прогестагенами объясняется, по-видимому, наличием в матке прогестероновых рецепторов типа В, стимуляция кото-

рых вызывает рост миоматозных узлов, что ограничивает применение этих препаратов. Учитывая незначительный эффект КПК, их целесообразнее использовать в качестве протективных препаратов у женщин репродуктивного возраста при стабильной миоме матки небольших размеров.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИНОЛ-3-КАРБИНОЛА И ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Ефимова Л.Б., Шаваева В.А., Бичекуева Ф.Х.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Россия, г. Нальчик, 000 Клиника «Элифия»

Миома матки является одним из самых частых пролиферативных процессов у женщин. У 2/3 больных с миомой матки имеются нейроэндокринные, обменные и другие нарушения. Наиболее часто миома матки сочетается с гиперпластическими процессами в органах мишенях: молочной и щитовидной железах. В литературе имеются сведения о том, что индол-3-карбинол и эпигаллокатахин-3-галлат обладают способностью ингибировать пролиферативные каскады, запускаемые ростовыми факторами и цитокинами, что приводит к торможению гиперпластических процессов в органах-мишенях. Заболевания щитовидной железы по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, особенно в регионах с дефицитом йода, каковым является Кабардино-Балкария, где за последнее десятилетие частота тиреоидной патологии возросла в 49 раз.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности индол-3-карбинола и эпигаллокатахин-3-галлата в терапии миомы матки в сочетании пролиферативных процессов в щитовидной железе (ЩЖ).

Проведен сбор жалоб, анамнеза, кольпоскопия, микроскопия влагалищных мазков, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, гистероскопия с отдельным выскабливанием цервикального канала и эндометрия, гистоисследование соскоба, ПЦР-диагностика ИППП, определение уровней тиреоидных гормонов.

Проведено обследование и лечение 32 пациенток в возрасте от 28 до 44 лет с миомой матки небольших размеров и патологией ЩЖ. Средний возраст менархе у пациенток составил $13,16 \pm 1,31$ лет, начала половой жизни — $17,2 \pm 3,64$ лет. В анамнезе больных: первичное и вторичное бесплодие — у 9,4% пациенток, осложненные роды и аборт были у 22%, воспалительные заболевания матки и придатков — у 34,4%. Эндометриоз диагностирован у 25%, патология шейки матки отмечена у 9,4%, дисгормональные заболевания молочной железы — у 31,3%. Наследственная отягощенность опухо-

левыми заболеваниями отмечена у 37,5% больных. Хирургические вмешательства на придатках матки в анамнезе у 6,3% пациенток.

Критериями включения в исследование были: размеры миоматозного узла не более 5 см, субсерозное и интерстициальное расположение узлов, доброкачественные изменения в ЩЖ, не требовавшее гормональной коррекции.

Ультразвуковое исследование ЩЖ выявило следующие изменения: у всех пациенток отмечено увеличение тиреоидного объема, что возможно вследствие регионального йододефицита (г. Нальчик относится к региону с легкой степенью йододефицита). У 65,6% женщин наблюдались диффузные изменения ЩЖ с неоднородной внутренней эхоструктурой за счет выраженной крупнозернистой зернистости. У 34,4% пациенток были выявлены солитарные и множественные узлообразования размерами 0,8—4,2 см. У всех пациенток при исследовании ЦДК, скорости кровотока и индексы резистентности не отличались от референтных значений, и составили соответственно 30-35 м/с и 0,5-0,6.

С 1-го дня после гистероскопии пациенткам назначались препараты индол-3-карбинола (по 2 капсулы 2 раза в день) и эпигаллокатахин-3-галлата (по 2 капсулы 2 раза в день) в течение 6 месяцев. Показанием для назначения данных препаратов являлись результаты УЗИ органов малого таза, доплерометрии, гистероскопии, морфологического исследования. В 34,4% отмечалось сочетание миомы матки с гиперплазией эндометрия — пролиферации желез эндометрия без атипии клеток железистого эпителия по данным гистологического исследования.

По результатам УЗ-контроля через 3 месяца лечения отмечено уменьшение размеров миомы матки в 15,6%, стабилизация размеров миомы матки в 84,4%. У женщин с диффузными изменениями в ЩЖ наблюдалось уменьшение объема на 7-9%, участков зернистости с 0,4-0,6 см до 0,1-0,2 см, их дифференцировки, а также увеличение доли нормальной ткани железы. Через 6 месяцев приема препаратов отмечено уменьшение размеров миомы матки в 53,1%, стабилизация размеров миомы матки в 46,9%, уменьшение объема ЩЖ без нарушения ее эхоструктуры. У пациенток с узлообразованиями в ЩЖ после 3 месяцев лечения размеры узлов не менялись. Гипоэхогенные узлы сохраняли прежние эхографические характеристики, а гиперэхогенные и изоэхогенные узлы приобрели более четкие контуры на фоне более однородной окружающей ткани ЩЖ. После 6 месяцев лечения у 18,8% пациенток отмечено уменьшение размеров узлов на 0,2-0,6 см. Характеристики кровотока в ЩЖ на фоне лечения не изменились. Рецидивов пролиферативных процессов в органах-мишенях не наблюдалось в течение 12 месяцев наблюдения после лечения.

Таким образом, полученные данные позволяют считать обоснованным и целесообразным применение препаратов индол-3-карбинола и эпигаллокатахин-3-галлата у женщин с миомой матки и доброкачественной гиперплазией ЩЖ.

РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ АППАРАТОМ «СУРГИТРОН»

**Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А.,
Гилясова З.М.**

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Россия, г. Нальчик, ООО Клиника «Элифия»

Патология шейки матки является одним из часто встречающихся заболеваний у женщин. Особую актуальность представляют собой доброкачественные заболевания шейки матки, так как своевременно проведенное лечение патологических изменений шейки матки предотвращает возникновение рака шейки матки. Выбор метода лечения патологии шейки матки зависит от многих факторов.

Целью исследования явилась оценка эффективности комбинированного метода радиоволновой хирургии в сочетании с противовирусной и иммуномодулирующей терапией при лечении заболеваний шейки матки.

Нами проведено обследование и лечение 214 женщин с патологией шейки матки. Методы исследования: сбор жалоб, анамнеза, проведение клинических, биохимических анализов, микроскопия влагалищных мазков на флору, степень чистоты влагалища, онкоцитологию, УЗИ органов малого таза, определение возбудителей бактериальных и вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), кольпоскопия и прицельная биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием для верификации диагноза. Для лечения патологических состояний шейки матки всем пациенткам применялся метод радиоволновой хирургии с использованием аппарата «Сургитрон» фирмы «Ellman International, Inc.», США.

Возраст женщин составлял от 19 до 58 лет. По результатам гистологического анализа у 58,9% женщин обнаружена эктопия, у 3,8% — истинная эрозия, у 22,4% — простая лейкоплакия, дисплазия легкой степени у 7,5%, средней степени тяжести — 6,5%, дисплазия тяжелой степени — 0,9%. У 19,6% больных была выявлена ПВИ. Пациентки с тяжелой и умеренной дисплазией шейки матки были направлены на лечение в ГУЗ Онкологический центр.

На первом этапе после получения результатов обследования всем больным проводилась антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, иммуномодулирующая и противовирусная терапия. 10,3% пациенток с ПВИ до проведения радиохирургического лечения был назначен препарат Панавир по 5,0 мл внутривенно струйно медленно по схеме: первые три инъекции с интервалом 48 часов, последующие две — с интервалом 72 часа.

Радиохирургическое лечение проводилось на 6 — 8 день менструального цикла, однократно, без анестезии. Длительность процедуры составила от 5 до 10 минут. Контрольные осмотры проводились на 7-14 и 21-28 сутки, затем через 2,4 и 6 месяцев после хирургического лечения. Использовались следующие режимы: разрез (для биопсии), разрез и коагуляция

(для рассечения тканей и одновременной коагуляции), коагуляция (для остановки кровотечения).

После радиохирургического воздействия отмечали заживление раны под фибриновой пленкой, которая отторгалась на 7 — 16 сутки. Из зоны радиохирургического воздействия отмечались незначительные сукровичные выделения. Полную эпителизацию после радиохирургического лечения отмечали через 25 — 35 дней. Отмечали отсутствие кровотечения при взятии биопсии, отсутствие ожоговых струпов. Рецидивов патологии шейки матки за время наблюдения за пациентками в течение 6 месяцев после радиохирургического лечения не отмечалось. Контроль излеченности ПВИ проводился через 30-60 дней после завершения лечения препаратом Панавир. Результат ПЦР-диагностики ПВИ был отрицательным в 81,8% случаев.

Таким образом, метод радиоволновой хирургии можно оценить как высокоэффективный для лечения различных патологических процессов шейки матки всех возрастных групп в амбулаторных условиях. Противовирусный и иммуномодулирующий препарат Панавир эффективен для лечения патологии шейки матки в сочетании с ПВИ.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ДЕВОЧЕК С ПЕРЕКРУТОМ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Уквальберг М.Е., Сураева Е., Федорова М.,
Гольденберг И.Г.**

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии, ГУЗ «Детская республиканская больница».

Среди причин, вызывающих картину «острого живота» у детей, по данным детских хирургов и гинекологов перекрут яичниковых образований составляет около 15%. Чаще всего перекруту подвержены яичники, увеличенные в размерах за счет кист или других доброкачественных опухолевидных новообразований. Нередко при перекруте яичника страдает и маточная труба. Возможен перекрут паратубарных кист. Неизменные яичники также могут подвергаться перекруту, однако это чаще всего происходит у девочек в препубертатном периоде. В виду неспецифичности клиники абдоминального болевого синдрома при перекруте ножки объемного образования яичника велика вероятность диагностических ошибок, неоправданно длительного динамического наблюдения, что приводит к некрозу придатков матки с их последующим хирургическим удалением.

Цель исследования. Изучить возможности ранней диагностики перекрута придатков матки у девочек для выбора наиболее оптимальной тактики ведения пациенток с данной патологией.

Материалы и методы. Были проанализированы 23 истории болезни девочек, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Детская республиканская больница» в период с 1997г. по 2009г.

Результаты и их обсуждение. Основную массу обрaтившихся составили девочки в возрасте от 12 до 14 лет (65,2%), 43,5% девочек — менструирующие. По характеру хирургической патологии органов малого таза больные распределились следующим образом: перекрут неизмененных придатков матки был выявлен у 26% девочек, перекрут кистозно-измененного яичника — у 26%, перекрут гидатиды маточной трубы — у 39%, гидросальпингс — у 9% девочек. Практически все пациентки (95,7%) предъявляли жалобы на боли внизу живота, причем, в 26% случаев боли носили рецидивирующий характер, в 21,8% случаев выявлялась связь с менструальным циклом. Рвота отмечалась у 34,8% девочек, субфебрилитет у 43,5% девочек. Ректальное исследование было проведено у 82,6% девочек, в 34,8% случаев выявлена болезненность, у 8,7% девочек нависание передней стенки. В клиническом анализе крови лейкоцитоз был выявлен у 48% девочек. В 43,5% случаев было проведено УЗИ органов малого таза и заподозрена патология со стороны придатков матки, что послужило поводом для проведения срочной диагностической лапароскопии. В 91,3 % случаев проведена диагностическая лапароскопия, в 30% она проводилась в первые 6 часов госпитализации. В дальнейшем у 56,5% девочек лапароскопия перешла в лапаротомию. Запоздалая диагностика, отсутствие УЗИ исследования послужило причиной проведения овариотомии в 29,5% случаев. Если с 1997 г. было проведено 5 лапаротомий, то в 2009 г. всего 1 лапаротомия. Цистовариоэктомия произведена в 4,5% случаев, удаление гидатид — в 39%, цистэктомия — в 9%, сальпингоовариолизис — в 9%. Придерживаясь принципа максимально щадящей хирургической тактики, в 2009 г. у 9% девочек была осуществлена лапароскопическая деторсия яичника с визуальной оценкой восстановления кровотока. Течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода с динамическим ультразвуковым контролем подтвердило эффективность данной тактики ведения.

Выводы. Эффективным диагностическим способом оценки состояния придатков матки может являться УЗИ в режиме цветного доплеровского картирования. Своевременная диагностика и лечение с применением лапароскопии и деторсии яичников позволяет провести органосохраняющие операции. Это особенно актуально для девочек и подростков, так как позволит улучшить репродуктивный прогноз.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТКОВ МАТКИ

Уткин Е.В., Подонина Н.М.

Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ
ГКБ №2, Кемерово, Россия

В настоящее время наблюдается значительное увеличение частоты деструктивных форм воспалительных заболеваний органов малого таза

(ВЗОМТ), требующих хирургического лечения [В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, 2001; R.L. Sweet, 2006]. В последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к выполнению органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки [Д.Ф. Курбанова, 2007; Т.С. Krivak, С. Cooksey, А.М. Propst, 2004]. Однако, несмотря на определенные достижения в этой области, четкая концепция при выборе метода хирургического вмешательства пока отсутствует. Не вызывает сомнения, что только раннее оперативное вмешательство является залогом успешного проведения органосберегающих операций и восстановления репродуктивной функции. Поэтому, определение объективных критериев, с помощью которых можно прогнозировать и определять деструкцию ВЗОМТ на ранних его стадиях, является актуальной задачей.

Целью настоящей работы явилось определение объективных критериев деструкции современных ВЗОМТ.

Материалы и методы исследования. Проведено детальное клинико-лабораторное обследование 117 женщин с ВЗОМТ, которые были разделены на 2 клинические группы: 1-ю группу составили 82 пациентки с острыми, либо обострением хронических ВЗОМТ без очага деструкции; 2-ю группу составили 35 пациенток с гнойными ВЗОМТ. Всем пациенткам было проведено объективное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ), а также были проведены лабораторные методы исследования, включающие в себя: определение общих анализов крови и мочи, общий белок, С-реактивный белок, определение активности сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов (СДГЛ), определение антиовариальных аутоантител (АОА); бактериоскопическое и бактериологическое исследование. С целью определения объективных признаков деструкции воспалительного процесса был использован метод пошагового дискриминантного анализа, при проведении которого были проанализированы полученные клинические, анамnestические и лабораторные показатели пациенток с деструктивными формами ВЗОМТ и при отсутствии очага деструкции. Данная методика позволяет из множества классифицирующих переменных выделить наиболее информативные. В данном исследовании применялся специализированный статистический пакет SPSS Base 7.5 для Windows (1997). В исследовании было использовано 142 дискриминантных переменных различных типов. Задачей анализа было выявление факторов, характерных для деструктивного процесса.

Результаты исследования: Средний возраст пациенток 1-й группы составил ($M \pm m$) 28,5 \pm 1,0 лет, второй группы — 35,3 \pm 1,5 лет ($p=0,0002$). Содержание АОА у больных 2-й группы статистически значимо ($p=0,0044$) превышало показатели больных 1-й группы, которые составили соответственно ($M \pm m$): 13,1 \pm 0,3 Е/мл и 7,6 \pm 0,4 Е/мл. Показатели активности СДГЛ составили у пациенток 1-й группы 206,1 \pm 3,8 усл.ед., а при наличии гнойного процесса активность СДГЛ статистически значимо ($p<0,01$) сни-

жалась до 178,1±6,4 усл. ед. Наиболее значимыми критериями развития деструктивного процесса при ВЗОМТ оказались следующие признаки: наличие в составе микробных ассоциаций при проведении бактериологического исследования *Propionibacterium* и *Bacteroides fragilis*, а также обнаружение гонококков в мазках из цервикального канала; наличие инфльтрата в малом тазу при проведении влагалищного исследования; использование внутриматочной контрацепции; возраст пациентки старше 35 лет; увеличение содержания палочкоядерных нейтрофилов и ускоренная СОЭ, а также увеличение содержания АОА, при одновременном снижении СДГЛ и показателей общего белка.

Факторами, уменьшающими риск развития деструктивного процесса при ВЗОМТ, оказались следующие признаки: наличие аэробных бактерий при проведении бактериологического исследования, микробные ассоциации без стафилококков и коринебактерий, а также использования с целью контрацепции барьерных методов или комбинированных оральных контрацептивов.

Таким образом, можно сделать вывод, что ускоренная СОЭ в сочетании с увеличением палочкоядерных нейтрофилов и повышением содержания антиовариальных антител, при наличии в составе микробных ассоциаций представителей анаэробной флоры, таких как *Propionibacterium* и *Bacteroides fragilis*, с одновременным снижением показателей общего белка сыворотки крови и угнетением активности сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов могут служить прогностическими показателями развития деструктивного процесса органов малого таза. Наличие указанных клинических признаков у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 12-48 часов, является показанием для проведения лечебно-диагностической лапароскопии с аспирацией патологического выпота, сальпинголизисом и овариолизисом, санацией и дренированием брюшной полости.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ

Фадина Ю.П.

Россия, Санкт — Петербург, кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Санкт — Петербургская государственная академия имени И.И.Мечникова».

Актуальность. Кандидоз гениталий (КГ) — наиболее распространённое заболевание влагалища. На протяжении жизни 75% женщин детородного возраста переносят хотя бы один эпизод острого КГ. Наиболее значимыми факторами КГ являются: применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия, увеличение частоты эндокринной патологии (сахарный диабет, нарушение функциональной активности щитовидной железы),

использования иммуносупрессивной терапии. В связи с применением местной и системной заместительной гормональной терапии, отмечена тенденция к возрастанию частоты данного заболевания у женщин старшей возрастной группы. Особую тревогу вызывает увеличение случаев хронического рецидивирующего течения генитальной кандидозной инфекции, в патогенезе которой определённую значимость представляют факторы, снижающие сопротивляемость макроорганизма: дисбиотические процессы на уровне вагинального эпителия, влияние половых стероидов.

Цель: изучить частоту КГ у женщин, использующих пероральные и интравагинальные комбинированные гормональные контрацептивы.

Объект и методы исследования. Обследовано 110 женщин, получавших гормональную контрацепцию с целью регуляции рождаемости. Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1 группа — 22 женщины, получавшие комбинированные оральные контрацептивы (содержание этинилэстрадиола(ээ) 20-35мкг, прогестинный компонент — дроспиренон 3мг, гестоден 0,075мг, ципротерона ацетат 2,0мг), 2 группа — 12 женщин, использующих интравагинальное гормонсодержащее кольцо (2,7 мг этинилэстрадиола и 11,7 мг этоногестрела). Средний возраст 25-35 лет. Длительность применения гормональной контрацепции составила 6-12 месяцев. Поводом для обращения к гинекологу послужили жалобы женщин на вагинальные выделения, сопровождающиеся зудом, жжением, диспареунией (ранее не обращались с такими жалобами). При выявлении клинических признаков инфекции нижних отделов гениталий (гиперемия, отечность, выделения преимущественно творожистого характера). С диагностической целью проводили цитологическое, микроскопическое, бактериологическое (диагностика трихомониаза, хламидийной инфекции) и микологическое исследование материала из слизистых оболочек влагалища, вульвы, цервикального канала и уретры. Микологическое исследование включало микроскопию окрашенных по Граму мазков, посева на среду Сабуро с подсчетом колоний *Candida* spp. и определением видов *Candida*. По возрасту, характеру гинекологических заболеваний и длительности использования гормональных контрацептивов — данные в обеих группах не имели статистически достоверных различий ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Частота КГ у женщин, использующих различные виды гормональной контрацепции составила 31%. Во всех случаях доминирующий возбудитель *Candida albicans*-95%. Другие виды *Candida* spp.-5%. В первой группе частота КГ составила-20%, во второй группе-11%. Кандидоз гениталий клинически протекал в форме острого процесса.

Выводы. Таким образом, частота острого кандидоза гениталий у женщин, использующих различные виды гормональной контрацепции составила -31%. Клинические особенности КГ не имели достоверных отличий от жалоб и клинических проявлений

кандидозного процесса в общей структуре гинекологических больных. Во всех случаях КГ протекал в форме острого процесса. Влияние комбинированных гормональных препаратов (при различных способах введения) на вероятность развития хронического рецидивирующего кандидоза не выявлено.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Фаткуллин И.Ф.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Внематочная беременность (ВМБ) занимает ведущее место в структуре острой гинекологической патологии и 5-6-е среди причин материнской смертности, а также отрицательно влияет на репродуктивное здоровье женщин, являясь причиной бесплодия и повторной эктопической беременности. Принципиальными вопросами оказания помощи являются быстрое проведение диагностических процедур, своевременное и адекватное хирургическое вмешательство, осуществление реабилитационных мер начатых уже интраоперационно. Вместе с тем, анализ показывает, что уровень оказания помощи часто не соответствует современным возможностям. Причины кроются в плохой организации неотложной помощи и работе диагностических служб (лаборатория, лучевая диагностика), отсутствии эндоскопического оборудования и/или персонала для проведения лапароскопических вмешательств, часто инертности руководителей учреждений и службы по их внедрению, а также в дефиците знаний у медицинских работников особенно в части необходимости реабилитации больных.

Диагностические мероприятия должны быть начаты незамедлительно, а их объем зависит от состояния больной. Внутрибрюшное кровотечение при картине геморрагического шока требует незамедлительного хирургического вмешательства. При подозрении на прогрессирующую ВМБ или прервавшуюся по типу трубного аборта и удовлетворительном состоянии пациентки «золотым стандартом» являются проведение УЗИ (визуализация плодного яйца) и определение уровня ХГЧ-β при необходимости с интервалом в 3-4 дня до подтверждения или исключения диагноза. В сомнительных случаях (положительные тесты на беременность при отсутствии ультразвуковых данных за маточную беременность и предполагаемом ее сроке 3-4 недели) показана диагностическая лапароскопия при которой, однако возможен ложно-отрицательный результат. При наличии хорошо оснащенной круглосуточной диагностической службы (УЗИ, определение ХГЧ-β) показания к кульдоцентезу должны быть ограничены.

При хирургическом вмешательстве предпочтение должно быть отдано видеолапароскопии. У больной в состоянии геморрагического шока показана

лапаротомия. Объем операции (тубэктомия, тубо-томия или милкинг) выбирается индивидуально. Чрезмерное увлечение органосохраняющими операциями, по нашему мнению, неоправданно, т.к. высок риск повторной эктопической беременности и том числе и в сохраненной трубе. Условиями для их выполнения являются нереализованные репродуктивные планы женщины и высокая квалификация хирурга.

Важным является проведение противоспаечных мероприятий уже интраоперационно. Самым эффективным признано использование противоспаечных барьеров. Нами в экспериментах на крысах показана высокая противоспаечная и противовоспалительная эффективность нового рассасывающегося препарата (гель), производного целлюлозы (Мезогель, ООО Линтекс, г. Санкт-Петербург)). В клинике противоспаечный барьер вводился в брюшную полость в конце основного этапа операции, создавая искусственный временный барьер между поврежденными серозными тканями, обеспечивая разделение поверхностей на время их заживления.

При наличии в анамнезе трубно-перитонеального бесплодия, а также при операции на единственной маточной трубе рекомендуется ранняя динамическая лапароскопия, которая позволяет производить адгезиолизис, активную санацию брюшной полости и повторное введение противоспаечного препарата.

Применение разработанного нами оптимизированного алгоритма лечения больных с ВМБ, включающего интраоперационное применение современного противоспаечного препарата, производного целлюлозы и ранней динамической лапароскопии, позволило уменьшить частоту образования спаек и их рецидива на 31,8% и 26,8% соответственно, сохранить проходимость маточных труб у 83,3% больных, улучшить исходы операций с восстановлением репродуктивной функции в 3,5 раза.

В послеоперационном периоде реабилитационные мероприятия должны быть начаты в стационаре и продолжены амбулаторно. Они включают физиолечение, антибактериальную терапию (по результатам обследования), повторные курсы противовоспалительной и рассасывающей терапии, эффективную контрацепцию. После органосохраняющих операций на маточных трубах необходимо проведение контроля за концентрацией ХГЧ-β в крови (риск персистирующей ВМБ), а у женщин с нереализованной репродуктивной функцией через 3-4 месяца — проведение контрольной лапароскопии с целью уточнения состояния маточных труб.

Соблюдение порядка и необходимого объема лечебных и реабилитационных мероприятий способствуют предупреждению повторной эктопической беременности и сохранению репродуктивной функции у женщин перенесших ВМБ.

МИГРЕНЬ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ПРИЕМА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ: КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Федорищева Н.П.

Россия, г. Москва, НУЗ Центральная поликлиника ОАО
«Российские железные дороги»

Мигрень — распространенная форма первичной головной боли, встречающаяся у женщин в 2-3 раза чаще, чем у мужчин, что может отражать участие женских половых гормонов в ее патогенезе. В ряде исследований показано, что прием комбинированных оральных контрацептивов (ОК) может оказывать неблагоприятное влияние на течение мигрени: провоцируя дебют приступов, увеличивая частоту и интенсивность мигренозных атак, видоизменяя их проявления, вызывая развитие ауры, что приводит к значительному снижению качества жизни, злоупотреблению анальгетическими средствами, а иногда и таким, более серьезным осложнениям, как инсульт. Частая обращаемость к врачу молодых женщин по поводу головной боли в сочетании с распространенностью приема ОК диктует необходимость уточнения подходов к ведению женщин с мигренью, принимающих ОК.

Цель исследования заключалась в изучении клинических особенностей мигрени у женщин, принимающих ОК.

Обследовано 74 женщины с мигренью в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст составил $28,74 \pm 6,2$ года). Обследуемые были разделены на две группы: 1 группа ($n=38$) на момент исследования принимала ОК (22 — с выраженными антиандрогенными свойствами); 2 группа ($n=36$) не принимала ОК на момент исследования. В ходе исследования проводилось: клиническое интервью по анкете исследования головной боли у женщин, анализировались дневники головной боли, проводилось психологическое тестирование с использованием шкалы депрессии Бека (Beck, 1961), теста тревожности Спилбергера (Spilberger, 1970), шкалы обсессивно-компульсивных расстройств (Frankel, 1986). Оценка влияния головной боли на повседневную активность проводилась по опроснику НImQ-Headache Impact Questionnaire (Stewart, 1999). Качество жизни, показатели здоровья оценивались по шкале EQ-5D (Brooks et al., 2003).

В группе 1 ($n=38$) у 21 женщины отмечались приступы мигрени без ауры (М без А), у 17 отмечались приступы мигрени с аурой (МА). У 9 женщин 1 группы приступы М без А совпадали с периодом отмены приема ОК (или приемом плацебо). Среди пациенток 2 группы ($n=36$) 27 человек страдали М без А, у 9 женщин отмечались приступы МА. Уровень депрессии в 1 группе составил $16,3 \pm 1,3$ балла; а во 2 группе $11,4 \pm 1$ балла. Уровень тревожности в группе, принимавшей ОК составил (реактивной — $50,2 \pm 0,8$ балла, личностной $51,1 \pm 0,9$ балла) в сравнении с контрольной группой без ОК (реактивная тревога — $46,4 \pm 1$ балла, личностная $46,8 \pm 1,2$ балла) при $p < 0,05$. Отмечено преобладание уровня тревожности в подгруппе женщин, принимавших ОК с антиандрогенными свойствами. Суммарное коли-

чество баллов по шкале обсессивно-компульсивных расстройств составило в 1 группе $65,7 \pm 3$ балла, а во 2 группе $59,7 \pm 4$ балла ($p < 0,05$). Женщины с высоким баллом по шкале обсессивно-компульсивных расстройств чаще применяли обезболивающие препараты для купирования головной боли при сопоставимой интенсивности болевых ощущений. Отмечено снижение трудоспособности, социальной активности, активности в быту (в баллах) по опроснику НImQ в 1 группе, по сравнению со 2, наиболее значимо снижение социальной активности. Не отмечено достоверных различий по шкале качества жизни EQ-5D в двух группах, однако уровень здоровья женщины 1 группы оценивали более низкими баллами по сравнению с 2 группой.

Прием ОК в большей степени оказывает влияние на мигрень с аурой: возможен дебют, учащение приступов мигрени с аурой, появление ауры без головной боли, что может объясняться сложными патофизиологическими механизмами влияния эстрогенов на индуцирование ауры. На фоне приема ОК возможно увеличение частоты и интенсивности мигренозных приступов, при этом частота появления приступов М без А увеличивается в 7-ми дневный период отмены контрацептива или в период приема плацебо, что может быть связано с резким падением уровня эстрогенов и имеет определенную патогенетическую общность с истинной менструальной мигренью. В ходе исследования не отмечено достоверных различий по частоте приступов МА в разные дни менструального цикла в двух группах. Анализ эмоционально-личностных нарушений выявил преобладание уровня депрессии и тревожности у женщин с мигренью, принимающих ОК. Отмечен наиболее высокий уровень тревожности у женщин, принимающих ОК с выраженными антиандрогенными свойствами. Преобладание уровня обсессивно-компульсивных расстройств отмечалось у женщин, имеющих тенденцию к злоупотреблению анальгетическими средствами. Таким образом, фактор приема ОК необходимо учитывать при ведении пациенток с мигренью.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ДИФУЗНОЙ ФИБРОЗНО- КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Федосова Л.Н., Сотникова Л.С., Удуд Е.В.,
Насырова Р.Ф., Степанов И.А., Тонких О.С.,
Оккель Ю.В., ЭльАкад Е.В., Гаглоева Ц.Н.,
Иванова С.В.

Россия, г. Томск, ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, НИИ фармакологии СО РАМН, НИИ психического здоровья СО РАМН,
Департамент здравоохранения Томской области

По определению ВОЗ (1984), мастопатия — это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Мастопатии относятся к заболеваниям, на фоне которых может развиваться

рак молочной железы. На современном этапе рак молочных желез в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин в России занимает первое место, составляя 20,5 и 16,5% соответственно. Известно, что дисгормональные нарушения часто сочетаются с поражением того или иного отделов вегетативной нервной системы. Однако, работ по изучению состояния и диагностики патологии вегетативной нервной системы при заболевании молочных желез недостаточно, они являются фрагментарными и не затрагивают проблемы возможного прогнозирования течения фиброзно-кистозной болезни молочных желез при различных изменениях функционирования вегетативной нервной системы.

Целью нашего исследования явилось изучение роли психовегетативных соотношений и адаптационных резервов организма в патогенезе и формировании клинической картины у больных с диффузной дисгормональной дисплазией молочных желез.

Объектом исследования явились 65 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 45 пациенток с верифицированным методом лучевой диагностики диагнозом: диффузная дисгормональная гиперплазия молочных желез (ДДГМЖ). Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин, сопоставимых с основной группой по возрасту. Критериями отбора в основную группу были: наличие на момент обследования диффузной дисгормональной гиперплазии молочных желез; возраст от 18 до 45 лет; сохраненная репродуктивная функция; отсутствие узловых форм дисгормональной дисплазии молочных желез. Клиническое обследование включало: изучение жалоб, анамнеза, объективное исследование, ультразвуковое исследование молочных желез, маммографию (для женщин старше 40 лет). Состояние вегетативной нервной системы оценивалось методом исследования вариабельности сердечного ритма. Автоматический анализ и интерпретация результатов обследования проводились на вегетотестере «ВНС-Ритм» компании «Нейрософт» с использованием программы «Поли-Спектр-Ритм».

Основной жалобой (90%) женщин являлась масталгия, которая носила циклический характер и возникала за 3-14 дней до начала менструации, чаще всего (95%) боли имели двусторонний характер. Наряду с болезненностью молочной железы 56% женщин отмечали ощущение нагрубания (мастодиния). Болевой синдром влиял на повседневную жизнь женщины и значительно ухудшал ее качество. Большинство женщин (87%) в сочетании с болевым синдромом отмечали различные психоэмоциональные расстройства, такие как, раздражительность, снижение настроения, ухудшение сна.

Анализ вариабельности ритма сердца показал, что общая мощность спектра, характеризующаяся показателем TP, у пациенток с ДДГМЖ: достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем у здоровых женщин и составляет 3200 мс²/Гц, по сравнению с группой контроля 4500 мс²/Гц, что на 31% меньше. Анализ структуры спектра показал преобладание в модуляции ритма

сердца VLF волн — 41,5%, что достоверно выше, чем в группе контроля — 23,7% ($p < 0,05$). Индекс LF/HF, среднее значение которого составило 1,82, оказался достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациенток группы контроля (0,92), на 49,9%. При оценке активной ортостатической пробы, у пациенток с ДДГМЖ выявлено достоверное снижение ($p < 0,05$) общей мощности спектра по сравнению с группой контроля и составило соответственно: 2100 мс²/Гц и 4260 мс²/Гц. Кроме того, выявлено достоверное увеличение индекса LF/HF у пациенток с мастопатией (4,6), что отражает значительное преобладание симпатических влияний (LF) и уменьшение парасимпатической модуляции. Также по результатам активной ортостатической пробы выявлено снижение коэффициента K30/15, с уровнем статистической значимости $p < 0,05$ (1,02), в то время как у группы контроля данный коэффициент составил 1,37. Исследование показало снижение текущего функционального состояния, преобладанием действия волн очень медленных колебаний (VLF), не способных адекватно поддерживать гомеостаз, избыточную активацию симпатического отдела и снижение активности парасимпатического отдела, что приводит в конечном итоге к развитию реакций дезадаптации и клинически проявляется вегетативной дисфункцией. Таким образом, данные нашего исследования показали тесную взаимосвязь патологии молочных желез с расстройствами вегетативных функций, что может отражать этапы патогенеза данной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН, ПРОВОДИМОГО В РАЗНЫХ КЛИНИКАХ ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Федотовских И.В., Звычайный М. А.,

Воронцова А.В., Синькович В.Н., Чилова А.А.

Россия, Екатеринбург, Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздравра».

Ультразвуковое исследование традиционно считается ведущим методом диагностики в гинекологии. Однако, несмотря на достаточную чувствительность метода в выявлении патологии, проведение детальной диагностики часто бывает затруднено.

Цель работы — проанализировать и сопоставить данные УЗИ органов малого таза, проведенного разными специалистами в различных клиниках г. Екатеринбурга и Свердловской области женщинам, обратившимся на прием врача гинеколога-эндокринолога.

Нами были проанализированы протоколы УЗИ у 178 пациенток в возрасте 39-53 лет, обратившихся на прием врача гинеколога-эндокринолога. Первоначально УЗ-диагностика проводилась в муниципальных (39,9%) и частных (60,1%) медицинских

учреждениях г. Екатеринбурга и Свердловской области. При этом УЗИ выполнял специалист общего профиля — в 62,9%, а гинекологического профиля (первичная специализация — врач акушер-гинеколог) — 37,1%. Выяснить на каких аппаратах проводилась УЗ-диагностика в большинстве случаев не представлялось возможным (на бланке УЗИ отсутствовала информация). Всем пациенткам повторно выполнялось УЗИ органов малого таза на базе МУ ГКБ №40 на аппарате Siemens Sonoline G40, специалистом гинекологического профиля.

Результаты, полученные нами при анализе описаний и заключений УЗИ, позволили выделить три основные группы проблем УЗ-диагностики в гинекологии. Во-первых, нередко (по нашим данным до 21%), результаты УЗИ вносят путаницу в принятие окончательного решения по данной конкретной пациентке: порой приводят к необоснованным оперативным вмешательствам (в 11,2% — потребовалось проведение гистероскопии и раздельного лечебно-диагностического выскабливания по поводу несуществующего гиперпластического процесса эндометрия, лапароскопии или миолапаротомии в связи с эндометриозными или дермоидными кистами согласно протоколов УЗИ, тогда как при гистологическом исследовании это были функциональные кисты яичников); при повторном исследовании у другого УЗ-специалиста выявляется новая или полностью исключается старая патология (в 16,9%); не учитываются особенности измерения размеров матки при ее различных положениях (например, выдается заключение о наличии аденомиоза на основании установления при УЗИ шаровидной формы матки при ее ретрофлексии); при оценке состояния яичников указание на 3 размера обнаружено только в 1/3 УЗ-протоколах, а объем — лишь в 9,0%; фолликулярный аппарат характеризуется как обычный в 56,2% протоколах, без указания количества фолликулов и характера стромы (даже при синдроме поликистозных яичников или при синдроме истощенных яичников); не принимается во внимание специфика состояния репродуктивной системы в разные дни менструального цикла (например, не указывается в протоколе УЗИ первый день последней менструации, но дается заключение о гиперпластическом процессе при М-ЭХО 12 мм на 22 день менструального цикла; или «обнаруживается» фолликулярная киста, диаметром 22 мм на 14 день 28-дневного менструального цикла); УЗ-специалист не спрашивает о принимаемых препаратах (гормональной контрацепции, гормональной терапии) и дает неверное заключение (так, например, заключение о гипоплазии матки и яичников на фоне гормональной контрацепции). Во-вторых, проведение доплерометрии и интерпретация ее результатов. Допплерометрия вносит неоднозначный вклад в оценке патологии матки (тела матки, эндометрия, шейки матки), яичников и маточных труб. Тем не менее, данные доплерометрии могут внести существенную помощь в идентификации сосудов ножки полипа, дифференциальной диагностике новообразований, постановке такого диа-

гноза, как «синдром неовулировавшего фолликула» и др. В-третьих, учитывая тесную взаимосвязь органов репродуктивной системы и возникновения в них полиципных патологических изменений с нашей точки зрения обязательно одновременное проведение УЗИ МЖ, что на практике наблюдается крайне редко (до 7%). Как ни странно, но наибольшее количество ошибок в проведении УЗИ и оформлении заключения мы обнаружили при анализе данных УЗ-диагностики, проведенной в частных центрах врачами широкого профиля в муниципальных медицинских учреждениях небольших городов Свердловской области.

Все обнаруженные нами негативные моменты являются следствием нескольких причин: с одной стороны — отсутствие единого утвержденного (установленного) протокола УЗИ гинекологического профиля, а с другой — это недостаточная квалификация УЗ-специалиста, непонимание специфики УЗИ в гинекологии, незнание особенностей циклического функционирования репродуктивной системы. Становится очевидным, что при повышении квалификации врача акушера-гинеколога необходимо более глубоко останавливаться на оценке результатов УЗИ и доплерометрии, что могло бы помочь в постановке правильного диагноза и избежать тактических ошибок.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Хачатрян А.К., Нанагулян А.В., Геворкян Г.А.
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Своевременное выявление воспалительных и гнойных образований придатков матки имеет важное практическое значение, тем не менее их диагностика представляет определенные трудности не только в дооперационном периоде, но и во время операции, особенно при urgentных ситуациях у пациенток с выраженным спаечным процессом в малом тазу.

Целью исследования явилось выяснение диагностических возможностей интраоперационной и лапароскопической эхографии при хирургическом лечении воспалительных и гнойных образований придатков матки.

Эффективность интраоперационной эхографии при объемных воспалительных заболеваниях придатков матки и малого таза оценена нами у 22 пациенток с гидросальпинксом, у 7 — с гнойными tuboovariальными образованиями.

Пациентки с гидросальпинксами не предъявляли особых жалоб. У них имело место трубно-перитонеальное бесплодие (первичное у 50%, вторичное у 31,8%). Основными жалобами у пациенток с гнойными tuboovariальными образованиями являлись

постоянная боль внизу живота, обильные выделения из половых путей и диспареуния. Кроме того, эти пациентки предъявляли жалобы на слабость, недомогание и периодическое повышение температуры тела (87,5%).

Выполненные нами исследования позволили уточнить ультразвуковые критерии гидросальпинкса, который визуализируется в виде веретенообразного или трубчатой формы образования с тонкой стенкой и гипоехогенным или анэхогенным содержимым. При небольших размерах гидросальпинкса довольно четко визуализируются практически все отделы маточной трубы. Следует отметить, что в отличие от традиционной дооперационной трансвагинальной эхографии интраоперационная эхография более информативна при обнаружении тубоовариальных образований, особенно после разделения спаек, когда улучшается визуализация исследуемого объекта. Анализ полученных нами данных показал, что при традиционной трансвагинальной эхографии чувствительность диагностики воспалительных и гнойных образований придатков матки составила 89,1%, при интраоперационной трансвагинальной эхографии — 95,3% и при лапароскопической эхографии — 97,6%, а специфичность — соответственно 94,6; 98,6 и 100%.

Лапароскопическая эхография имеет существенные преимущества в диагностике гидросальпинкса, пиосальпинкса и при его дифференциации с образованиями овариального генеза. Следует отметить, что гидросальпинкс значительно чаще располагается кзади от матки и имеет связь с ее трубным углом. Интраоперационную эхографию после опорожнения гидросальпинкса, пиосальпинкса, разделения спаек можно рассматривать в качестве контрольного метода для осмотра яичника с целью исключения или подтверждения наличия в нем образования. При этом лапароскопическая эхография дает возможность исследовать маточные трубы на всем протяжении до маточного угла, что часто невозможно при до- и интраоперационной трансвагинальной эхографии.

При выраженном спаечном процессе и низко-расположенных и больших образованиях в позадиматочном пространстве наиболее информативно сочетанное применение трансвагинальной и лапароскопической эхографии.

Результаты выполненных нами исследований показали, что при гнойных образованиях придатков в сочетании с выраженными спайками и с вовлечением в спаечный конгломерат смежных органов интраоперационная эхография позволяет более четко определить объем хирургического вмешательства, обеспечить его безопасность, а также сохранить придатки у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией. Возможность лучшей ориентации в условиях выраженных анатомических изменений является бесспорным преимуществом интраоперационной эхографии, успешное применение которого позволяет значительно снизить риск травматизации репродуктивных, жизненно важных органов и отдельных анатомических структур организма.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Хашукоева А.З*., Зайцев А.В**., Цомаева Е.А.*
Россия, Москва, *Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

**Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра урологии

Хроническая тазовая боль (ХТБ), периодическая или постоянная, длительностью более 6 месяцев, является причиной серьезного расстройства здоровья, приводит к снижению качества жизни пациенток и сочетается со многими заболеваниями. ХТБ в 10-15% наблюдений служит причиной обращения к гинекологу и является показанием к диагностической лапароскопии в гинекологии в 40% случаев. Наиболее частыми причинами ХТБ являются гинекологические заболевания: эндометриоз, в том числе и аденомиоз, воспалительные заболевания внутренних половых органов, миома матки, спаечный процесс в малом тазу, варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ). Пациентки с генитальным эндометриозом и интерстициальным циститом (ИЦ) нередко имеют одинаковые симптомы: циклические боли внизу живота, области гениталий и бедер, и, очень часто, расстройства мочеиспускания. На первый план у данных пациенток выступают симптомы тазовой боли, а имеющиеся расстройства мочеиспускания нередко игнорируются как пациенткой, так и врачом, что зачастую приводит к диагностическим ошибкам. Целью данной работы явилось выяснение роли эндоскопических методов (лапароскопия, цистоскопия) в диагностике и дифференциальной диагностике хронической тазовой боли. Материалы и методы исследования: 52 пациенткам (средний возраст $34 \pm 4,7$ лет) с хронической тазовой болью и предположительным диагнозом генитальный эндометриоз было проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование, УЗИ органов малого таза, однодневная лапароскопия и цистоскопия. Для определения характера и степени тяжести болевого синдрома и имеющихся расстройств мочеиспускания выполнялось анкетирование с помощью шкалы симптомов и качества жизни Leary-Sant IC Symptom and Problem Index (ICSI). Результаты и их обсуждение: все пациентки предъявляли жалобы на постоянные или периодические тазовые боли в течение 6 и более месяцев. По результатам анкетирования у 25 (48,1%) пациенток индекс симптомов интерстициального цистита и качества жизни превышал 12 баллов (в среднем $18,3 \pm 3,5$ балла), что свидетельствует о наличии дизурических расстройств, снижении качества жизни и возможном наличии интерстициального цистита, необходимости выделения данных пациенток в группу высокого риска развития синдрома болезненного мочевого пузыря/ИЦ. В 27 (51,9%) наблюдениях индекс составил в среднем $7,1 \pm 2,6$ балла, что является свидетельством интактности мочевого пузыря. В 47 (90,4%) наблюдениях генитальный эндометриоз подтвердился лапароскопически:

в 25 (53,2%) — выявлены эндометриозные кисты яичников, в 5 (10,6%) — эндометриозные кисты, сочетавшиеся с эндометриозом маточных труб, в 3 (6,4%) — в сочетании с ретроцервикальным эндометриозом, в 7 (14,9%) — с аденомиозом и миомой матки, в 7 (14,9%) — с эндометриозными гетеротопиями на мочевом пузыре. В 15 (31,9%) наблюдениях генитальный эндометриоз сочетался с интерстициальным циститом, выявленным при одновременной цистоскопии совместно с урологом, в 5 (10,6%) — во время лапароскопии эндометриоз не выявлен, из них в 2 (4,3%) наблюдениях выявлен спаечный процесс в малом тазу, в 3 (6,4%) — ВРВМТ, но при цистоскопии у 3 из 5 пациенток обнаружен интерстициальный цистит. Заключение. Таким образом, выявление во время лапароскопии генитального эндометриоза может служить косвенным признаком наличия интерстициального цистита, являющегося одной из причин ХТБ и требующего дифференциального подхода к ведению подобных пациенток совместно с урологом. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости существенных изменений в традиционном подходе к диагностике пациенток с синдромом хронической тазовой боли. Выявление во время лапароскопии эндометриозных гетеротопий диктует необходимость выполнения цистоскопии для уточнения состояния слизистой мочевого пузыря, что позволит существенно улучшить результаты терапии пациенток с синдромом ХТБ.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хаятова З.Б., Кучеренко С.В., Кузьмина В.В.,
Коган А.Е., Катруха А.Г.

Россия, г. Новосибирск, ГОУ ВПО Новосибирский
Государственный Медицинский Университет

Железодефицит (ЖД) — одна из самых распространенных патологий. Он встречается у 20 — 30% всех женщин, у 40-60% женщин фертильного возраста, частота анемий за последние десять лет увеличилась в 6,3 раза.

Основной причиной развития железодефицитной анемии (ЖДА) являются кровопотери различной природы. Гиперпластические процессы эндометрия, частота которых возрастает, миома матки и эндометриоз, сопровождающиеся внешним или внутренним кровотечением, могут быть причиной ЖДА.

С целью изучения анемического синдрома нами были обследованы 53 пациентки с анемией и гиперпластическими процессами эндометрия (ГЭ). Большинство пациенток были в возрасте от 30 до 45 лет — 79,3%. Соматический анамнез отягачен анемией у 64,2% женщин, по поводу чего неоднократно принимали препараты железа, но без эффекта.

В анамнезе хроническое воспаление придатков матки у 54,7%, нарушение овариально-менструального цикла по типу гиперполименореи — у 30,2%, интерстицио-субсерозная миома матки — у 26,4%,

апоплексии яичников — у 23,6%, эрозии шейки матки — у 22,6% пациенток.

У 80,8% были медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши — у 23,1%, роды — только у 51,9% женщин.

Всем женщинам с целью исключения наличия воспалительного процесса и инфекции, передающихся половым путем проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включая бактериологические посевы и ПЦР — диагностику соскобов из цервикального канала на инфекции, передающиеся половым путем, ультразвуковое исследование органов малого таза. Для оценки активности воспалительного процесса проводилось определение концентрации ФНО- α . Всем женщинам в сыворотке крови определяли содержание ферритина (СФ), эритропоэтина (ЭПО), сывороточного железа (СЖ) и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) крови. Определение уровня трансферриновых рецепторов (Trf-Rec) проводили с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) по оригинальной методике, разработанной сотрудниками кафедры биохимии МГУ им. Ломоносова А.Е.Коган, А.Г.Катруха., 2001 г.

Анемия легкой степени выявлена у 35, средней степени — у 13, тяжелой степени — у 5 больных. Анемия у больных была гипохромной, с достаточно низким содержанием уровня СЖ, СФ, КНТ, на фоне повышения ОЖСС, ЛЖСС, трансферриновых рецепторов, что доказывало железодефицитный генез анемии.

На современном этапе имеет большое диагностическое значение точное определение уровня эритропоэтина (ЭПО) в крови при целом ряде первичных и вторичных нарушений эритропоэза. При изучении уровня ЭПО у больных мы обнаружили его достоверное снижение с показателям здоровых ($p < 0,001$).

При обследовании пациенток с гиперпластическими процессами и анемией выявлены инфекции, передаваемые половым путем (ИППП): Chlamidia trachomatis — у 39,6%, Mycoplasma genitalium — у 49,1%, Ureoplasma genitalis — 34%, Candida Albicans — у (7)13,2%, Trichomonis vaginalis — у 21%, Enterjococcus faecalis — у 10%, E. Coli — у 2(3,1%) у более половины из них сочетанная микрофлора.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза у больных выявлены: признаки спаечного периаднексита у 67,4%, эндоцервикоз — у 46,5%, интерстицио-субсерозная миома матки без циркуляторных нарушений — у 27,9%, эндометриоз тела матки — у 23,3%, мультифолликулярные яичники — у 25,8% женщин. Около 2/3 больных имели несколько эхографических признаков патологии матки и придатков матки.

Об активности воспалительного процесса у больных с гиперпластическими процессами и анемией свидетельствовали высокие показатели провоспалительного цитокина ФНО- α , который был в 4,3 раза выше, по сравнению со здоровыми женщинами.

При гистологическом исследовании соскобов, полученных из полости матки, выявлены гиперпластические процессы эндометрия: железисто-

кистозная гиперплазия эндометрия — у 35,8%, железисто-фиброзный полип эндометрия — 26,4%, железистая гиперплазия эндометрия и метрит — у 3,8%, железистый полип эндометрия и очаговый серозной гнойный эндометрит — 5,7%, что явно свидетельствовало о гиперэстрогении у обследованных пациенток.

Таким образом, анемия при гиперпластических процессах эндометрия и воспалительными заболеваниями гениталий не только железодефицитная, но и эритропоэтиндефицитная. Достаточно низкие показатели уровня ЭПО можно объяснить ингибирующим действием не только ФНО- α , но и гиперэстрогемией на эритропоэтин у пациенток с анемией при гиперпластических процессах эндометрия. Что и объясняло малую эффективность лечения анемии только препаратами железа у данной группы больных.

Полученные данные свидетельствовали о необходимости интегрального подхода к коррекции анемии у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне воспалительных заболеваний гениталий.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Новичков Д.А.,
Захарова Н.С.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

Актуальность проблемы повышения эффективности консервативного лечения миомы матки обусловлена широкой распространенностью данной патологии в структуре гинекологических заболеваний, высоким процентом выполняемых оперативных вмешательств.

Цель исследования: уточнить роль TORCH-инфекции в этиопатогенезе миомы матки, доказать эффективность комплексного подхода в консервативном лечении данного контингента больных.

Ретроспективно произведено клинико-статистическое изучение течения заболевания у 162 пациенток, находившихся на стационарном лечении в 1 ГКБ с 2008 по 2009 год с миомой матки при наличии показаний к консервативному лечению. Все пациентки были поделены на 3 группы: в 1 (основной) группе (n=82) назначению гестагенов предшествовала специфическая антибактериальная и противовоспалительная терапия обоих половых партнеров с учетом возбудителя, выявленного методом ИФА. Во 2 группе (n=38) применялась стандартная схема консервативного лечения миомы матки с применением гестагенов, в 3 группе (n=42) использовалась эмпирически антибактериальная, противовоспалительная терапия, рекомендовалось гормональное лечение, однако пациентки по собственным соображениям не принимали гестагены.

Все пациентки были сопоставимы по возрасту и экстрагенитальной патологии. Возраст обследован-

ных в среднем составил $39,5 \pm 1,4$ года. По социальному положению преобладали работающие женщины — 58,6% всех пациенток. Из экстрагенитальной патологии выявлены: ожирение — у 98 женщин (60,5%); заболевания сердечно-сосудистой системы — у 61 (37,6%); заболевания желудочно-кишечного тракта — у 26 (16%). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен хроническими воспалительными процессами гениталий у 108 (66,7%) обследованных, использованием внутриматочных контрацептивов — у 8 (4,9%), абортами — у 129 (79,6%). Симптомы фибромиомы матки имелись у 83,9%, в том числе — нарушение овариально-менструального цикла, метроррагия — в 63 (76,8%) случаях в 1-й группе, 28 (73,7%) во 2, 29 (69,1%) в 3-й группе, тянущая боль в низу живота у 36 (43,9%) женщин 1-й группы; 15 (39,5%) 2-й группы; 20 (47,6%) 3-й группы.

Всем пациенткам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, УЗИ, гистологическое исследование соскобов эндоцервикса и эндометрия. Пациенткам 1-й группы проведено обследование на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций методом иммуноферментного анализа (ИФА). Анализ данных ИФА 1 группы показал, что хламидийная инфекция имела место у 64 обследованных женщин (78,1%); уреоплазменная — у 67 (81,7%); трихомонадная — у 29 (35,4%); герпетическая — у 15 (18,3%), ассоциации возбудителей выявлены в 65 случаях (79,3%).

По результатам сонографии размеры матки во всех трех группах обследуемых женщин колебались от 6 до 13 недель беременности. Наиболее часто встречалась субсерозно-интерстициальная локализация узлов (58,5% — в 1-й, 63,2% — во 2-й, 66,7% — в 3-й группах) и интерстициальная (31,7% — в 1-й группе женщин, 28,9% во 2-й, 23,8% — в 3-й), реже — субсерозная (9,8% — в 1, 7,9% — во 2, 9,5% — в 3 группе). У 51 (62,2%) пациентки 1-й группы, 23 (60,5%) 2 группы, 27 (64,3%) 3 группы было обнаружено повышение уровня лейкоцитов в мазках; у 40,7% (66 женщин) наблюдался лейкоцитоз в крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анемия выявлена у 111 (68,5%) обследованных пациенток. При гистоисследовании соскобов эндоцервикса, эндометрия гиперпластический процесс (железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия) выявлен в 53 (64,6%) случаях в 1-й группе, 26 (68,4%) — во 2-й, 8 (66,7%) в 3-й группе; фиброзный полип эндометрия — у 4,9% — 1-й группы, 7,9% — 2-й, 4,8% — 3-й группы.

После получения результатов обследования была назначена консервативная терапия в соответствии с делением пациенток на группы. Динамическое наблюдение проводилось в течение 12 месяцев после выписки из стационара. Во 2-й группе имели место рецидивирующие маточные кровотечения в 22 случаях (57,9%), в 3-й группе — в 28 (66,7%). Повторные отдельные лечебно-диагностические выскабливания эндоцервикса, эндометрия выполнены 11 женщинам (28,9%) 2-й группы, 19 (45,2%) 3-й группы; радикальная операция (гистерэкто-

мия) — в 7 наблюдениях (18,4%) во 2-й группе, и 16 (38,1%) в 3-й группе. У пациенток 1-й группы отсутствовали какие-либо осложнения; у 29 женщин (67,4%) наблюдалось уменьшение размеров матки и миоматозных узлов; у 14 (32,6%) — размеры матки оставались на прежнем уровне. В то же время у пациенток 2 и 3 групп отмечено увеличение общих размеров матки и миоматозных узлов в 7 (18,4%) и 11 (26,2%) наблюдениях соответственно.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о немаловажном значении инфекционного фактора в патогенезе и лечении миомы матки, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией с целью коррекции консервативной терапии и повышения ее эффективности.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ГОРМОНАЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ В АНАМНЕЗЕ

Холухаева Ф.С., Юровская В.П.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №2.

С целью определения клинических, гормональных и метаболических особенностей перименопаузального периода у женщин с СПКЯ в анамнезе было обследовано 178 пациенток. I группу составили 67 женщин, которым в возрасте (19—27) лет была произведена клиновидная резекция яичников по поводу СПКЯ. Средний возраст в данной группе составил $48,4 \pm 1,23$ лет. Во II группу вошли 52 пациентки в периоде перименопаузы (средний возраст $49,1 \pm 1,32$ лет), с анамнестическими данными о СПКЯ в репродуктивном возрасте, которым с целью нормализации менструальной и детородной функции в репродуктивном периоде назначалась гормональная терапия, оперативных вмешательств не производилось. Контрольная группа была представлена 59 женщинами перименопаузального периода, не имевших в анамнезе СПКЯ. Средний возраст в данной группе составлял $49,5 \pm 1,87$ лет.

В работе использовались общеклинические методы исследования, гинекологическое обследование; оценивалась тяжесть климактерического синдрома по шкале модифицированного менопаузального индекса, гормональный профиль (радиоиммунологическим методом), определялось содержание в крови спектра липидов и углеводов (биохимическими методами), ценка статистическая обработка результатов.

Тяжесть климактерического синдрома, оцененная по шкале оценки модифицированного менопаузального синдрома, соответствовала умеренной степени выраженности климактерического синдрома у пациенток I и контрольной групп: $43,0 \pm 4,9$ и $39,4 \pm 9,8$ соответственно. Во II группе степень выраженности КС характеризовалась как тяжелая ($49,4 \pm 8,7$).

У пациенток I группы, перенесших в репродуктивном периоде клиновидную резекцию яичников по поводу СПКЯ, нормализация менструальной функции наступала в сроки от 2,1 до 3,5 лет после операции. Перименопаузальные расстройства возникали в возрасте $46,8 \pm 0,2$ лет, что статистически не отличалось от такового у женщин контрольной группы, имевших в анамнезе нормальную менструальную и детородную функцию. У неоперированных пациенток с СПКЯ в анамнезе, МЦ оставался нерегулярным в течение всего репродуктивного периода, и только на фоне проводимой гормональной терапии происходила кратковременная нормализация ритма менструации. Возраст наступления перименопаузальных расстройств у этих женщин составил ($43,9 \pm 0,6$) лет, и оказался значительно ($p < 0,001$) ниже, чем у пациенток I и контрольной групп.

У женщин II группы, с началом перименопаузальных нарушений менструального цикла, отмечалась ежегодная прибавка веса в среднем на ($1,9 \pm 0,31$) кг. Избыточная масса тела среди женщин данной группы выявлена у 18,4%, а у 81,6% ожирение различной степени выраженности. Увеличение индекса отношения ОТ/ОБ свыше 0,87, который отмечался у 89,4% пациенток с ожирением, свидетельствовало об абдоминальном типе ожирения. В I группе ежегодная прибавка массы тела составляла $0,4 \pm 0,41$, ожирение различной степени выраженности встречалось лишь у 11,4% исследуемых женщин, что оказалось достоверно ниже ($p < 0,01$) по сравнению со II группой.

У пациенток с СПКЯ в анамнезе, без оперативного лечения (II группа) нарушение углеводного обмена было выявлено у 58,4%, проявляющееся нарушением толерантности к углеводам и развитием СД2 типа. У оперированных женщин (I группа) нарушение углеводного обмена в перименопаузе также выявлялось, однако встречалось существенно реже (22,7% случаев), нарушение толерантности к углеводам отмечалось у 32% обследованных. В данной группе у 10,7% установлен диабетический тип кривой и после дополнительного обследования поставлен диагноз СД2 типа. В II группе женщин (неоперированные в репродуктивном возрасте по поводу СПКЯ) в перименопаузе достоверно чаще встречались нарушения углеводного обмена с нарушением СД2, чем у женщин I группы ($\chi^2=27,2$, $p < 0,001$; $\chi^2=9,1$, $p < 0,01$ соответственно).

У пациенток I группы с началом нарушения ритма менструаций, отмечался рост концентрации гонадотропинов, который достоверно не отличался от женщин группы контроля — $32,7 \pm 8,9$ и $32,9 \pm 6,0$ соответственно. У неоперированных женщин (II группа) с СПКЯ в анамнезе уровень такового был существенно выше ($42,7 \pm 6,3$) и достоверно ($p < 0,01$) отличался от соответствующего показателя контрольной и I групп.

Изучение состояния стероидпродуцирующей функции яичников позволило выявить у женщин I группы более низкую ($p < 0,001$) секрецию E2, чем у женщин контрольной группы. При сравнении с показателями женщин I группы, у неоперированных

пациенток с СПКЯ в анамнезе, отмечался более высокий ($p < 0,001$) уровень свободного тестостерона (Тсв), более низкая ($p < 0,01$) секреция эстрадиола (Е2) и повышенный ($p < 0,001$) Т/Е2 коэффициент, что указывало на наличие у пациенток данной группы более выраженных нарушений андроген-эстрогенового баланса.

Таким образом, в перименопаузе у женщин с СПКЯ в анамнезе установлен высокий риск развития нарушений углеводного обмена, с преобладанием таковых у не оперированных женщин. Выявленные особенности метаболического статуса в перименопаузальном периоде обосновывают необходимость индивидуального подхода к разработке комплексных лечебных подходов, целесообразность совместного наблюдения за данными пациентками с эндокринологами. В период угасания репродуктивной системы, у женщин с СПКЯ в анамнезе гормональный профиль, характеризуется более выраженными изменениями уровней гонадотропных и яичниковых гормонов по сравнению с женщинами, не страдающими данной патологией. При этом наиболее существенные отличия выявляются у неоперированных женщин с СПКЯ в анамнезе.

СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПТИКОЭЛЕКТРОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ TRUSCREEN, ВПЧ-DIGENE-ТЕСТА И ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Храмова О.К., Минкина Г.Н., Фириченко С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цитологические скрининговые программы на протяжении более 50 лет достаточно успешны в сокращении общей смертности от цервикального рака в большинстве стран мира. Являясь скрининговым методом, цитологическое исследование цервикальных мазков, по данным зарубежных авторов, имеет достаточно высокую специфичность для нормы (вероятность отрицательного результата в отсутствие патологии) — до 95%, что позволяет отсеивать здоровых людей из популяции с предполагаемой патологией. Однако по современным данным мета-анализа, цитологический мазок как скрининговый тест имеет весьма ограниченную чувствительность (51-60%), что объясняется ошибками в отборе и приготовлении мазков, а также их интерпретации в процессе цитологического скринингового исследования. Таким образом, основными недостатками цитологического исследования являются высокая степень субъективности и трудоемкость анализа. Попытки избежать пропущенных случаев РШМ при цитологическом скрининге привели к внедрению новых методов цервикального скрининга, таких как тесты на ВПЧ и оптикоэлектронных технологий. Подтверждение этиологической роли ВПЧ

в развитии РШМ привело к рассмотрению диагностики папилломавирусной инфекции как важнейшего элемента скрининга этого заболевания и разработке диагностических тестов, способных определять ДНК ВПЧ в цервикальном эпителии. Также стало известным, что морфологические процессы, происходящие в эпителии при развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии, приводят к изменению электрооптических свойств ткани шейки матки, определить которые возможно с помощью современных оптикоэлектронных технологий, одной из которых является оптикоэлектронная технология детекции интраэпителиальных поражений шейки матки в режиме реального времени — TruScreen. Целью настоящего исследования явилось сравнение чувствительности оптикоэлектронной технологии TruScreen, жидкостной цитологии и тестирования на ДНК ВПЧ с использованием Digene-теста в диагностике цервикальных интраэпителиальных поражений. Обследованы 128 пациенток в возрасте от 19 до 54 лет, направленных в специализированный кабинет для обследования и лечения патологии шейки матки. Комплексное обследование шейки матки включало диагностическое сканирование с помощью прибора TruScreen, жидкостную цитологию, тестирование на онкогенные типы ВПЧ с использованием Digene-теста и кольпоскопическое исследование. В качестве референтного метода использовалось гистологическое исследование ткани шейки матки, полученной в результате петлевой электрохирургической эксцизии. Из общего числа обследованных у 67 пациенток гистологически выявлены цервикальные интраэпителиальные поражения и у одной — микроинвазивная карцинома. Поражения легкой степени тяжести (L-SIL), включающие CIN1 и койлоцитарную атипию, диагностированы у 25 пациенток, тяжелая степень поражения (H-SIL), включающая CIN2 и CIN3 — у 42-х. По результатам жидкостной цитологии у 25 пациенток цитологическая картина была интерпретирована как атипичные сквамозные клетки неопределенного значения (ASCUS), а у 8 пациенток как атипичные сквамозные клетки неопределенного значения, не исключающие интраэпителиального поражения тяжелой степени (ASC-H). Поражения легкой степени тяжести (L-SIL) цитологически выявлены у 27, а тяжелой степени (H-SIL) — у 28 пациенток. По результатам тестирования на онкогенные типы ВПЧ с использованием Digene-теста у 81 пациентки получен положительный результат и у 47 — отрицательный. В процессе диагностического оптикоэлектронного сканирования с помощью прибора TruScreen результат “abnormal” получен у 83 пациенток, а результат “normal” — у 45. На основании анализа результатов исследования чувствительность TruScreen для диагностики цервикальных интраэпителиальных поражений составила 79 % (82% для H-SIL), чувствительность Digene-теста — 81% (для H-SIL — 98 %), чувствительность жидкостной цитологии, при пороге чувствительности ASC-H — 78% (для H-SIL — 81%). Полученные данные позволяют сделать вывод, что в диагностике

цервикальных интраэпителиальных поражений в целом все изучаемые тесты продемонстрировали сопоставимую чувствительность. В диагностике предраковых поражений (H-SIL) чувствительность оптикоэлектронной технологии TruScreen практически равна аналогичному показателю жидкостной цитологии, наибольшую же чувствительность показал Digene-тест. Вместе с тем, TruScreen обладает рядом преимуществ перед другими методами: скрининг происходит в реальном времени, наличие объективного дихотомического результата и отсутствие зависимости от лабораторной инфраструктуры.

СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНЬЮ И УРОВЕНЬ СТРЕССА МУЖЧИН В ПРОГРАММЕ ВРТ

Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж..Р., Шibaева К.С.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Возможность применения методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), таких, как, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ), позволяет в результате лечения многим бесплодным парам стать родителями. Бесплодие и процесс его лечения влияет на различные аспекты жизни каждой личности и пары, нередко приводит к нарушениям в отношениях супругов, повышает чувство вины, тревожности и депрессии, а диагностические процедуры и лечебные мероприятия ведут к усилению психоэмоционального напряжения. Процедуры лечения бесплодия накладывает глубокий эмоциональный отпечаток на личность, что приводит к изменению отношений в супружеской паре (Fassino S., Pierò A., 2007). В настоящее время основное внимание в супружеской паре, столкнувшейся с проблемой бесплодия, уделяется психоэмоциональному состоянию женщины, при этом психологическая помощь мужчинам из бесплодных пар практически не оказывается (Holter H., Anderheim L., 2007). Цель работы: провести оценку удовлетворенности браком и выявить уровень стресса среди мужчин, участвующих в программе ВРТ. Материалы: обследовано 44 пациента в программе ВРТ. Средний возраст пациентов составил $35,6 \pm 6,1$ лет. 96% пациентов находились в зарегистрированном браке. Методы: шкала семейной адаптации и сплоченности FASES-3, шкала психологического стресса PSM-25. Результаты. Пациенты были разделены на группы в соответствии с продолжительностью бесплодия: 1 гр. — 1 г., 2 гр. — 2-3 г. и 3 гр. — свыше 3 лет. Средние показатели семейной сплоченности и семейной адаптации в этих группах были примерно одинаковы и соответствовали норме, что свидетельствовало об адекватной эмоциональной связи в семьях пациентов и способности семейной системы приспосабливаться, и изменяться при воздействии на нее

стрессоров. Степень удовлетворенности семейной жизнью была достоверно ниже во 2 группе пациентов ($p < 0,05$). При опросе пациентов было выявлено, что 42% мужчин не испытывали стрессовых переживаний в течение последнего года, 24% отметили стрессы испытываемые на работе, 14% предъявили жалобы на семейные взаимоотношения, 11% сообщили об эмоциональных переживаниях, связанных с проводимым лечением бесплодия и 9% пациентов сталкивались с переживанием утраты или болезни близких родственников. Наиболее высокие результаты по шкале психологического стресса ($M = 74,3$, M - среднее значение признака) были получены в группе пациентов с продолжительностью бесплодия свыше трех лет, что сопоставимо с данными других исследований (van Balen F., 1997, Boivin J., 2007), свидетельствующих о повышении уровня эмоционального напряжения с течением времени. Таким образом, фактор длительности бесплодия способствовал повышению супружеского дистресса среди мужчин. Полученные данные свидетельствуют о необходимости использования психологического консультирования в программе ВРТ и позволяют выделить психотерапевтические мишени для эффективного лечебного воздействия. Известно, что повышение семейной сплоченности и удовлетворенности, является фактором, способствующим росту стрессоустойчивости семьи и каждого ее члена. Исследование проведено при поддержке гранта Президента РФ №МД-4860.2009.7.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И АНОВУЛЯТОРНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Цаллагова Е.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Цель исследования: Изучение уровня качества жизни у женщин с ожирением и ановуляторным бесплодием до и после снижения массы тела и наступления беременности.

Материалы и методы: Всего было обследовано 376 женщин с избыточной массой тела и ожирением и нарушениями репродуктивной функции (первичное и вторичное ановуляторное бесплодие) (I группа) (средний показатель ИМТ — $31,28 \pm 0,4$ кг/м², средний возраст 28,74 лет). В группу контроля (II группа) вошли 351 женщина с нормальной массой тела и нарушениями репродуктивной функции (трубно-перитонеальный фактор бесплодия) (средний показатель ИМТ — $25,63$ кг/м², средний возраст — 27,85 лет). Обе группы были сопоставимы по возрасту и продолжительности бесплодия. Наблюдение за женщинами обеих групп проводилось в течение года.

В качестве метода исследования использована русская валидизированная компанией «Эвиденс — Клинико-фармакологические исследования» вер-

сия опросника MOS-SF-36 Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) (Исследование медицинских результатов — Короткая форма — SF-36). Перевод на русский язык, валидизация и апробация методики были осуществлены «Институтом клинико-фармакологических исследований» (г.Санкт-Петербург).

Результаты исследования: Полученные результаты у пациенток с ожирением и избыточной массой тела до начала терапии по всем шкалам опросника MOS-SF-36 оказались достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин в контрольной группе. Особо наглядными были различия по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования и социального функционирования.

Через год после начала снижения массы тела были получены следующие результаты: минимальное снижение массы тела 7,4 кг, максимальное 30,7 кг. Средний показатель ИМТ $27,4 \pm 0,02$ кг/м².

Через один год пациентки были разделены на подгруппы в зависимости от результатов лечения (отсутствие или наличие беременности). В подгруппу а в I группе были включены 167 (44%) женщин, у которых репродуктивная функция не восстановлена, несмотря на снижение массы тела. В подгруппу б вошли 209 (56%) женщин с наступившей беременностью. Пациентки II группы были разделены на подгруппы в зависимости от восстановления фертильности. В подгруппу а включены 183 (52%) женщины, у которых беременность не наступила, в подгруппу б — 168 (48%) пациенток с диагностированной беременностью.

При анализе полученных результатов опроса по всем шкалам опросника MOS-SF-36 было сделано заключение об улучшении уровня КЖ в подгруппе I б в сравнении со всеми подгруппами практически по всем шкалам. Вместе с тем, самый низкий уровень КЖ по данным опроса зафиксирован в подгруппе I а.

Таким образом, на основании полученных результатов, можно сделать вывод о повышении уровня качества жизни женщин после снижения массы тела. Такие параметры, как боль и жизнеспособность в группе I б сравнялись с показателями контрольной группы II б. Параметры ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья превысили показатели контрольной группы, что в свою очередь подтверждает существенное повышение качества жизни женщин после снижения массы тела и наступления беременности.

Выводы:

качество жизни женщин после снижения массы тела достоверно улучшается независимо от получения результатов в отношении восстановления фертильности;

качество жизни пациенток с ожирением может быть оценено количественно, что является более наглядным инструментом контроля за проводимой терапией, как для врача, так и для пациентки;

исследование только клинических данных является недостаточным для разработки индивидуальной тактики ведения пациенток, т.к. при наличии

нарушений репродуктивной функции на фоне ожирения снижается качество жизни в целом, что требует его оценки;

Шкала MOS-SF-36 проста в использовании и может быть рекомендована не только для мониторинга качества жизни пациенток с ожирением и нарушением репродуктивной функции, но и для оценки эффективности проводимой терапии по снижению веса.

РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Цомаева Е.А., Хашукоева А.З., Ибрагимова М.И.,
Леонова Е.И.**

Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ, кафедра акушерства и гинекологии л/ф

В последние годы отмечается рост воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), протекающих атипично, что приводит к запоздлой диагностике, позднему началу проведения этиопатогенетической терапии и, как следствие, нарушениям специфических функций женского организма. Целью нашего исследования явилось улучшение диагностики и дифференциальной диагностики ВЗОМТ с использованием глубинной радиотермометрии (РТМ). Материалы и методы исследования: обследовано 68 женщин в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст — $25,4 \pm 1,4$ лет), 43 из них составили основную группу с ВЗОМТ, которые были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа — 21 пациентка с острым или обострением хронического сальпингоофорита; 2 подгруппа — 22 пациентки с подострым сальпингоофоритом; 25 практически здоровых женщин составили контрольную группу. Помимо общеклинического обследования, выполняли трансабдоминальное и вагинальное измерение средних внутренних температур в проекции придатков матки методом глубинной радиотермометрии (РТМ) аппаратом «РЭС-01», 15 пациенткам выполнена диагностическая лапароскопия. Результаты и их обсуждение: Все пациентки основной группы жаловалась на ноющие или схваткообразные боли в нижних отделах живота различной интенсивности, нарушение менструального цикла — в 15 (34,9%), бесплодие — в 7 (16,3%) наблюдениях. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания матки и/или ее придатков. Эктопии и/или цервициты ранее диагностированы у 18 (41,9%) женщин, воспалительные процессы придатков матки — у 16 (37,2%), эндометриты после аборт или родов — у 5 (11,6%). При влагалищном исследовании у 83,7% женщин основной группы пальпировались утолщенные, умеренно болезненные придатки матки. В 19 (52,8%) наблюдениях боли имели преимущественно локализацию в области правых придатков матки, в 9 (25%) — левых придатков матки и в 8 (22,2%) — двустороннюю локализацию.

В клиническом анализе крови в основной группе определялся лейкоцитоз в 76,7% наблюдениях — до $16,0 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$ в 1 подгруппе и до $11,1 \pm 1,5 \times 10^9/\text{л}$ — во 2 подгруппе; выявлялось ускоренное СОЭ до $30 \pm 5,3$ мм/ч и $20 \pm 3,5$ мм/ч соответственно в 1 и 2 подгруппах. В остальных 23,3% случаях повышения данных показателей не отмечалось. Нами при ВЗОМТ в 74,4% случаях выявлено повышение уровня С-реактивного белка как основного острофазного показателя воспалительного процесса: $10,2 \pm 2,1$ мг/л и $5,1 \pm 2,5$ мг/л соответственно в 1 и 2 подгруппе основной группы по сравнению с контрольной — $0,3 \pm 0,21$ мг/л ($p > 0,05$).

При бактериоскопическом анализе отделяемого из влагалища и цервикального канала отмечалось увеличение количества лейкоцитов до $66,2 \pm 10,1$ и $42,3 \pm 9,4$ в 1 и 2 подгруппах соответственно по сравнению с контрольной группой — $7,4 \pm 4,1$ ($p > 0,05$).

Бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала в основной группе выявило патогенные и условно-патогенные возбудители в различных комбинациях (*Escherichia coli*, *Streptococcus Epidermidis*, *Gardnerella vaginalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalacticae*, *Streptococcus parvulus*, *Staphylococcus aureus*, *Candida alb.*). В контрольной группе во всех случаях роста патогенных возбудителей не отмечалось.

При трансвагинальном УЗИ у всех пациенток основной группы выявлялись эхо-признаки воспаления придатков матки: расширение ампулы маточной трубы, появление в просвете маточной трубы жидкостной структуры, утолщенные инфильтрированные придатки матки, наличие «свободной» жидкости в малом тазу. В контрольной группе при УЗИ органов малого таза маточные трубы не визуализировались, патологических изменений выявлено не было.

При РТМ области придатков матки в 36 (83,7%) случаях выявлялись температурные изменения: у 17 (80,9%) пациенток 1 подгруппы разница между температурами, измеренными вагинально и трансабдоминально составила в среднем $0,7 \pm 0,21^\circ\text{C}$, что характеризовало острый воспалительный процесс, по сравнению с 19 (86,4%) больными 2 подгруппы, где температурная разница составила $1,6 \pm 0,3^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$), определяя подострое течение заболевания. В 7 (16,3%) случаях в основной группе температурных изменений выявлено не было. В контрольной группе данный показатель составил $2,2 \pm 0,3^\circ\text{C}$ ($p > 0,05$), свидетельствующий об отсутствии воспалительного процесса в области придатков матки. 15 (34,9%) пациенткам из основной группы с диагностической целью была проведена лапароскопия, при которой в 8 (53,3%) наблюдениях отмечалось наличие серозного выпота в позадматочном пространстве, двусторонний сальпингит, что указывало на восходящий путь инфекции. В 7 (16,35%) случаях, при отсутствии температурных изменений по результатам РТМ, было выявлено: в 2 (13,3%) наблюдениях — спаечный процесс, в 2 (13,3%) — варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ), в 1 (6,7%) — субсерозный узел с наруше-

нием питания, в 2 (13,3%) — имелись единичные эндометриоидные гетеротопии.

Заключение. Таким образом, использование глубинной радиотермометрии в комплексной диагностике ВЗОМТ позволяет повысить информативность и диагностическую ценность рутинных методов диагностики и снизить процент диагностических ошибок у пациенток с патологией органов малого таза.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВОГО ПРОЦЕССА ШЕЙКИ МАТКИ

Цыганкова О.Ю., Фардзинова Е.М.,
Безбородова М.М., Колотыгин С.К.,
Федощенко О.В.

Россия, г. Омск, БУЗ00 «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области»

Рак шейки матки принадлежит к той сравнительно небольшой группе опухолей человека, в которой вирус папилломы человека (ВПЧ) выступает в качестве этиологического агента заболевания. Однако, папилломавирусная инфекция (ПВИ) широко распространена и среди здоровых женщин, поэтому одного инфицирования ВПЧ недостаточно для индукции опухолевого роста. В связи с этим становится очевидной роль ко-факторов в ВПЧ-зависимом канцерогенезе.

Целью исследования явилось изучить частоту встречаемости факторов риска при ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования: 98 ВПЧ-позитивных женщин в возрасте 17- 60 лет разделены на 2 группы: 46 пациенток (I группа) с наличием папилломавирусной инфекции (ПВИ) и гистологически подтвержденной CIN, 52 пациентки (II группа) с клинической и субклинической формой ПВИ. Все пациентки подвергались углубленному клиническому обследованию с изучением анамнеза, социального статуса, семейного положения. Проводилось цитоморфологическое исследование, ВПЧ-тестирование, бактериологическое исследование, ПЦР — диагностика инфекций.

Результаты. Для первой группы возраст большинства пациенток составил 25-34 и старше 45 лет, для второй группы характерен возраст от 17 до 34 лет. Большинство обследованных женщин отмечали раннее начало половой жизни — до 17 лет. 39 (39,8%) женщин состояли в браке, а 60,2% имели фактор брачной нестабильности. Число половых партнеров варьировало от 1 и до 15. Более трех половых партнеров отмечали 56,7% пациенток. 72 пациентки (73,5%) не пользовались барьерными методами контрацепции. Основными причинами обращения женщин к врачу были жалобы на патологические выделения из половых путей (49%).

В анамнезе большинства пациенток встречались сопутствующие гинекологические заболевания, включая хронические рецидивирующие воспалительные процессы влагалища (61%) и шейки матки (28%). 66 (68%) пациенток ранее имели па-

тологию шейки матки. У пациенток с ВПЧ — ассоциированной патологией шейки матки по данным анамнеза инфицирование мочеполовых органов возбудителями ИППП наблюдалось у 59 (60,2%). Особенно этот показатель был выражен во второй группе пациенток 38,8%. В результате проведенного исследования следует отметить, что наиболее часто интраэпителиальные неоплазии шейки матки (первая — основная группа) ассоциированы с ВПЧ 16-го типа (52%), как в виде моноинфекции, так и в сочетании с другими типами ВПЧ. Второе место по частоте встречаемости занимает ВПЧ — 18 типа (46%). Третье и четвертое место занимают ВПЧ 31-го и 33-го типов, составляя 21,4% и 17% соответственно.

У 79,4% пациенток ПВИ протекала на фоне дисбиотических процессов, неспецифических или специфических воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки. На фоне бактериального вагиноза ПВИ протекала в 24,5%, на фоне неспецифического вагинита в 41,8%. Бактериальный вагиноз чаще встречался в первой группе и был выявлен у 14 (30%) пациенток. Неспецифической вагинит преобладал во второй группе и был выявлен у 23 (44%). Монокультуры возбудителей выделены в 54,5% случаев, смешанная флора в 45,5%. Среди возбудителей преобладающим видом была кишечная палочка (22,5%), далее следовали фекальный энтерококк, эпидермальный и сапрофитный стафилококки. Бактериально-кандидозный вульвовагинит отмечался у 4(9%) пациенток первой группы и 6 (12%) пациенток второй группы. В 63,3% случаев наблюдалось сочетание ПВИ с другими ИППП: хламидийной(13,3%), микоплазменной(17,3%), уреаплазменной(19,4%) инфекцией, генитальным герпесом(13,3%). Папилломавирусная инфекция сочеталась с одной урогенитальной инфекцией у 32 пациенток (22,7%), в сочетании с 2-мя и более инфекциями у 14 пациенток (9,9%). Вирус простого герпеса был выявлен у 17 пациенток (12%) без характерной клинической картины герпетической инфекции.

Таким образом, в результате изучения анамнестических данных были ещё раз подтверждены факторы риска в развитии предрака шейки матки у пациенток с ПВИ. Это молодой возраст пациенток, высокая половая активность, отсутствие барьерной контрацепции, перенесенные ИППП и нарушения микробиоциноза влагалища в анамнезе, указание на патологию шейки матки. У пациенток с ВПЧ — ассоциированной патологией шейки матки выявляется дисбиоз влагалища (79,4%), инфекции, передающиеся половым путём (63,3%) и вульвовагинальный кандидоз (11,2%), поэтому в алгоритм обследования таких женщин необходимо включать обследование на микробиоциноз влагалища и инфекции, передающиеся половым путем с последующей терапией с учетом выделенных возбудителей.

РОЛЬ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА В УЛУЧШЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Чагай Н.Б.

Россия, Ставрополь, Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Цель: оценка чувствительности к инсулину при врожденной дисфункции коры надпочечников

Методы: обследовано 46 пациенток с ВДКН, из них 9 — с простой вирильной (в состоянии субкомпенсации), 37 — с неклассической формой болезни. Диагноз верифицирован на основании короткого теста с АКТГ 5 мкг (в сомнительных наблюдениях использован стандартный тест с АКТГ 250 мкг), молекулярно-генетическое исследование гена CYP21. Контрольную группу составили 76 пациенток с проходящими ановуляциями, но без клинических и биохимических признаков гиперандрогении (из них с индексом НОМА >1,8 19,8% (15/76) пациенток)

Результаты: у 71,7% (33/46) больных ВДКН зарегистрирована нормоинсулинемия (8 (6,4; 8,9) mIU/ml), у 28,3% (13/46) пациенток — гиперинсулинемия (ГИ) натошак (21 (18; 25) mIU/ml). Индекс НОМА у пациенток ВДКН-ГИ выше контрольного (4,8 (3,1; 5,2) против 1,7 (1,26; 2,07), $p=0,000110$); у больных ВДКН-без-ГИ — ниже контрольного (1,2 (0,8; 1,4), $p=0,000689$). Так, у части пациенток ВДКН чувствительность к инсулину не только не снижена, но даже повышена. Различные андрогены обладают модулирующим влиянием на состояние углеводного обмена. Тестостерон (ТСТ) вызывает стимуляцию секреции инсулина. В ответ на хроническую ГИ формируется вторичная инсулинорезистентность (ИР). Выявлена положительная корреляция уровня инсулина с концентрацией биологически активного тестостерона ($r=0,421144$, $p=0,016377$) и 17-ОНР ($r=0,619109$, $p=0,000158$). Высокая степень корреляции 17-ОНР и биоТСТ с индексом НОМА подтверждает, что тем выше уровень андрогенов, тем выше степень ИР ($r=0,663305$, $p=0,000048$ для 17-ОНР; $r=0,493899$, $p=0,004746$ — для ТСТ). Фактором, обеспечивающим сохранность чувствительности к инсулину и сдерживающим развитие ИР, является ДГА-С. Содержание ДГА-С не является строго подчиненным уровню 17-ОНР ($r=0,193721$; $p=0,197058$), это объясняется способностью ДГА-С к определенной независимости от АКТГ. Доказаны возможности ДГА-С влиять на скорость поглощения глюкозы, активизацию инсулинового рецептора, функцию бета-клетки поджелудочной железы. У больных ВДКН-ГИ уровень ДГА-С ниже (221 (193; 367) мг/дл), чем при ВДКН-без-ГИ (420 (245; 520) мг/дл), хотя отличие не является значимым ($p=0,094850$). Обратная корреляция между показателями ДГА-С и уровнем базального инсулина ($r=-0,416781$; $p=0,017645$), НОМА ($r=-0,42358$; $p=0,0157$) статистически значима. Множественный регрессионный анализ по-

зволил установить, что как уровень биоТСТ, так и ДГА-С равноценно значимы, но эффекты их противоположны в регуляции секреции инсулина ($\beta=0,305965$; $p=0,001322$; $\beta=-0,436419$; $p=0,000008$, соответственно). Однако главным предиктором в изменении чувствительности к инсулину является именно ДГА-С ($\beta=0,325307$; $p=0,001467$). Функция бета-клетки поджелудочной железы, периферическая чувствительность тканей к инсулину находятся в многофакторной зависимости от различных андрогенов при ВДКН. Возможно, ослабление защитных возможностей ДГА-С является одним из компонентов формирования ИР у 32,6% (15/46) пациенток ВДКН (НОМА $>1,8$).

Выводы: больные ВДКН составляют группу риска и подлежат обследованию на предмет ИР. Диабетогенным эффектам 17-ОНР и ТСТ противопоставлены свойства ДГА-С, способного улучшать чувствительность к инсулину.

ФУНКЦИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ АНОВУЛЯЦИИ

Чагай Н.Б.

Россия, Ставрополь, Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Цель: оценка зависимости лептинемии и адипонектинемии от уровня стероидов при гиперандрогенных формах ановуляции.

Методы: обследовано 24 пациентки с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), 9 — с неклассической формой врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН). Контрольную группу составили 26 пациенток с переходящими ановуляциями, без клинических и биохимических признаков гиперандрогении (ГА).

Результаты: в контрольной группе у пациенток с ИМТ <27 и ИМТ ≥ 27 кг/кв.м. выявлено значимое различие показателей лептина (7,95 (5,4; 12,05) нг/мл против 21,3 (18,6; 24,9) нг/мл; $p=0,008776$) и адипонектина (7,35 (6,6; 8,4) мкг/мл против 4,1 (3,9; 4,8) мкг/мл, $p=0,000572$). Лептинемия коррелирует положительно с возрастом ($r=0,850315$; $p=0,007471$), ИМТ ($r=0,844100$; $p=0,001085$), инсулином ($r=0,594505$; $p=0,045824$), эстрадиолом ($r=0,524301$; $p=0,037083$). Лептин стимулирует синтез эстрогенов непосредственно через активацию ароматазы в клетках гранулезы и положительно коррелирует с эстрадиолом только у здоровых женщин репродуктивного возраста. Вероятно данная способность лептина у пациенток группы контроля, имеющих дефицит эстрадиола вследствие недоразвития доминантного фолликула, довольно активна. У пациенток с СПКЯ выявлена хроническая гиперлептинемия, но при ИМТ <27 кг/кв.м менее выраженная (19,6 (14,1; 29,6) нг/мл и 29,6 (27,4; 36,4) нг/мл, $p=0,001702$); гипoadипонектинемия (4,3 (3,5; 7,9) мкг/мл и (3,5 (3,1; 4,1) мкг/мл, $p=0,018624$). Прямая линейная зависимость подтверждена меж-

ду лептином и инсулином ($r=0,745918$; $p=0,000029$), НОМА ($r=0,668987$; $p=0,000351$), ТСТ ($r=0,809040$; $p=0,000005$), ИМТ ($r=0,400482$; $p=0,052469$). Обратная корреляция имеет место с адипонектином ($r=-0,473971$; $p=0,019295$), ГСПГ ($r=-0,646726$; $p=0,000638$). При СПКЯ лептин положительно коррелирует с уровнем андрогенов (ТСТ и андростендиона), причем у больных без ожирения лептин усиливает ЛГ-зависимую продукцию андрогенов. Возможно, характер влияния лептина на гиперандрогению при СПКЯ определяется генетической предрасположенностью к лептиновой резистентности. В группе ВДКН уровень лептина (12,9 (7,3; 19,8) нг/мл) не отличался от контрольного (Н-тест $p=1,000$), но был существенно ниже, чем при СПКЯ ($p=0,009786$). Медиана адипонектина (7,4 (5,6; 9,9) мкг/мл) сопоставима с контрольной (Н-тест $p=0,711414$), однако существенно выше данного показателя в группе СПКЯ ($p=0,001264$). Прямая линейная зависимость определена между лептином и возрастом больных ($r=0,722715$; $p=0,027830$), ТСТ ($r=0,356205$, $p=0,035770$). Отрицательная зависимость — между лептином и адипонектином ($r=-0,761513$; $p=0,017117$), ДГА-С ($r=-0,750000$; $p=0,019942$). Повышение лептина при ВДКН следует расценивать как естественную реакцию на изменение чувствительности к инсулину. Ориентируясь на существенную внутригрупповую вариабельность чувствительности к инсулину в зависимости от андрогенного состава крови, незначимое повышение лептина, можно предполагать отсутствие резистентности к лептину и активное его соучастие в ДГА-С-зависимых процессах расхода энергии.

Выводы: у пациенток с синдромом ГА лептин и стероиды взаимно влияют на синтез и секрецию друг друга. Определение лептина и адипонектина рекомендовано для дополнительной оценки метаболического статуса у больных с синдромом ГА.

ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Чимитдоржиева Т.Н.

Россия, Улан-Удэ, Бурятский Государственного университет, кафедра акушерства и гинекологии

Одной из актуальных проблем практической гинекологии является тщательный отбор пациенток с повышенным риском возникновения рака шейки матки и контроль за их состоянием.

Значительная распространённость заболеваний шейки матки — одна из наиболее актуальных проблем в современной гинекологии. Как правило, патология шейки матки сопровождается урогенитальной и (или) вирусной инфекцией. Инфекционное и вирусное поражение усугубляет течение и осложняет лечение заболеваний шейки матки. В патогенезе РШМ основную роль играют экзогенные факторы. Среди них главными считают вирусы папилломы человека (ВПЧ) 16, 18, 31, 33, 45 генотипов.

Целью настоящего исследования явилось выявление факторов риска развития рака шейки матки,

изучение роли уrogenитальной инфекции (УГИ) в развитии фоновых и предраковых заболеваний.

Материалы и методы: было обследовано 84 женщин с заболеваниями, передающимися половым путем и патологией шейки матки, проанализирована заболеваемость раком шейки матки в Республике Бурятия за 2004 — 2008 годы. Учитывались данные гинекологического осмотра, цитологического исследования, бактериоскопии, простой и расширенной кольпоскопии, обследование на ЗППП методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), статистические данные Бурятского Республиканского Клинического онкодиспансера.

Результаты и их обсуждения: у всех обследуемых женщин с патологией шейки матки выявилась условно-патогенная и (или) патогенная микрофлора бактериальной, вирусной, грибковой или смешанной этиологии, а также имелась сопутствующая генитальная патология.

Обследованные пациентки были распределены в следующие возрастные группы: 15 — 30 лет — 44%, 31 — 40 лет — 35%, 41 — 50 лет — 16%, 51 — 60 лет — 5%. При анализе анамнестических данных особое внимание уделялось раннему началу половой жизни и количеству беременностей и родов, как факторов риска заболеваний шейки матки. Было установлено, что 35 % женщин начали половую жизнь в возрасте 15 — 18 лет, после 18 лет — 65%. У 39% женщин было двое и более родов и у 7% женщин — было 2 и более медицинских абортов, сапроизвольные выкидыши были у 14% пациенток.

При обследовании методом ПЦР уrogenитальная инфекция представлена следующими возбудителями: уреаплазмы — 34%, микоплазмы — 33%, хламидии — 19%, трихомонады — 12%. Также учитывалось наличие микст-инфекции, чаще других наблюдалось сочетание вируса папилломы человека с гарднерелами и уреа-микоплазменными ассоциациями.

Носителями ВПЧ инфекции оказалось по нашим данным 55% обследованных пациенток.

ВПЧ — 16 типа в нашем исследовании наблюдались у 18 (21%), ВПЧ 18 типа у 5 (6%). Носителями 31 типа оказалось 16 (19%).

По данным кольпоскопии чаще всего встречается эктопия шейки матки в сочетании с цервицитом в 52%, на втором месте — лейкоплакия (26%), рубцовая деформация шейки матки — 6% и эктропион — 7%, атрофические изменения слизистой эктоцервикса в 6%. У большинства обследуемых женщин репродуктивного возраста диагностирована атипичная зона трансформации составили 3%. У женщин с лейкоплакией шейки матки чаще других выявлялся вирус папилломы человека.

По терминологической системе Бетесда все мазки для цитологического исследования были признаны как «удовлетворительные». Результаты цитологических исследований: «Негативные в отношении интраэпителиального поражения или злокачественности» — 93%, ASC-US — 3%, HSIL-2%, LSIL- 2%

У всех обследуемых женщин также учитывалась сопутствующая гинекологическая патология: коль-

пит, цервицит — 51%, миома матки — 11%, квоспалительные заболевания малого таза — 23%, бесплодие — 1%, нарушение менструального цикла — 1%.

По данным Бурятского Республиканского клинического онкологического диспансера количество больных с впервые установленным диагнозом рака шейки матки в республике в 200 году составило 120 человек.

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса. По РБ выявление рака шейки матки на ранних (I-II) стадиях остается несколько ниже, чем по России. В 2009г. диагностика рака шейки матки на ранних стадиях составила лишь 43,3%.

Таким образом, учитывая достаточно высокие показатели заболеваемости раком шейки матки в Бурятии необходимо активно диагностировать предраковые состояния шейки матки с помощью общепринятых методов исследований — кольпоскопического, цитологического и гистологического. На современном этапе все хирургические методы лечения должны сочетаться с патогенетической терапией. Это обстоятельство обусловлено тем, что частота рецидивов дисплазий эпителия шейки матки после деструктивных методов лечения достаточно высока. Причина этого явления состоит в том, что остается в наличии ведущий фактор — вирусная инфекция. Все пациентки с патологиями шейки матки, в частности с диспластическими изменениями эпителия шейки матки должны быть подвергнуты обследованию на ВПЧ. Дальнейшее наблюдение будет продолжено, учитывая, что 55% женщин нашего оказались носителями ВПЧ. Персистирующая ли данная вирусная инфекция будет известно через год, т.к. вирус может самостоятельно элиминировать из организма.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Чулкова А.М., Крутова В.А., Милорава З.М., Цветков В.В., Фоменко И.А.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КГМУ
Росздрава
г. Краснодар, Россия.

Частые ошибки в проведении антибиотикотерапии (АБТ) ВЗОМТ приводят к сохранению возбудителей в очаге воспаления, рецидивирующему и осложненному течению заболевания, трубно-перитонеальному бесплодию, радикальным операциям (Макаров О.В. и др., 2002; Платонова Е.С., 2002). В литературе широко освещаются вопросы этиологического лечения острых ВЗОМТ. АБТ изначально носит эмпирический характер и направленность против наиболее «опасных» в плане возникновения последствий ИППП. При хронических ВЗОМТ, не

имеющих выраженной клинической симптоматики, как правило, руководствуются результатами анализов по обнаружению ИППП и условно-патогенных возбудителей в нижних отделах половых путей и АБТ завершается после получения отрицательных контрольных тестов на выявленные урогенитальные инфекции (УГИ).

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности назначения эмпирической АБТ в качестве первого этапа лечения пациенток с хроническими ВЗОМТ.

Для достижения указанной цели проводился отбор пациенток с хроническими ВЗОМТ, поступающими на лечение в стационар дневного пребывания клиники. Антимикробные препараты подбирались эмпирически, проспективно оценивалась эффективность проведенного лечения по динамике клинико-лабораторных показателей, возможности проведения данным пациенткам дальнейшего лечения. В исследование вошли 47 женщин в возрасте от 19 до 37 лет (в среднем $24 \pm 1,2$ лет) с длительностью воспалительного процесса от 1 до 12 лет (в среднем $5 \pm 1,3$ лет). Из анамнеза: острое начало воспалительного процесса или обострение хронического воспаления после инвазивных вмешательств отмечали 9 женщин (19 %), в таких случаях антимикробная терапия всегда назначалась эмпирически, 43 пациентки (91 %) обращались за амбулаторной помощью с жалобами, получали лечение выявленных урогенитальных инфекций совместно с половым партнером — 33 (70 %), местное лечение вагинитов — 43 (91 %) женщины, лечение в кабинете патологии шейки матки (КПШМ) в связи с проявлениями папилломавирусной инфекции — 27 (57 %). На момент поступления в стационар жалобы на боли тянущего или ноющего характера разной интенсивности предъявляли 25 (53 %) женщин, вагинальные выделения беспокоили 45 (96 %) из них, преходящие нарушения менструального цикла в виде тахи-, гиперполименореи отмечены в 12 наблюдениях

(26 %), первичное или вторичное бесплодие — у 7 женщин (15 %), диспареуния — у 2 (4 %), дизурические явления — у 9 (19 %). Явления вагинита, болезненность при пальпации матки и/или её придатков — у всех, аномалии положения и нарушение подвижности матки — у 23 (49 %), образования в области придатком матки у 17 (36 %), «тяжистость» в области придатков — у 41 женщины (87 %). ИППП выявлены у 25 женщин (53 %). По результатам УЗИ органов малого таза признаки ВЗОМТ определялись у 43 женщин (91 %), полип эндометрия у 11 (23 %), кисты яичников у 19 больных (23 %), по структуре эндометриоидные у 4 (9 %), дермоидные у 3 (6 %), одностороннее расширение маточных труб от 10 до 17 мм с однородным эконегативным содержанием — у 15 пациенток (32 %). Кольпоскопически у 27 обследуемых (57 %) определялись кератоз или плоская кондилома шейки матки, у 23 (49 %) — остроконечные кондиломы влагалища и/или вульвы, эктопия шейки матки имела место в 37 наблюдениях (79 %). Всем женщинам АБТ была назначе-

на эмпирически на 14-15 дней. Для профилактики грибковых осложнений до или с первых дней, а также к концу или после окончания АБТ применяли эконазол по 150 мг интравагинально по 3 свечи. Курс лечения завершался системным и местным приемом пробиотиков. По окончании лечения из исходных жалоб только в 5 случаях (11 %) сохранялись нарушения менструального цикла в виде гиперполименореи, при специальном исследовании пальпируемые образования в области придатков матки сохранялись у 8 женщин (17 %). Отсутствие вагинита подтверждено бактериоскопически у всех пациенток. Бактериологическое обследование на ИППП 3 женщин (6 %) выявило присутствие уреоплазм в низком титре, остальные УГИ повторно не определялись. Динамика эхографических данных была следующей: полип эндометрия сохранялся после очередной менструации у 5 женщин (11 %) с нарушением цикла, кистозные образования яичника имели место в 8 наблюдениях (17 %), гидросалипинкс — у семерых (15 %). Показанные плановые оперативные вмешательства проведены всем пациенткам, осложнений не было. Лечение в КПШМ было успешно завершено во всех наблюдениях. Вторым этапом планируется проведение дифференцированной физиотерапии.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность эмпирической АБТ в качестве первого этапа лечения пациенток с хроническими ВЗОМТ, предупреждает возникновение обострений и осложнений воспалительного процесса при инвазивных вмешательствах у данного контингента больных, своевременное проведение эмпирической АБТ не только способствует возможности устранения осложнений ВЗОМТ, но и предупреждает их возникновение, а в некоторых случаях является альтернативой оперативному лечению.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Чунихина Н.А., Салов И.А., Рогожина И.Е.,
Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является одним из альтернативных способов лечения при миоме матки. Суть ЭМА заключается во введении окклюзирующего материала в маточные артерии и прекращении кровотока по сосудам, кровоснабжающим миому. При этом сосуды, снабжающие здоровую часть миометрия, не страдают. Это возможно благодаря особенностям кровотока в миоме. Сосудистая сеть миоматозных узлов обычно представлена периферической гиперваскуляризацией или отдельными центрально расположенными сосудами. Многочисленные исследования показали, что ЭМА обладает высокой эффективностью в устранении патологического процесса в матке.

В работах, посвященных исследованию эффективности метода ЭМА, акцент делается на ангио-

графические критерии. Использование цветового доплеровского картирования при обследовании пациенток с выявленными миомами матки до и после операции ЭМА позволяет выявить определенную зависимость изменения кровотока по маточным артериям и ее ветвям. Анализ этих изменений в динамике позволил выявить некоторые критерии оценки эффективности этих операций в зависимости от кровообращения в узлах.

Всем пациенткам исследования проводились перед операцией ЭМА, в первые сутки после операции, и далее в интервале через 7, 14, 30, 60, 90 дней после ЭМА. Перед операцией проводилось цветное доплеровское картирование основных стволов маточных артерий с обеих сторон с измерением их диаметра, изучался характер хода артерий и исследовались основные скоростные характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления. В ходе исследования было выявлено, что диаметр маточных артерий увеличивался пропорционально размерам и количеству миоматозных узлов. Сосудистая сеть миоматозных узлов исследовалась методом энергетической доплерографии, что на наш взгляд более информативно, так как сосуды миоматозных узлов имели, как правило, извитой ход и недостаточно визуализировались при цветном картировании. Сосудистая сеть миоматозных узлов была развита умеренно и неравномерно, и чаще всего была представлена периферической гиперваскуляризацией. Визуализация этих сосудов облегчала выявление миоматозных узлов, определения их объема и расположения относительно слоев миометрия матки (субмукозные, интерстициальные, субсерозные, узлы на ножке). В зависимости от количества представленных сосудов, все миоматозные узлы, независимо от локализации, по характеру кровотока были разделены на гипер- и гиповаскуляризованные. Разветвленная сосудистая сеть была, как правило, представлена в узлах с выраженной пролиферативной активностью и не зависела от их локализации относительно слоев миометрия матки. В узлах с преобладанием фиброзного компонента, сосудистая сеть была представлена отдельными, центрально расположенными сосудами.

Непосредственно после вмешательства проводится визуализация маточных артерий и сосудов узлов методом цветной и энергетической доплерографии. При адекватной эмболизации кровотока по маточным артериям не лоцировался. По сосудам узла кровотока прекращается или прослеживаются единичные коллатеральные сосуды. Размеры миоматозного узла в первые сутки после вмешательства могут не меняться или даже незначительно увеличиться за счет постишемического отека. Положительным результатом ЭМА является полное прекращение кровотока в узле, что сопровождается быстрым обратным развитием миомы и фиброзом узла. При динамическом контроле в отдаленном постэмболизационном периоде, проводится исследование пациенток по вышеописанной схеме с ультразвуковым контролем развития фиброзных изменений в узле и обратного развития миомы.

Небольшие миоматозные узлы полностью исчезают к 6-12 месяцам после ЭМА. Узлы больших размеров значительно уменьшаются в объеме с полным их замещением соединительной тканью. Наличие кровотока по маточным артериям и в узлах, зарегистрированное при ультразвуковом исследовании, расценивается нами как неудовлетворительный результат эмболизации и может потребовать возврата к хирургическому лечению.

Полученные данные позволили сделать вывод, что ультразвуковое ангиосканирование является достаточно информативным методом оценки эффективности ЭМА и раннего выявления рецидива заболевания после вмешательства.

МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ ГЕН FMR1 КАК ПРЕДИКТОР РАННЕГО СТАРЕНИЯ ЯИЧНИКОВ?

**Шамилова Н.Н., Марченко Л.А.,
Габибуллаева З.Г.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В настоящее время в литературе описано большое число исследований, в которых обсуждается роль различных генетических причин преждевременного старения яичников, при этом значительное внимание уделяется гену FMR1, локализованному на длинном плече X хромосомы, в локусе Xg27.3. Исторически исследование тринуклеотидных CGG повторов в гене FMR1 в акушерско-гинекологической практике применялось для пренатального скрининга в попытках предотвратить и/или диагностировать неврологические и психические нарушения у плода с премутацией (55-200 повторов) или полной мутацией этого гена (>200 повторов). Фу с соавт. в 1991г. предложили считать число CGG повторов в гене FMR1, равное 29-30, «условной нормой», в связи с тем, что для каждой третьей фертильной женщины характерен именно этот числовой диапазон и он свидетельствует об изначально заложенном нормальном количестве примордиальных фолликулов. Причем 30 CGG повторов соответствует точке переключения между положительной и отрицательной трансляцией продукта гена FMR1, так называемого белка слабоумия (fragile X mental retardation protein, FMRP). Welt с соавт. в 2004г. при анализе гормонального профиля у пациенток с выявленной премутацией гена FMR1 показали статистически значимое повышение уровня ФСГ в течение всего менструального цикла, снижение уровней ингибина В в пролиферативную фазу, прогестерона и ингибина А в лютеиновую фазу, а также укорочение первой фазы у этих пациенток в отличие от контрольной группы. На основании этих данных он предложил выделить 3 варианта преждевременного старения яичников: скрытую форму, характеризующуюся нормальными уровнями гонадотропинов, регуляр-

ным ритмом менструации и сниженной фертильностью; биохимическую форму с периодическим повышением уровней гонадотропинов, регулярным ритмом менструации и сниженной фертильностью; классическую форму или преждевременную недостаточность яичников (ПНЯ), при которой уровни гонадотропинов стойко повышены на фоне олиго или аменореи и бесплодия. Частота скрытого старения яичников составляет по данным разных авторов 10% от общей популяции женщин репродуктивного возраста, при этом на долю ПНЯ приходится лишь 1%. Премутация гена FMR1 по данным литературы была выявлена у 7,5% пациенток со спорадической формой преждевременной недостаточности яичников и у 13% с семейной формой этой патологии. Число CGG повторов в диапазоне менее 55 в более ранних работах рассматривались как клинически нормальное, однако в более поздних исследованиях показано, что практически все значения, смещенные от числа повторов 29-30, статистически ассоциированы с повышенным риском снижения овариального резерва вплоть до развития классической формы старения яичников или ПНЯ. Однако исследования, проведенные до 2010 г. основаны на анализе одного аллеля гена FMR1 и, следовательно, эти данные не могут быть экстраполированы на гетерозиготных носителей (с одним аллелем в аномальном диапазоне) или гомозиготных (оба аллеля в аномальном диапазоне).

Цель исследования: выявить представленность разного числа CGG повторов у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников и их связь с уровнем АМГ, а также с зиготностью гена FMR1.

Материалы и методы: Обследовано 101 пациентка с ПНЯ. Средний возраст составил $32,65 \pm 6,13$ года, средняя продолжительность заболевания $7,2 \pm 0,5$ года. Уровни гормонов (ФСГ, ЛГ, Е2, АМГ) определяли методом ИФА. Для определения числа CGG повторов в гене FMR1 использовали метод метил-специфической ПЦР.

Результаты исследования и выводы: Все пациентки были распределены на три группы в зависимости от числа CGG повторов в аллелях гена FMR1. Группа А представлена пациентками с числом CGG повторов <26 в аллеле I (34%, $n=34$). в группу В вошли пациентки с числом повторов в аллеле I ≥ 26 и в аллеле II ≤ 34 (45%, $n=46$) — нормальный диапазон повторов, группа С представлена женщинами с числом повторов в аллеле II >34 (11%, $n=21$). Средний уровень ФСГ составил $105,7 \pm 35,6$ МЕ/мл во всех трех группах, однако в группе С отмечается статистически достоверное его повышение ($122,31 \pm 37,86$ МЕ/мл) в сравнении с группой А ($105,88 \pm 34,34$ МЕ/мл) и В ($101,08 \pm 30,99$ МЕ/мл), $p < 0,05$. Средний уровень ЛГ составил $64,3 \pm 41,3$ МЕ/мл, однако в группе В отмечено снижение показателя ЛГ ($63,96 \pm 37,42$ МЕ/мл) в сравнении с группой А ($71,68 \pm 55,99$ МЕ/мл) и С ($73,55 \pm 40,14$ МЕ/мл), $p < 0,05$. Межгрупповые различия в уровнях гонадотропинов клинического значения не имеют. Уровень эстрадиола по группам в среднем составил $75,9 \pm 54,2$ пг/мл, концентрация АМГ не превыша-

ла $0,2 \pm 0,7$ пг/мл в группах А и С, что подтверждает крайне низкий овариальный резерв у этой категории больных, однако в группе В отмечено статистически значимое повышение уровня АМГ ($0,49 \pm 1,13$ пг/мл) в сравнении с группой А ($0,1 \pm 0,14$ пг/мл) и С ($0,09 \pm 0,15$ пг/мл), $p < 0,05$. Вторым этапом исследования явилось выяснения связи между зиготностью в гене FMR1, возрастом и уровнем АМГ. Пациентки были распределены на 3 группы с учетом числа повторов в обоих аллелях гена FMR1. Норма была представлена пациентками у которых в обоих аллелях было 26-34 CGG повторов, у пациенток с гетерозиготным носительством аномального числа повторов — один аллель был вне зоны нормального диапазона, а у гомозиготных — оба аллеля вне нормальной зоны CGG повторов. В процессе проведенной работы было показано, что группа больных с гетерозиготным носительством аномальных длин повторов гена FMR1 составила 40%, в то время как с гомозиготным носительством 40-15%. В группе с нормальным числом повторов не было выявлено какой-либо зависимости между уровнем АМГ и возрастом пациенток. В группах с гомозиготным и гетерозиготным носительством аномальных длин CGG повторов выявлена умеренная обратно пропорциональная зависимость между уровнем АМГ и возрастом.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у больных с ПНЯ практически с одинаковой частотой встречаются как нормальные, так и аномальные длины CGG повторов в гене FMR1 (45% против 55%). Вместе с тем, для больных с резко сниженным овариальным резервом более характерно укорочение длин CGG повторов, нежели их удлинение (34% против 11%), что несколько отличается от привычной точки зрения, представленной в литературе. Ранее большинство авторов указывали на диагностическую значимость удлинения CGG повторов в пределах серой (41-50) и премутационной зоны (51-200).

У больных с нормальным числом CGG повторов в гене FMR1, несмотря на развитие вторичной гипергонадотропной аменореи, все еще остается минимальный запас фолликулов, что подтверждается уровнем АМГ ($0,49 \pm 1,13$ пг/мл) и эта группа наиболее перспективна в плане использования современных методов ВРТ. Таким образом, длина CGG повторов гена FMR1 безусловно может быть одним из ранних, объективных предикторов, указывающих на риск развития ПНЯ и служить новым тестом для прогнозирования функциональной активности яичников.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА ЖЕНЩИН СО СКРЫТОЙ ФОРМОЙ ПРОЛАКТИНЕМИИ

Шамсадинская Н.М. (мл)

Азербайджан, г. Баку, Азербайджанский Медицинский
Университет

Кафедра акушерства-гинекологии II

Несмотря на внедрение новых методов диагностики и лечения гормональных нарушений специалисты ежедневно сталкиваются с длительным бес-

плодием, основой для которого является скрытая пролактинемия. Известно, что гиперпролактинемия может являться следствием гипоталамического синдрома, органических и функциональных изменений гипофиза и щитовидной железы. Однако очень часто нам приходится наблюдать незначительное увеличение уровня пролактина, так называемую скрытую пролактинемия. Среди этиологических факторов репродуктивных нарушений немалый процент занимают пациентки с незначительными изменениями в щитовидной железе. Социальная значимость данной проблемы не вызывает сомнения. Многие регионы Азербайджанской республики относятся к эндемическим зонам с дефицитом йода. Заболевания щитовидной железы могут проявляться в виде гипотиреоза (гипофункции), причем очень часто нам приходится сталкиваться с бессимптомным течением заболевания. Щитовидная железа является эндокринным органом, воздействующим на весь организм в целом. Уже установлено, что тиреолиберин является мощным стимулятором секреции пролактина (Прл).

Целью данного исследования явилось определение факторов риска бесплодия у пациенток со скрытой пролактинемией на фоне латентного гипотиреоза. Всего обследованно 36 пациенток с первичным бесплодием. Средний возраст составил $26 \pm 1,6$ лет. Длительность бесплодия составила в среднем 5 лет (3-5). Все пациентки до обращения в нашу клинику получали различные гормональные препараты с целью индукции овуляции, однако результаты были неэффективны. Нами проведено ультразвуковое исследование с доплерометрией основных сосудов матки и яичников. Были использованы тесты функциональной диагностики. Из анамнеза отмечено позднее начало менархе лишь у 34% обследованных и наличие признаков гипоменструального типа нарушения менструального цикла (МЦ) у 56% пациенток. В комплекс обследования включено исследование основных гормонов (ФСГ, ЛГ, Прл, Т, Э, Т3, Т4, свободный Т3 свободный Т4, ТТГ) на 3-7 сутки и повторное исследование уровня пролактина на 12-16 и 21-23 дни менструального цикла. Также проводилась ультразвуковая фолликулометрия, измерение толщины эндометрия. У 40% пациенток были ультразвуковые признаки синдрома поликистозных яичников, однако на фоне целенаправленной этиологической терапии в скором времени эти признаки сводились на нет. Для исключения органических изменений в гипофизе всем пациенткам проведена ядерно-магнитная томография. В результате исследования у 25% больных были выявлены фиброматозные узлы различной локализации и у 45% признаки фиброно-кистозной мастопатии. Из общего количества пациенток ультразвуковые признаки гипотиреоза выявлены у 65% пациенток, причем изменения были незначительны и проявлялись небольшим увеличением какой-либо доли щитовидной железы.

В ходе исследования у 65% пациенток выявлен высокий уровень пролактина в середине МЦ и составил в среднем 25нг/мл, у остального кон-

тингента превышение Прл установлено к 21-23 дню МЦ, что составило 26,5нг/мл соответственно. Концентрацию пролактина в крови мы проверяли в течение 3 циклов, так как не всегда удается зафиксировать его превышенные значения. Уровень тиреотропных гормонов также колебался в пределах верхней границы нормы, однако особенностью явилось стойкое увеличение ТТГ. У 100% обследованных женщин уровень ТТГ превышал нормативный показатель и составил в среднем 6,5нг/мл соответственно. Клинически галакторея не проявлялась у данного контингента больных, лишь у 18% наблюдалось незначительное выделение молозива из соска. У большинства женщин присутствовала жалоба на регулярную головную боль. В ходе обследования были выявлены сексуальные нарушения (снижение либидо, диспареуния), что является характерным для пациенток с лактореей. Очень важным явилось то, что 60% обследованных в условиях длительного бесплодия с целью лечения длительно принимали агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, что усугубило состояние репродуктивной функции, вследствие стимулирующего действия на Прл данной группы препаратов. Беременность наступила у 70% пациенток на фоне целенаправленной терапии достинексом, дозировка которого подбиралась индивидуально, а длительность приема определялась данными лабораторных показателей. Коррекция патологии щитовидной железы проводилась специалистами-эндокринологами, преимущественно препаратами л-тироксина. Очевидно влияние скрытой пролактинемии и латентного гипотиреоза на репродуктивную функцию женщин, что по нашему мнению является фактором риска у женщин с репродуктивными проблемами и наш практический опыт показывает необходимость определения концентрации пролактина и ТТГ в крови данного контингента женщин. Таким образом, сопоставление результатов гормонального тестирования позволяет определить направление диагностического поиска и провести этиопатогенетическую терапию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Шаповалова Ж.П., Хорольский В.А.

Россия, г. Краснодар, Медицинский многопрофильный центр ООО «Три-3-ПолиКлиник», кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Кубанского государственного медицинского университета

Проблема лечения заболеваний, обусловленных и ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), в последние годы привлекает внимание исследователей различных специальностей во многих странах ввиду его высокой контагиозности, широкого распространения и отмеченной тенденцией к росту, а также доказанной онкогенности в виде развития рака шейки матки. Целью настоящего

исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения эктопии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией методами лазерной коагуляции и применением активированной глицирризиновой кислоты (Эпиген интим спрей). Обследованы и пролечены 145 пациенток в возрасте 21-40 лет, которые были распределены на 2 группы: основную и группу сравнения, из них основная группа 95 пациенток, в комплексном лечении получавшие Эпиген интим спрей. Группу сравнения составили 50 больных этой же патологией, лечение которым проводилось только с использованием лазерной коагуляции. Обследование включало в себя бактериоскопическое исследование мазков, цитологическое исследование (Pap test), ПЦР-диагностику урогенитальных инфекций, вируса простого герпеса и ВПЧ-тест, гистологическое исследование, кольпоскопию. При анализе цитологического исследования в группах больных выявлено: среди неизменного многослойного плоского эпителия, обнаружены клетки плоского эпителия с выраженными признаками папилломавирусной инфекции (коilocитарная атипия, двухъядерные клетки), группы клеток цилиндрического эпителия без признаков атипии, Нео — клетки не обнаружены. ВПЧ-тестирование позволило обнаружить вирус папилломы у 95 (16 тип — у 87, 18 тип — у 8) больных основной группы и у 41 (16 тип — у 38, 18 тип — у 3) — группы сравнения, у которых кольпоскопически выявлена эндофитная форма инфекции. Пациентки обеих групп получали лечение выявленных урогенитальных инфекций перед терапией папилломавирусной инфекции. В основной группе комплексное лечение ВПЧ включало лазеротерапию (лазерным хирургическим аппаратом «Ланцет-2») и применение активированной глицирризиновой кислоты, обладающей комплексным действием, включающим иммуностимулирующее, противовирусное, противовоспалительное, противозудное, регенерирующее. При наличии небольших кондилом вульвы и влагалища произошло значительное уменьшение размеров экзофитных образований и общей площади поражения. В процессе лечения выявлена более интенсивная и быстрая эпителизация шейки матки в основной группе (20 дней), по сравнению со второй группой (35-40 дней). Таким образом, комплексная эктопии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией, включающая лазерное воздействие и применение Эпиген интим спрея, позволяет усилить регенерирующее иммуностимулирующее, противовирусное, противовоспалительное воздействие, сократить сроки эпителизации, и, соответственно, повысить эффективность лечения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Шарапова Л.Е., Андреева Е.Н., Гасанова Т.А.
Россия, Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ имени В.И.
Разумовского Росздрави

Склеротический лишай (СЛ) и плоскоклеточная гиперплазия (ПГ) вульвы относятся к хроническим дистрофическим заболеваниям вульвы (ХДЗВ).

Целью данного исследования явилось определение микробиологических факторов риска и специфического иммунитета у больных хроническими дистрофическими заболеваниями вульвы.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 56 женщин с хроническими дистрофическими заболеваниями вульвы: краурозом и лейкоплакией вульвы в возрасте от 45 до 72 лет. Длительность заболевания у наших пациенток была различна, от 1 до 10 лет.

При первичном обращении все пациентки предъявляли жалобы на зуд и/или жжение, сухость, боли в области наружных половых органов, диспареунию. Всем пациенткам проведено комплексное обследование, включающее изучение анамнеза, общий и гинекологический осмотр, расширенную вульвоскопию, в том числе у больных ХДЗВ выполнена биопсия вульвы для гистологического подтверждения данного заболевания.

Группу контроля (вторую группу) составили 43 женщины, сопоставимые по возрасту, социальному статусу, акушерско-гинекологическому анамнезу. У пациенток отсутствовали жалобы со стороны урогенитального тракта и не выявлена патология гениталий. Материалом для микробиологического исследования послужили соскобы из цервикального канала, уретры, влагалища, утренняя моча. Идентификация возбудителей генитальных инфекций осуществлялась с использованием нескольких диагностических подходов: просмотр мазков по Граму и Романовскому-Гимза; индикация антигенов возбудителей ИППП методом прямой и непрямой ИФ, ИФА; ПЦР, серологическое исследование методом ИФА и ИФ, классические культуральные методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Из полученных данных следует, что только у 4 (9,3%) женщин группы контроля из репродуктивного тракта были изолированы *Trichomonas vaginalis* при культуральном исследовании, при этом они отсутствовали в центрифугате мочи. В тоже время, у больных ХДЗВ частота выявления трихомонад культуральным методом на фоне воспалительного процесса гениталий была значительно выше (60,7%), что в 6,5 раза превышало аналогичные показатели группы контроля. При этом у каждой десятой пациентки с СЛ и ПГ (10,7%) трихомонады были изолированы также при культуральном исследовании центрифугата мочи. При исследовании специфических IgG к *Trichomonas vaginalis* было

выявлено, что титр IgG был в 1,8 раза выше в группе здоровых женщин.

Проведенные исследования установили, что микоплазмы и уреоплазмы в концентрациях больше 10^4 кое/мл достоверно и значительно чаще изолировались из урогенитального тракта у женщин с ХДЗВ (48,1%, 18,6%; 35,7%, 13,9% соответственно). В то же время при уреоплазмозе частота выявления специфических антител была выше IgA в 2,4 раза и IgG практически в 4 раза в группе здоровых женщин (46,5; 12,5% соответственно). При микоплазмозе показатели секреторного IgA и IgG практически не отличались у пациенток обеих групп.

Антигены к HSV I-II у пациенток основной группы выделялись в 6,7 раза чаще по сравнению со здоровыми женщинами (62,5%; 9,3% соответственно). В то же время, показатели гуморального иммунитета, представленного IgG, (92,8%; 95% соответственно) были на одном уровне, а специфических АТ — IgM отмечалось в 1,5 раза больше (7,1 и 4,6%), что подтверждало клинические данные о рецедивировании генитальной герпетической инфекции.

Антигены к CMV у пациенток основной группы выделялись также в 1,5 раза чаще по сравнению со здоровыми женщинами (46,4%; 30,2% соответственно). А показатели гуморального иммунитета, представленного IgG, (89,2%; 83,7% соответственно) и IgM (3,6 и 2,3%) практически были на одном уровне в обеих группах. ВПЧ методом ПЦР в реальном времени выявлен у 35,7% больных ХДЗВ и лишь 10,5% пациенток группы контроля. Урогенитальный кандидоз выявлен у 47 (71%) пациенток в моче и в соскобе у каждой пятой (8,9%) женщины со СЛ и ПГ. В то время как в группе контроля встречался реже, лишь в 30% клинических наблюдений. Частота выявления антигенов *Chlamydia trachomatis* с помощью метода прямой иммуофлюоресценции у женщин с СЛ и ПГ вульвы и группе здоровых женщин составила 32% и 28%.

Заключение

Результаты проведенных нами исследований у больных со СЛ и ПГ вульвы свидетельствуют о наличии в урогенитальном тракте ассоциации анаэробных протозойно-бактериальных вирусных инфекционных агентов, включающих патогенную, условнопатогенную и непатогенную микрофлору, взаимодействующую между собой и вызывающую воспалительный процесс в тканях макроорганизма. Наличие паразитоценоза опосредованно влияет на состояние гуморального IgG и локального иммунитета слизистой влагалища и вульвы, обусловленного выработкой секреторного IgA.

Снижение секреторного IgA является одним из звеньев срыва иммунологических механизмов, активизации персистентных инфекций, что в свою очередь способствует хронизации воспалительных процессов.

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.

Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет,

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Актуальность. В настоящее время хронический сальпингоофорит (ХСО), характерной особенностью которого является высокая частота первично хронических и осложненных форм, является наиболее распространенным диагнозом в гинекологической практике. Учитывая сложный и многогранный патогенез ХСО назначение антибактериальной терапии не приводит к полной клинико-иммунологическо-гематологической ремиссии. Существующие способы коррекции состояний составляющих цепь патогенеза ХСО предусматривает назначение ряда препаратов различных групп, что влечет увеличение лекарственной нагрузки на организм, сенсибилизацию организма. Данное обстоятельство обуславливает поиск альтернативных способов, позволяющих ограничить применение фармакотерапии и достигнуть клинического эффекта при минимальной медикаментозной нагрузке. В связи с этим все большее внимание уделяется включению в комплекс лечебных мероприятий физиотерапевтических методов. Эффективность применения физиотерапии в гинекологии представлена многими исследованиями, основанными на принципах доказательной медицины. Наряду с использованием хорошо известных и широко применяемых в практике методов, актуальным является разработка и изучение клинического эффекта новых физиотерапевтических факторов. Одним из них является воздействие физического фактора повышенной гравитации, лежащий в основе гравитационной терапии. Первоначально разработанный и внедренный в клиническую практику как способ лечения пациентов травматологического, ортопедического и хирургического профилей впоследствии нашел свое применение и в других отраслях медицины, в том числе в гинекологии. Лечебный эффект гравитационной терапии связан с перераспределением циркулирующей в организме крови, с преимущественным ее депонированием в ногах и органах малого таза, посредством чего нормализуются гемодинамические нарушения в малом тазу, улучшается микроциркуляция и реологические свойства крови.

Цель: сравнить клиническую эффективность традиционных физиотерапевтических методов и гравитационной терапии в лечении ХСО.

Материалы и методы: проведено клинико-лабораторное обследование 100 женщин с ХСО, включающее общеклинические методы (общий и биохимический анализ крови), гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование.

Больные были разделены на две группы: 1 группу составили 30 женщин, которым, наряду с антибактериальной терапией, проводилась гравитацион-

ная терапия; 2-ю группу составили 70 пациенток, у которых антибактериальное лечение сочеталось с традиционными физиотерапевтическими методами (магнитотерапия, электрофорез с цинком, ультразвук).

Для моделирования гипергравитации была использована, специальная установка, представляющая собой центрифугу короткого радиуса действия. Курс гравитационной терапии составил 10 сеансов, частота вращений — 36 оборотов в минуту. Продолжительность сеанса 10 минут.

Результаты. В ходе исследования было отмечено, что наиболее значимым эффектом гравитационной терапии было уменьшение болевого синдрома, полное купирование которого в 1-й группе наблюдалось в 3 раза быстрее и происходило в среднем на $2,9 \pm 0,2$ день, тогда как во 2-й группе — на $7,8 \pm 0,3$ день лечения. Положительная динамика отмечена и в отношении других проявлений ХСО, в частности сокращение сроков исчезновения патологических выделений в 1-й группе наблюдалось в 1,5 раза. Нормализация температуры тела наблюдалась в 1-й группе в среднем на $3,1 \pm 0,4$ -е сутки, в то время как во 2-й группе — на $4,8 \pm 0,6$ -е сутки. На фоне использования гравитационной терапии отмечалось сокращение сроков лечения: средняя продолжительность антибактериальной терапии в 1-й группе составила $6,3 \pm 0,2$ дня, в то время как во 2-й группе — $7,1 \pm 0,2$ дня. При анализе ультразвуковых проявлений обострения у каждой третьей больной были найдены отек, утолщение оболочек яичников, снижение эхогенности их паренхимы. После курса лечения с применением гравитационной терапии при контрольном УЗИ, выполненном на 10-ые сутки лечения данные признаки отсутствовали, в то время как у 16 % пациенток 2-й группы они сохранялись, полная нормализация ультразвуковой картины отмечалась на 20-е сутки.

Заключение. Сравнительная оценка традиционных физиотерапевтических методов и гравитационной терапии показала большую эффективность последней в купировании проявлений воспалительного процесса, что позволяет сократить продолжительность антибактериальной терапии, уменьшить сроки пребывания в стационаре и таким образом значительно улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения ХСО

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.

Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Актуальность. В сложной цепи патогенеза воспалительных заболеваний придатков матки существенное значение имеет состояние иммунологической реактивности организма. Согласно результатам ряда исследований хроническое воспаление всегда свидетельствует о несостоятельности иммун-

ного ответа, как на локальном, так и на системном уровнях. Несостоятельность иммунной системы в уничтожении вторгшейся инфекции приводит к хронизации процесса. Поэтому изучение особенностей иммунитета при воспалении органов малого таза имеет существенное значение для усовершенствования диагностики, лечения и профилактики острых и хронических воспалительных заболеваний матки и ее придатков. Обострения хронических инфекционно-воспалительных заболеваний характеризуются развитием воспалительных и деструктивных процессов на фоне постоянной активации иммунной системы, не приводящей к санации организма, что свидетельствует о неэффективности иммунного ответа.

Исследование маркеров воспаления при заболеваниях женских половых органов позволяют ответить на ряд важных вопросов, существенных для выбора тактики дальнейшей терапии (Никулин Б.А., 2007).

С позиций современной патофизиологии развитие воспалительного заболевания, специфика его течения во многом определяется реактивностью макроорганизма. Поэтому изменение иммунного статуса пациента в процессе лечения является надежным критерием эффективности метода и отражает особенности течения заболевания у конкретного пациента, что позволяет разработать дифференцированный подход к лечению.

Цель: оценить динамику цитокинового статуса в процессе лечения у больных с обострением ХСО.

Материалы и методы: Выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование 100 пациенток с обострением ХСО в возрасте 18-40 лет. Для оценки иммунного статуса была сформирована группа из 15 человек. проведена на основании уровней спонтанных и стимулированных липополисахаридом ФНО, ИЛ-1 α , ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-6 в сыворотке и плазме крови, определенных с помощью набора реагентов протеиновый контур (Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для определения динамики уровни цитокинов исследовались на 1-й и 6-й день лечения. Все пациентки получали антибактериальную терапию цефалоспоридами 2 поколения, десенсибилизирующую, неспецифическую противовоспалительную терапию и физиотерапию (электрофорез с цинком, магнитотерапию, ультразвуковую терапию).

Все пациентки отмечали наличие болевого синдрома, длительность от 3 до 14 дней,

Результаты: При оценке спонтанного уровня ФНО в процессе лечения наблюдалась тенденция к его снижению: уровень до лечения составил $5,83 \pm 2,66$.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИМСЕМИНАЦИЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ У БЕСПЛОДНЫХ ПАР С МУЖСКИМ ФАКТОРОМ

Шахова М.А., Пули Ж-Л.

Россия, г. Москва, ЗАО «Медицинские услуги», Университет
Овернь, Клермон-Ферран, Франция

Обоснованность применения программы вспомогательных репродуктивных технологий — внутриматочной инсеминации (ВМИ) в лечении легких форм мужского бесплодия определяется наличием супружеских пар, женщины которых имеют проходимые трубы, а мужчины невыраженные изменения показателей спермы. По данным французской национальной ассоциации репродуктологов FIVNAT 50% пациентов, которым необходимо проведение программы ИКСИ, имеют легкие изменения в показателях спермы, при этом 60% пациентов, требующих проведение ЭКО, имеют проходимые маточные трубы.

Цель: определить критерии эффективности ВМИ при мужском факторе бесплодия в зависимости показателей спермы, возраста женщин, количества доминантных фолликулов при стимуляции овуляции и оценить кумулятивный процент беременности и родов в сравнении с программой ЭКО/ИКСИ.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 1966 циклов ВМИ за период 2003-2009 годов в подразделении ЭКО Центрального Университетского Госпиталя Клермон-Ферран, из которых 765 случаев при мужском факторе бесплодия. ВМИ проводили по отработанному протоколу, который включал стимуляцию овуляции и обработку спермы. Стимуляция овуляции состояла из назначения антиэстрогенов (кломида 100 мг), р-ФСГ (пурегон, гонал-ф по 75 МЕ) и «овуляторной» дозы ХГЧ. ВМИ проводили через 37-38 часов после введения ХГЧ. Сперму обрабатывали в градиенте плотности. Инсеминировали от 1 до 5 миллионов активно-подвижных сперматозоидов категории «а» в объеме 0,5 мл среды, вводимой в полость матки.

Результаты исследования: Процент беременности на попытку в общей группе составил 19,1%, процент родов — 15,2%; при мужском факторе бесплодия соответственно — 18,9% и 14,4%. Возраст пациенток супружеских пар с мужским фактором бесплодия отрицательно влиял на результаты ВМИ. У женщин старше 37 лет показатели беременности и родов резко снижались, а после 40 лет процент родов составил всего 5%. Выявлена положительная связь количества доминантных фолликулов, полученных при стимуляции овуляции, с результатами ВМИ. Наиболее оптимальным оказалось получение 3-х доминантных фолликулов, при которых процент родов составил 20,3%. Оценивалась эффективность ВМИ в зависимости от показателей спермы. Процент беременности (18,2-19,1%) и родов (14,5-16,3%) были практически на одном уровне при следующих показателях спермы: количестве сперматозоидов не менее 5 миллионов в 1

мл, проценте активно-подвижных форм категории «а» более 5%, проценте морфологически-нормальных форм более 5%. Процент беременности и родов возрастал после 3-й попытки ВМИ. Кумулятивный процент родов после 3-й попытке ВМИ составил 39,3%, что соответствовало кумулятивному проценту родов в группе пациентов, которые прошли 2 попытки ЭКО/ИКСИ. При оценке экономической эффективности программ ВМИ и ЭКО/ИКСИ было получено, что стоимость беременности и родов, полученных после ВМИ, составляет 3.290 евро, а после ЭКО/ИКСИ 10.384 евро.

Заключение ВМИ должна оставаться на первой линии программ ВРТ, в том числе и при мужском факторе бесплодия. Необходимыми условиями проведения ВМИ являются: проходимые маточные трубы и достаточные показатели спермы после обработке в градиенте плотности. ВМИ должна проводиться по отработанному протоколу.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Шехтер М.С., Салов И.А., Рогожина И.Е.,
Хворостухина Н.Ф.

Россия, г.Саратов, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.
В.И.Разумовского Росздрава

Несмотря на успехи современной онкологии и практической медицины, запущенные формы злокачественных новообразований внутренних гениталий диагностируются достаточно часто. Необходимо отметить, что в нашем регионе, за последние 10 лет, отмечена чрезвычайно неблагоприятная тенденция роста заболеваемости раком шейки у женщин репродуктивного возраста, а смертность от злокачественных новообразований в женской популяции занимает второе место после болезней сердечно-сосудистой системы (Т.Н.Попова, И.А.Салов, 2006). Известно, что в регуляции защитных реакций организма немаловажная роль отводится системе цитокинов. Активность некоторых цитокинов используется организмом при осуществлении противоопухолевого надзора и может быть использована в клинической практике для оценки эффективности лечебных мероприятий, а так же прогноза заболевания.

Целью исследования являлось изучение состояние иммунной системы у больных с запущенными формами рака шейки матки до и после купирования геморрагического синдрома.

Под нашим наблюдением находилось 68 женщин с диагнозом: Рак шейки матки Пб — IV ст., с выраженным геморрагическим синдромом (основная группа). Возраст пациенток колебался от 32 до 68 лет. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически (после взятия биопсии шейки матки), стадия процесса устанавливалась на основе классификации TNM. Обследование пациенток проводилось по общепринятой схеме, начиная со сбора

жалоб, анамнеза, с учетом сопутствующих общесоматических и гинекологических заболеваний, особенностей менструальной и репродуктивной функций, результатов гинекологического осмотра, лабораторных и дополнительных методов исследования. Группу контроля составили 12 женщин фертильного возраста без тяжелой сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии. В зависимости от способа остановки кровотечения пациентки основной группы были разделены на две подгруппы: в 1-ой (n=37), с целью гемостаза была выполнена эмболизация маточных артерий, во 2-ой (n=31) — выполняли перевязку внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Концентрация в плазме цитокинов определялась методом ферментного иммуносорбентного анализа (ELISA), используя наборы (ELISA Kits) фирмы «BioSource Int.».

Анализ полученных результатов показал, что при запущенных формах рака шейки матки содержание в крови ИЛ-4, ФНО- α было выше, чем в контрольной группе, соответственно в 1,35 и 2,05 раза ($p < 0,05$). При этом концентрация γ -ИНФ в основной группе снижалась, по сравнению с контрольными нормативами, в 4,12 раза ($p < 0,05$). Соотношение γ -ИНФ/ИЛ-4 было значительно меньше, чем в контрольной группе, что свидетельствует о редукции преимущественно функции Th1-лимфоцитов по сравнению с активностью Th2-клеток при раке шейки матки 3-4 стадии. Вероятно, увеличение продукции цитокинов ИЛ-4, ФНО- α Th2-лимфоцитами является реакцией на снижение синтеза γ -ИНФ (и, возможно, других цитокинов) Th1-клетками.

При исследовании цитокинового профиля в динамике констатировано достоверное увеличение провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных после хирургических вмешательств. Концентрация ИЛ-1 β возросла по сравнению с исходными данными в 1,4 раза после эмболизации маточных сосудов ($P < 0,05$) и в 1,3 раза после хирургической окклюзии ВПА ($P < 0,05$). Отмечено увеличение ИЛ-2 в 1,5 раза в 1 и 2 основных подгруппах ($P < 0,05$). Содержание ИЛ-6 увеличилось по сравнению с исходными данными в 1,3 раза в обеих основных подгруппах ($P < 0,05$). У всех больных с запущенными формами рака шейки матки после хирургического вмешательства уровень ФНО- α возрастал в 2,0 раза ($P < 0,05$). В то же время содержание γ -ИНФ в сыворотке крови больных после эмболизации маточных сосудов было выше исходных показателей в 2,4 раза ($P < 0,05$) и достоверно превышало содержание γ -ИНФ после хирургической перевязки ВПА ($P1-2 < 0,05$). Изучение секреции ИЛ-4 в динамике не показало существенных различий в показателях до и после проведения оперативных пособий ($P > 0,05$). Соотношение γ -ИНФ/ ИЛ-4 у пациенток 1 основной подгруппы в динамике повышалось с 1,3 до 2,9, а во 2 подгруппе — с 1,3 до 2,4. Это, в свою очередь, свидетельствует о более значительной стимуляции клеточного иммунного ответа у больных с запущенными формами рака шейки матки, перенесших эмболизацию маточных артерий.

При анализе результатов определения Fas-L в сыворотке крови больных нами также было отмечено возрастание исследуемого показателя по сравнению с исходными данными, причем более значимое (в 2,8 раза) в 1 основной подгруппе ($P < 0,05$).

Все вышеизложенное позволяет предположить, что окклюзия маточных сосудов и снижение кровоснабжения опухоли приводит к запуску компенсаторную воспалительную реакцию, стимулируя тем самым Th1-клеточный иммунный ответ. Значительное возрастание концентрации γ -ИНФ влечет за собой повышение других провоспалительных цитокинов, а так же маркера апоптоза Fas-L, что предотвращает пролиферацию раковых клеток и способствует ограничению онкологического процесса.

СПКЯ — 75 ЛЕТ: НА ПУТИ К РЕВИЗИИ РОТТЕРДАМСКОГО КОНСЕНСУСА

Шилин Д.Е.

Россия, Москва, ГОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет Росздрав»

Спустя 75 лет после описания И. Штейном и М. Левенталем первых 7 американок с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) стало очевидным, что частота этой патологии чрезвычайно высока на любом континенте, у любой расы (5-10% женщин репродуктивного возраста), но в её понимании и к 2010 г. сохраняются существенные разногласия — даже в дефиниции самого синдрома. Мощный толчок к сближению позиций репродуктологов планеты дал согласительный документ, разработанный в ходе международного симпозиума объединённой рабочей группы ESHRE/ASRM (Европейского Общества репродукции и эмбриологии человека и Американского Общества репродуктивной медицины) — так называемый Роттердамский консенсус (РК, 2003 г.). С учётом известного возрастного и клинического полиморфизма синдрома, было предложено расширенное толкование СПКЯ. Наряду с классической полной «триадой» симптомов (ановуляция, гиперандрогения, ПКЯ при УЗИ) выделены новые (неполные) формы — 3 неклассических «дуга»: либо без ановуляции, либо без УЗ-признаков, либо без гиперандрогении (и клинической, и лабораторной). Новый подход сразу стал предметом пристального изучения и всестороннего обсуждения во всём мире.

С целью оценки накопленного за прошедшие годы международного опыта по вопросу валидности и приемлемости критериев РК нами принят глобальный поиск и анализ литературы в электронной базе данных PUBMED/MEDLINE. К 20.07.2010 по ключевой конструкции [polycystic ovar* OR Stein-Leventhal syndrome* OR PCOS] обнаружено 9937 ссылок, из них почти половина (41%!) — на публикации, появившиеся после издания РК. Качество рецензируемых работ по критериям диагностики СПКЯ оценено с позиций их доказательной базы. Согласно этому признаку наиболее полноценной, принципиальной и глубокой по

объёму материала сегодня представляется серия систематических обзоров, отражающих официальную позицию международного общества по гиперандрогении и СПКЯ (Androgen Excess and PCOS Society: AE-PCOS; <http://www.ae-society.org>). Эта некоммерческая неправительственная ассоциация исследователей создана в 2001-2 гг. и объединила несколько сотен экспертов, в том числе — многих из роттердамской группы.

В руководящих документах AE-PCOS к наиболее значимым по проблеме верификации и унификации диагностики СПКЯ (и для клинической практики, и для перспектив научных исследований), можно отнести 3 важнейших заявления 2006-10 гг., поскольку они способствуют уточнению и частичному пересмотру некоторых положений РК.

Во-первых, AE-PCOS признаёт СПКЯ: 1) прежде всего, гиперандрогенным состоянием (клинически или биохимически выявляемый избыток андрогенов в результате нарушения их синтеза, утилизации, метаболизма), которое 2) сочетается с овариальной дисфункцией (олиго-ановуляция и/или УЗ-ПКЯ) и 3) является диагнозом только после исключения других эндокринных причин гиперандрогении [J. Clin. Endocrinol. Metab. 2006; 91:4237-45; Fertil. Steril. 2009; 91:456-88]. Поэтому наряду с классической формой СПКЯ одобряется выделение в РК только 2 неполных форм — овуляторной и УЗ-нетипичной, а «нормоандрогенная» (без кожной симптоматики и лабораторных признаков) ставится под сомнение.

Это положение с позиций идеологии долговременной терапии и пожизненной диспансеризации пациенток с любым вариантом СПКЯ обосновывает в любой программе их лечения важность обязательного внедрения препаратов с антиандрогенными свойствами, эффективных и безопасных. Из этих соображений следует обратить внимание на лечебные возможности нового КОК с хлормадиноном ацетатом, активность которого не уступает «золотому стандарту» (ципротерону ацетату), а большая привлекательность связана с максимальной метаболической нейтральностью этого гестагенного компонента.

Во-вторых, AE-PCOS рекомендует во всех случаях СПКЯ и независимо от других факторов метаболического риска проводить скрининг нарушений углеводного обмена путём двухчасового перорального глюкозотолерантного теста [J. Clin. Endocrinol. Metab. 2007; 92:4546-56]. В случаях нормы предлагается рескрининг каждые 2 года (ещё чаще — при высоком риске), а при нарушенной толерантности к глюкозе — ежегодное ретестирование как контроль терапии, направленной на нормализацию веса, образа жизни в комбинации с коррекцией инсулинорезистентности метформином.

В-третьих, рекомендации по стилю жизни и включению в комплексную терапию СПКЯ метформина обосновываются в последнем консенсусе AE-PCOS и с позиций синхронного обеспечения первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений и снижения метаболического риска [J. Clin. Endocrinol. Metab. 2010; 95: 2038-49].

Кроме того, последний мета-анализ кокрановского сообщества, касающийся выбора технологии индукции овуляции и зачатия при СПКЯ, указывает на предпочтительность включения метформина (в комбинации с кломифеном цитратом), доказанную в 27 испытаниях на совокупной когорте из 2150 пациенток [The Cochrane Library, 2010; Issue 4].

Итак, в последние пять лет динамичный прогресс исследований, выполненных на высоком доказательном уровне в области стандартизации подходов к дефиниции СПКЯ, позволяет в условиях назревшей ревизии РК перейти на использование клинических рекомендаций AE-PCOS (2006-10): а/ как для унифицированной постановки диагноза, б/ так и для обоснования концепции реабилитации по принципу длительной комплексной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ.

**Ширинг А.В., Ермолова Н.В., Орлов В.И,
Линде В.А., Зинкин В.И.**

ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Самым распространенным вариантом наружного генитального эндометриоза (НГЭ) являются эндометриозные кисты яичников (ЭКЯ), составляющие 32 — 65,4% случаев (В.П.Баскаков и соавт., 2002; Р.Г.Гатаулина, 2003; Л.В.Адамян и соавт., 2006). Существенное значение в патогенезе ЭКЯ могут иметь вещества, продуцируемые эндотелием, среди которых выделяют эндотелин-1 (ЭТ-1) — мощный вазоконстриктор и оксид азота, обладающий вазодилататорными свойствами. Основной путь продукции оксида азота в организме представлен процессом его образования внутри клеток из аминокислоты L-аргинина при участии кислорода с помощью фермента синтазы оксида азота (NOS), активность которого контролируется эстрадиолом. В развитии ЭКЯ важную роль играют эстрогенная обусловленность и наличие локальной гиперэстрогении. Особенность миграции половых стероидов как свободных, так и связанных с белками, из крови в тканевые жидкости, в том числе и перитонеальную (ПЖ), представляется важным при изучении патогенеза ЭКЯ.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи изменений продукции эндотелиальных факторов и половых гормонов в развитии ЭКЯ.

Обследованы 52 пациентки (средний возраст 30,1±0,4 года) с гистологически подтвержденными ЭКЯ. Контрольную группу составили 20 пациенток без эндометриоза (средний возраст 28,5±0,9 года).

Уровень половых гормонов и ЭТ-1 в сыворотке крови и перитонеальной жидкости определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами фирмы «DRG» (Германия) — эстрадиол, «DSL» (США) — эстрон, «Алкор-Био» (Санкт-

Петербург) — тестостерон и прогестерон, «R&D — System» (США) — ЭТ-1. Эндогенный уровень оксида азота в форме нитрит-аниона (NO⁻) определяли с помощью реактива Грисса. Активность нитрооксидсинтазы (NOS) измеряли по увеличению продукции оксида азота из L- аргинина в присутствии NADPH.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий проверяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений — критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Объем ПЖ у пациенток с ЭКЯ составил $42,6 \pm 0,5$ мл, тогда как у больных в контрольной группе — $18 \pm 0,6$ мл. При гистологическом исследовании удаленных препаратов были обнаружены «старые» эндометриодные кисты, лишённые эпителиальной выстилки с отложениями гемосидерина.

Изучение эндотелиальных факторов на системном уровне выявило особенно значимые изменения в содержании метаболитов оксида азота (NO_x), активности NO-синтазы и эндотелина-1 в сыворотке крови пациенток с ЭКЯ. Так, уровень NO_x в 1,63 раза был выше контрольных значений ($p < 0,001$) при соответствии концентрации ЭТ-1 физиологическим величинам, а активность нитрооксидсинтазы превышала физиологические показатели в 1,89 раза ($p < 0,001$).

Что касается концентрации стероидных гормонов у пациенток с ЭКЯ, то различий в отношении эстрогена и прогестерона, по сравнению с контрольными данными не обнаружено. В то же время наблюдался рост в сыворотке крови уровня эстрадиола, что согласуется с данными Л.В.Адамян (2006), а так же тестостерона относительно аналогичных величин здоровых женщин ($p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно).

Выявленные метаболические особенности половых стероидов у больных с ЭКЯ, несомненно, оказывают влияние на характер изменений ряда параметров эндотелиальной системы, обусловленных нарушением существующего контроля активности NO-синтазы половыми стероидами. Чрезмерная продукция последних при ЭКЯ повышает ее активность, результатом чего является значительный синтез оксида азота. Избыток NO сопровождается оксидантным стрессом и его взаимодействием с супероксиданионом (O₂⁻) с образованием пероксинитрита (ONOO⁻), мощного окислителя, который модифицирует гемоглобин и изменяет его сродство к кислороду. Последнее приводит к снижению кислородсвязывающих свойств крови, а, следовательно, к гипоксемии.

Определение метаболитов оксида азота (NO_x) и активности NO-синтазы в ПЖ свидетельствовало о снижении показателей NO_x в 3,34 раза у больных с ЭКЯ по сравнению с данными у здоровых женщин ($p < 0,001$). При этом обнаружена та же направленность изменения активности NO-синтазы, что была

характерна для оксида азота. Наблюдалось более чем двукратное количественное падение показателя. Обращает на себя внимание увеличение продукции ЭТ-1, обусловленное, очевидно, влиянием высокого уровня сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР), обнаруженного нами у данных пациенток (Н.В.Ермолова, В.И.Орлов, 2008), на активность эндотелинпревращающего фермента, так как данный полипептид участвует в регуляции этого процесса. При ЭКЯ рост СЭФР будет способствовать активации эндотелинпревращающего фермента, а, следовательно, особенно высокому образованию ЭТ-1, что имело место у больных с ЭКЯ.

Содержание эстрогена в ПЖ превышало контрольные показатели в 2,86 раза ($p < 0,001$), 17β-эстрадиола — почти в 5 раз ($p < 0,0001$), а тестостерона — в 2,6 раза ($p < 0,001$) при сохранении прогестерона на уровне физиологических значений ($p > 0,2$). Выявленный характер изменений продукции половых гормонов в ПЖ свидетельствует о наличии особенно значимых отклонений в метаболизме 17β-эстрадиола.

Выявленная взаимосвязь нарушений половых гормонов и эндотелиальных факторов в развитии ЭКЯ будет способствовать разработке новых подходов к лечению данной патологии.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ КЛЕТЧНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА ПЕРСИСТИРОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

**Ширинг А.В., Ермолова Н.В., Орлов В.И.,
Линде В.А., Зинкин В.И.**

ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий»,
Ростов-на-Дону, Россия

Большую роль в формировании эндометриодных кист яичников (ЭКЯ) отводят повышенной способности эндометриальных клеток к пролиферации и инвазии. Среди веществ, способных реализовать эти процессы, в последнее время все больший интерес привлекает характер экспрессии цитокинов, эндотелиальных компонентов, а также матриксных металлопротеиназ (ММП) не только на местном, но и системном уровнях у пациенток с ЭКЯ. Имеющиеся в литературе сведения носят противоречивый характер и не позволяют сделать однозначный вывод о роли этих факторов в патогенетических механизмах формирования ЭКЯ.

Цель исследования заключалась в изучении изменений взаимозависимых факторов клеточной регуляции и их влияний на формирование ЭКЯ.

Обследованы 52 пациентки (средний возраст $30,1 \pm 0,4$ года) с гистологически подтвержденными ЭКЯ. Контрольную группу составили 20 пациенток без эндометриоза (средний возраст $28,5 \pm 0,9$ года).

Содержание цитокинов ИЛ-1β и ФНО-α в образцах сыворотки крови и перитонеальной жидкости определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Bender

MedSystems»(Austria), лептина — «DSL»(USA), ММП-9 — «R&D»(USA), эндотелина-1(ЭТ-1) — «R&D — System»(USA) по соответствующим протоколам.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий определяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений — критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Объем ПЖ у пациенток с ЭКЯ составил $42,6 \pm 0,5$ мл, тогда как у больных в контрольной группе — $18 \pm 0,6$ мл. При гистологическом исследовании удаленных препаратов были обнаружены «старые» эндометриодные кисты, лишенные эпителиальной выстилки с отложениями гемосидерина.

Содержание цитокинов (ФНО- α и ИЛ-1 β) в сыворотке крови больных с ЭКЯ было особенно высоким. Так, концентрация ИЛ-1 β превышала контрольные данные в 3 раза ($p < 0,001$), а ФНО- α — в 2 раза ($p < 0,05$), в то время как уровень лептина оказался в 2 раза ниже ($p < 0,05$). Что касается изученного эндотелиального фактора (эндотелина-1(ЭТ-1)) и ММП-9, активно экспрессируемой в эндотелии и обеспечивающей деградацию клеток внеклеточного матрикса, а также миграцию эндотелиальных клеток, то изменений в их продукции на системном уровне не обнаружено.

Повышенное содержание цитокинов и низкое — лептина нарушают межклеточные взаимоотношения при персистенции ЭКЯ на системном уровне. Однако, у данных больных имеет место адаптивная метаболическая реорганизация, обусловленная сохранением нормальной активности ММП-9 и физиологической продукции ЭТ-1.

Высокий уровень ФНО- α ингибирует необходимую активацию биосинтеза эстрогенов путем снижения экспрессии ферментов, обеспечивающих образование данных половых стероидов. Трехкратный рост ИЛ-1 β в этих условиях обусловлен, очевидно, активацией интерлейкин-1 β -превращающего фермента, относящегося к каспазам, являющихся основными компонентами воспалительного процесса. ИЛ-1 β , как и ФНО- α у женщин с ЭКЯ играют важную роль в модуляции продукции 17- β -эстрадиола.

В ПЖ выявлен значительный рост ЭТ-1, который превышал контрольные величины в 4 раза ($p < 0,001$), а также — активности ММП-9 в 1,39 раза ($p < 0,05$). Исключение составило снижение уровня лептина более чем в 2 раза ($p < 0,05$), что наблюдалось и в сыворотке крови данных женщин. При этом изменений в продукции ФНО- α и ИЛ-1 β в ПЖ не обнаружено. Обращает на себя внимание тот факт, что в эндометриодном очаге существенное значение приобретают нарушения, касающиеся индукции и экспрессии, активности ММП-9, обеспечивающей миграцию эндотелиальных клеток, путем деградации внеклеточного ма-

трикса и базальной мембраны, в результате чего осуществляется клеточная инвазия, что является основным патогенетическим фактором в персистенции ЭКЯ. Однако, обнаруженное нами ранее выраженное увеличение продукции ТФР- β , контролирующего экспрессию ММП-9 (Н.В.Ермолова, В.И.Орлов, 2008), в данной метаболической ситуации обуславливает, очевидно, усиленную индукцию этого процесса. Наряду с повышением активности ММП-9 в ПЖ выявлен особенно значимый рост ЭТ-1, что также следует отнести к одному из основных компонентов, участвующих в персистенции ЭКЯ. Если высокая активность ММП-9 обеспечивает клеточную инвазию в процессе развития гетеротопий, то чрезмерная продукция ЭТ-1 приводит к росту клеток эндометриоподобного образования, в результате усиленного его апоптозсупрессорного действия, нарушающего баланс пролиферации и апоптоза с преобладанием пролиферации.

Суммируя представленные результаты следует отметить, что на системном уровне у больных с ЭКЯ наблюдается значительная продукция провоспалительных цитокинов (ФНО- α и ИЛ-1 β), свидетельствующая о хроническом воспалительном процессе, при котором имеет место сниженная выработка лептина, чем по данным литературы нивелируется действие ингибиторов P450-ароматазы, обуславливая её активацию, приводящую к патологическому увеличению синтеза эстрогенов. Аналогичные изменения лептина выявлены и на местном уровне, что позволяет полагать о развитии идентичных нарушений процессов клеточной регуляции в ПЖ, контролируемых лептином. Существенные изменения активности ММП-9 и продукции ЭТ-1 на местном уровне играют важную роль в персистенции ЭКЯ.

Материалы исследования, основанные на изучении значимых биохимических соединений, участвующих в развитии гетеротопий, подтверждают многокомпонентный механизм персистенции ЭКЯ.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Щербаков Д.В.¹, Гамидов С.И.^{1,2},
Овчинников Р.И.³, Тажетдинов О.Х.¹, Попова А.Ю.
³, Павловичев А.А.¹

1 — Россия, г. Москва, кафедра урологии ГОУ ВПО
«Российский государственный медицинский университет
Росздрава»

2 — Россия, г. Москва, курс клинической андрологии при кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФПОВ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

3 — Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Очень часто преждевременная эякуляция (ПЭ) сочетается с эректильной дисфункцией (ЭД) и очень важно отметить, что период возникновения

этих двух патологических состояний может различаться. На сегодняшний день отсутствует четкий алгоритм лечения больных с ПЭ в сочетании с ЭД. Это говорит о том, что нет четкой дифференцировки этиологии данных заболеваний, и, следовательно, проблематично подобрать оптимальную терапию. В связи с этим, мы сочли необходимым провести собственное исследование, целью которого является оптимизация методов лечения больных с ПЭ и ЭД и выявления отдаленных результатов лечения после фармакотерапии.

В исследование было включено 151 мужчина с ПЭ. На основании анамнеза, в зависимости от времени возникновения ПЭ, больные были разделены на 2 группы, в первую вошли 87 мужчин с первичной преждевременной эякуляцией (ППЭ), во вторую 64 мужчин с вторичной преждевременной эякуляцией (ВПЭ). В дальнейшем каждая группа была разделена на 2 подгруппы, в которые входили пациенты в сочетании с ЭД и без нее. В первую подгруппу вошли 58 мужчины с ППЭ без ЭД, во вторую 29 пациентов с ППЭ, осложненной в дальнейшем ЭД. Третью подгруппу составили 37 больных с ВПЭ без ЭД и четвертую подгруппу 27 пациентов с ЭД с присоединившейся ВПЭ. В дальнейшем все пациенты в четырех подгруппах были разделены в случайном порядке на три подгруппы. Одним был назначен в регулярном режиме препарат из группы СИОЗС — пароксетин в дозе 20 мг, 1 раз в день, другим из группы ингибиторов ФДЭ-5 — тадалафил в дозе 20 мг, 3 раза в неделю, и следующим — комбинация перечисленных ранее препаратов в указанной дозировке и режиме приема в течение 3 месяцев.

Для определения длительности полового акта, пациенты или их партнерши оценивали ИВНЭ с помощью секундомера, данные которого регистрировались при каждом визите пациента. С целью оценки эректильной функции использовались анкеты Международного Индекса Эректильной Функции (МИЭФ). В дальнейшем с повторными визитами через 1 месяц после лечения оценивались отдаленные результаты ИВНЭ и эректильная функция МИЭФ.

Анализируя полученные результаты через 3 месяца после приема тадалафила, пароксетина и в комбинации указанных препаратов, можно отметить следующее, что достоверное увеличение ИВНЭ было получено во всех группах на фоне комбинированного лечения, однако наиболее положительные результаты были зафиксированы во 2 и 4 группах ($8,2 \pm 1,1$ и $8,4 \pm 1,3$ мин, соответственно) в которых присутствует и ПЭ и ЭД. При повторной оценки отдаленных результатов через месяц после лечения, были выше у больных принимавших комбинированное лечение. Оценивая результат эректильной функции МИЭФ, на фоне приема пароксетина, выявили снижение эректильной функции МИЭФ в среднем на 2 балла во всех группах, однако при лечении тадалафилом отмечалось значительное увеличение эректильной функции МИЭФ особенно у больных с ЭД. Еще более положительные результаты были получены при комбинированной

терапии и статистически отличались от исходных показателей. При повторной оценки отдаленных результатов через месяц после лечения, показатели эректильной функции МИЭФ были больше и носили более стабильный характер после отмены, чем в монотерапии тадалафилом.

Таким образом, результаты нашего предварительного исследования показали, что более эффективная терапия отмечалась после комбинированного лечения, однако указанная терапия не всегда была оправданной, так как вызывала больше побочных эффектов и требовала больших финансовых затрат. Поэтому важно на этапе первичного обращения проводить дифференциальную диагностику между ПЭ и ЭД, и выяснить изначальную причину того или иного состояния, для того чтобы подобрать более эффективное лечение. Безусловно, выдвинутая нами гипотеза требует подтверждения путем дальнейших, более глубоких исследований.

ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ С ВИРУСНЫМ СИНДРОМОМ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Щербань М.Р.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, г. Краснодар, Россия.

Одна из важнейших проблем современной гинекологии — профилактика и лечение различных острых и хронических, в том числе, персистирующих вирусных инфекций. В частности, весьма актуальным является выбор адекватной терапии в случае рецидивирующей папилломавирусной инфекции (ПВИ). ПВИ можно отнести к условно-патогенным, оппортунистическим, инфекциям. При нормальном функционировании иммунной системы они находятся под ее контролем. В случае возникновения вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС) — выходят из-под контроля иммунной системы и манифестируют различными клиническими проявлениями.

На амбулаторном приеме гинеколог часто сталкивается с классическими клиническими признаками, которые позволяют заподозрить у больного наличие нарушений иммунной системы в виде вторичного ИДС: 1) упорная повторяемость или частые рецидивы любых вирусных инфекций; 2) рефрактерность — устойчивость заболеваний вирусной этиологии к методам традиционной противовирусной терапии; 3) упорно рецидивирующие клинические проявления папилломатоза и кондиломатоза на фоне проводимой стандартной терапии и др.

Распространенность вторичных ИДС с вирусным синдромом достаточно велика.

Установлено, что ПВИ сопровождается глубокой супрессией местного иммунитета.

Таким образом, необходимо использование научно-обоснованных дифференцированных подходов к лечению ПВИ с обязательным применением иммунотерапии.

В лечении упорно-рецидивирующих, или персистирующих, вирусных инфекций восстановление Т-клеточного иммунитета лучше проводить вне периода обострений, в сочетании с терапией интерферонами, под контролем состояния иммунного ответа.

При лечении острых ИДС возможно использование коротких интенсивных 7-10-дневных курсов лечения, при хронических, длительно существующих нарушениях Т-клеточного иммунитета необходимо проведение более длительных курсов (до 1-3 месяцев) терапии, с переходом на поддерживающие дозы препаратов.

Хорошо зарекомендовали себя синтетические препараты с поливалентными эффектами, обладающие противовоспалительным и репаративным действием, повышающими противоопухолевый иммунитет.

В своей практической работе для лечения патологии шейки матки, обусловленной ПВИ, мы используем комплексную терапию, которая включает сочетание деструктивных методов (радиоволновая хирургия) и иммунотерапию с учетом иммунного статуса пациентов. При этом положительный клинический эффект у больных сопровождается достоверным увеличением уровня CD8-субпопуляции Т-лимфоцитов, играющих важнейшую роль в защите организма от вирусных инфекций, и уровней IgM и IgG в цервикальной слизи, отмечается существенное снижение рецидивов заболевания и больший процент пациенток с полным выздоровлением.

ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Щербань М.Р., Фоменко И.А.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника, Кафедра клинической иммунологии и аллергологии ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, г. Краснодар, Россия

За последние годы прогрессируют вирусные заболевания, клинические проявления которых напрямую связаны с патологией иммунной системы. Отмечается непосредственная взаимосвязь воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) с частотой рецидивирования папилломавирусной инфекции (ПВИ), что объясняется снижением общего и локального иммунитета.

Целью исследования было изучение роли системного и локального иммунитета и разработка адекватной патогенетически обоснованной иммунотерапии у больных с сочетанием ВЗОМТ и рецидивирующей ПВИ в виде плоских кондилом шейки матки.

Группу исследования составили 26 пациенток в возрасте от 18 до 42 лет с рецидивирующими плоскими кондиломами шейки матки и хроническими метритами, сальпингоофоритами. Диагноз у всех обследованных лиц был подтвержден общеклиническим и клинико-лабораторным обследованием, в том числе УЗИ органов малого таза, кольпоскопи-

ческим, цитологическим и гистологическим методами; методом ПЦР выявлены ВПЧ 16,18.

До начала терапии, методом проточной цитофлуорометрии на анализаторе EPICS произведено количественное определение субпопуляций лимфоидных клеток. Концентрацию провоспалительных цитокинов (IL1 β , TNF α , IL6, IL8) исследовали иммуноферментным методом на анализаторе ANTHOS 2010.

Первый этап лечения проводился в условиях стационара дневного пребывания. Пациентки получали противовоспалительную терапию (НПВП, санации влагалища с хлоргексидином, общеукрепляющая и витаминотерапия). Иммунориентированную терапию проводили рекомбинантным аналогом интерлейкина-2 (IL-2) человека («Ронколейкин»). Ронколейкин вводили путем инфузий в дозе 0.5 мг препарата в 400 мл изотонического р-ра NaCl, содержащего 0,2% альбумина. Инфузии осуществляли медленно в течение 4-6 часов (со скоростью 1-2 мл/мин). На курс 4-5 инфузий с интервалом в 24 часа.

Второй этап лечения осуществлялся в специализированном кабинете патологии шейки матки. В качестве деструктивного метода выбрана радиоволновая хирургия с использованием радиохирургического прибора «Surgitron». При наличии обширного поражения шейки матки операции проводились под местной анестезией («Инстиллагель», «Эмла»). Всем пациенткам за сутки до хирургического вмешательства инфильтрировали подлежащую ткань Ронколейкином, с учетом лимфодренажа. Для этого 1000000 МЕ растворяли в 2 мл воды для инъекций и вводили по 0,5 мл полученного раствора в 2 точки под плоскую кондилому шейки матки и одновременно по 0,5 мл препарата подкожно в верхнюю треть внутренней поверхности бедер. Начиная со следующих суток трижды, с интервалом 72 часа повторяли местное и системное введение Ронколейкина (по 1000000 МЕ).

Ближайшие результаты оценивались субъективно (отсутствие жалоб) и подтверждались клинико-лабораторно, УЗИ органов малого таза, а также кольпоскопически в течение 2 менструальных циклов. Применение радиохирургического прибора «Surgitron» сокращает сроки эпителизации вдвое, не нарушает архитектонику шейки матки. Заживление происходит под тонким белым струпом, который отторгается на 5-8 сутки, нет обильного раневого отделяемого. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Параметры местного и системного иммунитета оценивали до начала терапии, через 1 и 6 месяцев после ее окончания. В условиях манифестации рецидивирующей ПВИ и ВЗОМТ у пациенток наблюдаются выраженные дисфункциональные изменения со стороны общей и местной иммунной системы слизистой, ведущие к снижению эффективности механизмов саногенеза в отношении вирусных и невозможности элиминации вирус-инфицированных клеток.

Исследования показали, что у больных с сочетанием ВЗОМТ и ПВИ отмечалось выраженное сни-

жение концентрации общего количества лимфоцитов (CD3+) и лимфоцитов, обладающих хелперной активностью (CD4+). При этом наблюдалась активация лимфоидных клеток, что выражалось в повышении числа клеток, несущих активационные рецепторы к IL2 (CD25+). В сыворотке крови наблюдалось повышение концентрации провоспалительных цитокинов (IL1 β , TNF α , IL6, IL8) более чем 6.2-12.3 раза.

Комплексная терапия с включением препарата Ронколейкин оказала выраженный иммуномодулирующий эффект. В результате лечения общее количество CD3+ лимфоцитов возросло на 23,4%, концентрация CD4+ лимфоцитов возросла на 19,6%. Эффективность использования в комплексной терапии ПВИ шейки матки Ронколейкина обусловлена и его противовоспалительной активностью. Так, терапия, проведенная с применением Ронколейкина, способствовала снижению концентрации сывороточных провоспалительных цитокинов (IL1 β , TNF α , IL6, IL8) в 4,3-6,7 раз.

Таким образом, применение Ронколейкина в комплексной терапии при ВЗОМТ и рецидивирующей ПВИ обеспечивает сокращение сроков лечения и более длительную ремиссию. В исследуемой группе у 4 пролеченных пациенток наступила и в настоящее время продолжает прогрессировать планируемая беременность. Цитокиноterapia приводит, вероятно, к элиминации клеток, инфицированных вирусом, и, как следствие, повышает эффективность лечения, предупреждает развитие и компенсирует проявления вторичной иммунной недостаточности на ранних этапах ее формирования.

Высокая эффективность радиохирургического метода лечения плоской кондиломы шейки матки в сочетании с применением иммуномодулирующего препарата Ронколейкин подтверждается как нормальной кольпоскопической картиной после проведенного лечения, так и снижением частоты рецидивирования заболевания и повышением неспецифической резистентности организма.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ПЕРЕНОС ОДНОГО ЭМБРИОНА В ПОЛОСТЬ МАТКИ-РЕШЕНИЕ ВОПРОСА СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММЕ ВРТ (АКУШЕРСКИЕ И МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ)

Щетинина Н.С., Кузьмичев Л.Н., Глинкина Ж.И., Лебедева О.Е., Калинина Е.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Последние десятилетия ознаменованы широким распространением в лечении бесплодия вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Бурное развитие технологий и применение новых медицинских препаратов привели к тому, что не осталось

практически диагнозов, при которых было бы невозможно получить потомство у супружеских пар с бесплодием: ИКСИ, донация ооцитов, спермы, суррогатное материнство и др.. Применение этих технологий позволило повысить уровень имплантации и как следствие частоту наступления многоплодной беременности.

Вынашивание беременности при многоплодии сопряжено со значительным увеличением частоты осложнений со стороны матери, а высокий уровень преждевременных родов у этой группы пациенток приводит к увеличению перинатальной и ранней детской заболеваемости и смертности. Это позволяет считать многоплодную беременность ятрогенным осложнением ВРТ.

Данная ситуация привела к необходимости применения процедуры — редукции. Сама процедура связана как с акушерскими осложнениями, так и с этической составляющей. Это по праву можно отнести к наиболее важным аспектам морально-этических проблем репродукции человека.

Решение биомедицинских этических вопросов является достаточно новой и сложно задачей в современных условиях развития общества. Вместе с тем, действующее российское законодательство является одним из самых либеральных в мире в части применения репродуктивных технологий.

Интересно заметить, что в настоящее время на многочисленных международных симпозиумах обсуждается вопрос о статусе эмбриона человека, т.е. на каком сроке развития его следует рассматривать как человеческое существо, личность, жизнь которого защищена законодательно. Институтами по биомедицинской этике ведущих международных организаций рекомендовано определить позицию относительно эмбриона человека и его защиты во внутреннем законодательстве стран.

В России эта важнейшая биомедицинская этическая проблема поднимается в единичных публикациях. Отсутствие четких регламентаций по вышеуказанным проблемам, в том числе по вопросам допустимых манипуляций с половыми клетками и эмбрионами человека, приводит к формированию двух противоположных подходов к решению этих проблем.

При первом подходе, сторонниками которого являются врачи и исследователи, допускается и поощряется использование эмбрионов человека в программах ЭКО-ПЭ при лечении бесплодия.

Второй подход основан только на моральных (религиозных) принципах и требует запрета любой манипуляции с эмбрионами человека.

Избирательный перенос одного эмбриона (eSET) — логичный и эффективный способ решения данной акушерской и морально-этической проблемы. Европейским обществом репродукции человека и эмбриологии рекомендовано использовать eSET (Elective single embryo transfer) в первой и во второй попытках ЭКО у пациенток моложе 36-ти лет. В Бельгии такая практика существует с 2003г, и является обязательной для данной группы женщин. Однако eSET еще не получил достаточного распространения в мире. По всей видимости, это связано

с тем, что до сих пор не сформулированы биологические критерии отбора эмбрионов, а применяются только морфологические, которые зачастую не отражают имплантационный потенциал эмбриона

Таким образом, возможным путем снижения частоты наступления многоплодной беременности после ЭКО является селективный перенос одного эмбриона в полость матки. Обязательным условием в данном случае является выбор эмбриона с наилучшим имплантационным потенциалом, что требует разработки новых критериев отбора эмбриона «хорошего качества».

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГОФОРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «ГАЙ»

Щетинина Ю.С., Константинова О.Д.

Россия, г. Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии с курсом ППС.

Хронический неспецифический сальпингофорит (ХНС) вызывает системные изменения в организме женщины, захватывающие не только внутренние гениталии, но и практически все звенья гомеостаза. Вовлеченными в патологический процесс оказываются психо-эмоциональная сфера, вегетативная регуляция организма, иммунный статус, секреция и метаболизм гонадотропных и яичниковых гормонов (Пшеничникова Т.Я., 1991; Вдовин С.В., 1995; Жаркин А.Ф., 2000; Серов В.Н., 2008).

Санаторно-курортное лечение является одним из важных этапов реабилитации больных с ХНС (Жаркин А.Ф. с соавт.; 2001).

Цель исследования: изучить влияние природных факторов санатория «Гай» на эндокринный статус женщин с хроническими неспецифическими сальпингофритами.

Материалы и методы. Обследовано 74 женщины в возрасте 19-41 года с хроническим неспецифическим сальпингофоритом в стадии ремиссии, получавшие лечение в санатории «Гай» (Оренбургская область). Все женщины получали общие ванны, орошения влагалища лечебной минеральной водой, грязелечение аппликационным методом («труссы») и грязевые вагинальные тампоны. У обследованных женщин изучен анамнез, особенности генеративной и менструальной функций, определен гормональный статус: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол, пролактин и кортизол до и после лечения.

Результаты исследования: Средняя длительность заболевания составила $5,5 \pm 0,3$ года. Ведущей жалобой обследованных больных были ноющие боли в нижних отделах живота, не связанные с менструальным циклом, усиливающиеся в осенне-зимний период, во время стрессов, в перiovуляторный и предменструальный периоды. У 53 (71,6%) пациенток боли irradiировали в пояснично-крестцо-

вую область и/или область прямой кишки и бедер. Каждая третья больная (35,1%) с хроническим сальпингитом указывала на снижение либидо, а 10,8% пациенток на отсутствие такового. Большинство (74,3%) пациенток отмечали патологические выделения из половых путей различного характера и интенсивности. У 48,6% пациенток отмечены нарушения менструальной функции по типу олиго — опсоменореи, у 16,3% — полименореи. Только у одной трети (35,1%) обследованных пациенток менструальный цикл не нарушен. Необходимо отметить высокую частоту (63,6%) аборт, самопроизвольных выкидышей и внематочной беременности в анамнезе, которые являются основными факторами в возникновении воспалительного процесса придатков матки и вторичного бесплодия. При бимануальном исследовании у всех больных пальпировались увеличенные придатки матки с одной и/или обеих сторон, у большинства они были ограничено подвижные, а так же выявлены спаечные изменения различной степени выраженности, что подтверждено данными ультразвукового исследования органов малого таза.

Результаты проведенных гормональных исследований до лечения свидетельствовали о функциональных нарушениях в системе гипофиз-яичники. Уровни ФСГ и ЛГ были повышены у 11(14,9%) и 20 (27,3%) больных соответственно. Содержание пролактина было повышено у 29 (39,2%) женщин. Изменения концентрации эстрадиола наблюдались как в 1-ую, так и во 2-ую фазы менструального цикла, при этом у 42(56,7%) по типу гипоэстрогении, у 7(9,5%)- гиперэстрогении.

У всех пациенток переносимость водо-грязелечения была хорошей, побочных явлений не отмечено. При анализе результатов проведенного лечения у большинства женщин выявлена положительная динамика клинических признаков и гормональных показателей. Болевой синдром после лечения купировался у 63 (85,1%) пациенток, у 11 — болевая значительно уменьшилась. На протяжении 6-и последующих месяцев обострение воспалительного процесса не отмечалось у наблюдаемых пациенток. При анализе гормонального статуса выявлены физиологические уровни ФСГ и ЛГ у всех женщин, пролактин у 93,3% обследованных. Содержание пролактина выше физиологической нормы отмечено только у 5(6,7%) пациенток. Уровень эстрадиола был в пределах нормы у 53 (71,6%) пациенток, гипо- и гиперэстрогения отмечены только у 6 и 5 женщин соответственно.

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание расценивать изучаемые методики как патогенетически обоснованные и эффективные в реабилитации больных хроническим неспецифическим сальпингофоритом, что расширяет возможности немедикаментозной терапии данной категории больных на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий.

СОПОСТАВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Юренева С.В., Майчук Е.Ю., Митрохина Т.В.,
Моисеенко С.В., Воеводина И.В., Сапунова Д.А.,
Кузнецов С.Ю.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность: связь между снижением МПКТ и генерализованным кальцинозом артерий, наблюдающимся в поздние фазы атеросклероза, уже доказана. Предполагается наличие взаимосвязи между повышенной потерей костной ткани и ранними стадиями развития атеросклероза у женщин с высоким риском развития данной патологии (пациентки с хирургической менопаузой).

Цель: выявить взаимосвязь маркеров атеросклероза с развитием остеопороза у женщин с хирургической менопаузой после двусторонней овариоэктомии и проведенной заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Материалы и методы: обследованы 54 пациентки, перенесшие двустороннюю овариоэктомию (в сочетании с гистерэктомией или надвлагалищной ампутацией матки) в репродуктивном возрасте в связи с доброкачественными гинекологическими заболеваниями. Средний возраст пациенток на момент операции составил $38,94 \pm 7,41$ лет. После операции женщины получали ЗГТ, в среднем — $9,3 \pm 2,7$ лет (17 β -эстрадиол). Через $2,35 \pm 1,8$ лет после операции выполнены: эхокардиографическое исследование сердца (ЭХОКГ) и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) с расчетом минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Повторное обследование сделано через $13,8 \pm 1,2$ лет, при котором были проведены: определение скорости пульсовой волны (СПВ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) с измерением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и ДЭРА.

Полученные результаты: при первом обследовании по ЭХОКГ у 12,9% женщин выявлены нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка. У 7,4% пациенток — гипертоническая болезнь. МПКТ была в норме — у 52% пациенток, остеопения (МПКТ от -1 до -2,5 SD) — у 37% женщин, остеопороз (МПКТ более -2,5 SD) — у 11,1% пациенток.

К повторному обследованию сердечно-сосудистые заболевания имелись у 74% пациенток. Показатели СПВ ≥ 12 м/сек — у 40% пациенток, утолщение КИМ ≥ 9 мм — у 83% пациенток. МПКТ в норме — у 29,6% женщин, остеопения — у 46,2% женщин и остеопороз — у 24% женщин. Проведен анализ сроков назначения ЗГТ после операции, общая продолжительность ЗГТ и прием на момент повторного обследования (через 10 и более лет после операции). Более половины обследованных женщин (55,5%) принимали ЗГТ до времени про-

ведения повторного обследования; 44,5% женщин прекратили прием ЗГТ по согласованию с гинекологом в связи с достижением возраста естественной менопаузы.

Остеопоретические изменения имели четкую взаимосвязь с атеросклеротическими изменениями сосудов: остеопороз без атеросклеротических изменений не был выявлен ни в одном случае, а атеросклероз без остеопороза был только у 2 женщин (3,7%). Сочетание атеросклеротических и остеопоретических изменений выявлено у пациенток, получавших ЗГТ менее продолжительный период времени — $8,19 \pm 2,54$ лет. Нормальных показателей по всем трем исследованиям (СПВ, УЗДГ и ДЭРА) не было получено ни в одном случае, что свидетельствует о параллелизме развития и взаимно обусловленности атеросклеротических и остеопоретических процессов у пациенток с хирургической менопаузой. Проведен отдельный анализ остеопоретических изменений в зависимости от возраста пациенток и приема ЗГТ:

1) остеопороз выявлен у женщин, получавших ЗГТ в более поздние сроки после оперативного лечения с меньшей длительностью применения данного вида терапии,

2) нормальные показатели МПКТ отмечены у женщин, начавших прием ЗГТ в более ранние сроки после операции и получавших данную терапию максимально длительно,

3) женщины с остеопорозом были старше по возрасту, чем женщины с остеопенией и последние — старше, чем женщины с нормальными значениями МПКТ.

Заключение: хирургическая менопауза вызывает раннее развитие атеросклероза и остеопороза, оба процесса имеют отчетливую взаимную связь. Потеря МПКТ замедляется при назначении ЗГТ, зависит от начала и длительности данного лечения. Развитие атеросклеротических изменений имеет связь с возрастом пациенток и длительностью приема ЗГТ. Наличие у пациенток с хирургической менопаузой сочетанных изменений двух либо одного из «ранних маркеров атеросклероза» (по данным СПВ и УЗДГ) повышает риск потери МПКТ более чем вдвое.

ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Юренева С.В., Якушевская О.В., Кузнецов С.Ю.,
Гависова А.А., Сметник В.П.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России. Отделение гинекологической
эндокринологии

Цель: Изучить эффективность золедроновой кислоты в терапии постменопаузального остеопороза.

Методы исследования: клинический, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (абсолютные значения и Т-критерии), иммуноферментный анализ маркеров костного метаболизма (В-CrossLaps, Остеокальцин).

Результаты: Мы исследовали 70 женщин с постменопаузальным остеопорозом. Средний возраст составил 59,2±6,8 лет. Средняя продолжительность периода постменопаузы=14±3,8 лет. Индуцированная менопауза в анамнезе была у 12(17,1%) женщин. ИМТ=26,2 + 2,4 кг/м².

T- критерии в L1-L4 при оценке остеоденситометрии соответствовали остеопорозу (-2,9±0,13), в левой и правой шейке бедра — остеопении (-1,6±0,15 и -1,4±0,14). При проведении контрольной остеоденситометрии через 1 год после инфузии отмечено достоверное повышение МПКТ в L1-L4 на 5%; в шейке бедра 3 и 2,6% соответственно (p<0,05).

Исходные значения маркеров соответствовали периоду постменопаузы. Всем пациенткам была проведена внутривенная инфузия золедроновой кислоты в дозе 5 мг. С целью профилактики симптомов постдозной реакции пациенты принимали парацетамол 1000мг. Дополнительно все пациенты получали препараты кальция(1000мг/сут) и витамин Д3 (800МЕ/сут). После внутривенной инфузии золедроновой кислоты проводились динамическое наблюдение и контрольные лабораторные и инструментальные методы исследования.

Максимальное снижение маркеров резорбции костной ткани (В-CrossLaps) отмечено уже в первые месяцы после внутривенной инфузии золедроновой кислоты: через 1 месяц — 73%, через 3 месяца — 77%, 6 месяцев — 75%, 9 месяцев — 68% и 12 месяцев — 35%.

Пик снижения маркеров формирования костной ткани (остеокальцин) соответствует 3 месяцам терапии — 43%. Через 6 месяцев степень снижения остеокальцина — 43,1%, 9 месяцев-32%, 12 месяцев-18%.

К концу года маркеры костного метаболизма соответствовали периоду пременопаузы, что свидетельствует об адекватности терапевтического эффекта.

Суммарно снижение маркеров менее 30% регистрировалось для В-CrossLaps у 12(17,1%) пациентов. Этот уровень снижения маркеров костного метаболизма можно расценить как бедный ответ на терапию азотсодержащими бисфосфонатами. После инфузии ни у кого не было отмечено гипокальциемии.

Выводы: Золедроновая кислота обладает мощным и пролонгированным антирезорбтивным эффектом. Определение биохимических маркеров костного метаболизма позволяет оценить выраженность индивидуального ответа на терапию уже в первые 1-3 месяца после инфузии и выявить пациентов с бедным ответом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Яковлева Н.В.

Федеральное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»

Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий явилось новым этапом в лечении женского бесплодия.

Цель исследования — оценить эффективность современных эндоскопических оперативных вмешательств в лечении трубно-перитонеального бесплодия и наружного генитального эндометриоза (НГЭ), ассоциированного с бесплодием.

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 268 пациенток с бесплодием путем ретроспективного анализа историй болезни и анкетирования пациенток. Средний возраст женщин составил 28,3±3,8 года, длительность бесплодия 4,5±3,0 года. Диагноз бесплодия был поставлен на основании комплексного клиничко-лабораторного и инструментального обследований.

В зависимости от выявленного фактора бесплодия пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа — 171 пациентка с бесплодием трубно-перитонеального генеза, 2 группа — 97 пациенток с НГЭ. Все пациентки были прооперированы лапароскопическим доступом в отделении гинекологии ФГЛПУ «НКЦОЗШ».

Пациентки с бесплодием трубно-перитонеального генеза составили 63,8% от всех больных с бесплодием. Оперативные вмешательства применялись дифференцированно в зависимости от характера трубных поражений, уровня окклюзии маточных труб, выраженности спаечного процесса в полости малого таза. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: двусторонняя сальпингостомия — у 53, односторонняя сальпингостомия — у 28, фимбриопластика — у 84, микрохирургический трубный анастомоз — у 6 больных. У большинства пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием выполнялись сочетанные оперативные вмешательства по поводу сопутствующей гинекологической патологии. При выполнении операций на маточных трубах использовали принципы реконструктивной микрохирургии: бережное обращение с тканями, тщательный гемостаз, применение точечной коагуляции и ареактивных шовных материалов, тщательное промывание полости малого таза растворами.

Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием оценены по данным гистеросальпингографии и контрольной лапароскопии. Нормальная проходимость маточных труб наблюдалась в 78% (133) случаев. Реокклюзия маточных труб наступила у 22% (38) пациенток при выраженных патологических изменениях маточных труб на фоне инфекций, передаваемых половым путем. Маточная беременность наступила у 84 (49,1%) пациенток с бесплодием трубно-перитонеального

гене́за. Частота наступления беременности зависела от тяжести поражения маточной трубы и выраженности спаечного процесса в полости малого таза, вида выполненного оперативного вмешательства, сочетанной гинекологической патологии. Рождением живых детей закончились 77 (91,6%) беременностей. У 7 пациенток наблюдались выкидыши. Внематочная беременность наступила у 20 (11,6%) женщин.

Пациентки с НГЭ, ассоциированным с бесплодием, были разделены на 2 группы: 1 группа — 42 (43,2%) больные с НГЭ 1-2 степени тяжести; 2 группа — 55 (56,8%) пациенток с НГЭ 3-4 степени тяжести. При оперативном лечении пациенток с НГЭ использовался лапароскопический доступ, который позволял удалять механически или с помощью различных энергий сам морфологический субстрат эндометриоза. Проводились следующие виды оперативных вмешательств в зависимости от выявленных поражений: вылущивание эндометриодных кист яичника или резекция яичника в пределах здоровых тканей, резекция или коагуляция очагов эндометриоза на брюшине, кресцово-маточных связках, ректовагинальной перегородке, разделение сращений между маткой, придатками и смежными органами, проводилась коррекция сопутствующей гинекологической патологии. При хирургическом лечении пациенток с тяжелой формой наружного генитального эндометриоза из-за обширного поражения брюшины и смежных органов или сопутствующем аденомиозе иногда невозможно полностью удалить все эндометриодные гетеротопии. Поэтому в лечении больных с эндометриозом мы использовали комбинированный метод: хирургическое оперативное вмешательство и гормональная терапия в послеоперационном периоде.

Пациенткам с НГЭ 1-2 степени назначали эстроген-гестагенные препараты или прогестагены на 3-6 месяцев. Методом выбора при лечении пациенток с 3-4 степенью НГЭ явились агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, их применяли в течение 3 циклов. У пациенток с эндометриозом после проведенного комбинированного лечения значительно уменьшался болевой синдром, наступление маточной беременности отмечалось у 45 (46,3%) больных, родами закончились 43 беременности, выкидыши наблюдались у 2, внематочная беременность наступила только у 1 больной.

Таким образом, дифференцированный подход при оперативном лечении пациенток при трубно-перитонеальном бесплодии восстановил репродуктивную функцию у 49,1% женщин. Комбинированное лечение наружного генитального эндометриоза способствовало наступлению беременности у 46,3% пациенток.

ОЦЕНКА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЧЕЧНИ

Янхотова Э.М.

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия

Становление и созревание репродуктивной системы женского организма представляет непрерывный, длительный процесс, в котором условно выделяют несколько периодов. Одним из критических периодов является период полового созревания.

Известно, что половое созревание наступает на определенном уровне физического развития, однако до настоящего времени отсутствует единая схема оценки полового созревания, что затрудняет сопоставление данных полученных в разных странах и в различных клиниках. Целью настоящего исследования является проведение сравнительной оценки гармоничности полового созревания и физического развития в пубертатном периоде девушек в зависимости от состояния их репродуктивной системы. Нами изучены особенности полового и физического развития у 205 девушек-подростков Чеченской Республики. Основную группу составили 155 девушек с различной гинекологической патологией, они разделены на возрастные подгруппы: 14-16 и 17-20 лет. В контрольную группу вошли 25 здоровых девушек-подростков в возрасте 14-16 лет и 25 девушек в возрасте 17-20 лет.

У подростков основной группы младшей возрастной категории общий БПР был ниже, чем в контрольной группе и составил $8,60 \pm 0,18$ и $9,46 \pm 0,31$ соответственно. При этом наиболее низким оказался показатель характера менструаций по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы, который составил $3,99 \pm 0,9$ против $4,21 \pm 0,1$ соответственно.

Степень развития аксилярного и лобкового оволосения также несколько отстает от таковых показателей в группе сравнения, что можно клинически наблюдать в виде нарушенных темпов и последовательности развития отдельных вторичных половых признаков. Молочные железы у девушек с патологией репродуктивной системы не достаточно развиты в обеих возрастных группах в сравнении с группой контроля.

У девушек основной группы в 14-16 лет невысокий уровень физического развития, незавершенны пубертатные изменения массы, длины тела, не сформирован костный таз. К окончанию периода полового созревания (17-20 лет) низкий БПР в основной группе формируется за счет показателя, характеризующего менструальную функцию. Эти подростки отличаются более ранним и интенсивным подмышечным и лобковым оволосением. Рост волос на лобке и в подмышечных впадинах в период полового созревания обеспечивается выработкой стероидных гормонов не только яичниками, но и корой надпочечников. Менструальная функция

является важным показателем репродуктивного здоровья. Возраст менархе во многом зависит от наличия соматической патологии, этнической принадлежности, климатических условий и ряда других факторов. Средний возраст менархе у девушек-подростков с гинекологической патологией составил $13,1 \pm 0,1$ лет. У здоровых подростков менархе наступило раньше — в $12,38 \pm 1,0$ лет. Одним из показателей менструальной функции является длительность установления регулярного менструального цикла (в данное исследование были включены только девушки-подростки с гинекологическим возрастом 2 года и более). Средняя продолжительность установления менструального цикла (до 6 месяцев) в группе здоровых девушек отмечалась чаще — 76,7% по сравнению с подростками основной группы — 27,8% ($p < 0,05$). У девушек-подростков из основной группы достоверно чаще длительность менструального цикла свыше 29 дней, что превышает аналогичный показатель в группе здоровых сверстниц — 26,1% против 10% в контроле. Выявлены достоверные различия в количестве теряемой крови во время менструации. У девушек с гинекологической патологией гиперменорея отмечена в 65% наблюдений, тогда как у здоровых девушек почти в 10 раз меньше.

Проведенные нами исследования показали, что менструации у девушек основной группы были более длительными, чем у здоровых сверстниц. В то же время полименорея была выявлена только у девушек-подростков основной группы. Достоверно большая доля отводится девушкам-подросткам с гинекологической патологией, у которых менструальный цикл установился через год (48,2% против 16,7% в контроле) и позже (17,5% и 6,7% соответственно).

Следует отметить, что подростки с неустановившимся к моменту обследования циклом были выявлены только в группе с той или иной патологией репродуктивной системы. Частота первичной аменореи в основной группе в 4 раза превышала таковую в группе сравнения, к тому же, вторичная аменорея была выявлена только у девушек-подростков из основной группы.

Таким образом, становление менструальной функции у девушек-подростков Чеченской Республики сопровождается различными нарушениями. В этой группе подростков менструальная функция имеет худшие характеристики по сравнению со здоровыми сверстницами: более поздний возраст менархе, длительное установление регулярного менструального цикла, большая длительность и интенсивность менструаций.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ДИНАМИКЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Янхотова Э.М.

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия

Наличие хронических заболеваний внутренних органов способствует увеличению частоты гормональных нарушений и воспалительных заболеваний, поэтому своевременное выявление и коррекция их — неперемное условие оптимального развития организма девушки, в том числе и ее репродуктивной системы. В связи с этим, научный интерес представляет изучение взаимосвязи соматической и гинекологической патологии у девушек-подростков и влияние их на репродуктивный потенциал.

Целью настоящего исследования является анализ частоты гинекологической заболеваемости в динамике полового развития.

Нами проведено исследование репродуктивного здоровья 205 девушек-подростков 14-20 лет. Они в соответствии с имеющейся у них патологией распределены на две группы: основная группа-155 девушек с различной гинекологической патологией, контрольная группа-50 здоровых девушек. Группы распределены на возрастные подгруппы 14-16 лет (ранний пубертат) и 17-20 лет (поздний пубертат). В качестве материала исследования были использованы клинические наблюдения, истории болезни, поликлинические карты, результаты основных и дополнительных методов исследования. Оценка репродуктивного здоровья проводилась на основании изучения данных анамнеза, результатов объективного, клинико-лабораторного, электрофизиологических и рентгенологических методов исследования, а также путем изучения и выкопировки медицинской документации: амбулаторных карт и выписок из историй болезни. Анализ структуры гинекологической заболеваемости девушек-подростков 14-16 лет и 17-19 лет выявил, что наибольший удельный вес в обеих группах занимают нейроэндокринные синдромы, при этом к 17-19 годам удельный вес данной патологии возрастает с 47,4% до 49,0%. Эти больные составляют группу риска по бесплодию, различным видам нейроэндокринных расстройств, формированию гормональнозависимых заболеваний и осложненного течения беременности в силу нарушения адаптационных процессов у них. В возрастной группе 17-19 лет в структуре гинекологической заболеваемости второе место занимают воспалительные заболевания — 15,3%, что, вероятно, связано с началом половой жизни, характером микрофлоры половых путей, зависящей от функционирования яичников, сексуальной активности и особенностей макроорганизма подростка. В этом возрасте доброкачественные опухоли занимают третье место — 13,9%: кистомы, эндометриоз, мастопатии. Можно предположить, что фоном для развития данной патологии служат гормональные нарушения.

Дисфункциональные маточные кровотечения составляют 13,7%, занимая в структуре гинекологической патологии четвертое место. Нарушения полового развития в данной возрастной категории составляют 5,9%.

В группе 15-16-летних девушек на втором месте по частоте выявления оказались дисфункциональные маточные кровотечения — 28,1%. Частота обнаружения данной патологии совпадает с литературными данными и свидетельствует о неустойчивости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, нарушение ритмической продукции гормонов яичниками. Далее следуют воспалительные заболевания; их удельный вес несколько ниже, чем в старшей возрастной категории и составляет 11,6% против 15,3%. В этой возрастной группе в структуре гинекологической заболеваемости удельный вес нарушений полового развития несколько выше, чем в группе 17-19 летних и составляет -8,1%, тогда как доброкачественные опухоли составляют 2,4%, что значительно меньше, чем в группе 17-19 летних девушек. Анализируя частоту гинекологической заболеваемости в динамике полового развития выявлено, что к вступлению в детородный период более высокая гинекологическая заболеваемость у 17-19 летних девушек-подростков по сравнению с 14-16 летними объясняется достоверно большей частотой воспалительных заболеваний ($74,1 \pm 10,4$ против $35,2 \pm 6,3$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$), фоновых заболеваний шейки матки ($18,9 \pm 6,1$ против $3,9 \pm 0,3$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$), поликистоз яичников ($197,4 \pm 34,2$ против $59,5 \pm 13,2$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$), гиперпролактинемий ($60,9 \pm 12,3$ против $23,5 \pm 9,1$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$), предменструальных синдромов ($31,0 \pm 12,1$ против $3,9 \pm 0,1$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$), мастопатии ($67,2 \pm 0,13$ против $4,0 \pm 0,12$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$). Между тем, частота нарушений полового развития к 17-19 годам достоверно снижается ($24,6 \pm 1,1$ против $39,3 \pm 4,2$).

В результате исследования выявлено, что гинекологическая заболеваемость 17-19-летних достоверно выше по сравнению с 14-16 летними ($598,1 \pm 82,1$ против $367,8 \pm 51,3$ на 1000 обследованных, $p < 0,05$). Доля больных среди 17-19-летних составила 35,3%, а 15-16-летних — 27,4%. Уровень выявленной патологии (на 100 больных) был выше в группе 17-19-летних подростков по сравнению с 15-16-летними: (158,4 против 131,2).

Таким образом, анализ гинекологической заболеваемости у девушек в динамике периода полового созревания, выявил достоверное ее увеличение на заключительном этапе созревания репродуктивной системы, что по существу определяет гинекологическое и эндокринное здоровье будущей женщины - матери.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ярмолинская М.И., Швед Н.Ю., Иващенко Т.Э.,
Баранов В.С., Сельков С.А.

Россия, Санкт-Петербург, НИИ АГ им.Д.О.Отта СЗО РАМН

Целью исследования явилось изучение роли генетических и иммунологических факторов в патогенезе наружного генитального эндометриоза (НГЭ) и разработка оптимальных методов лечения заболевания. Было обследовано 832 женщины с НГЭ, диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования, а также подтвержден результатами гистологического обследования. Обнаружено достоверное снижение цитотоксической активности НК-клеток в периферической крови (ПК) и перитонеальной жидкости (ПЖ) при эндометриозе, отрицательно коррелирующее со степенью распространенности заболевания ($r = -0,46$; $p < 0,01$). При анализе показателей интерферонового (IFN) статуса при НГЭ отмечено достоверное снижение способности лейкоцитов ПК к продукции IFN- α/β и IFN- γ , наиболее выраженное при IV ст. заболевания ($p < 0,01$). В ПЖ и ПК больных НГЭ отмечено достоверное повышение уровня цитокинов по сравнению с контрольной группой. Содержание IL-1 β в ПЖ повышено в 3,5 раза, TNF α в 7,5 раз, IL-2 в 1,4 раза, IL-4 в 2,7 раза, IL-6 в 10,7 раза, IL-8 в 2,5 раза и IL-10 в 7,3 раза соответственно ($p < 0,01$). Определено, что риск развития НГЭ ассоциирован с особенностями генетического полиморфизма генов фазы 2 системы детоксикации, гена ароматазы CYP 19 и генов цитокиновой сети. Согласно коэффициенту соотношения шансов (OR) низкая ферментативная активность митохондриальной эпоксидгидролазы, обусловленная полиморфизмом гена mEPHX1, вдвое увеличивает риск развития НГЭ (OR=2,06; CI:95% 1.16—3.68). Носительство генотипа GSTT10/0 увеличивает риск развития заболевания в 2,3 раза (OR=2,34; CI:95% 1.22—4.48). При наличии аллеля - 590C гена IL4 риск развития НГЭ возрастает в 3 раза (OR=3,05; CI: 95% 1,05—8,83). Гомозиготность по редкому аллелю полиморфизма G1902A гена рецептора интерлейкина 4 (IL4R) увеличивает риск развития НГЭ в 16,5 раз (OR=16,51; CI: 3,57—76,41). Носительство аллеля -308A гена TNF- α , в гомо- или гетерозиготном состоянии, повышает риск развития НГЭ в 7,5 раз (OR=7,48; CI: 95% 3,29—16,98). Наличие генотипа A/G по гену RANTES увеличивает риск развития заболевания в 2,5 раза (OR=2,47 CI:95% 1,38—4,42). Обнаружена достоверная корреляция между особенностями полиморфизма генов цитокинов и результатами иммунологических исследований данных цитокинов. Носительство сочетанных генотипов GSTM1 0/0 + GSTT1 0/0, GSTT1 0/0 + NAT2 S/S или mEPHX1 S + GSTM1 0/0 увеличивает риск развития НГЭ (OR=4.99; CI:95% 1.81—13.76; OR=3.74; CI: 95% 1.63—8.59; OR=2.24; CI:

95% 1.06—4.71 соответственно). При носительстве сочетанных генотипов GSTM1 0/0 + GSTT1 0/0 + NAT2 S/S, mEPHX1 S + GSTT1 0/0 + GSTM1 0/0, GSTT1 0/0 + mEPHX1 S + NAT2 S/S или GSTM1 0/0 + GSTT1 0/0 + mEPHX1 S + NAT2 S/S риск развития эндометриоза увеличивается (OR=10.61; CI:95% 1.99—56.61; OR=4.36; CI:95% 1.58—17.97; OR=6.2; CI:95% 1.01—38.13; OR=6.2; CI:95% 1.01—38.13 соответственно). Носительство сочетанного генотипа GSTM1 0/0 + GSTT1 0/0 и GSTT1 0/0 + NAT2 S/S достоверно увеличивает риск развития более тяжелых степеней НГЭ (OR=6.8; CI:95% 2.35—19.77 и OR=4.86; CI:95% 1.73—13.64 соответственно). Частота носительства аллеля -590С по гену IL4 у больных с III-IV ст. НГЭ достоверно отличалась от контрольной группы (58,8% и 31,9% соответственно, $\chi^2=4,23$; $p=0,04$). Результаты оценки эффективности иммуномодулирующей терапии показали, что у больных НГЭ применение индуктора интерферона акридинового ряда приводит к достоверному повышению цитотоксической активности НК-клеток и возрастанию способности лейкоцитов ПК к продукции IFN- α/β и IFN- γ . Коэффициент стимуляции (КСт), отражающий прирост способности лимфоидных клеток к продукции интерферонов, был наибольшим при НГЭ I-II ст. для IFN- α/β и при III-IV ст. заболевания для IFN- γ . Аналогичные изменения получены относительно применения рекомбинантного IL-2, однако, КСт был наибольшим для IFN- α/β и IFN- γ при распространенных формах эндометриоза. Определено, что сочетанное применение агонистов ГнРГ с противовоспалительным иммуномодулятором из группы гидрофто-

латов, приводит к достоверному снижению уровня TNF- α на 11%, IL-2 на 22%, IFN- γ на 18%, IL-6 на 13%, IL-4 на 18%, IL-10 на 22%. После монотерапии агонистами ГнРГ отмечено снижение уровня IL-2 на 10%, IFN- γ на 6%, IL-6 на 11%, IL-4 на 3%, IL-10 на 16% и повышение уровня TNF- α на 4%. Выявлена связь особенностей полиморфизма изученных генов с эффективностью и резистентностью к медикаментозной терапии. Носительство сочетанного генотипа GSTT1 0/0 + NAT2 S/S или mEPHX1 S + GSTM1 0/0 увеличивает риск неудовлетворительного эффекта от проводимой терапии (OR=3.7; CI:95% 1.22—11.15 и OR=3.14; CI:95% 1.02—9.7, соответственно). При наличии генотипа (TTTA)7(TTTA)11 CYP19 риск резистентности к медикаментозному лечению возрастает в 4 раза (OR=4,34; CI:95% 1,79—10,55), при сочетанном генотипе GSTM1 0/0 + (TTTA)7(TTTA)11 CYP19 — повышается в 6,6 раз (OR=6.56; CI:95% 1.72—24.98). Определено, что генотип (TTTA)11/(TTTA)11 CYP19 является благоприятным для эффективного медикаментозного лечения НГЭ (OR=0,21; CI:95% 0,72—0,06), также как наличие «быстрой» формы mEPHX1 (OR=0,33; CI:95% 0,87—0,13) и функционально активного генотипа по гену GSTM1(+) (OR=0,49; CI:95% 1,02—0,24). Представленные результаты свидетельствуют о несомненной взаимосвязи генетических и иммунологических факторов в патогенезе НГЭ, особенностях течения заболевания и показывают, что для выбора патогенетически обоснованной терапии необходима интегральная оценка вышеперечисленных факторов.

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В НЦАГИП ИМ. В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ

Алиева Л.Б., Антонов А.Г., Буркова А.С.,
Ленюшкина А.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность

Как известно, наиболее трудными пациентами в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных являются глубоконедоношенные дети, рожденные с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Именно в этих группах детей наблюдаются наибольшие перинатальные потери. Переход на международные критерии живорожденности и жизнеспособности ставят перед отечественной неонатальной реанимационно-интенсивной службой две основные задачи: первую — повышение выживаемости глубоконедошенных детей и вторую — уменьшение исходов в инвалидность. В этой ситуации ретроспективный взгляд на проблему весьма актуален.

Цель работы: Оценить результаты оказания реанимационно-интенсивной помощи детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела за период с 1997 по 2009гг.

Методы исследования: Для оценки выживаемости, причин летальности и влияния способа родоразрешения на исходы проведен ретроспективный анализ 516 историй болезни новорожденных с экстремально низкой массой тела (185 историй) и с очень низкой массой тела (331 история). С учетом внедрения в практику в последние годы высокотехнологичной помощи, антенатальной профилактики стероидов, экзогенных сурфактантов, щадящих методов респираторной поддержки, оптимизации условий выхаживания анализируемый материал был условно разделен на два временных интервала: с 1997г. по 2004 г. и с 2005г. по 2009г.

Результаты: За период с 1997 по 2004гг через отделение реанимации и интенсивной терапии прошло 160 детей с очень низкой массой тела, что составило 9% от общего числа пациентов, и 80 детей с экстремально низкой массой тела (соответственно 4,5 % от общего числа пациентов). В 2005–2009гг удельный вес глубоконедошенных детей увеличился, составив соответственно 14% и 8,6 %.

При этом с 2007г. почти в 2 раза увеличилось число пациентов весовой группы от 500гр до 749 гр. Следует отметить, что пациенты со столь низкой массой тела не выжили ни в одном случае до 2005 г. Однако за период с 2005 по 2009гг из 34 пациентов этой весовой группы выжило 12 детей, что составило 35%. Еще более разительный результат получен в весовой группе от 750 до 999 гр. Так за период с 1997 по 2004 гг из 63 детей выжило 24 ребенка (38%), а с 2005 по 2009гг из 71 пациента выжило 57 детей (80%). Аналогичная по динамике картина наблюдается и в группах с очень низкой массой тела. Так в весовой группе от 1000 гр до 1249 гр за период с 1997 по 2004гг из 54 детей выжило 38 (70%), а за период с 2005 по 2009 гг. из 70 пациентов выжило 61 (87%). В весовой группе от 1250 до 1499 гр за последние 5 лет выживаемость пациентов составила 97% (98 детей из 101 ребенка).

Известно, что исход для ребенка во многом определяется выбором способа родоразрешения в зависимости от состояния матери и плода. По нашим данным в 89,74% дети с очень низкой массой тела, извлеченные путем кесарева сечения, выжили, в то время как при рождении через естественные родовые пути выжило лишь 72,41 %.

Аналогичная картина наблюдается на примере детей с экстремально низкой массой тела. Так при родоразрешении путем кесарева сечения выжило 70, 75% пациентов, а при родах через естественные родовые пути только 22,78%.

Что касается причин неонатальной смертности, то доминирующим фактором является инфекционная патология (60%). Геморрагические осложнения, преимущественно в виде внутрижелудочковых кровоизлияний, являются важным фактором в танатогенезе у глубоконедошенных детей.

Заключение: Среди пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии доля пациентов с очень низкой и экстремально низкой массой тела за последние 13 лет заметно увеличилась. Вместе с тем значительно возросла выживаемость глубоконедошенных детей всех весовых групп, что обусловлено как внедрением современных технологий реанимационно-интенсивной помощи, так и стремлением к более щадящему родоразрешению путем кесарева сечения. Основной причиной неонатальных потерь остаются инфекционные заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА КРУПНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ИХ РАЗВИТИЯ

Баева И.Ю.

Оренбургская государственная медицинская академия, Россия

В раннем неонатальном периоде наиболее мощной перестройке подвергается сердечно-сосудистая система новорожденных. Быстрая динамика адаптационных реакций характерна для первых семи дней жизни, которые являются определяющими качества последующей жизни (Яцык Г.В. с соав., 2008). В этой связи особый интерес представляет дифференцированный подход к изучению эхографических показателей сердца новорожденных в зависимости от гармоничности их развития.

Цель исследования: изучение ультразвуковых параметров сердца крупных новорожденных в зависимости от гармоничности их развития в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы. Были исследованы 3 группы крупных новорожденных: I группа (26 детей) — гармонично развитые (пондераловский индекс $22,5 \pm 25,5 \text{ кг/м}^3$), II (35 детей) — пониженного питания (пондераловский индекс менее $22,5 \text{ кг/м}^3$), III (29 детей) — повышенного питания (пондераловский индекс более $25,5 \text{ кг/м}^3$). Ультразвуковое исследование сердца новорожденных проводилось на 2-3 сутки жизни на аппарате Phillips HD 15 датчиком с частотой 8-5 МГц. Достоверность количественных данных проверена критерием Стьюдента.

Результаты исследования. Все дети родились от женщин, средний возраст которых составил 28 ± 6 лет. Новорожденные были сопоставимы по сроку гестации, весу, оценке по шкале Апгар. Из исследования были исключены родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди соматической патологии преобладала анемия легкой степени, патология мочеполовой системы. Течение беременности в 3-х группах не было отягощено преэклампсией, гестационной гипертензией, хронической фетоплацентарной недостаточностью.

Существенное значение на процессы послеродовой адаптации оказывают фетальные коммуникации. Функционирование овального окна с лево-правым сбросом наблюдалось у всех крупных новорожденных. При этом его размеры у макросомов с повышенным и пониженным питанием были практически одинаковыми — соответственно $5,2 \pm 0,1 \text{ мм}$ и $5,1 \pm 0,2 \text{ мм}$. У гармонично развитых новорожденных этот показатель оказался существенно меньше и составил $3,5 \pm 0,5 \text{ мм}$ ($p \leq 0,05$). При сравнительном анализе средних значений конечно-систолического (КСР) и конечно-диастолического (КДР) размеров левого желудочка выявилось их снижение в группе макросомов с высоким пондераловским индексом (коэффициент гармоничности более $25,5 \text{ кг/м}^3$) в сравнении с истинными макросомами

и макросомами с пониженным питанием ($p \leq 0,05$), что, вероятно, свидетельствует о нарушении физиологических процессов перестройки гемодинамики при переходе к внеутробным условиям жизни. Так, средние значения КСР в первой группе составили $11,0 \pm 0,8 \text{ мм}$, во второй (макросомы с пониженным питанием) — $11,3 \pm 1,2 \text{ мм}$, в третьей (макросомы с повышенным питанием) — $9,4 \pm 0,8 \text{ мм}$. При этом сократительная функция сердца (фракция выброса — ФВ) во всех группах крупных новорожденных не имела существенных различий.

По результатам эхографического исследования на 2-3 сутки жизни у крупных новорожденных была выявлена дилатация правого желудочка. Сравнительный анализ этого показателя по группам макросомов установил, что наибольшие размеры правых отделов сердца наблюдались у макросомов с повышенным питанием в сравнении с 2-мя другими группами ($p \leq 0,05$). Кроме дилатации правого желудочка у макросомов третьей группы выявлено увеличение правого предсердия и трикуспидального клапана.

Таким образом, нами были определены некоторые особенности ультразвуковых анатомических показателей сердца крупных новорожденных в зависимости от гармоничности их развития. Во-первых, установлены более высокие показатели сократимости левого желудочка у гармонично развитых макросомов. Во-вторых, на 2 — 3 сутки жизни фетальные коммуникации с лево-правым сбросом превалировали у макросомов с повышенным питанием. В-третьих, у макросомов с повышенным питанием определялась более выраженная дилатация правых отделов сердца.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Белугина О.С., Михалев Е.В.¹, Ермоленко С.П.¹,
Агаркова Л.А., Башарова И.Н.

НИИАГП СО РАМН г. Томск

1-ГОУВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск

Фетоплацентарная недостаточность вызывает выраженное напряжение в деятельности регуляторных гомеостатических механизмов материнского организма, следствием чего является гипоксия плода, способствующая рождению детей в состоянии асфиксии и развитию у них в постнатальном периоде разнообразных форм полиорганной недостаточности. При этом нарушения в системе гемостаза у новорожденных детей рассматриваются как наиболее грозные осложнения периода новорожденности. Однако развернутое исследование всех компонентов системы гемостаза в повседневной практике представляет большие трудности, необходимая информация поступает врачу слишком поздно, не отвечает задачам urgentной диагностики и лечения критических состояний.

Целью работы явилось изучение свертывающей и суммарной литической активности у новорожденных от матерей с хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН).

Было обследовано 72 новорожденных ребенка на базах родильных домов и отделения патологии новорожденных города Томска. Группу контроля составили 15 доношенных детей, имеющих I-IIa группу здоровья. В I группу вошли 27 новорожденных от матерей с компенсированной формой ХФПН, из них 14 доношенных и 13 недоношенных I-II степени. II группу составили 30 новорожденных от матерей с субкомпенсированной формой ХФПН, из них 8 доношенных, 15 недоношенных I-II степени и 7 недоношенных III-IV степени.

Всем новорожденным проводилась интегральная экспресс-оценка всех фаз свертывания и суммарной литической активности крови по данным пьезоэлектрической гемовискозиметрии цельной нестабилизированной крови на приборе АРП-01 «Меднорд» в возрасте 5-7 суток жизни и в 1 месяц. Прибор позволял оценить процессы гемокоагуляции, ретракции сгустка крови и фибринолиза в реальном времени с получением данных в течении 30-90 минут и графического изображения процесса на жидкокристаллическом дисплее прибора. Для исследования брали кровь из периферической вены иглой ($d=0,8$ мм) в объеме 0,6 мл. Определяли основные количественные вязкостные характеристики сосудисто-тромбоцитарного звена, коагуляционного звена и фибринолиза: Ag — интенсивность спонтанной агрегации тромбоцитов, r — период реакции (время формирования активной протромбиназы), k — константа тромбина (время формирования активного тромбина), AM — фибрин — тромбоцитарная константа крови (структурные свойства сгустка, его максимальная плотность), T — время формирования фибрин — тромбоцитарной структуры сгустка (время тотального свертывания крови), F — суммарный показатель ретракции и спонтанного лизиса сгустка (фибринолитическая активность).

Статистический анализ проводили при помощи пакета программ Statistica 5.0 (StatSoft, Ink.). Проверка нормальности распределения выборок проводилась с помощью W -критерия Шапиро-Уилки. Для каждого показателя в группах наблюдений вычислялись: среднее значение (M) и среднюю ошибку средней величины (m). Достоверность различия для выборок между двумя средними оценивалась по U -критерию Манна-Уитни. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считались достоверными при $p<0,05$.

Новорожденные дети от матерей с различными клиническими формами ХФПН на 5-7 сутки жизни имели хронометрическую гиперкоагуляцию (были снижены показатели периода реакции (r) ($p<0,001$), константы свертывания крови (t) ($p<0,001$), времени формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка (T) ($p<0,01$)), по сравнению с контрольной группой. При этом у детей от матерей с субкомпенсированной формой ХФПН регистрировалась структурная гипокоагуляция

(снижена фибрин-тромбоцитарная константа крови (AM) ($p<0,05$)), т.е. сформировавшийся кровяной сгусток был неполноценным, что могло указывать на нарушение конечного этапа свертывания крови — фибринообразования и обуславливало повышенную склонность пациентов к геморрагическим осложнениям. Однако геморрагический синдром клинически проявлялся лишь у 6,7 % детей, что свидетельствовало об отсутствии системной кровоточивости у этих новорожденных. Нарушения в системе гемостаза у новорожденных всех групп к концу неонатального периода не выявлялись.

Таким образом, у новорожденных от матерей с различными клиническими формами ХФПН обнаружены лабораторные изменения системы гемостаза. Хронометрическая гиперкоагуляция в сочетании со структурной гипокоагуляцией регистрировалась только у новорожденных от матерей с субкомпенсированной формой ХФПН. Пьезоэлектрическая гемовискозиметрия позволяла проводить экспресс-диагностику, оперативно получая объективные данные о свертывающей и суммарной литической активности крови новорожденных.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Болтовский В.А., Сергеева И.А., Худякова Ю.В.
Базранова Ю.Ю.

Медицинская компания ИДК г. Самара.
Самарская областная клиническая больница им.
М.И. Калинина, Самара.

Самарский государственный медицинский университет

Цель: повысить эффективность лечения инфекции мочевых путей на стационарном и амбулаторно — поликлиническом этапах.

Пациенты и методы: 64 ребенка в возрасте от трех месяцев до трех лет, наблюдаемых нами в течение 2008 — 2010 гг. на стационарном и амбулаторно — поликлиническом этапах.

Результаты: Сочетанное применение в педиатрической практике препарата Канефрон Н и поливалентного пиобактериофага позволило значительно уменьшить частоту рецидивов мочевого синдрома у детей младшего возраста, страдающих инфекциями мочевых путей и пиелонефритами. Препарат Канефрон Н оказывает диуретическое, антимикробное и противовоспалительное действие. Форма в виде капель дает возможность использовать препарат, начиная с грудного возраста. Применение бактериофага позволяет бороться с патогенной микрофлорой. Не секрет, что амбулаторно сданные анализы мочи на стерильность, без использования мочевого катетера далеко не всегда являются достоверными. Однако, учитывая опупубликованные ранее данные о том, что чаще всего в посевах мочи выделяются микробы кишечной группы (*Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*), применение

не только антибиотика в лечении лейкоцитурии вполне оправдано.

Проводимая схема лечения: Препараты давались в возрастной дозе, три раза в день ежедневно в течение 10 дней подряд. Санация анализов наступала к 7–10 дню предложенной терапии. В случаях, когда признаков врожденной патологии мочевой системы не выявлялось (УЗИ), в качестве противорецидивного лечения применялся Канефрон еще на 10 дней. Лечение осуществлено у 64 детей в возрасте от трех месяцев до трех лет. Ремиссия в течение месяца достигнута у 86% детей. Длительность ремиссии – 1 год. При выявлении врожденных аномалий развития мочевой системы (чаще пиелоктазии) схема лечения использовалась в течение двух месяцев (10 дней сочетанное применение Канефрона Н и пиобактериофага; 10 дней применение только Канефрона; 10 дней перерыв). Лечение проведено 28 детям. Ремиссия достигнута через 2 месяца и длилась в течение года в 78% случаев. Побочных действий препаратов не зафиксировано.

Выводы: Применение Канефрона Н и пиобактериофага в комплексном лечении инфекции мочевых путей и пиелонефритов у детей младшего возраста ускоряет достижение ремиссии и ее продолжительность.

РОЛЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО–ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Бочарова И.И., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф.,
Троицкая М.В., Никольская И.Г.**

ГУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»,
Москва

В связи с отсутствием в настоящее время однозначного мнения об этиологической роли возбудителей ряда урогенитальных инфекций (УГИ) у беременных в развитии инфекционно–воспалительных заболеваний у их новорожденных, нами проведено изучение особенностей микробной контаминации 318 новорожденных, родившихся у матерей с УГИ. Все дети были разделены на 6 групп в зависимости от основного клинического диагноза. I группу составили 58 (18,2%) новорожденных с генерализованными и тяжелыми локализованными формами внутриутробной инфекции (ВУИ), II группа состояла из 39 (12,3%) новорожденных с локальными инфекционными процессами средней степени тяжести, III группа объединила 33 (10,4%) новорожденных с выявленными при ультразвуковых исследованиях морфологическими изменениями в ЦНС и внутренних органах, что позволило предположить перенесенную ВУИ; IV группу составили 38 (12,0%) новорожденных с гипоксически–ишемическими поражениями ЦНС разной степени тяжести; V группа включала 36 (11,3%) новорожденных со ЗВУР; VI группа состояла из 114 (35,8%) клинически здоровых новорожденных.

Микробиологические исследования проводились при рождении ребенка в мазках из носоглотки, наружного слухового прохода, ануса, из крови пуповины. Для выявления аэробной флоры пользовались общепринятыми методами. Степень обсемененности исследуемых локусов оценивали по числу колониеобразующих единиц (КОЕ/мл). Определение хламидий, уреоплазм, микоплазм, цитомегаловируса, вируса простого герпеса 2 типа проводилось методом точечной гибридизации (дот–гибридизации) с биотипированием ДНК–зондом из соскоба со слизистой зева, носа, конъюнктивы и мочи новорожденного с применением полуколичественной оценки. Антигены ЦМВ, ВПГ, а также антитела классов М и G к этим вирусам, хламидиям, уреоплазмам и микоплазмам определяли в пуповинной крови методами непрямой иммуофлюоресценции и иммуоферментного анализа. Для определения ЦМВ и ВПГ–2 в крови был использован также метод ПЦР. Основными результатами микробиологического обследования новорожденных у матерей с инфекционно–воспалительными заболеваниями урогенитального тракта являются следующие положения:

- высокая частота (от 34,3% до 61,8%) контаминации аэробной микрофлорой независимо от состояния здоровья;
- преобладание грамположительной микробной флоры над грамтрицательной;
- отсутствие контаминации аэробной микрофлорой у 38,2% новорожденных I группы позволяет предположить ограниченную исходную значимость этих микроорганизмов в развитии тяжелых форм ВУИ в ряде случаев;
- сочетанное выделение *Klebsiella pneumoniae* со слизистой зева и в первой порции мекония явилось характерным признаком ($p < 0,001$) для новорожденных с тяжелыми формами ВУИ;
- характерным признаком для новорожденных с тяжелыми формами ВУИ была высокая частота контаминации некоторыми возбудителями ИППП (до 58,2%) по сравнению с локализованными инфекционными процессами средней степени тяжести (частота выделения не превышала 36%) и новорожденными без симптомов острой ВУИ (частота выделения составила от 6,25% в 6 группе до 13,3% — в 3 группе);
- обсемененность новорожденных с тяжелыми формами ВУИ ВПГ–2 ($p = 0,002$), микоплазмами ($p = 0,006$), уреоплазмами ($p = 0,007$), хламидиями ($p = 0,037$), ЦМВ (0,042) была характерным признаком для этой группы детей по сравнению с группой новорожденных с локализованными среднетяжелыми формами ВУИ;
- из всех среднетяжелых инфекционных процессов лишь конъюнктивит чаще ассоциировался с наличием хламидий ($p = 0,007$) и ВПГ–2 ($p = 0,04$);
- сочетанное выделение антигенов ВПГ–2 и ЦМВ из крови новорожденных и одновременно из других локусов было характерным признаком ($p = 0,003$ и $p = 0,04$ соответственно) для детей с тяжелыми формами ВУИ;

- доказана этиологическая значимость в развитии внутриутробных пневмоний хламидий и уреоплазм на основании частоты выявляемости самого возбудителя — ($p < 0,05$) и антител класса М ($p = 0,04$).

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРЕЙ.

Бочарова И.И., Башакин Н.Ф., Малиновская В.В., Паршина О.В., Гусева Т.С., Котов Ю.Б.
ГУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», Москва
НИИЭ и М им.Н.Ф.Гамалеи, Москва

Актуальность исследования определяется особенностями иммунопатогенеза внутриутробной инфекции, ролью иммунной системы в формировании неонатальной патологии, а также сохраняющимися вопросами при изучении взаимоотношения урогенитальной инфекции матери и систем защиты новорожденного. С целью уточнения влияния урогенитальной инфекции (УГИ) матерей на формирование иммунного ответа у их новорожденных проведено исследование уровней сывороточных иммуноглобулинов (методом радиальной иммунодиффузии по Манчини), фагоцитарной активности лейкоцитов, фенотипической характеристики лимфоцитов (методом проточной цитофлуорометрии), концентраций цитокинов (методом твердофазного иммуноферментного анализа) в периферической крови у 195 детей в возрасте 1–2 и 4–7 суток жизни. Исходные показатели иммунитета у новорожденных, родившихся у матерей с УГИ, в целом (основная группа) по сравнению с детьми контрольной группы, характеризовались:

1. Признаками незрелости иммунокомпетентных клеток, что выражалось в виде повышения в 1,5–2,5 раза числа ранних предшественников Т- и В-лимфоцитов (CD38+), незрелых Т-лимфоцитов (CD71+), незрелых форм нейтрофилов, также как и увеличение почти в 2 раза числа клеток, экспрессирующих рецепторы к ИЛ-2 (CD25+), что могло являться результатом внутриутробной активации иммунитета.

2. Снижением в 2 раза числа клеток-эффекторов врожденного и адаптивного иммунитета: Т-хелперов (CD4+), клеток-продуцентов ИЛ-2 (CD3+/CD3+IL2+), цитотоксических лимфоцитов (CD8+), нейтрофилов.

3. Повышением в сыворотке крови уровней IgA в 6 раз и IgM — в 3 раза, а также увеличением в 2 раза продукции ИЛ-4, что характеризует состояние активации гуморального звена иммунитета.

4. Активацией клеток фагоцитарной системы (повышение в 2 раза количества моноцитов, их активированной фракции, незрелых форм нейтро-

филов) при снижении их эффекторных функций и нарушении процесса представления антигена (снижение в 2 раза экспрессии HLA-DR — антигена).

5. Повышением в 2 раза процента естественных киллеров (CD16+) и клеток с высокой цитотоксической активностью (CD16+CD8+).

6. Отмечалось увеличение продукции альфа-ИФН у новорожденных инфицированных матерей в 2,5–3 раза по сравнению с контрольной группой, что могло быть связано с внутриутробным вирусным инфицированием. Продукция ИЛ-1 была в 2 раза ниже, чем в группе контроля и была сопоставима с аналогичным показателем у детей, родившихся в состоянии асфиксии, что могло быть обусловлено как высокой частотой выделения вирусов у матерей с УГИ, так и индукцией биосинтеза антагониста рецептора для ИЛ-1, вызванной ИЛ-4, индуцированная продукция которого у детей основной группы в 2 раза превышала аналогичный показатель в группе контроля. Продукция ИЛ-6 была статистически сравнимой у новорожденных основной и контрольной групп, а продукция ФНО-альфа у новорожденных инфицированных матерей была ниже, чем в группе контроля. Оценка соотношения сывороточного содержания и индуцированной продукции ИЛ-4 и гамма-ИФН, выявила преобладание циркуляции и индуцированной продукции ИЛ-4 (57,4 пкг/мл и 41,6 пкг/мл) над гамма-ИФН (10,3 пкг/мл и 22,7 пкг/мл) у новорожденных инфицированных матерей в отличие от детей контрольной группы, что свидетельствовало о противовоспалительной направленности у них иммунологических реакций и являлось фактором риска реализации внутриутробной инфекции. Таким образом, наши исследования показали, что УГИ матери во время беременности вызывала антигенную стимуляцию иммунной системы новорожденного, которая характеризовалась незрелостью и активацией клеток как врожденного, так и адаптивного иммунитета с недостаточностью эффекторных функций, диссоциацией продукции медиаторов и преобладанием противовоспалительной направленности иммунного ответа, что являлось одним из патогенетических механизмов развития инфекционно-воспалительных заболеваний в неонатальном периоде.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Буров А.А., Жиркова Ю.В., Плахова Н.А., Кучеров Ю.И.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Летальность, включая интраоперационную, у новорожденных с диафрагмальной грыжей остается высокой (более 40–80%), несмотря на совершенствование методов интенсивной терапии и хирур-

гической тактики. Наименее изученным остается вопрос выбора тактики анестезиологического обеспечения в данной группе детей.

Цель исследования: изучить особенности анестезиологического обеспечения у новорожденных с диафрагмальной грыжей в зависимости от состояния ребенка и характера оперативного вмешательства.

Материалы и методы: проанализировано течение анестезии у 42 новорожденных с диафрагмальной грыжей, прооперированных за период с 2004 по 2010 гг в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных. До операции у 19 детей отмечалась высокая степень легочной гипертензии (1-я группа), у 23 детей — клинически незначимая легочная гипертензия: из них — у 10 новорожденных выполнена традиционная операция (лапаротомия, 2-я группа), у 13 — торакоскопическое вмешательство (3-я группа). У всех детей проводилась центральная анестезия фентанилом с применением мышечных релаксантов и бензодиазепинов, у 13 детей в сочетании с севофлюраном (3-я группа). Проведено исследование гемодинамики и дыхания, КОС, проанализированы качественные и количественные характеристики инфузионной терапии и препаратов для анестезии, изучено течение раннего послеоперационного периода.

Результаты: Операцию проводили при достижении и сохранении стабильными в течение 12–24 часов следующих параметров: стабильные показатели гемодинамики (срАД > 50 мм рт. ст.) и оксигенации (SpO₂ > 92 %), компенсированные показатели КОС, степень легочной гипертензии со снижением или на стабильном уровне, диурез (> 2 мл/кг/час).

У новорожденных с высокой легочной гипертензией (n=19) операция проводилась в условиях реанимационного зала в трансформирующемся реанимационном комплексе в связи с очень тяжелым состоянием ребенка и необходимостью проведения ВЧО ИВЛ, ингаляции оксида азота. Средние дозы за операцию составили: фентанил 28,6 ± 8,7 мкг/кг/ч, атракуриум 0,9 ± 0,2 мг/кг/ч. Объем инфузионной терапии 32,2 ± 5,2 мл/кг/ч, у всех детей вводились коллоидные препараты. У 63 % новорожденных 1 группы потребовалось усиление инотропной терапии, и у 53 % — ужесточение параметров ИВЛ. После операции умерло 4 детей в возрасте 13 — 35 суток жизни.

У детей с невысокой легочной гипертензией длительность анестезии, дозировок фентанила и атракуриума статистически значимо различались при традиционных и торакоскопических вмешательствах (p<0,05). В объеме инфузионной терапии между 2 и 3 группами различий не получено, но при традиционных вмешательствах чаще использовались коллоидные препараты. Также не получено различий в интраоперационной инотропной терапии и динамике параметров ИВЛ. Послеоперационное обезболивание существенно различалась у детей 2 и 3 группы: после торакоскопических вмешательств длительность введения, качественный и количественный состав анальгетиков были достоверно меньше (p<0,05). Все дети 2 и 3 группы выжили.

Таким образом, тактика анестезиологического обеспечения у новорожденных с диафрагмальной грыжей требует дифференцированного подхода и зависит от исходного состояния ребенка и степени легочной гипертензии. Также имеются различия в течение анестезии и ближайшего послеоперационного периода при разных видах хирургических операций.

К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЙ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОМАЛЯЦИИ, КИСТОЗНОЙ СТАДИИ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИИ И ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Власюк В.В.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА

В настоящее время в перинатологии стоит проблема гипердиагностики перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) и четкого нозологического разграничения кистозных образований головного мозга. К гипердиагностике ПВЛ ведет переоценка данных нейросонографических (НСГ) исследований, а также использование классификации L.S. De Vries (1992), согласно которой в 4-й стадии обнаруживаются множественные кисты больших полушарий мозга, распространяющиеся в субкортикальные области. Однако к ПВЛ, впервые открытой и описанной морфологами, могут быть отнесены только перивентрикулярные некрозы и кисты. Распространенные кистозные образования головного мозга характерны для другого поражения — мультикистозной энцефаломалиции (МЭ), имеющей в МКБ 10 пересмотра код R91.1. Кроме того, специалисты НСГ не различают между собой кисты и псевдокисты головного мозга, употребляют эти термины как синонимы и обычно их относят к ПВЛ. МЭ, ПВЛ и псевдокисты — это разные формы и разные нозологические единицы церебральной патологии, имеющие различия не только в морфологии, но и в этиологии, патогенезе и прогнозе.

Целью нашего исследования явилось выявление основных отличительных признаков рассматриваемых поражений головного мозга у детей. Полученные результаты основываются на морфологическом изучении 87 секционных случаев ПВЛ, 9 наблюдений МЭ и 12 — псевдокист головного мозга. Проводилось сопоставление клинических и морфологических данных.

Для ПВЛ характерны два основных признака — наличие очагов некроза (преимущественно коагуляционного) и их расположение в перивентрикулярных участках больших полушарий с наличием излюбленных мест наиболее частых и выраженных поражений (Власюк В.В., 2009). Мной выделены три стадии развития очагов ПВЛ: 1) развития некроза, 2) резорбции и 3) формирования глиозного рубца или кисты. Кисты в отличие от МЭ распо-

лагаются только в перивентрикулярной зоне боковых желудочков. Это соответствует существующим представлениям о патогенезе очагов ПВЛ, возникающих в пограничной зоне между вентрикулопетальными и вентрикулофугальными артериальными ветвями при падении артериального давления и ишемии мозга. С учетом морфологических особенностей я выделяю следующие формы ПЛ: 1) с перифокальным астроглиозом, 2) с распространенным астроглиозом, 3) с перифокальными кровоизлияниями, 4) с кистообразованием в перивентрикулярной зоне и 5) смешанная. Эта классификация учитывает сопутствующие поражения вещества мозга вокруг очагов ПВЛ, которые обычно имеют место.

МЭ возникает в результате многофокусных некрозов головного мозга, превращающихся в кисты, чаще при инфекциях (вызванных вирусом простого герпеса, цитомегалии и др.) и тяжелой внутриутробной и постнатальной гипоксии (ишемии). Кисты нередко располагаются в коре, субкортикально, в подкорковых образованиях и в стволе головного мозга. Кисты в белом веществе больших полушарий при МЭ в отличие от кистозной стадии ПВЛ обычно больших размеров, не имеют четкой перивентрикулярной локализации и часто содержат трабекулы. Одним из отличительных признаков инфекционной МЭ от постгипоксической МЭ является наличие воспалительных изменений со стороны сосудов. Для постгипоксической МЭ характерны относительно равномерные и билатеральные поражения полушарий мозга с частым вовлечением коры и ядер ствола (иногда симметричные). МЭ является морфологическим субстратом большой группы ДЦП. НСГ исследование позволяет прижизненно выявлять ранние проявления МЭ, провести дифференциальную диагностику с ПВЛ, оценить глубину структурного дефицита и определить прогноз заболевания.

Псевдокисты в отличие от всех других кист, в том числе кист в 3-й стадии ПВЛ, располагаются под эпендимой боковых желудочков головного мозга. Они имеют две области локализации: 1) боковые углы передних рогов и тел боковых желудочков и 2) область пограничной полоски между головкой хвостатого ядра и зрительным бугром. Псевдокисты возникают в зоне зародышевого матрикса вследствие действия каких-то факторов, нарушений циркуляции ликвора. Патологическое значение псевдокист неизвестно, они нередко выявляются как сопутствующая находка. Не обнаружена связь псевдокист с субэпендимальными кровоизлияниями. В отличие от псевдокист кисты при ПВЛ возникают на определенном удалении от эпендимы в белом веществе мозга.

Таким образом, необходимо различать кисты при ПВЛ, МЭ и псевдокисты. Если ПВЛ и МЭ ведут к ДЦП, то при псевдокистах, представляющих определенный порок развития герминативной зоны, прогноз благоприятный. Необходимо раздельно изучать клинику данных форм поражения головного мозга. При этом следует иметь в виду существование перивентрикулярных геморрагических инфар-

ктов, энцефалитов, отечно-геморрагической лейкоэнцефалопатии, телэнцефального глиоза и других поражений белого вещества мозга. Требуется выработка НСГ критериев дифференциальной диагностики кистозных образований головного мозга.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Грачева О.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Медицинский
Университет, Самара, Россия

Актуальность. Различные изменения, происходящие в организме матери, вызывают адаптивные реакции провизорных и дефинитивных тканей зародыша. Это справедливо и для синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Цель исследования. Изучить состояние здоровья новорожденных у женщин с дисморфизмом соединительной ткани.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 500 пациенток с признаками НДСТ в возрасте от 20 до 37 лет. Выяснялись анамнестические данные, состояние соматического профиля, признаки дисплазии соединительной ткани оценивались согласно шкале Т.Ю.Смольновой, С.Н.Буяновой (2003). Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани. Полученные результаты анализировались с применением детерминационного метода.

Результаты исследования. Нами проведена ретроспективная оценка состояния 500 новорожденных от матерей с синдромом ДСТ. Для контроля была набрана группа из 100 детей, рожденных от матерей без патологии соединительной ткани.

Проведя оценку доношенности беременности в сравниваемых группах, отмечено, что у женщин с ДСТ чаще рождаются дети недоношенными (7,4%). В группе здоровых детей и с ДСТ существенных различий в сроках гестации не выявлено.

Всего в основной группе родились 194 живых ребенка, из них недоношенных — 23 (11,2%), что превысило уровень недоношенных в общей популяции — 5,6% (по статистике ВОЗ). В контрольной группе родились 100 живых доношенных детей.

Анализируя антропометрические данные новорожденных, мы отметили достоверно более низкие показатели веса и роста у детей, рожденных женщинами с ДСТ.

Масса доношенных детей у пациенток с патологией соединительной ткани колебалась от 2530 до 4350 г (в среднем $3360 \pm 31,2$ г), рост — от 47 до 59 см (в среднем $50,3 \pm 0,16$ см), окружность головы — от 32 до 37 см (в среднем $35 \pm 0,1$ см), окружность груди — от 30 до 38 см (в среднем $33,9 \pm 0,1$ см). Внутриутробная гипотрофия диагностировалась у 34 новорожденных. Родились 8 детей с массой более 4000 г.

Масса новорожденных в контрольной группе колебалась от 2780 до 4500 г и составила в среднем $3540 \pm 54,9$ г, рост от 48 до 56 см (в среднем $51,4 \pm 0,5$ см), окружность головы — от 33 до 37 см (в среднем $35,5 \pm 0,3$ см), окружность груди — от 32 до 37 см (в среднем $34,7 \pm 0,4$ см). В группе здоровых женщин родились два крупных ребенка и один ребенок с гипотрофией. В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8–9 баллов) родились 146 (85,3%) детей основной группы и 24 (80%) ребенка контрольной группы. В легкой асфиксии родились 22 (12,9%) ребенка основной группы и 5 (16,6%) детей контрольной группы. В асфиксии средней степени тяжести родились двое (1,2%) детей, в тяжелой асфиксии родился один (0,6%) ребенок основной группы и один (3,3%) ребенок контрольной группы.

Заключение. Таким образом, из полученных данных видно, что средние показатели массы и длины новорожденных достоверно ниже у детей от матерей с дисморфизмом соединительной ткани по отношению к детям, рожденным от соматически здоровых женщин. Новорожденные, родившиеся у женщин с ДСТ часто рождаются недоношенными, в асфиксии, с признаками перинатальной гипотрофии, что является одной из причин осложнений периода адаптации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ЭКСПРЕССИЕЙ VEGF В ПЛАЦЕНТЕ

**Дубова Е.А., Алиева Л.Б., Павлов К.А.,
Щёголев А.И.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) — наиболее частое осложнение у недоношенных новорожденных. В типичных случаях источником ВЖК является герминативный матрикс, представляющий собой богато васкуляризованное скопление клеток-предшественников нейроглии в развивающемся головном мозге. Этиология ВЖК многофакторная и главным образом обусловлена высокой хрупкостью сосудов герминативного матрикса и нарушением кровотока в головном мозге. Установлено, что повышенная ломкость сосудов герминативного матрикса связана с так называемым «быстрым» ангиогенезом, в результате которого формируются сосуды с недостаточным количеством перicyтов, незрелой базальной мембраной и дефицитом кислого глиального фибриллярного белка в прилежащих нервных окончаниях астроцитов. При этом высокие концентрации сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) и ангиопоэтина-2 активируют быстрый ангиогенез в герминативном матриксе, а плацента в

свою очередь является продуцентом большого количества факторов роста.

Целью исследования явилось установление взаимосвязи между морфологическими и иммуногистохимическими изменениями в плаценте и развитием ВЖК у недоношенных новорожденных.

В основу работы положен анализ клинических данных 16 недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела, родившихся в Центре, и морфологических изменений соответствующих им последов. Среди новорожденных было 8 девочек и 8 мальчиков детей, родившихся на сроке гестации 27–33 недель (средний — 30,5 недель). Масса тела новорожденных колебалась от 1050 г до 1499 г (средняя 1297,1 г). У 5 новорожденных в раннем неонатальном периоде развились ВЖК. Морфологическое исследование последов включало комплексное гистологическое и иммуногистохимическое изучение кусочков тканей из центральной и парацентральной зоны плаценты, а также почечного канатика. Гистологическое исследование проводили на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Иммуногистохимическим методом выявляли реакцию с VEGF в различных структурах плаценты. Для оценки степени экспрессии VEGF использовали полуколичественную шкалу: 0 баллов — отсутствие реакции, 1 балл — слабая, 2 балла — умеренная и 3 балла — выраженная реакция.

При макроскопическом исследовании установлено, что масса плацент колебалась от 185 г до 430 г (средняя — 257,1 г), что в целом несколько ниже показателей гестационной нормы. При этом плацентарно-плодный индекс колебался от 0,13 до 0,33 (среднее значение 0,19). На гистологических препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, строение ворсинчатого дерева в основном соответствовало сроку гестации. В то же время в наблюдениях с ВЖК установлено ускоренное созревание ворсинчатого дерева с преобладанием терминальных ворсин, а также преобладание разветвленного ангиогенеза в формировании ворсин. При иммуногистохимическом исследовании в группе с ВЖК установлена высокая экспрессия VEGF в эндотелиоцитах терминальных, зрелых промежуточных, незрелых промежуточных и створковых ворсин. В клетках вневорсинчатого трофобласта и синцитиотрофобласта экспрессия VEGF была низкой или умеренной (или вообще отсутствовала). В наблюдениях без ВЖК экспрессия VEGF эндотелиоцитами как мелких капилляров, так и крупных сосудов была минимальной, а в цитотрофобласте клеточных островков, базальной пластинки, синцитиотрофобласте ворсин и синцитиальных узелках — умеренной, что свидетельствует о направленном его транспорте в кровеносную систему материнского организма.

Таким образом, выявленные нами изменения в плаценте в наблюдениях с ВЖК у новорожденных в виде преобладания разветвленного ангиогенеза и преждевременного созревания ворсинчатого дерева сопровождаются высокой концентрацией VEGF в структуре ворсин. Кроме того, высокая экспрессия данного фактора в эндотелиоцитах мелких и круп-

ных сосудов ворсинчатого дерева указывает на его транспорт в кровеносную систему плода. Данные изменения являются, на наш взгляд, одним из факторов, влияющих на быстрый ангиогенез в герминативном матриксе и вызывающих развитие вследствие этого ВЖК у недоношенных новорожденных.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ АДЕНОМАТОИДНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛЕГКОГО

**Дубова Е.А., Павлов К.А., Подгорнова М.Н.,
Щёголев А.И.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Врожденные кистозные аденоматоидные мальформации (ВКАМ) отражают образования легких, в структуре которых имеются аномально сформированные бронхи и другие компоненты ацинусов.

В основу работы положен морфологический анализ операционного материала 12 новорожденных (8 мальчиков и 4 девочек) находившихся на лечении в Центре в 2005–2010 годах.

В результате комплексного морфологического исследования у двух пациентов диагностированы ВКАМ 1 типа и у десяти — ВКАМ 2 типа. У 9 больных ВКАМ локализовались в левом легком и у 3 — в правом легком, в том числе у 9 пациентов ВМАЛ 2 типа выявлены в составе внелегочных секвестров.

Макроскопически ВКАМ–1 представляли собой скопления кист диаметром от 2 мм до 4 см, расположенных среди неизменной легочной паренхимы. При ВКАМ–2 наблюдались участки неправильной формы в виде множества мелких кист диаметром до 1,3 см.

На гистологических препаратах большинство кист были выстланы кубическим, местами уплотненным эпителием, в том числе с наличием полиповидных выростов. Стенка представлена плотной неоформленной соединительной тканью и гладкомышечными волокнами. Просвет большинства кист свободный, некоторые из них заполнены клеточным детритом. Характерной особенностью ВМАЛ–1 являлось наличие небольших островков хрящевой ткани в стенке кист и участков призматического реснитчатого эпителия в выстилке мелких кист. В то же время в трех наблюдениях ВМАЛ–2 выявлена так называемая рабдомиоматозная дисплазия, характеризующаяся наличием волокон поперечнополосатой мышечной ткани, расположенных вокруг кист, альвеолярных ходов и кровеносных сосудов.

При иммуногистохимическом исследовании во всех изученных образцах установлена положительная экспрессия цитокератинов 7, 8 и 18 типов в клетках, выстилающих кистозные полости, что характерно для нормальной ткани легкого. При этом отмечалась отрицательная реакция с цитокератином 20 и CDX2, являющимися маркерами кишечной дифференцировки. При исследовании профиля экспрессии муцинов наблюдалась выра-

женная мембранная и цитоплазматическая экспрессия муцина MUC1 и отрицательная реакция с MUC5AC и MUC2 в клетках выстилающего эпителия. При этом положительная экспрессия муцина MUC4 выявлена нами лишь в эпителиальных клетках бронхиальных подслизистых желез. Кроме того, в клетках, выстилающих кистозные полости, имелась выраженная экспрессия раково-эмбрионального антигена. Таким образом, проведенные иммуногистохимические исследования не позволяют провести дифференциальную диагностику различных типов ВМАЛ. В то же время данные иммуногистохимии позволяют предположить, что одним из механизмов развития ВМАЛ является нарушение межклеточных взаимодействий, поскольку на всех препаратах в клетках выстилки кистозных полостей, а также в окружающих стромальных клетках, нами выявлена повышенная по сравнению с нормальной тканью легкого экспрессия E-кадгерина и β -катенина. Как известно, гиперактивация β -катенина в эндодерме легкого приводит к амплификации клеток-предшественников в дистальных участках и дефициту дифференцированных типов клеток, а активация β -катенина в эпителиальных клетках вызывает эктопическую дифференцировку альвеолоцитов II типа. В этой связи полученные нами данные о гиперэкспрессии β -катенина свидетельствуют о его гиперактивации и соответственно о возможном участии в механизмах развития ВМАЛ.

Таким образом, врожденные мальформации легких представляют собой особую группу поражений легких, представленных в виде множества неправильной формы и различного размера ацинарных структур кистозного и некистозного характера, выстланных кубическим и призматическим реснитчатым псевдомногорядным или альвеолярным эпителием. При дифференциальной диагностике типов необходимо учитывать размер кист, а также особенности строения стенки и выстилающего эпителия.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Егорова И.А., Бучнов А.Д., Назаров К.А.

Институт Ортопедической медицины
г. Санкт-Петербург

Соматические дисфункции являются распространенной патологией детей раннего возраста, они встречаются в 87% случаев. При этом органическая патология составляет только 24%. У 29% детей соматические дисфункции являются вторичными на фоне органических или наследственных заболеваний. 71% детей имеют натально обусловленные факторы возникновения соматических дисфункций.

Цель исследования — оценка состояния функций важнейших органов и систем организма детей раннего возраста с соматическими дисфункциями для выбора оптимальных программ лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проведено комплексное обследование 300 доношенных детей, имевших признаки соматических дисфункций. По возрасту они были разделены на 4 группы: до 2-х месяцев (n=80), с 2-х до 6 (n=70), с 6 до 12 (n=70) и с 12 до 36 (n=80) месяцев.

По результатам проведенных исследований установлена ведущая роль (с общим вкладом в суммарную дисперсию около 83%) факторов патологии родов, состояния плода и состояния матери в период беременности в структуре факторов риска развития соматических дисфункций, что необходимо учитывать при создании системы охраны здоровья детей раннего возраста. Выявлены основные факторы риска соматических дисфункций, обоснованы критерии и алгоритм прогноза соматических дисфункций разной степени тяжести, что позволяет осуществлять контроль, учёт и управление рисками и непосредственно направлено на развитие организационно-методических принципов охраны здоровья детей раннего возраста [Егорова И.А., 2008].

При остеопатическом обследовании 300 доношенных детей в возрасте до 3-х лет с соматическими дисфункциями наиболее часто встречались признаки смещения или ротации шейных позвонков и подъязычной кости, а также признаки, характеризующие состояние подвижности СВС, сошника и форму нёба. Установлено, что остеопатические показатели были взаимосвязаны с такими интегральными признаками функционального состояния организма детей с соматическими дисфункциями, как скрининговая оценка степени тяжести родовой травмы (шейного отдела позвоночника и спинного мозга) и катамнестическая шкала уровня психомоторного развития. Показана роль клиничко-физиологических и функциональных показателей, в том числе остеопатических в динамике соматических дисфункций разной степени тяжести и выборе оптимальных программ лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с целью повышения уровня их здоровья и качества жизни.

Научно обосновано применение остеопатического лечения для нормализации и улучшения функционального состояния организма детей с соматическими дисфункциями уже в первые 1–2 года после лечения и, особенно в возрасте детей, равном 5–6 лет. Это проявлялось в улучшении субъективного состояния детей, нормализации показателей сердечно-сосудистой системы, системы органов пищеварения, костно-мышечной системы и мочеполовой системы, неврологического, логопедического, ортодонтического статуса.

В динамике наблюдений при применении стандартной программы и программы остеопатического лечения получены новые данные относительно особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы детей раннего возраста с соматическими дисфункциями (мальчиков и девочек до 1 года). По результатам множественного корреляционного и факторного анализов получены новые данные, позволяющие уточнить некоторые особенности компенсаторных реакций при развитии со-

матических дисфункций у детей раннего возраста. Предложен комплекс валидных показателей остеопатического тестирования для диагностики состояния и оптимизации процесса реабилитации у детей с соматическими дисфункциями. Результаты проведенных исследований позволили научно обосновать организационно-методические рекомендации по комплексной оценке состояния и прогнозу успешности восстановительного лечения детей раннего возраста, что позволяет существенно повысить эффективность профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий по поддержанию и восстановлению их здоровья [Егорова И.А., 2008].

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ

Елгина С.И., Ушакова Г.А.

Россия, г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

Гестоз является одним из наиболее распространенных осложнений беременности. Изучение влияния гестоза на функциональное состояние репродуктивной системы новорожденного представляет безусловный интерес.

Целью настоящего исследования явилось изучение гонадотропных и половых гормонов у новорожденных от матерей с гестозом в сравнении со здоровыми новорожденными от неосложненной беременности.

Материал и методы исследования. Определено содержание ФСГ, ЛГ, тестостерона, эстрадиола, прогестерона в сыворотке пуповинной крови новорожденных от матерей с гестозом (33 девочки и 34 мальчика) и здоровых новорожденных от неосложненной беременности (50 девочек и 44 мальчика). Использован метод иммуноферментного анализа с тест-системами фирм ЗАО «Алкор-Био» (г. Санкт-Петербург) и «HUMAN» (Germany). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0»

Результаты исследования. ФСГ у новорожденных девочек от матерей с гестозом значимо ниже, чем у здоровых доношенных новорожденных (соответственно $0,24 \pm 0,01$ и $0,65 \pm 0,07$ МЕ/л, $p=0,0122$). В содержании остальных гормонов значимых различий не выявлено (ЛГ — $0,68 \pm 0,07$ и $1,37 \pm 0,13$ МЕ/л, $p=0,1994$; тестостерон — $29,40 \pm 1,76$ и $28,21 \pm 1,93$ нмоль/л, $p=0,9776$; эстрадиол — $45,19 \pm 4,26$ и $62,38 \pm 6,28$ нмоль/л, $p=0,0760$; прогестерон — $506,37 \pm 47,62$ и $386,57 \pm 31,70$ нмоль/л, $p=0,3790$, соответственно).

ФСГ и ЛГ у новорожденных мальчиков от матерей с гестозом значимо ниже, чем у здоровых доношенных новорожденных (соответственно $0,63 \pm 0,04$ и $2,14 \pm 0,19$ МЕ/л, $p < 0,0001$; $1,57 \pm 0,11$ и $2,39 \pm 0,24$ МЕ/л, $p=0,0005$). Не выявлено значимых различий

в содержании половых гормонов (тестостерона — $31,60 \pm 2,20$ и $32,20 \pm 1,63$ нмоль/л, $p=0,6620$; эстрадиола — $63,66 \pm 5,54$ и $71,82 \pm 5,61$ нмоль/л, $p=0,1925$; прогестерона — $528,93 \pm 51,34$ и $402,99 \pm 42,36$ нмоль/л, $p=0,1986$, соответственно).

Таким образом, содержание гонадотропных гормонов у новорожденных от матерей с гестозом (ФСГ — у девочек, ФСГ и ЛГ — у мальчиков) ниже в сравнении с их уровнем у здоровых доношенных новорожденных. Отсутствуют различия в содержании половых гормонов. Возможно, более низкие показатели гонадотропных гормонов у новорожденных от матерей с гестозом обусловлены функциональной недостаточностью гонадотропной системы гипофиза на этом фоне.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Жиркова Ю.В.

Российский государственный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, г. Москва
Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Несмотря на накопленные знания о боли у новорожденных и усовершенствование лечебной тактики, интенсивная терапия у новорожденных все еще сопровождается частыми эпизодами болевого синдрома без адекватной профилактики и лечения. Такая тактика отрицательно влияет на течение заболевания и исход лечения ребенка, и имеет неблагоприятные отдаленные последствия. Так как новорожденный не может рассказать о своих страданиях, его состояние целиком зависит от врачей и медицинских сестер. Поэтому распространение и совершенствование стратегии, направленной на предотвращение боли и стресса у новорожденных, является важной и актуальной частью современной неонатальной интенсивной терапии.

Целью исследования стало изучение распространенности болевого синдрома у новорожденных с хирургическими заболеваниями и разработка мероприятий профилактики и лечения боли в процессе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде.

Проанализировано течение до и послеоперационного периодов у 350 новорожденных, оперированных по поводу врожденных пороков развития органов грудной полости, желудочно-кишечного тракта, передней брюшной стенки, мочевыделительной системы, гнойно-септических заболеваний и объемных образований различной локализации. Исследованы показатели гемодинамики и дыхания, поведение ребенка, проведена оценка по шкалам боли, изучены данные кардиоинтервалографии и кожной проводимости, КОС, уровень сахара и гормонов в крови. Проведен анализ обезболивающей терапии.

Результаты. При анализе течения до и послеоперационного периодов определено, что боль, у детей с хирургическими заболеваниями, нередкое явление,

она возникает как симптом самого заболевания, в процессе выполнения различных диагностических и лечебных манипуляций, в связи с операцией и в послеоперационном периоде. За время лечения ребенок переносит до 100 различных болезненных манипуляций, во время которых обезболивание применяется в менее 50% случаев. Для снижения стресса и боли у новорожденного в первую очередь необходимо придерживаться стратегии снижения количества болезненных вмешательств, которая включает тщательно обоснованное назначение каждой конкретной инвазивной манипуляции и применение неинвазивных методик. Использование нефармакологических мероприятий (пеленание, «непищевое кормление», сосание пустышки), ЭМЛА крема, местных и ингаляционных анестетиков приводит к значительному снижению боли и дискомфорта у доношенных и недоношенных детей во время инвазивных процедур. Выявить и определить болевой синдром до операции, который возникает в связи с хирургическим заболеванием, достаточно сложно. Однако, если вероятность боли высока (например, перитонит) или есть клинические признаки дискомфорта (беспокойство, тахикардия), следует применять анальгетики в процессе предоперационной подготовки. Длительность обезболивающей терапии после операции зависит от хирургического заболевания, вида операции и состояния ребенка. Основными препаратами для послеоперационного обезболивания у новорожденных являются опиоидные анальгетики и метамизол натрия. Наиболее эффективным методом послеоперационного обезболивания, соответствующим современным принципам обезболивания является непрерывная инфузия опиоидных анальгетиков (промедол, фентанил, трамадол) с индивидуальным подбором дозы в сочетании с ненаркотическими препаратами. Одним из новых и перспективных методов послеоперационного обезболивания в этой возрастной группе является постоянная инфузия местного анестетика в послеоперационную рану. При применении анальгетиков, особенно опиоидных следует придерживаться профилактического подхода, что обеспечивает использование более низких общих доз (разовых и суточных) и лучшему контролю боли.

Основные трудности при решении проблемы профилактики и лечения боли у новорожденных связаны с целым рядом организационных и технических особенностей характерных для этого возрастного периода: нехватка объективных способов для измерения боли, небольшой арсенал обезболивающих препаратов, разрешенных для применения у новорожденных, невозможность осуществления многих методик анальгезии в этом возрасте из-за отсутствия речевого контакта с ребенком, отсутствие настороженности и понимания у медицинского персонала, что младенцы также способны испытывать сильную боль, как и взрослые.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Закина А.А., Тихомирова О.В., Аксенов О.А.,
Иванова В.В., Левина А.С.

ФГУ «НИИ Детских Инфекций ФМБА России», г. Санкт-Петербург, Россия.

Актуальность перинатальных герпесвирусных инфекций (ПГВИ) обусловлена широкой циркуляцией этих вирусов в популяции и высоким риском передачи инфекции от матери ребенку. Протекающие у детей раннего возраста, как правило, субклинически ПГВИ приводят к формированию хронической патологии у детей в более старшем возрасте.

Цель работы — выявить клинико-лабораторные диагностические критерии ПГВИ для своевременной терапии и рационального диспансерного наблюдения детей.

Проведено изучение морфо-вирусологических изменений в плаценте, с анализом раннего неонатального периода у 96 новорожденных, в следах которых были морфологические признаки ДНК инфекций. Выявление герпесвирусов (вируса простого герпеса (ВПГ), цитомегаловируса (ЦМВ) и вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ)) в ретроплацентарной крови, сыворотке крови ребенка и матери проводили с помощью модифицированной реакции связывания комплемента, определяя антигены (АГ) вирусов, иммунные комплексы (ИК) с превалированием вирусных антигенов, специфические антитела класса IgM и различных подклассов IgG. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 45 детей, внутриутробно инфицированных герпесвирусами.

Герпесвирусное поражение последа было установлено в 73% случаев: сочетанные герпетические инфекции выявлены в 33% последов, моно ВЭБ и ЦМВ инфекции были установлены в 10% соответственно, ВПГ были инфицированы 19% плацент.

При сопоставлении течения беременности с этиологией вирусного плацентита было показано, что ВПГ инфекция достоверно чаще сопровождалась развитием токсикоза при беременности и наличием выкидышей в анамнезе.

Диагноз внутриутробной ГВИ детям ставили при наличии в сыворотке крови ребенка диагностических значений АГ вируса; ИК с превалированием АГ; антител класса IgM; одного из подклассов антител IgG в титрах в 2–4-кратном увеличении с титрами матери тех же подклассов антител IgG, а также при обнаружении одного из подклассов IgG, а у матери другого из подклассов IgG.

Выявление маркеров герпетической инфекции в ретроплацентарных сгустках в 86% случаев свидетельствовало о врожденной инфекции у детей. Это обосновывает необходимость и целесообразность проведения комплексного обследования не только ребенка и матери, но и плаценты.

45 детей с диагностированными ГВИ были комплексно обследованы в условиях поликлиники НИИДИ. До этого возраста все пациенты наблюда-

лись в поликлиниках по месту жительства. 8 детей в неонатальном периоде получали стационарное лечение в отделениях патологии новорожденных. К 1 месяцу у 51% обследуемых были зарегистрированы случаи острого респираторного заболевания, из них у 38% детей отмечались бактериальные осложнения, такие как пневмония и отит.

Среди 45 детей группы ВЭБ и ЦМВИ составили по 18% человек в каждой, ВПГ обнаружен у 20% детей, сочетания герпесвирусов были в 44% случаях. Сочетанная ВЭБ и ВПГ инфекция имела место у 20% больных, а присутствие трех вирусов отмечено у 22% детей.

Установлено, что ведущими клиническими проявлениями течения ПГВИ являлись гипотрофия, катаральный синдром, проявлявшийся гиперемией зева и затруднением носового дыхания, лимфоаденопатия, гепатомегалия и конъюнктивит. Поражение нервной системы выражалось в синдроме двигательных расстройств и гидроцефальном синдроме. У 7% детей по данным УЗИ был выявлен процесс кистообразования. Анализ клинических признаков в зависимости от этиологии позволил выявить следующие особенности: для ВЭБ инфекции характерным являлось определение гипотрофии в 51% случаев, катарального синдрома — в 63%, аллергодерматита, обнаруживающегося у половины детей. В неврологической симптоматике преобладали проявления патологии ЧМН, гидроцефальный синдром. У детей с ЦМВИ доминировала гепатомегалия, обнаруженная у 67% больных, и конъюнктивит. У больных с ВПГ инфекцией отмечалась наибольшая выраженность лимфопролиферативного синдрома. Для сочетанных инфекций в большей степени, чем для моноформ были характерны гипотрофия и катаральный синдром.

Таким образом, комплексное вирусологическое обследование ретроплацентарной крови, сыворотки ребенка и матери, с учетом морфологических изменений в последе, способствуют повышению точности и специфичности этиологической диагностики внутриутробных ГВИ у детей. Дети с установленными внутриутробными герпесвирусными инфекциями нуждаются в раннем назначении противовирусной иммуномодулирующей терапии и диспансерном наблюдении в течение первого года жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО — АНАМНЕСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ПЛАНОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭКГ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОБАМИ.

Зубова В.В., Лукушкина Е.Ф., Колбасова Е.В.

Россия, г. Нижний Новгород, Нижегородская государственная
медицинская академия

Цель: среди детей находящихся на обследовании и лечении в многопрофильной детской клиниче-

ской больнице выявить группы риска по синдрому удлиненного интервала QT на основе использования ЭКГ с физической нагрузкой.

Материалы и методы: обследовано 930 детей в возрасте от 6 до 17 лет ($11,8 \pm 3,1$ лет) находящихся на стационарном обследовании и лечении в многопрофильной детской клинической больнице, с использованием стандартного ЭКГ исследования в положении лежа, стоя, после 10 — 20 приседаний на скорости 50 мм/с с регистрацией 12 отведений. Из них выявлено 11 детей с удлинением интервала QT и/или QTc в положение стоя, после физической нагрузки и проведено их обследование с использованием анализа генеалогического и неврологического анамнеза, оценки интервала QT и QTc у членов семьи.

Результаты: при обследовании 11 детей выявлено увеличение интервала QTc по данным ЭКГ стоя и после физической нагрузки. Интервал QT в покое составил от 320 мс до 443 мс ($398,5 \pm 11,2$ мс), интервал QTc в покое от 378 до 462 мс ($414 \pm 11,5$ мс). Интервал QT стоя — от 340 до 442 мс ($374 \pm 14,4$ мс), интервал QTc стоя — от 464 до 680 мс ($523 \pm 20,8$ мс). После физической нагрузки: QT от 320 до 446 мс ($384 \pm 22,5$ мс), QTc от 371 до 506 мс ($418,3 \pm 10,4$ мс). Где достоверное ($p \leq 0,05$) отличие значений интервала QT и QTc в положение лежа и стоя, стоя и после физ.нагрузки, после физ.нагрузки и лежа.

Таким образом, увеличение интервала QTc происходит на фоне физических нагрузок.

При обследовании 9 матерей данных детей, по ЭКГ в покое — интервал QT составил от 296 до 365 мс ($328,5 \pm 10,6$ мс), интервал QTc составил от 341 до 415 мс ($378,1 \pm 11,8$ мс); стоя — интервал QT составил от 386 до 418 мс ($380,0 \pm 9,8$ мс), интервал QTc — от 386 до 438 мс ($410,6 \pm 7,2$ мс); после физической нагрузки — интервал QT от 344 до 421 мс ($393,6 \pm 7,03$ мс), QTc от 368 до 446 мс ($404,1 \pm 11,6$ мс). Где, достоверное ($p \leq 0,05$) отличие значений интервала QT и QTc в положение лежа и стоя, стоя и после физ.нагрузки, после физ.нагрузки и лежа.

Таким образом, мы не выявили увеличение интервала QT и QTc у обследуемых матерей. Однако, при анализе генеалогического и неврологического анамнеза, у трех матерей в анамнезе однократно синкопальное состояние на фоне психоэмоционального перенапряжения.

Выводы: при плановом обследовании 930 детей находящихся на стационарном обследовании и лечении в хирургических и соматических отделениях многопрофильной детской клинической больницы, было выявлено 11 детей с удлиненным интервалом QT.

Из 11 детей было выявлено 3 семьи, которые включены в группу риска по СУИQT, на основании данных ЭКГ с функциональными пробами.

Семьи, вошедшие в группу риска, требуют более углубленного обследования, в том числе обследования родственников: ЭКГ, холтеровское мониторирование всех членов семьи, анализ геноза синкопальных состояний (возможно, проведение тилт-тест и/или имплантации система типа Reveal).

Целесообразно и необходимо проведение ЭКГ с функциональными пробами семьям, если из семей-

ного анамнеза известно о наличии синкопальных состояний, так как функциональные пробы имеют большое значение для диагностики удлинения интервала QT.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ипполитова Л.И., Киселева Е.В., Садова Л.И., Сулина М.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Самый высокий риск для жизни, здоровья и развития человека сопряжен с ранними этапами онтогенеза — пренатальным и ранним неонатальным. Переход на внеутробное существование служит серьезнейшим испытанием зрелости всех функциональных систем независимого жизнеобеспечения плода и тех функций, которые до рождения выполнял материнский организм. Для характеристики основных процессов, характеризующих немедленную и раннюю адаптацию новорожденного к условиям внеутробного существования, определяли показатели регуляторной нейрогуморальной системы — симпатoadреналовой (САС). Дофамин (Д), адреналин (А), норадреналин (НА) исследовали в крови при рождении, в возрасте 2 часов, 4 и 7 суток жизни у новорожденных ($n=132$) пяти групп: 1-я ($n=42$) — рожденные путем кесарева сечения (КС), произведенного во время родового акта, где во время операции использовался эндотрахеальный наркоз; 2-я ($n=28$) — после КС, произведенного во время родового акта, где в качестве обезболивания использовалась спинномозговая анестезия; 3-я ($n=22$) — рожденные путем планового КС с использованием комбинированного эндотрахеального наркоза; 4-я ($n=22$) — новорожденные, после плановой операции с применением спинномозговой анестезии; 5-ая (контрольная, $n=20$) — дети, рожденные через естественные родовые пути. У детей, рожденных через естественные родовые пути, дофамин пуповинной крови был в пределах $163,9 \pm 6,3$ нмоль/л, снижался к четвертым суткам до $115,0 \pm 38,3$ нмоль/л и вновь повышался к концу раннего неонатального периода до $153,8 \pm 5,4$ нмоль/л. В группах детей после абдоминального родоразрешения (I, II), произведенного в процессе родовой деятельности, дофамин был при рождении достоверно ($p < 0,05$) более высоким в сравнении с контрольной группой и достигал $290,2 \pm 9,3$ нмоль/л. Динамика уровня дофамина на протяжении первой недели жизни в этих группах была схожа с контрольной группой: отмечалось снижение к 4 суткам до $93,3 \pm 1,5$ нмоль/л и подъем на 7 сутки до $174,6 \pm 3,2$ нмоль/л. Совсем иными были показатели дофамина у новорожденных после плановых операций КС (III и IV группы): очень

низкий уровень при рождении ($96,2 \pm 3,6$ нмоль/л и $103,9 \pm 2,9$ нмоль/л соответственно), повышение к 4–м суткам, когда происходит у детей максимальное напряжение всех адаптивных систем, и вновь значительное снижение к концу раннего неонатального периода до $59,5 \pm 3,7$ нмоль/л в III группе и $72,7 \pm 3,0$ нмоль/л в IV группе. Кривая динамики уровней адреналина и норадреналина в контрольной группе была такой же, как и дофамина: максимальные цифры отмечались при рождении (А– $596,0 \pm 13,8$ нмоль/л, НА– $940,1 \pm 15,2$ нмоль/л), к четвертым суткам регистрировалось снижение (А– $93,4 \pm 2,5$ нмоль/л, НА– $251,2 \pm 5,6$ нмоль/л) и вновь повышение к концу первой недели жизни (А– $146,4 \pm 2,3$ нмоль/л, НА– $656 \pm 10,4$ нмоль/л). Выявленное значительное повышение уровня катехоламинов у детей, рожденных через естественные родовые пути, вероятно, оправдано с позиции адаптационно–трофической роли симпатико–адреналовой системы в стрессовой ситуации. Увеличение нейрого르몬ов направлено на поддержание оптимальных метаболических процессов, в первую очередь за счет индукции энергетических ресурсов организма ребенка в связи с механизмом родов. В I и II группах уровни адреналина и норадреналина в крови новорожденных при рождении были достоверно ($p < 0,05$) более низкими (А — $368 \pm 17,2$ нмоль/л и $422 \pm 14,9$ нмоль/л, НА — $767,9 \pm 24,5$ нмоль/л и $684,9 \pm 31,1$ нмоль/л соответственно) в сравнении с контрольной группой. В дальнейшем, в течение первой недели жизни кривая динамики гормонов по суткам была такой же, как и в V группе и уровень А и НА был близок к уровню у детей, рожденных через естественные родовые пути. В III и IV группах механизм активации САС был другим в отличие от контрольной группы: показатели адреналина и норадреналина при рождении у детей были в 3–9 раз ниже (А — $61,4 \pm 10,1$ нмоль/л и $126,5 \pm 10,8$ нмоль/л, НА — $386,2 \pm 33,5$ нмоль/л и $340,1 \pm 15,3$ нмоль/л соответственно), на четвертые сутки уровень катехоламинов повышался и даже был более высоким, чем в V группе (в третьей группе А — $79,6 \pm 4,0$ нмоль/л, НА — $311,5 \pm 4,4$ нмоль/л; в четвертой группе А — $134,9 \pm 2,6$ нмоль/л, НА– $307,7 \pm 13,1$ нмоль/л), к 7–м суткам вновь значительно снижался (в третьей группе А — $49,1 \pm 3,9$ нмоль/л, НА — $179,0 \pm 14,7$ нмоль/л; в четвертой группе А — $58,3 \pm 2,9$ нмоль/л, НА — $179,8 \pm 6,3$ нмоль/л). В результате исследования было выявлено, что у новорожденных после планового КС с применением эндотрахеального наркоза (III группа) первый («мобилизационный») подъем уровня катехоламинов практически отсутствует. На 4–е сутки только в этой группе нами зарегистрирована максимальная реакция САС, вероятно, на процессы повышенного катаболизма и метаболические нарушения, направленные на мобилизацию ресурсов организма для восстановления массы тела и растроченных ранее энергетических ресурсов, реализацию анаболических и пластических процессов. Таким образом, несбалансированная активация симпатико–адреналового комплекса у новорож-

денных после КС на этапе энергетического обеспечения приспособительных процессов в стрессовой ситуации может привести к срыву адаптации, что важно учитывать при выхаживании и диспансерном наблюдении в неонатальном периоде.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Караваева А.Л., Тимофеева Л.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность. В настоящее время существуют различные подходы к вопросам ухода за кожей новорожденных. Самой частой процедурой после рождения ребенка является очищение кожи. До сих пор ведутся споры о том, какой метод очищения кожи является предпочтительным — с использованием только воды или же с применением очищающих средств. Важно определить какой вариант гигиены кожи новорожденного является наиболее безопасным для младенца и эффективным для поддержания и укрепления целостности кожного барьера. Для этого необходимо изучение влияния различных вариантов очищения на изменение кислотно–щелочного баланса (рН), гидратации и жирности кожи ребенка. Цель исследования: определить изменение параметров кожи (рН, гидратация, жирность кожи) при использовании в качестве основного элемента очищения кожи только воду. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 17 новорожденных детей, находившихся в раннем неонатальном периоде под наблюдением в НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России. Все новорожденные исследуемой группы были рождены доношенными. Ранний неонатальный период протекал без осложнений. Каждому новорожденному на 2–е и 6–е сутки после рождения определяли кислотно–щелочной баланс (рН) кожи, увлажненность (гидратацию), жирность. Исследования проводились на коже щеки и ягодичной области ребенка в стандартных условиях. Температура в детской комнате поддерживалась в пределах $22–25^{\circ}\text{C}$, влажность 45–50%. Анализ показателей кожи проводился при помощи Multi Skin Test Center® MC 750. Полученные результаты. рН кожи щеки на вторые сутки составил $6,29 \pm 0,67$ к 6–м суткам снижается до $5,99 \pm 0,43$. рН ягодичной области на вторые сутки $6,34 \pm 0,49$, к шестым суткам также со снижением до $5,85 \pm 0,55$. Увлажненность кожи щеки на 2–е сутки составляет $37,39 \pm 8,22$, на шестые сутки отмечалось увеличение показателей до $44,97 \pm 9,01$. На коже ягодичной области на 2–е сутки гидратация составила $41,06 \pm 10,25$, к шестым суткам — снижение до $40,93 \pm 6,3$. Жирность кожи щеки новорожденного ребенка на 2–е сутки жизни $8,62 \pm 5,6$, с изменением значений к 6–м суткам до $13,17 \pm 5,9$.

Жирность кожи ягодич на 2-е сутки $2,41 \pm 2,21$, на 6-е сутки $0,42 \pm 0,79$. Все показатели приведены в общепринятых условных единицах. Заключение. Учитывая особенности кожи новорожденных, благоприятным является снижение рН кожи как ягодичной области, так и кожи щеки, т.к. низкие значения рН способствуют поддержанию адекватного гомеостаза рогового слоя. Однако по данным проведенного обследования выяснилось, что такие показатели как увлажненность и жирность кожи ягодичной области становятся ниже при использовании в качестве очищения только воду, при этом на коже щеки отмечается их увеличение. Снижение показателей гидратации и жирности кожи ягодичной области связано с воздействием на нее агрессивных внешних факторов таких как, контакт с влагой, воздействие мочи и кала. Выявленные изменения служат основанием для использования в периоде ранней неонатальной адаптации различных косметических гигиенических средств, нормализующих биохимические параметры кожи.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПОЛУЧАВШИХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Коноплева Т.Н., Алексеева М.С., Петричук С.В.,
Измайлова Т.Д., Радыгина Т.В., Морозова Н.А.,
Бомбардинова Е.П., Бакович Е. А.,
Коноплев Б.А.

Россия, г. Москва, НЦЗД РАМН, НИИ нейрохирургии им.
Н.Н.Бурденко.

До настоящего времени остается актуальной проблема профилактики тяжелой врожденной патологии и снижения иммунитета у детей, связанных с внутриутробными вирусными инфекциями.

Цель исследования состояла в оценке клинического состояния, а также показателей гуморального и клеточного иммунитета у детей от матерей с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание беременности, перинатальная смерть ребенка), подтвержденными хроническими вирусными инфекциями и получавших в период беременности противовирусную терапию в виде внутривенного введения иммуноглобулина человека нормального (ИГЧН) и использования индивидуальной метаболической терапии.

Проведено клиническое обследование 200 детей от матерей с отягощенным акушерским анамнезом, имеющих различные персистентные вирусные инфекции (ЦМВ, герпес, Коксаки В). В период беременности эти женщины, помимо базисной терапии получали ИГЧН производства Нижнего Новгорода, Германии (интраглобин), Швейцарии (октагам).

Конкретный препарат, его доза, количество введенный подбирались индивидуально в зависимости от степени активности инфекции. Помимо этого беременным женщинам проводилась индивидуальная метаболическая терапия, назначаемую после проведения цитохимического обследования. В процессе лечения наблюдалось значительное снижение активности хронических вирусных инфекций у наблюдаемых женщин: исчезали ультразвуковые маркеры внутриутробной вирусной инфекции, прекращалось выявление ДНК вирусов герпеса и цитомегалии, снижалось обнаружение антигенов энтеровирусов и герпесвирусов с 70% до 15%. Иммунологическое обследование было проведено у 40 детей в возрасте от 2 до 5 лет, от матерей получавших ИГЧН в период беременности (1-я группа). Их иммунологические показатели сравнивались с аналогичными показателями 30 практически здоровых детей (2-я группа) того же возраста.

Своевременные роды наступили у 195 женщин. Дети родились с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов и были выписаны на 5-ые сутки домой. Преждевременные роды наблюдались у 5 женщин, дети родились в период от 36 до 37 недель с оценкой 8-9 баллов по шкале Апгар. Перинатальных потерь не было, у части детей (37,5%) отмечалась минимальная неврологическая симптоматика в виде гипоксического поражения ЦНС I-II степени, при этом, в популяции данная патология встречается в 50-70% случаев. Тяжелых неврологических расстройств у детей обследованной группы не отмечалось, (в популяции — 15% новорожденных). У одного ребенка при ультразвуковом обследовании был выявлен малый порок развития почек. В последствие аллергические болезни развились у 10% обследуемых детей (15% в популяции), частые ОРЗ наблюдались у 36% наблюдаемых детей (15-40% детей в популяции).

При иммунологическом обследовании детей 1-ой группы общий уровень иммуноглобулинов А, М и G практически не отличались от соответствующих показателей детей 2-ой группы. Показатели клеточного иммунитета у наблюдаемых нами детей также практически не отличались от здоровых: В частности, CD3+ (Т-лимфоциты), CD3+CD4+ (Т-хелперы), CD3+CD8+ (Т-цитотоксические) были в обеих группах в пределах нормы, CD3-CD19+ (В-лимфоциты) были снижены у 20% детей 1-ой группы и у 13,5% детей 2-ой группы, CD3-CD16+/CD56+(NK-клетки) были снижены у 7,5% детей 1-й группы и у 5,2% детей контрольной группы.

Таким образом, использование противовирусной терапии в виде внутривенного использования ИГЧН в сочетании с индивидуальной метаболической терапией во время беременности у женщин с хроническими вирусными инфекциями и отягощенным акушерским анамнезом позволяет не только предотвратить самопроизвольное прерывание беременности, но и профилактировать развитие тяжелой соматической, неврологической и иммунологической патологии у их детей.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Котикова И.В., Покусаева В.Н., Масютина О.В.,
Петроченкова Ю.А.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная
медицинская академия»

В современных условиях, учитывая неуклонный рост распространенности табакокурения среди женского населения, проблема своевременного прогнозирования перинатальных осложнений особенно актуальна. На фетоплацентарную систему и, как следствие, состояние новорожденного влияет не только сам факт курения, но и состояние дыхательной системы женщины. Поэтому выяснение механизмов неблагоприятного воздействия табака на обе системы может помочь в поиске более эффективных средств профилактики перинатальных потерь у курящих. Проведя анализ доступной литературы, мы не встретили работ, посвященных выявлению прогностически значимых для состояния новорожденного показателей функции внешнего дыхания у курящих во время беременности женщин. С целью изучения влияния изменений дыхательной системы на состояние новорожденного мы обследовали 142 доношенных новорожденных от матерей с хронической никотиновой интоксикацией. Из них 105 новорожденных от матерей, курящих на протяжении всей беременности (1 группа), и 37 — прекративших табакокурение в первом триместре (2 группа). Контрольную группу составили 50 новорожденных от матерей не имеющих анамнеза табакокурения. В комплекс обследования помимо общеклинических, клинико-лабораторных, акушерских методов, была включена оценка функции внешнего дыхания (ФВД) как показателя состояния дыхательной системы. Исследование ФВД проводили на спирографе Spirosift 5000. Оценивались основные объемные и скоростные показатели, интерпретация данных проводилась методом компьютерного анализа. Фактические величины сопоставляли с должными значениями для небеременных женщин согласно таблицам Климента Р.Ф. (2000). Результаты сравнительного анализа показателей бронхиальной проходимости у пациенток всех 3-х групп показали достоверное повышение частоты возникновения бронхообструктивных нарушений на уровне мелких и средних бронхов у курящих во время беременности женщин (низкие показатели: средней объемной скорости выдоха в интервале 25–75% ФЖЕЛ (СОС25–75), пиковой объемной скорости выдоха (ПОС), максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25% ФЖЕЛ (МОС25), максимальной объемной скорости выдоха на уровне 50% ФЖЕЛ (МОС50) и максимальной объемной скорости выдоха на уровне 75% ФЖЕЛ (МОС75). Это, возможно, объяснить длительной экспозицией никотина и других компонентов табачного дыма, приводящей к развитию хронического воспалительного процесса в дыхательных путях с преимущественным поражением дистальных отделов с постепенным ухудшением бронхиальной проходимости и снижением

газообменной функции легких. Вероятно поэтому, каждый второй новорожденный от курящих матерей при рождении имел признаки перенесенной хронической внутриутробной гипоксии. Кроме того, средняя масса детей рожденных от матерей с хронической никотиновой интоксикацией на 500,0 г, а длина на 2,3 см меньше аналогичных показателей контрольной группы. Данные 2 группы практически не отличаются от контрольной в большинстве наблюдений. Вероятно, состояние новорожденных компенсировалось в результате прекращения пагубного влияния никотина. Следует отметить, что стигмы дизэмбриогенеза, достоверно чаще отмечались при рождении у новорожденных 1 группы 14 (13,3%). Тогда как во 2 — 3 (8,1%), в контрольной группе у 2 (4,0%) ($p < 0,05$). Морфофункциональная незрелость при доношенной беременности, являющаяся одним из признаков хронического внутриутробного страдания плода, чаще встречалась у пациенток с никотиновой интоксикацией: у каждого пятого новорожденного, матери, которых курили до или во время беременности и только 12 (6,0 %) — контрольной ($p < 0,05$). Следует отметить, что у большинства курящих женщин, дети которых имели признаки морфофункциональной незрелости (13 из 19, или 68,4%) и стигмы дизэмбриогенеза (9 из 14, или 64,3 %) значительно чаще отмечались низкие показатели бронхиальной проходимости мелких и средних бронхов (показатель СОС25–75). Каждый пятый новорожденный, матери, которых имели низкие должностные показатели МОС75 и МОС50, имел при рождении признаки перенесенной хронической внутриутробной гипоксии в виде задержки внутриутробного развития, что в три раза чаще, чем от матерей с нормальными показателями. Из всех новорожденных 1-ой группы 18 (17,1%) имели признаки задержки внутриутробного развития. Причем, этот синдром встречался достоверно чаще среди новорожденных матери, которых имели низкие скоростные показатели бронхиальной проходимости средних и мелких бронхов: МОС50 (15 из 18, или 83,3%) и МОС75 (16 из 18, или 88,9%). Период ранней адаптации имел более тяжелое течение у новорожденных от курящих беременных. Нами также отмечено, что матери большинства новорожденных с превышением физиологического порога потери массы тела, эритроцитозом и неврологическими нарушениями имели низкие показатели бронхиальной проходимости мелких и средних бронхов (показатель СОС25–75). Аналогичная ситуация отмечается и при детальном анализе других показателей бронхиальной проходимости мелких и средних бронхов.

Таким образом, проведенное нами исследование доказывает отрицательное влияние табакокурения на состояние новорожденного и течение периода ранней адаптации новорожденного. Низкие показатели ФВД у курящих увеличивают вероятность развития неблагоприятных перинатальных исходов; и их новорожденные относятся к группе высокого риска по нарушению состояния при рождении и постнатальной адаптации.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Кохно Н.И.^{1,2}, Макиева М.И.¹, Уварова Е.В.¹,
Тимофеева Л.А.¹, Бондарь О.Е.¹

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России¹, кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»², Москва

У 189 доношенных новорожденных девочек с целью выявления нормативных показателей органов малого таза было выполнено настоящее ультразвуковое исследование надлобково-промежностным доступом.

Ультразвуковые сканирования осуществляли на приборах SONOLINE SI-250 (Siemens, Германия) и SONOACE X4 (Samsung, Германия). При исследовании использовали конвексные датчики 5,0 МГц и линейные датчики 7,5 МГц. Биометрию матки, шейки и яичников проводили по общепринятой методике.

В нашем исследовании частота выявления матки, шейки матки, влагалища и уретры составила 100%. На визуализацию этих органов не влияла степень наполнения мочевого пузыря новорожденной девочки. Статистический анализ данных показал, что размеры матки с шейкой у доношенных новорожденных девочек составили в среднем 37,7 мм (доверительный интервал от 24,3 до 47,1 мм), средняя длина тела матки — 15,7 мм (10,5-23,0 мм), передне-задний размер (ПЗР) — 10,4 мм (5,2-17,6 мм), ширина — 13,5 мм (8,6-21,3 мм). Длина шейки матки варьировала от 12,5 до 31,1 мм, в среднем составила 20,8 мм. Среднестатистическая толщина эндометрия 1,9 мм (0-4,2 мм), эндоцервикса — 2,1 мм (0-3,3 мм). Длина влагалища у новорожденных девочек составила в среднем 27,6 мм (15,5-37,2 мм).

Биометрия одного или обоих яичников была возможна только в 30,8% случаев и зависела от объема мочи в мочевом пузыре, который позволял визуализировать яичники, располагающиеся на уровне или выше дна матки. Яичники в большинстве случаев (173 — 91,5%) определялись выше уровня дна матки. В 16 наблюдениях (8,5%) яичники визуализировались на уровне верхних отделов матки. Объем правого яичника у 137 девочек (73%) превалировал над объемом левого яичника. В 2 случаях левый яичник был больше правого, как по линейным показателям, так и в объеме (1%), у остальных 50-ти (26,5%) размеры яичников достоверно не отличались. Среднестатистическая длина яичников: правого — 5,6 мм (5,3-27,9 мм), левого — 5,1 мм (3,2-20,6 мм). ПЗР правого яичника — 3,6 мм (2,2-14,8 мм), левого — 3,1 мм (2,3-8,2 мм). Средние значения ширины яичников составили: правого — 4,8 мм (3,4-19,0 мм), левого — 5,1 мм (4,8-12,3 мм). Объемы правого яичника варьировали от 0,019 см³ до 3,922 см³ в среднем — 0,048 см³, левого яичника — от 0,018 до 1,038 см³ (среднее значение — 0,040 см³). Количество фолликулов у новорожденных девочек при подсчете в одном эхографическом срезе находилось в пределах от 0 до 3. Размеры фоллику-

лов в среднем были 1-3 мм, в единичных случаях визуализировались единичные фолликулы диаметром 5-6 мм, но не более 8 мм.

Полученные в нашем исследовании нормативные биометрические данные согласуются с ранее опубликованными исследованиями других авторов.

Проведенное исследование показало, что ультразвуковая визуализация органов малого таза новорожденных девочек возможна транскутанным способом, надлобковым и промежностным доступами. Она не зависит от степени наполнения мочевого пузыря, поскольку гидрофильность подкожно-жировой клетчатки у новорожденных является дополнительным акустическим фактором, облегчающим визуализацию органов малого таза транскутанным доступом.

Предлагаемый способ ультразвукового исследования позволяет исследовать состояние внутренних половых органов девочки, а также на ранних этапах определить отклонения в развитии органов малого таза, в том числе и в сложных диагностических случаях нарушения дифференцировки пола ребенка или другой патологии мочеполовой сферы. Данная методика является простым, доступным, экономически выгодным способом ранней диагностики нарушений формирования женской репродуктивной системы. Предлагаемые ультразвуковые исследования могут дополнить скрининговые исследования новорожденных в России, что будет способствовать снижению заболеваемости и улучшению демографической ситуации в нашей стране.

СТРУКТУРНАЯ ОСНОВА ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кулида Л.В., Перетятко Л.П.

Россия, г.Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Одной из основных причин высоких показателей перинатальной заболеваемости и смертности детей с массой тела при рождении от 500 до 999 г в 80% случаев является инфекционно-воспалительная патология, развитие и исход которой определяются структурно — функциональной зрелостью органов иммунной системы. Следует подчеркнуть, что знание особенностей развития тимуса в фетальном периоде онтогенеза является одним из важных условий своевременной диагностики патологии иммунной системы в виде тканевых пороков, приводящих к формированию иммунодефицитных состояний.

С целью выявления структурной основы иммунодефицитных состояний у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении проведено исследование тимуса с использованием комплекса современных методов морфологического исследования, включающего обзорную гистологию, морфометрию, иммуногистохимию и трансмиссионную электронную микроскопию. Исследуемую группу составили тимусы 85 новорожденных с массой тела

до 1000 г, умерших в раннем неонатальном периоде. Среди основных причин смерти новорожденных данной группы преобладала генерализованная вирусная инфекция (31), в меньшем количестве случаев диагностированы врожденная пневмония (27), сочетание врожденной пневмонии с внутрижелудочковыми кровоизлияниями II–III степени (17), врожденный сепсис (5), лептоменингит (3) и язвенно-некротический энтероколит (2). При структурном анализе тимуса у данных детей выявлены два варианта патоморфологических изменений. У 58 новорожденных исследуемой группы на основании снижения ($p < 0,05$) органометрических параметров тимуса, превалирования в основной массе тимических долек удельного объема коркового вещества (57,45%) над мозговым, увеличения до 34% количества долек с замедленной кортико-медулярной дифференцировкой и фестончатостью контуров долек за счет замедленной отшнуровки фрагментов диагностирован ретардантный тип дисхронии тимуса. Для второго варианта патоморфологических изменений центрального органа иммунной системы типичны аномалии формы тимуса в виде трезубца и трилистника с превалированием линейных размеров левой доли, эктопическая локализация органа в паренхиме щитовидной железы и мягких тканях шеи. Характерным признаком тимусов данной подгруппы явилась его гипоплазия, двукратное снижение паренхиматозно-стромального коэффициента, экспрессии CD1a, CD3 T-лимфоцитов, преобладание мелких долек, отсутствие внутридольковой дифференцировки и наличие широких междольковых прослоек соединительной ткани со скудными отложениями нейтральных мукополисахаридов (+) и гликогена (+), а также снижение в ретикулоэпителиальных клетках количества вакуолей, лизосом, уменьшение объема гранулярного эндоплазматического ретикулума и прогрессирующая деструкция крист митохондрий. Указанные выше патоморфологические признаки составили структурную основу диспластического варианта дисхронии тимуса.

Так как формирование органов и систем плода происходит в рамках функциональной системы «мать–плацента–плод», то совершенно обоснован поиск материнских и плацентарных факторов, приводящих к нарушению тканевой и клеточной дифференцировки тимуса, т.е. по существу дополнительных диагностических критериев, разработанных на основании патоморфологического исследования плацент. К основным плацентарным факторам ретардантного типа дисхроний развития тимуса относятся: гипоплазия плаценты I степени (21%), воспаление смешанной этиологии, вторичная (поствоспалительная) гиповаскуляризация ворсин, хронические нарушения плодового кровообращения, недоразвитие процессов адаптации и компенсации в элементах ворсинчатого дерева. Указанные выше патоморфологические особенности плаценты составляют структурную основу хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности в группе новорожденных с ретардантным типом дисхронии тимуса. При дисплазии тимуса опреде-

ляющими плацентарными факторами являются: гипоплазия плаценты II–III степени, аномалии формы и прикрепления пупочного канатика, вирусная и/или хламидийная инфекции, персистирующие с эмбрионального и раннего фетального периодов, иммунное воспаление, нарушения созревания ворсинчатого дерева, повышенное отложение фибрина в межворсинчатом пространстве, отсутствие процессов адаптации и компенсации. При этом лидирующее место среди материнских факторов занимают невынашивание беременности ранних сроков (>50%), угроза прерывания беременности (36,6%), раннее проявление тяжелых форм гестоза (21,3%), воспаление урогенитального тракта (цервициты, кольпиты, пиелонефрит) смешанной вирусно-хламидийно-бактериальной этиологии. Сочетание указанных выше материнских и плацентарных факторов приводит к развитию хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности.

Таким образом, в тимусах новорожденных с экстремально низкой массой тела, развивавшихся в условиях трансплацентарного инфицирования и хронической плацентарной недостаточности, в 55,6% случаев диагностируются ретардантный и диспластический типы дисхронии развития тимуса, которые в силу резкого снижения адаптационных и компенсаторных возможностей органа, приводят к развитию иммунодефицитных состояний в раннем неонатальном периоде. Указанные варианты иммунодефицитных состояний следует рассматривать как внутриутробно приобретенные и вторичные по генезу.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Сахарова Н.В.

Россия, г. Иваново, Федеральное государственное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

У новорожденных, находящихся в критическом состоянии, на первые сутки жизни установить диагноз ишемической нефропатии (ИН) и судить о дальнейшем течении патологического процесса не представляется возможным в связи с тем, что патологические симптомы данной патологии накладываются на анатомо-физиологические особенности почек новорожденных, находящихся в периоде адаптации, маскируются тяжелым состоянием ребенка.

Поэтому, актуальным является прогнозирование в 1-й день жизни ишемической нефропатии у новорожденного с помощью информативных медико-биологических факторов материнского анамнеза и клинико-лабораторных факторов, имеющих место у новорожденного уже в первые сутки жизни.

Роль каждого из факторов в возникновении заболевания неодинакова, их сочетания могут варьировать в широких пределах. Важно получить объективную оценку значимости как отдельных факторов риска, так и их комплекса в вероятном про-

гнозе возникновения ИН. Такую возможность дает разработанная нами на основе последовательного анализа Вальда комплексная оценка риска формирования ишемической нефропатии.

Было обследовано 118 доношенных новорожденных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, с ишемической нефропатией, в том числе: 60 детей с ИН I степени тяжести, 35 — с ИН II, 23 — с ИН III и 40 здоровых новорожденных. Проводили изучение факторов медико-биологического анамнеза матерей. Клиническое обследование детей выполнялось в соответствии со стандартами оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития. Кроме того, эндогенную интоксикацию оценивали по уровню молекул средней массы (МСМ) в плазме крови; определяли активность ферментов нефротелия в моче: холинэстеразы (ХЭ), гамма-глутамилтрансферазы (γ -ГТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и β -глобуриноидазы (β -ГЛ). Эндотелиальную дисфункцию оценивали по уровню нитритов и эндотелина -1 в крови.

Математическому анализу было подвергнуто 109 показателей. Признаки расположены по мере убывания их информативности. К медико-биологическим факторам материнского анамнеза, достоверно влияющим на развитие ИН, относятся: ФПН (+0,6; -0,22), осложненное течение родов (аномалии родовой деятельности) (+0,82; -2,4), ОРВИ во II и III триместре беременности (+2,14; -0,21), инфекционно-воспалительные заболевания матери (+1,27; -0,30), осложненное течение беременности (гестоз, угроза прерывания беременности) (+0,55; -3,44), ХВУГП (+1,03; -0,60), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (+1,81; -1,96), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (+0,47; -0,68), экстагенитальная патология матери (+0,35; -0,63).

К клинико-лабораторным факторам, имеющим место у новорожденного на 1-й день жизни, принадлежат: уровень нитритов в крови более 13,2 мкМ/л (+1,17; -2,98), концентрация креатинина в плазме крови выше 90 мкмоль/л (+4,44; -1,94), асфиксия при рождении (+4,41; -1,80), усредненная по времени максимальная скорость кровотока (ТАМХ) в сегментарной почечной артерии ниже 11 см/с (+4,40; -1,73), уровень ЛДГ в моче более 66,5 Ед/мг креатинина (+4,39; -1,68), уровень ЩФ в моче более 63,1 Ед/мг креатинина (+4,19; -1,10), уровень γ -ГТ в моче более 65,8 Ед/мг креатинина (+4,19; -1,10), наличие критического состояния (+4,12; -0,99), врожденная пневмония (+4,05; -0,88), уровень β -ГЛ в моче более 15,3 Ед/мг креатинина (+3,89; -0,69), ИВЛ с первых суток жизни (+2,36; -0,22), содержание МСМ в плазме крови более 0,500 е.о.п. (+3,84; -0,76), уровень ХЭ в моче более 4,8 Ед/мг креатинина (+3,68; -0,52), уровень эндотелина-1 в крови выше 0,46 фмоль/мл (+3,43; -0,39), концентрация калия в плазме крови выше 6,5 ммоль/л (+1,57; -0,14).

Сумма прогностических коэффициентов равная +13 свидетельствует о неблагоприятном, -13 — о

благоприятном прогнозе. Если полученная сумма попадает в интервал от +13 до -13, то прогноз определяется как неясный и наряду с неблагоприятным прогнозом требует проведения профилактических мероприятий.

Применение данного прогноза позволит уже с первых часов жизни новорожденного ребенка индивидуально прогнозировать возникновение ишемической нефропатии в раннем неонатальном периоде и начать адекватные профилактические мероприятия нежелательных последствий.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И.,

Подуровская Ю.Л., Жиркова Ю.В., Буров А.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В последние годы широкое внедрение получили малоинвазивные оперативные вмешательства у детей раннего возраста, включая новорожденных. Это во многом связано с прогрессом в развитии эндоскопической техники и анестезиологического обеспечения. Преимуществом эндоскопических вмешательств является: хорошая визуализация органов, более щадящее оперативное вмешательство, благоприятное течение раннего послеоперационного периода, быстрая реабилитация больных после операции, хорошие функциональные и косметические результаты лечения.

В период 2005 по 2010 год в Научном Центре «Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И. Кулакова» в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных было выполнено 63 лапаро и торакоскопических вмешательств по поводу пороков развития. Дети оперированы в возрасте от 2 до 12 суток жизни. Всего выполнено 63 оперативных вмешательства, из них: по поводу диафрагмальной грыжи — 16, кист яичников — 18, объемных образований грудной и брюшной полостей — 16, мультикистоза почки — 3, секвестра легкого — 2, бронхогенных кист — 2, атрезии кишечника — 1, синдрома Ледда — 1, спаечной кишечной непроходимости — 2, кисты холедоха — 1, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы — 1.

Из 63 детей в связи с техническими сложностями у 12 (19%) выполнена конверсия — переход на открытое оперативное вмешательство, в основном на этапах освоения методики.

У одного ребенка с диафрагмальной грыжей выполнена конверсия в связи с большим размером дефекта диафрагмы. В 2 случаях по поводу спаечно-кишечной непроходимости, в связи с необходимостью резекции участка кишки и наложения межкишечного анастомоза. В 2 случаях при удвоении желудочно-кишечного тракта; при удвоении пищевода образование уходило в забрюшинное пространство, что потребовало выполнения торакофренотомии и при удвоении подвздошной кишки в связи с

необходимостью резекции кишки вместе с энтерокистомой. В одном случае конверсия выполнена при секвестрации легкого в связи с возникшим кровотечением. И в остальных 6 наблюдениях конверсия выполнена при объемных образованиях больших размеров (в 3 случаях забрюшинного пространства), в связи с техническими сложностями, возникшими во время оперативного вмешательства. Переход на открытую операцию мы выполняли при возникновении массивного кровотечения при повреждении магистральных и крупных сосудов, а также при значительной продолжительности эндохирургического вмешательства при технических трудностях.

В раннем послеоперационном периоде в 3 случаях возник рецидив диафрагмальной грыжи, что потребовало выполнения повторной операции (лапаротомии).

Из 63 больных, оперированных с использованием эндоскопической техники, умер 1 ребенок с врожденной диафрагмальной грыжей (летальность составила 1,6%).

Таким образом, применение малоинвазивных хирургических вмешательств у новорожденных является альтернативным подходом относительно традиционных методов лечения.

ГОРМОНАЛЬНО–МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА

Лысенко И.М.* , Рябова Т.М.* , Баркун Г.К.* ,
Лысенко О.В.* , Бахтина Т.Ж.** , Юнес И.В.**.

Республика Беларусь, г. Витебск, Витебский государственный
медицинский университет*,

Витебская областная детская клиническая больница**

К настоящему времени достаточно много катамнестических данных о том, что у людей с пренатальной задержкой роста (ПЗР) в анамнезе в зрелом возрасте возможно развитие различных гормонально–метаболических нарушений (ГМН).

Цель — изучить концепцию внутриутробного программирования ГМН у детей с ПЗР анамнезе.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты, проходившие лечение в отделении недоношенных детей и в инфекционном отделении детей грудного возраста Витебской областной детской клинической больницы (341 чел.). Более 31% из них имели синдром ЗР.

Результаты и обсуждение. Концепция внутриутробного программирования на ранних этапах развития заключается в том, что в процессе внутриутробного роста и развития ткани организма формируются в периоды интенсивного деления клеток, при этом определенные факторы, действующие в эти периоды, могут нарушить экспрессию генома плода, приводя к перманентным эффектам на протяжении всего постнатального периода. Этот феномен получил название «фетального программирования», или «метаболический импринтинг».

Рост плода и сердечно–сосудистые болез-

ни. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Внутриутробное «окружение» может оказывать важное отдаленное влияние на развитие ИБС. Из наших матерей, ИБС страдает 10 человек.

Повышенное АД и гипертензия. При исследовании связи между МТ плода и АД доказана весьма сильная связь между ПЗР и повышенным АД у подростков и взрослых. Так же, как и при ИБС, повышение АД отмечено у новорожденных с ПЗР, в отличие от недоношенных. У нас артериальная гипертензия наблюдалась в 15% случаях.

Метаболические и эндокринные болезни. СД 2 тип и инсулинорезистентность. Распространенность СД 2 и НТГ значительно различалась между теми, кто был рожден с низкой МТ < 2,54 кг (40%) и теми, кто был крупным при рождении — > 4,31 кг (14%). У матерей СД 2 тип наблюдался в 2–х случаях. Метаболизм холестерина и свертываемость крови. Новорожденные, имевшие нормальные массо–ростовые показатели, но нарушенные пропорции тела при рождении имели персистирующие нарушения обмена холестерина и свертываемости крови. Нарушения липидного обмена и свертываемости крови — важные факторы риска развития ИБС. Гиперхолестеринемия отмечена у трех детей и пяти матерей с ПЗР в анамнезе. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Несмотря на гетерогенность клинических проявлений СПКЯ, можно выделить 2 основных группы женщин: 1–я — с нормальной МТ и высокой концентрацией ЛГ в сыворотке; 2–я — с избыточной МТ, вирильным синдромом и высокими концентрациями тестостерона и ЛГ в плазме. Три женщины с ПЗР в анамнезе оперированы перед наступлением беременности по поводу СПКЯ. Феномен догоняющего роста.

У человека аномалии гена ИПФР–1, связанные с точечными мутациями, приводят как к задержке внутриутробного роста, так и к ПЗР. Мы встречались в своем исследовании с одной женщиной.

Механизмы фетального программирования и болезни у взрослых. Метаболизм в скелетной мускулатуре. У плода инсулин играет ключевую роль в стимуляции клеточного деления посредством стимуляции секреции ИПФР–I. Резистентность к инсулину может играть роль защитного механизма, который позволяет экономнее использовать глюкозу при ее недостаточном поступлении за счет ограничения роста плода.

Адренкортикальная и симпатикоадреналовая гормональная активность. Ограниченное поступление нутриентов к плоду может привести к стойкому нарушению нейроэндокринной регуляции. Действие во время беременности различных отрицательных факторов повышает активность гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой системы (ГГНС) и приводит к увеличенному выбросу кортизола в ответ на стресс во взрослой жизни. Гиперкортизолемиа выявлена у 15 детей и 6 матерей.

Лечение препаратами соматотропного гормона (СТГ) детей с синдромом ПЗР, имевшими постоянно низкие темпы постнатального роста. В нашем исследовании мы не проводили лечение при помо-

щи СТГ. СТГ и СТГ–зависимые ростовые факторы (ИПФР–1 и ИПФР–2) активно способствуют постнатальному росту.

Пренатальная диагностика и лечение ПЗР. В последнее десятилетие широкое развитие получили инструментальные и лабораторные методы пренатальной диагностики. Среди них: гормональные методы исследования, УЗИ–исследование, церебральная доплерография, биоэлектрический мониторинг за жизнедеятельностью плода, исследование амниотической жидкости с определением соотношения лецитин/сфингомиелин, фосфатидилглицерола, С–пептида, соматомединов, пролактина, а–фетопротеина, катехоламинов и других биологически активных веществ, исследование ферментов плаценты, кордоцентез, с помощью которого забирается кровь плода для исследования.

Заключение. Первичная профилактика синдрома ПЗР должна быть направлена на выявление беременных с «высокой степенью риска» по развитию ПЗР, в том числе, уже имевших в истории своей семьи новорожденных, маловесных к сроку гестации.

Своевременная диагностика развития ПЗР, устранение причин, вызывающих это состояние будет способствовать улучшению состояния здоровья матери и ее будущего ребенка, снизит затраты на лечение детей, улучшит демографические показатели.

АУТИЗМ КАК РАССТРОЙСТВО ФИЗИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО КОНТАКТА. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Макаров А.М., Макарова О.Н.

Россия, г. Москва, Центр «Психология личностной эффективности»

В связи с возникшим запросом общества на введение в образовательное пространство категории детей, ранее признаваемых необучаемыми, актуальным становится вопрос диагностики, коррекции и последующей социальной адаптации детей с аутистическим спектром расстройств. Это в свою очередь требует научного обоснования и разработки методов дифференциальной диагностики и психокоррекционной работы с данными детьми. Решение этих задач связано с исследованием особенностей психического развития, физического и социального контакта детей с аутистическим спектром расстройств, также задач, направленных на практическое применение коррекционных программ.

Цели исследования:

1. Определить возможности и основные ориентиры коррекции физического и психического здоровья детей, также возможности адаптации детей с аутистическим спектром расстройств к социальной среде.
2. Исследовать возможности методов диагностики, коррекции, помощи и сопровождения детей с аутистическим спектром расстройств.

Наиболее выраженные расстройства развития

относятся к социальным взаимосвязям, включающим физический и социальный контакты: разговорная речь, язык тела, выработанные способы вступления в контакт, эмоциональные реакции.

Механизмы, лежащие в основе аутизма, включают нарушение: восприятия и переработки социальных сигналов, понимания того, что происходит во внутреннем мире других людей, их желаний, мыслей и эмоций, а также связанных с ними намерений.

Центр «Психология личностной эффективности» при поддержке Фонда помощи аутичным детям и детям с особенностями интеллектуального развития «ГОРОД СОЛНЦА» проводит исследования, направленные на оказание помощи детям с особенностями развития. На базе коррекционной школы VIII вида № 530 проводится лонгитюдное исследование детей с аутистическим спектром расстройств, включающее диагностический, коррекционный, контрольный и сопроводительный этапы.

В связи с ростом количества детей с нарушениями аутистического спектра поднимаются вопросы о социализации, обучении и адаптации этих детей к условиям, предъявляемым современным обществом.

Нам представляется эффективным в коррекции поставить акцент на нейропсихологический подход. Сенсомоторная коррекция — в ее основе заложен принцип нормализации и оптимизации хода психического онтогенеза. Используя специальные упражнения, организованные определенным образом, оказывается воздействие на сенсорную и моторную сферы ребенка. Сенсомоторная коррекция направлена на первичные механизмы расстройств развития и в сочетании с бихевиорально–когнитивной психотерапией позволяет ребенку научиться осмысливать свои психические состояния и психические состояния других людей, при этом учитывая их ожидания, намерения, желания и поступки. Таким образом, способствуя формированию «модели психического» (D.Premack, G.Woodruff, 1978).

Терапия сенсорной интеграцией и коррекционные занятия в сенсорной комнате направлены на нормализацию чувствительной сферы ребенка, оказание ему помощи в реорганизации чувственной информации. Ребенок постепенно учится различать и интерпретировать сенсорные отклики, адаптироваться на более совершенных уровнях сенсорной интеграции. Цель сенсорной интеграции — упорядочивание ощущений.

В коррекционную программу, по результатам диагностики, индивидуально могут быть включены элементы телесно–ориентированной психотерапии, речевой терапии, арттерапии, ароматерапии, музыкальной терапии, песочной терапии, трудотерапии.

Методы коррекционного воздействия направлены на формирование адекватного физического и социального контакта.

Комплексный системный подход к коррекции нарушений аутистического спектра направлен на формирование реакций ребенка, выражаемых в речи и телесных проявлениях, которые отражают понимание чувств и намерений окружающих его людей.

ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Межинский С.С., Турова А.В., Кудряшова А.В.

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»

Инфекционно-воспалительная патология у новорожденных, особенно с очень- и экстремально-низкой массой тела (ОНМТ и ЭНМТ), и подбор эффективных схем ее лечения в течение многих лет остается одной из самых актуальных проблем современной неонатологии. По мнению большинства исследователей, особенности клинических проявлений и длительности течения инфекционно-воспалительных заболеваний во многом определяется состоянием иммунной системы новорожденного, ее зрелостью и способностью в полной мере к реализации противоинфекционной защиты. Это вызывает необходимость выявления наиболее значимых параметров иммунного статуса новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями для оценки состояния его иммунной системы. Среди всего многообразия клеточных типов, участвующих в реализации иммунных реакций, особый интерес представляют клетки макрофагального ряда. Они, участвуя в реакциях врожденного иммунитета, входят в первую линию защиты организма от различных патогенов и способны немедленно осуществлять противоинфекционную защиту без длительного этапа презентации антигена. Центральную роль в инициации врожденного иммунитета на патоген играют Toll-подобные рецепторы (TLR). При взаимодействии TLR с патоген-ассоциированными молекулами микроорганизмов фагоциты начинают секретировать цитокины, кислородные радикалы и противомикробные пептиды. Вырабатываемые периферическими моноцитами и тканевыми макрофагами про- и противовоспалительные цитокины регулируют реакции адаптивного иммунитета T- и B-лимфоцитов. Целью проведенного исследования было выявить особенности экспрессии TLR2 и TLR4, внутриклеточной продукции провоспалительных цитокинов и GranzymeB (GrB) моноцитами новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Методом проточной цитофлуориметрии в периферической крови новорожденных определяли относительное содержание IL-1 β +, IL-6+, IL-8+, IFN γ и GrB+ моноцитов. Гейтирование области моноцитов (CD14+CD45+) проводили с использованием анти-CD14 и анти-CD45 моноклональных антител. Проводили обследование 15 новорожденных на 1–2 сутки жизни. Из них 6 детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, гестационный возраст которых колебался от 27 до 30 недель (группа — глубоко недоношенные новорожденные). 5 детей родились в сроке 38–40 недель с массой тела 3300–3820 г. (группа — доношенные новорожденные). Все новорожденные имели ин-

фекционно-воспалительную патологию. В группе недоношенных новорожденных у 3 детей была диагностирована врожденная пневмония, у 2 — язвенно-некротический энтероколит, у 4 — пиелонефрит, у 1 — омфалит; причем в большинстве случаев выявлялось по 2 инфекционно-воспалительных заболевания. Все доношенные новорожденные имели врожденную пневмонию. Контрольную группу составили 4 здоровых доношенных новорожденных в сроке 38–40 недель с массой тела 3200–3750 г. Проведенные исследования показали, что средние значения содержания TLR2+, TLR4+, IL-1 β +, IL-6+ и GrB+ моноцитов во всех сравниваемых группах не имели значительных различий. В тоже время для обеих групп детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями было характерным повышение в периферической крови содержания IL-8+ и IFN γ моноцитов по сравнению с группой контроля. При этом в группе недоношенных детей уровни IL-8+ и IFN γ моноцитов превышали нормативные значения в 1,7 и в 1,3 раза (соответственно), а в группе доношенных новорожденных в 2,8 и в 1,9 раза (соответственно). Индивидуальный анализ данных показал, что наибольшие отличия в исследуемых показателях имел 1 ребенок из группы недоношенных детей, имевший язвенно-некротический энтероколит в сочетании с омфалитом. Только для него были характерными сниженные значения показателей содержания TLR2+, TLR4+, IL-6+ и IL-8+ моноцитов, как по сравнению с аналогичными средними показателями в двух группах детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, так и с показателями контрольной группы. Все обследованные дети с инфекционно-воспалительными заболеваниями адекватно отвечали на проводимую терапию и были выписаны по окончании лечения домой с выздоровлением от этой патологии. Следовательно, можно предположить, что отмеченные нами изменения параметров активации моноцитов периферической крови отражали адекватную реакцию иммунной системы на патоген. Однако в группе доношенных новорожденных активация противоинфекционной защиты была более выраженной, чем в группе недоношенных, что сочеталось с меньшей тяжестью заболеваний и более коротким периодом их течения. Выявленные индивидуальные особенности иммунореагирования при инфекционно-воспалительной патологии, показывают необходимость разработки комплекса наиболее информативных методов для оценки состояния иммунной системы новорожденных.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА И СПОСОБА РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Никольская Т.Н., Дрепа М.И.

Россия, г.Ставрополь, ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия

Гестоз остается актуальной проблемой акушерства. Как показывают литературные исследования, внутриутробное развитие плода оказывает существенное влияние на физическое развитие ребенка и его заболеваемость. Однако данных о влиянии степени тяжести гестоза и выбранного способа родоразрешения как факторов влияющих на дальнейшее развитие ребенка в литературе недостаточно.

Целью исследования является изучение влияния степени тяжести гестоза и способа родоразрешения на дальнейшее развитие ребенка.

Исследование проведено методом сравнительного ретроспективного анализа 375 историй родов женщин в возрасте 19–43 лет СККПЦ, историй болезней ДККБ и амбулаторных карт родов новорожденных детских городских поликлиник. Контрольную группу составляли пациентки с течением беременности не осложненной поздним гестозом — 112 человек.

При обработке полученных данных выявлено, что у 38,71% женщин беременность протекала на фоне гестоза тяжелой степени. 61,29% женщин имели гестоз средней степени тяжести. В зависимости от степени тяжести гестоза и возникающих осложнений сроки родоразрешения были различными. При гестозе средней степени тяжести в 72,14% родоразрешение проводили при сроке гестации 38 недель и более. При тяжелом гестозе — в 36–37 недель — 70,83%. Преэклампсия явилась показанием к досрочному родоразрешению в 71,42% случаев до 35 недели беременности. Выбор способа родоразрешения зависел от степени тяжести гестоза и характера возникающих осложнений, степени готовности родовых путей. Так преэклампсия явилась показанием к ОКС в 61,54%, тяжелый гестоз в 58,33%, гестоз средней степени в 41%.

Оценка по шкале Апгар при родоразрешении путем ОКС составляла 7,32 б. при гестозе средней степени, 6,65 б. при тяжелом гестозе, 5,8 б. при преэклампсии. При родах через естественные родовые пути — 7,43 б. при гестозе средней тяжести, 7 б. при тяжелом гестозе, 6,62 б. при преэклампсии, т.е. она была выше, чем при ОКС и снижалась по мере нарастания степени тяжести гестоза.

Частота встречаемости СЗРП увеличивалась по мере нарастания степени тяжести гестоза с 18,99% при гестозе средней степени до 31,72% при тяжелом гестозе и 34,7% при преэклампсии. Степень тяжести гестоза коррелирует с длительностью лечения новорожденных в отделении интенсивной терапии и частотой перевода новорожденных на II-й этап лечения. Детей женщин, имевших гестоз средней степени тяжести, переводили в ДККБ в 18,78%, с тяжелым гестозом — 30,4%, с преэклампсией — 38,2%, т.е. при нарастании степени тяжести

гестоза увеличивается процент перевода в специализированное отделение ДККБ.

Длительность пребывания новорожденных в ДККБ возрастала по мере нарастания степени тяжести гестоза у матери. При гестозе средней степени тяжести — 12,4 к/д при родах через естественные родовые пути и 16 к/д, родоразрешенных путем ОКС. При тяжелом гестозе — 18,3 к/д при родах через естественные родовые пути и 20,7 к/д после ОКС. При преэклампсии соответственно 22,6 к/д и 28,2 к/д.

Весовой показатель в период до 1 месяца жизни укладывался в возрастную норму и составил 4064,8 г при средней тяжести гестоза, 3822,3 г при тяжелой степени. В последующем в 3 месяца и в 6 месяцев дети, рожденные от матерей с тяжелым гестозом значительно отставали от нормы, а также от детей, рожденных от матерей с гестозом средней степени тяжести. Более высокие цифры по весовому показателю имели дети, рожденные от матерей с гестозом тяжелой и средней степени тяжести при родах через естественные родовые пути.

Показатель роста при гестозе средней степени тяжести до 3-х месяцев был ниже возрастной нормы, а после 3-х месяцев и до года соответствовал ей. При тяжелом гестозе данный показатель во все изучаемые сроки был ниже возрастной нормы. Более высокие данные имели дети, рожденные через естественные родовые пути. Кроме антропометрических показателей, отражающих степень физического развития детей, исследовали частоту поражения ЦНС. При тяжелом гестозе частота поражения ЦНС составляла 67,5%, при гестозе средней степени тяжести — 53,8%. Чаще поражения ЦНС отмечено у детей, рожденных при ОКС: 65,7% при тяжелом гестозе и 59,4% при гестозе средней степени тяжести.

При исследовании показателя частоты заболеваемости детей выявлено, что при гестозе средней степени данный показатель составлял 35,6% при тяжелом — 46,2%. Причем у детей, рожденных путем ОКС, он выше, чем у детей, рожденных через естественные родовые пути.

Таким образом, в течение 1 года жизни самые низкие показатели физического развития, увеличение частоты и тяжести поражения ЦНС, повышение индекса заболеваемости отмечено у детей, родившихся от матерей с тяжелым гестозом. Данные показатели ухудшались при рождении детей путем ОКС.

АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ РОДАХ У МАТЕРЕЙ

Пашукова Е.А., Тетелютина Ф.К., Овечкин В.П.,
Чугунов А.В.

Россия, г. Ижевск, кафедра акушерства и
гинекологии ФПК и ПП,

ГОУ ВПО ИГМА, родильный дом РКДЦ УР

Снижение осложнений у матери, плода, новорожденного, в зависимости от выбора вида обезболивания при оперативных родах, является чрезвычайно важной проблемой. Особенно остро проблемы анестезиологического пособия возникают при обезболивании родов у рожениц с высокой степенью риска, обусловленной тяжелой экстрагенитальной или акушерской патологией (пороки сердца, тяжелые формы позднего гестоза и др.). Целью исследования явилось изучение состояния новорожденных в зависимости от вида обезболивания при оперативных родах у матерей. Материалы и методы исследования. Проведен анализ 120 клинических наблюдений состояния новорожденных после оперативного родоразрешения у матерей в родильном доме РКДЦ УР. В качестве анестезиологического пособия применялись спинномозговая анестезия и эндотрахеальный наркоз. Группу I составили 60 новорожденных от матерей оперативное родоразрешение которых, проводилось под спинномозговой анестезией, и группа II — 60 новорожденных от матерей которым в качестве анестезиологического пособия применялся эндотрахеальный наркоз. В качестве анестезирующего средства для спинальной анестезии применялся 2% раствор лидокаина. При использовании анестезиологического пособия учитывались характер и степень тяжести акушерской и экстрагенитальной патологии; депрессивное влияние на плод фармакологических средств, осложнения гестации. Группы были сопоставимы по среднему возрасту матерей, показаниям и времени оперативного родоразрешения.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая характеристика состояния новорожденных оценивалась по шкале Апгар, на 1 — ой и 5 — ой минуте. В результате проведенного родоразрешения все дети родились живыми. Из них доношенных 47 (78,3%) в I группе и 50 (83,4%) во II группе, соответственно недоношенных 13 (21,7%) и 6 (10,0%). Умерло 1 (1,6%) из I группы наблюдения в результате внутриутробного инфицирования хламидиями и 1 (1,6%) новорожденный из II группы с диагнозом: синдром дыхательных расстройств III степени, недоношенность III степени. Без асфиксии родилось 48 (80,0%) новорожденных I группы и 40 (66,6%) II группы. В умеренной асфиксии родилось 11 (18,3%) новорожденных в I группе и 17 (28,3%) во II группе наблюдения ($p < 0,05$). В состоянии тяжелой интранатальной асфиксии родился 1 (1,6%) новорожденный I группы, а во II группе 3 (5,0%) ($p < 0,05$). Клиническая адаптация новорожденных в обеих группах находилась в прямой зависимости от степени физической зрелости, клинического состо-

яния детей, срока гестации. Без патологии адаптационный период протекал у 43 (71,6%) новорожденных I группы и 26 (43,4%) новорожденных II группы ($p < 0,05$). Патология адаптационного периода в I группе выявлена у 17 (28,8%) новорожденных, в структуре которой: 12 (20,0%) недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств; кишечная непроходимость (врожденный порок развития) — 1 (1,6%); сахарный диабет — 1 (1,6%); нарушение мозгового кровообращения — 1 (1,6%); медикаментозная депрессия у 2 (3,2%); умер 1 (1,6%) от внутриутробной хламидийной инфекции. Во II группе патология адаптационного периода наблюдалась у 34 (48,0%) новорожденных, из них нарушение мозгового кровообращения наблюдалось у 23 (36,8%); недоношенность, СДР — 2 (3,2%); врожденная пневмония — 1 (1,6%); медикаментозная депрессия — 3 (5%); ГБН по системе АВО — 1 (1,6%); диабетическая фетопатия — 1 (1,6%); внутриутробное инфицирование — 2 (3,2%); умер 1 (1,6%) — СДР III, недоношенность III степени. Домой выписано 49 (81,3%) новорожденных III и в I и II группах, переведено на второй этап выхаживания в обеих группах по 10 (16,6%) новорожденных. Из переведенных в больницу новорожденных: недоношенных на 2 этап выхаживания — 6 (9,9%) (I группы) и 2 (3,2%) (II группы); с кишечной непроходимостью (врожденный порок развития) — 1 (1,6%) (I группы); с внутриутробной инфекцией — 2 (3,2%) (I группы) и 2 (3,2%) (II группы); ГБН — 1 (1,6%) (II группы); сахарный диабет — 1 (1,6%) (II группы).

Заключение: Таким образом, клиническое состояние новорожденных в период адаптации, рожденных от матерей после оперативного родоразрешения с использованием спинномозговой анестезии, достоверно лучше в сравнении с новорожденными, у матерей которых использовался эндотрахеальный наркоз.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПОЛИМОРФИЗМАМИ ТРОМБОФИЛИИ

Перепелкина А.Е., Орловская И.В.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Целью исследования явилась оценка влияния наследственной тромбофилии на состояние здоровья новорожденных детей.

Материалы и методы. В группу наблюдения вошли 14 новорожденных детей имеющих генетические полиморфизмы наследственной тромбофилии.

Определение генетических полиморфизмов проводилось с использованием метода аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР), с последующим гидролизом ампликонов соответствующей рестриктирующей эндонуклеазой.

Результаты: У 12 из 14 детей отмечались сочетанные полиморфизмы наследственной тромбофилии. У 12 детей выявлен полиморфизм гена ингибитора активатора плазминогена I типа, у 4 детей полиморфизм гена фибриногена, у 4 детей — полиморфизм гена гликопротеина, у 10 — полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы, у 2-х новорожденных — метилентетрагидрофолатредуктазы, у 2-х новорожденных — метилтетрагидрофолат-гомоцистеин S-метилтрансферазы.

У 10 из 14 детей отмечались клинические проявления тромбофилии: у 5 новорожденных геморрагических и тромботических нарушений выявлено не было. У 4 из 10 детей отмечались геморрагические и тромботические нарушения, у 3 детей — внутрисердечные тромбы (у 2-х детей тромбы исчезли в возрасте 3–6 месяцев жизни, один ребенок умер от тромбоэмболии легочной артерии), у 1 — глубокий тромбоз вен левой голени, у 4 новорожденных — явления тромбофлебита, 1 ребенок имел кожный геморрагический синдром, 1 — внутрижелудочковое кровоизлияние.

Выводы: Проведенные исследования показали, что наличие генетических полиморфизмов наследственной тромбофилии у детей может служить причиной возникновения геморрагических и тромботических нарушений. Определение факторов наследственной тромбофилии и проведение своевременно начатой антикоагулянтной и антитромботической терапии рекомендуется проводить у каждого ребенка с геморрагическими и тромботическими нарушениями.

РЕАЛИЗАЦИЯ АНТЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫХ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ

Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И.,
Демидов В.Н., Машинец Н.В., Дорофеева Е.И.,
Хаматханова Е.М., Жиркова Ю.В.,
Врублевская Е.Н.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В настоящее время частота выявления врожденных пороков развития почек кистозного типа заметно увеличилась. В связи с чем, целью данного исследования стало изучение внутриутробного развития плода и степень реализации антенатального выявленных аномалий.

За период с 2005 по 2010 год в ФГУ «НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ» было обследовано 38 новорожденных с кистозными аномалиями почек, основную часть которых составили дети с мультикистозной аномалией.

К наиболее прогностически неблагоприятным заболеваниям, безусловно, относятся наследственные поликистозные заболевания почек.

Аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь — наследственное заболевание, в основе которого

лежит кистозное расширение и гиперплазия нормально сформированных собирательных канальцев. Выявляется оно достаточно рано (с 20 недели беременности) и характеризуется симметричным увеличением почек, в паренхиме которых определяется множество мелких кист. Сочетание нефромегалии с пустым мочевым пузырем, выраженным маловодием, легочной гипоплазией и гипотрофией плода ухудшают прогноз исхода такой беременности.

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек так же относится к наследственным заболеваниям, при котором кистозное перерождение происходит в самом нефроне и собирательных трубках. Эхорграфические его признаки появляются достаточно поздно, и прогноз будет зависеть от количества и размеров кист, количества сохраненной паренхимы.

Солитарная киста почки является одиночным кистозным образованием в паренхиме почки, не связанное с ЧЛС и не влияющее на функцию. Таким детям проводится динамическое наблюдение с оценкой размеров кисты (2 детей, 5,2%).

Мультикистозная дисплазия почек является неоднородной группой. В ней выделяется типичная форма мультикистоза и солидная форма.

Для типичной формы характерно отсутствие паренхиматозной ткани и кровотока между кистозными полостями (26 детей, 68,4%). В случае если размеры мультикистозного комплекса не превышают размеры здорового органа, таким детям проводится динамическое наблюдение (3 детей, 7,8%), при этом интересно, что уже к концу первого года жизни больше чем у половины из них происходит уменьшение размеров мультикистозного комплекса, а у трети кистозная структура исчезает бесследно к 2–3-м годам. Такая ситуация обусловлена тем, что в случае типичной формы мультикистоза процесс кистообразования завершен еще внутриутробно. Однако у детей с гигантскими размерами мультикистоза могут появиться признаки компрессии здоровых органов. Таким детям уже в периоде новорожденности может потребоваться нефрэктомия с целью избежания возможных осложнений (23 ребенка, 60,5%).

Для солидной формы мультикистоза характерно наличие более мелких кист, между которыми определяется паренхиматозная ткань с редуцированным кровотоком (10 детей, 26,3%). Процесс нефрогенеза в таких почках может быть еще не завершен и нельзя исключить наличие незрелой мезенхимальной ткани. Поэтому такие пациенты не должны выпадать из поля зрения детских урологов, им должна быть проведена нефрэктомия в более старшем возрасте, так как риск малигнизации и развития ренальной гипертензии достаточно высок.

Таким образом, уже антенатально можно оценить степень кистозного поражения почек и прогнозировать исход беременности.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОЙ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ

Проценко Е.В., Перетятко Л.П.

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Для осуществления морфологического контроля за качеством ультразвуковой диагностики при трансабдоминальном сканировании беременных и адекватностью последующей акушерской тактики необходимы четкие морфологические критерии, позволяющие разграничить гидроцефалию, сопровождающуюся атрофией мозговой паренхимы плода, и вентрикуломегалию, которая не приводит к атрофическим изменениям вещества головного мозга и не требует досрочного прерывания беременности в отличие от гидроцефалии. Цель настоящего исследования — выявить диагностические морфологические критерии врожденной вентрикуломегалии.

Изучен головной мозг 50 плодов и новорожденных 22–27 недель гестации. В зависимости от состояния ликворной системы материал разделили на 2 группы. Основная — 20 макропрепаратов большого мозга с дилатацией задних рогов и тел боковых желудочков без атрофии мозговой паренхимы. Группа сравнения — 30 объектов головного мозга без каких-либо визуальных и морфометрических изменений со стороны ликворной системы. После наливки вентрикулярной системы раствором желатина головной мозг в течение 14 дней фиксировали в 10% нейтральном формалине, разрезали в горизонтальной плоскости на уровне спайки свода, измеряли ширину передних, задних рогов и тел боковых желудочков. Материал для гистологического исследования вырезали в области нижней теменной доли и из медиального фрагмента задней трети верхней лобной извилины (в проекции задних рогов и тел боковых желудочков). Парафиновые срезы толщиной 4 мкм окрашивали гематоксилином — эозином по методике Ниссля. Осуществляли гистостереометрию герминативного матрикса и неокортекса, использовали ТЭМ нейронов неокортекса.

Головной мозг плодов из группы сравнения характеризуют следующие признаки: полости боковых желудочков щелевидной формы шириной от 0,1 до 0,5 см; герминативный матрикс представлен «темными» и «светлыми» глиобластами приблизительно в равном количественном соотношении, а капиллярноподобные сосуды равномерно распределяются в зоне герминативного матрикса (ГМ). В неокортексе завершена дифференцировка I, II, III, IV цитоархитектонические слоев; нейроны II–IV слоев упорядочены в вертикальные колонки, содержащие от 6 до 16 клеток. Ядра нейронов содержат эухроматин и ядрышки. Соотношение толщины герминативного матрикса к толщине неокортекса — 1:1,5. На ультраструктурном уровне в цитоплазме нейронов из разных цитоархитектонических слоев выявляются органеллы — митохондрии и элементы гранулярного эндоплазматического ретикулума, а вокруг клеточных тел — профили дендритных отростков.

Головной мозг плодов основной группы отличается от такового группы сравнения следующими параметрами: ширина задних рогов и тел боковых желудочков достоверно ($p < 0,05$) увеличена и варьирует от 0,6 до 1,0 см; герминативный матрикс представлен преимущественно «светлыми» глиобластами с очаговым скоплением «темных» клеток в зоне максимальной васкуляризации (ускоренный регресс исследуемой области); в неокортексе четко дифференцируются только I и II цитоархитектонические слои, вертикальные клеточные колонки содержат от 3 до 5 нейронов; толщина неокортекса и герминативного матрикса достоверно меньше аналогичных параметров группы сравнения ($p < 0,05$), а соотношение толщины герминативного матрикса к толщине неокортекса составляет 1:2; на ультраструктурном уровне в нейронах выявлены гипоплазия цитоплазмы и органелл. Анализ полученных данных позволил выявить взаимосвязь между умеренно выраженным расширением тел и задних рогов боковых желудочков без атрофических изменений мозговой паренхимы и ускоренным регрессом ГМ в сочетании с тканевой незрелостью неокортекса. Таким образом, к диагностическим морфологическим критериям врожденной вентрикуломегалии у плодов 22–27 недель гестации можно отнести следующие морфологические особенности головного мозга: избирательную дилатацию тел и задних рогов боковых желудочков в пределах 0,6–1,0 см на фиксированных образцах головного мозга; ускоренный регресс герминативного матрикса; незавершенную дифференцировку слоев неокортекса и формирующих их нейронов; соотношение толщины герминативного матрикса к толщине неокортекса, равное 1:2.

В своей совокупности они отражают тканевую незрелость паренхимы головного мозга.

СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Руденко Н.В., Бениова С.Н., Блохина Н.П.,
Шегеда М.Г., Рюмкина М.И., Бартеньева А.А.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Росздрава., кафедра Педиатрии №1 с курсом детских инфекционных болезней

Большая часть заболеваний нервной системы у детей, а в последующем и взрослых, возникают на разных стадиях внутриутробного развития и реализуются в перинатальном периоде. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о ведущей роли поражений мозга, возникших в перинатальный период, в дальнейшей дезадаптации, а в ряде случаев и инвалидизации детей. Главным объектом перинатальной неврологии является недоношенный ребенок, испытавший в процессе внутриутробной жизни целый комплекс вредных воздействий. Так, в структуре детской инвалидности поражения нервной системы составля-

ют около 50%, при этом заболевания, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей в 70–80% случаев обусловлены перинатальными факторами. В связи с этим, основное внимание как в профилактике, так и в диагностике, необходимо перенести в перинатальный период. Как правило, новорожденные дети, имеющие неврологические проблемы, рождены женщинами, относящимися к категории повышенного или высокого перинатального риска (бесплодие, привычное невынашивание, экстрагенитальные заболевания и пр.). Антенатальные поражения нервной системы иногда манифестируют не так остро и тяжело, как родовая травма и острая гипоксия, но зачастую течение первых носит прогрессирующий или псевдопрогрессирующий характер, что приводит к непоправимым последствиям. Кроме того, существует закономерность, по которой более ранние повреждения нервной системы имеют более тяжелые последствия для развития ребенка.

Целью данного исследования было изучить структуру перинатальной патологии центральной нервной системы у недоношенных детей находящихся на выхаживании и лечении в МУЗ Детская Городская Клиническая Больница г. Владивостока.

Исследование проводилось проспективно и ретроспективно на базе отделения патологии новорожденных №2 для недоношенных детей. Проанализированы все случаи поступления за 2008, 2009 гг.

За 2 года (2008, 2009гг) в отделении новорожденных для недоношенных детей получило лечение 629 детей, все они имели поражения нервной системы в 100 % случаев. Чаще всего (почти в 100 % случаев), изменения со стороны ЦНС были как сопутствующая патология. Наибольшее количество недоношенных с патологией ЦНС — это дети рожденные на сроке гестации от 30 до 34 недель (153 и 180 детей соответственно по годам).

В структуре перинатальных поражений центральной нервной системы среди недоношенных новорожденных детей с наибольшей частотой встречались: ишемически-гипоксические поражения головного мозга (83,8% в 2008г и, 80,1% в 2009), на втором месте — ишемически-геморрагические поражения (14,2% в 2008г и, 19% в 2009г), метаболические нарушения в 2008 году встречались в три раза реже, чем в 2009 (0,5% и 1,5% соответственно), последнее место заняли травматические поражения центральной нервной системы (0,4% в 2008г и 0,3% в 2009 г).

Таким образом, недоношенные дети составляют высокую группу риска по перинатальной патологии ЦНС, чаще гипоксического генеза. Тщательная пре-концепционная подготовка женщин к планированию желанной беременности, профилактика ранних нарушений гестационного процесса, дифференцированный подход к обследованию и лечению женщин в период подготовки к беременности, во время беременности, выбор оптимального метода родоразрешения могут предотвратить рождение больного недоношенного ребенка и проявление у него неблагоприятных исходов перинатальной патологии ЦНС.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ XXI ВЕКА

Рыбкина Н.Л.

Государственное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», г.Казань, Россия.

В рамках реализации с 2006 года национального проекта «Здоровье» в части внедрения родовых сертификатов, а с 2007 года — Концепции демографической политики в России и в ее территориях отмечается повышение рождаемости, растет число новорожденных детей.

Целью работы является сопоставление отдельных показателей, характеризующих состояние статистики и здоровья новорожденных по Республике Татарстан, сгруппированных по двум временным периодам: три года до введения родовых сертификатов (2003–2005 годы) — I группа и три года после введения родовых сертификатов (2007–2009 годы) — II группа.

В качестве материала для анализа использованы данные официальной статистики.

Среднегодовое число родившихся новорожденных возросло с 38402 в I группе до 43997 во II группе (рост на 14,6 %), доля родившихся живыми увеличилась с 94,1 % до 94,9 % (рост на 0,9 %).

Обращает на себя внимание существенное увеличение доли нормальных родов: если в I группе этот показатель составил 29,6 %, то во II группе достиг 35,4 %.

В 2007–2009 годах получила дальнейшее развитие работа по охране здоровья матери и ребенка, выразившаяся в оснащении родовспомогательных учреждений медицинским оборудованием и аппаратурой, в повышении профессиональной квалификации медицинских работников, в улучшении организации работы по медицинскому обслуживанию беременных женщин, в увеличении объемов высокотехнологичной медицинской помощи, во внедрении передовых технологий выхаживания новорожденных.

Нами проведен сравнительный анализ отдельных показателей здоровья новорожденных с весом 1000 грамм и более в родильных домах (родильных отделениях) — заболеваемость, смертность, летальность в расчете на 1000 детей, родившихся живыми. Заболеваемость новорожденных снизилась с 660,1 в I группе до 591,0 во II группе (снижение на 10,5 %), при этом заболеваемость отдельными нозологическими формами заболеваний во второй группе была существенно ниже, чем в первой группе. Доля новорожденных, заболевших в родовспомогательных учреждениях, сократилась с 46,2 % до 40,9 % или на 10,5 %. Установлено значительно (почти в 2 раза) снижение смертности новорожденных в родильных домах (родильных отделениях). Если в I группе смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях составила 3,7 %, то во II группе — 1,9 % (снижение на 48,6 %). Более чем на одну треть сократилась летальность новорожденных: с 0,8 % в I группе до 0,5 % во II группе (снижение на 37,5 %).

Результирующим показателем состояния здоровья новорожденных и качества оказания медицинской помощи им в родовспомогательных учреждениях является показатель ранней неонатальной смертности, который сократился с 4,3 % в I группе до 2,7 % во II группе (снижение на 37,2 %).

Доля ранней неонатальной смертности в структуре перинатальной смертности сократилась на 19,4%, в структуре младенческой смертности на 4,2 %.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ СЕМИВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНЫ ПРЕВЕНАР

Сергеева И.А., Соловова А.Ю., Куличкова Е.В.

ОАО МК ИДК, Детская поликлиника ИДК, г. Самара

Актуальной темой современного здравоохранения является вакцинация, как путь улучшения качества жизни детей, профилактика инфекционной патологии, существенно влияющей на темпы психо-моторного развития детей младшего возраста. Особую роль в инфекционной патологии детей первых 5 лет жизни играет стрептококк пневмонии, являющийся наиболее частым инфекционным агентом, заселяющим слизистые носоглотки у детей этой возрастной группы и обуславливающим распространение стрептококка пневмонии в популяции.

Пневмококковая инфекция вызывает менингит, сепсис, пневмонию, синуситы, отиты, является распространенной причиной заболеваемости и вызывает около 0,7–1 миллион смертей ежегодно в мире детей первых 5 лет жизни. Опыт использования данной вакцины в США указывает на статистически значимое снижение частоты инвазивных форм пневмококковых заболеваний среди детей младше 5 лет — на 77%, частоты обращений с пневмонией в больницу детей до 2 лет — 39%.

В настоящее время высок процент часто и длительно болеющих детей в популяции (ЧДБД) — по данным разных авторов до 65%, поэтому в программах профилактики острых респираторных инфекций (ОРИ) в этой группе детей ведущее значение приобретает вакцинопрофилактика — эффективный метод снижения заболеваемости.

Целью настоящей работы было изучить переносимость вакцинации конъюгированной полисахаридной семивалентной вакциной против пневмококковой инфекции, влияние вакцины на длительность и частоту заболеваемости острыми респираторными инфекциями в группе ЧДБД.

Небольшой опыт нашего использования данной вакцины включает введение 18 доз Превенара с сентября 2009 года по май 2010 года. Под наблюдением находилось 16 детей, состоящих на абонементах обслуживания в Детской поликлинике ИДК.

Начат курс вакцинации 2 здоровым детям в возрасте до года (они находятся в стадии вакцинации), вакцинировано 3 детей в возрасте 1–2 лет из группы ЧДБД: один ребенок привит двукратно, 2 детей получили Превенар однократно, привито 11 детей

в возрасте 2–5 лет, из них 2 ребенка, имеющих 1 группу здоровья, в качестве подготовки к посещению детского организованного коллектива, а 9 детей из группы ЧДБД.

При обследовании детей использовались общеклинические методы, у детей из группы ЧДБД — исследования по показаниям на персистирующие инфекции, бактериологические посевы из носоглотки, а также исследования уровней иммуноглобулинов основных классов А, М, G.

Индивидуальное введение вакцины проведено в 8 случаях, в 10 случаях одновременно с Превенаром проводилась вакцинация другими вакцинами: 3 дозы — с Инфлюваком, 3 дозы с Акт-ХИБ, 2 дозы с Пентаксимом, 1 доза с вакциной против гепатита Эувакс, 1 доза с Имовакс Полио. Нами отмечена хорошая переносимость вакцины Превенар. В первые 2 дня после вакцинации зарегистрированы единичные кратковременные местные реакции в виде гиперемии в месте введения вакцины, болезненности места инъекции. Общие реакции наблюдались в первые сутки введения вакцин у двух детей

(11,1%): у ребенка 1,5 лет был зафиксирован двукратный подъем температуры до 38,3 С и до 39,5 С при сочетании с ревакцинацией Имовакс Полио, у другого ребенка 1,5 лет — до 38,0 С при введении Превенара с Пентаксимом, что потребовало назначения жаропонижающих средств, при повторном введении Превенара с Пентаксимом этому же пациенту через 2 месяца на фоне профилактического приема жаропонижающих средств побочных реакций не отмечалось.

После проведенной вакцинации срок наблюдения за группой ЧДБД из 10 человек с законченной схемой вакцинации составил 6 месяцев, в это время отмечалось снижение частоты ОРИ в группе ЧДБД на 37% по сравнению с предыдущими 12 месяцами, предшествовавших вакцинации, а также сокращение продолжительности эпизодов ОРИ в 1,6 раз — с 12,7 до 6,8 суток.

Выводы:

Пневмококковая конъюгированная полисахаридная семивалентная вакцина является новой эффективной мерой профилактики пневмококковых инфекций, внедрение вакцины в Национальный календарь прививок позволит создать популяционный эффект защиты от пневмококковой инфекции, тем самым снижая развитие резистентных штаммов пневмококка.

Вакцинация детей Превенаром до 5 лет безопасна и эффективна.

Вакцинация ПКП7 вакциной в группе часто и длительно болеющих детей, имеющих транзиторные нарушения иммунных показателей, снижает частоту и длительность эпизодов респираторных инфекций.

РАЗВИТИЕ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Ситаева Н.В., Логвинова И.И., Каледина Е.Я.,
Киселева Е.В., Ельчанинова О.Е.**

Воронежская государственная медицинская академия им.
Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и
социальному развитию.

Многоплодная беременность представляет одну из важных проблем в неонатологии (Барашнев Ю.И., Яцык Г.В.). Дети от многоплодной беременности чаще рождаются недоношенными, нередко имеют значительную дискордантность массы тела, задержку внутриутробного развития. Несмотря на высокие репаративные возможности ребенка в раннем постнатальном развитии, многие патологические процессы новорожденных оставляют глубокий след и проявляются в последующей жизни, приводя к диспропорциям роста, являясь основой для формирования хронической патологии во взрослом периоде жизни. Целью нашей работы явилось изучение течения периода ранней адаптации, гормонального статуса, физического развития, заболеваемости и социальной адаптации детей, рожденных от многоплодной беременности. Под наблюдением находилось 346 детей от многоплодной беременности у 170 женщин, 164 родили двойню, и 6 женщин родили тройню после естественного зачатия. Средний срок гестации составил 36+2,4 недели, средняя масса при рождении—2500+614г. Всем детям проводились общепринятые лабораторные исследования, УЗИ головного мозга, 50 детям определялись кортизол, ТТГ, Т3, Т4 при рождении и на 3–4 сутки. Оценка социальной адаптации проводилась с помощью шкалы Долла, модифицированной ШИКСДМ. Катамнез прослежен у 69 детей. На основании проведенных исследований установлено, что младенческая смертность среди двоен выше, чем среди синглтонов и чаще среди однояйцевых двоен мужского пола, родившихся с дискордантностью массы тела. Дети с задержкой внутриутробного развития от многоплодной беременности рождаются недоношенными, путем кесарева сечения со значительным дефицитом массы, нарастающим с увеличением срока гестации. В раннем неонатальном периоде они чаще имеют церебральную ишемию, внутрижелудочковые кровоизлияния и дыхательные расстройства, чаще нуждаются в переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии, однако, перинатальные потери у двоен и синглтонов с задержкой внутриутробного развития значимо не отличаются. Дети от многоплодной беременности имеют скрытую гипоталамо-гипофизарную дисрегуляцию, что обуславливает необходимость отнесения их к группе риска по развитию надпочечниковой недостаточности. Дети-двойни имеют различия в гормональной адаптации в зависимости от очередности рождения, дискордантности массы тела, задержки внутриутробного раз-

вития. Подавляющее число детей от многоплодной беременности достигают показателей физического развития детей синглтонов к 12 месяцам, чаще имеют задержку формирования крупной моторики и речи. У двоен чаще возникают аллергические заболевания, что, по-видимому, связано с искусственным вскармливанием. Дети от многоплодной беременности достигают уровня социальной компетенции, характерного для детей от одноплодной беременности к трем годам. Таким образом, дети от многоплодной беременности нуждаются в тщательном мониторинге развития и своевременной коррекции выявленных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Троицкая М.В., Бурумкулова Ф.Ф., Аксёнов А.Н.,
Башакин Н.Ф., Бочарова И.И., Петрухин В.А.,
Котов Ю.Б.**

Россия, г. Москва, ГУЗ Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии

С целью выявления особенностей течения раннего неонатального периода были обследованы 450 новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом (ГСД). В исследованной группе преобладали доношенные новорожденные (91,2%). Фенотипические признаки диабетической фетопатии (ДФ) отмечались у 136 (30,2%) детей. Наиболее часто встречалось сочетание таких признаков ДФ, как общая пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, гипертрихоз, гепатомегалия. Следует отметить, что, несмотря на менее выраженное повреждающее действие ГСД на плод, более 1/3 детей (38,5%) родились в состоянии асфиксии. При нарушении течения раннего постнатального периода, ведущим клиническим синдромом явилось перинатальное поражение ЦНС. В зависимости от степени тяжести поражения ЦНС дети были разделены на 5 групп (А, В, С, D, E). Группу А составили 256 (56,9%) новорожденных, состояние которых при рождении расценивалось как удовлетворительное, а ранний постнатальный период протекал без осложнений. К концу раннего неонатального периода все дети были выписаны домой. Группа В представлена 97 (21,6%) новорожденными со среднетяжелым перинатальным поражением ЦНС в виде симптомов повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. На протяжении раннего неонатального периода в состоянии детей этой группы отмечалась положительная динамика, и все новорожденные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением участкового педиатра. Группа С — 38 (8,4%) новорожденных со среднетяжелым перинатальным поражением ЦНС, в состоянии которых в раннем неонатальном периоде не было отмече-

но положительной динамики (несмотря на проведенную терапию), что потребовало их перевода на II этап выхаживания. Группа D представлена 55 (12,2%) новорожденными с тяжелой степенью перинатального поражения ЦНС с преобладанием симптомов угнетения. Все дети этой группы были переведены в отделения II этапа выхаживания, а половина из них (51%) — в отделения реанимации новорожденных. Группу E составили 4 (0,9%) новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде. У детей этой группы отмечались признаки тяжелого перинатального поражения ЦНС в виде угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, общей мышечной гипотонии, гипо- и адинамии или гипервозбудимости, вплоть до судорожного синдрома. Анализ особенностей течения раннего неонатального периода новорожденных, родившихся у матерей, страдавших ГСД, показал, что, кроме перинатального поражения ЦНС, на тяжесть общего состояния детей оказывали влияние такие проявления симптомокомплекса ДФ, как синдром дыхательных расстройств (СДР), гемодинамические нарушения (ГДН), внутриутробная инфекция (ВУИ) и врожденные пороки развития (ВПР). Дыхательные расстройства осложнили течение раннего неонатального периода у 45 (10%) новорожденных, причем у половины детей (51%) причиной СДР явилась тяжелая форма внутриутробной инфекции — внутриутробная пневмония, что потребовало их перевода в отделения реанимации новорожденных. С признаками врожденного везикулёза родились 12 (2,7%) детей, но только у одного из них внутриутробная инфекция имела тенденцию к генерализации и реализовалась в виде внутриутробной пневмонии. Клинические проявления ГДН выражались в артериальной гипо- или гипертензии, тахи- или брадикардии, глухости сердечных тонов, систолическом шуме на верхушке сердца и в V точке, нарушении микроциркуляции. Нарушения центральной гемодинамики отмечались только в группах с тяжелым перинатальным поражением ЦНС (D — 19 (34,5%) и E — 4 (100%). Врожденные пороки развития, выявленные у 12 (2,7%) детей затрагивали различные органы и системы, причем только два из них являлись пороками, угрожающими жизни ребенка (1 атрезия хоан, 1 врожденный порок сердца — гипоплазия аорты). В проанализированной группе 353 (78,4%) новорожденных были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. На 2-й этап выхаживания переведены 97 (21,6%) детей, из них 1/3 (29,9%) — в отделения реанимации новорожденных, 3 (3,0%) — в отделения хирургии новорожденных, остальные 65 (67,0%) — в отделения патологии новорожденных для дальнейшего лечения и выхаживания. Таким образом, новорожденные, родившиеся у матерей с ГСД, относятся к группе высокого риска по нарушению процессов адаптации в раннем неонатальном периоде и нуждаются в оптимизации условий выхаживания с первых часов жизни.

ФАКТОРЫ РИСКА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Ушакова Г.А.¹, Новикова О.Н.¹, Гостяева Е.Г.¹, Осипова О.К.², Денисова А.Н.²

Кафедра акушерства и гинекологии №1 КемГМА¹, МУЗ ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского, родильный дом №1 г. Кемерово², Россия

Врожденная и ранняя тугоухость занимают одно из ведущих мест в структуре причин психоневрологической инвалидности. Социальная значимость проблемы обусловлена влиянием нарушения слуховой функции на речевое развитие детей, формирование интеллекта и личности в целом. По данным литературы, к факторам риска по врожденной тугоухости и глухоте относятся общесоматические заболевания матери; патологическое течение беременности; патологические роды; патология периода новорожденности.

Цель: изучить факторы риска отрицательного первичного аудиологического скрининга новорожденных.

Материалы и Методы исследования:

Новорожденные на предмет снижения слуха обследовались, начиная со 2–3 дня после рождения, методом регистрации и анализа эффекта вызванной отоакустической эмиссии. Этот эффект состоит в том, что здоровое ухо человека через несколько миллисекунд после восприятия короткого звукового стимула формирует ответный звуковой сигнал, который представляет собой чрезвычайно слабые звуковые колебания, генерируемые улиткой. Эти колебания регистрируются в наружном слуховом проходе при помощи высокочувствительного низкошумящего микрофона. При анализе историй родов методом сплошной выборки за 2009 год отобраны 64 истории родов с отрицательным первичным аудиологическим скринингом новорожденных, что составило 2% от числа родов. Проведено ретроспективное изучение этих историй родов и историй развития новорожденных, они составили основную группу. Группу контроля составили 50 историй родов и историй развития новорожденных, которые успешно «прошли» аудиологический скрининг, отобранные методом случайной выборки.

Результаты и их обсуждение:

Средний возраст в основной группе составил 27,5 лет, в группе контроля — 24 года. Среди соматических заболеваний в основной группе преобладала патология ССС (вегето-сосудистая дистония, пролапс митрального клапана, артериальная гипертензия) — 34(53%), в группе контроля — 18(36%), $p < 0,001$. Обращает внимание, что 45(70%) женщин основной группы были первородящими, но половина из них имели в анамнезе самопроизвольные выкидыши, замершие беременности, аборт. В группе контроля первородящими были 30(60%), а отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место только у 9(18%) пациенток, $p < 0,001$. Среди женщин основной группы являлись носителями хронических инфекций 47(73%), в группе контроля — 27(54%), $p < 0,001$. Причем распространенность инфекций в

основной группе составила: ВПГ — 47(73%), ЦМВ — 29(46%), уреоплазмоз — 8(12%), токсоплазмоз — 7(10%), хламидиоз — 2(3%). В основной группе 40(67%) женщин имели O(I) группу крови, причем у 29 из них отмечалась изосенсибилизация во время беременности с максимальным титром групповых антител 1:64. В группе контроля O(I) группу крови имели 14(21%) пациенток, $p < 0,001$. По распространенности резус-отрицательной принадлежности в группах различий не выявлено.

При анализе течения беременности обращает на себя внимание высокая распространенность в основной группе угрожающего выкидыша в сроках до 12 недель беременности — 38(60%), в группе контроля — 15(30%), $p < 0,001$. Гестоз наблюдался в основной группе у 26(40%) пациенток, причем в 47% в виде артериальной гипертензии с незначительной протеинурией, в 32% — протеинурия с отеками, в 21% — изолированная протеинурия. В группе контроля гестоз имел место у 5(10%), $p < 0,001$, в основном, в виде протеинурии с отеками. В основной группе средней тяжести препаратов, получаемой беременной женщиной, исключая витаминотерпию, составило 14 наименований, в группе контроля — 8, $p < 0,001$. Наиболее назначаемыми препаратами явились курантил, рибоксин, актовегин, папаверин.

При анализе течения родов выявлено, что в основной группе практически у каждой третьей женщины — 22(34%) — наблюдались быстрые и стремительные роды, в группе контроля — 8(16%), $p < 0,001$. Различий в характере обезболивания родов, частоты оперативного родоразрешения, травматизма в группах не выявлено. По массо-ростовым показателям, полу ребенка различий в группах также не обнаружено. Отмечается, что в основной группе 15(24%) детей рождены с оценкой по Апгар на первой минуте 3–6 баллов, в группе контроля — 8(16%), $p < 0,001$.

Для выявленных факторов просчитано отношение шансов. В зависимости от показателя относительного риска ОР составлена ранговая таблица значимости факторов. Факторы риска отрицательного первичного аудиологического скрининга распределились следующим образом: носительство хронических инфекций (OR=9,1); первая группа крови с изосенсибилизацией во время беременности (OR= 5,2); оценка по Апгар на первой минуте жизни 3–6 баллов (OR=5,0); угрожающий выкидыш в сроки беременности до 12 недель (OR=3,0); гестоз (OR=2,9); ОАГА (OR=2,5); быстрые и стремительные роды (OR=2,4); лекарственная терапия препаратами с недоказанной безопасностью (OR=1,9).

Выводы: Таким образом, высокая распространенность детей с отрицательным аудиологическим скринингом, с одной стороны, требуют пересмотра тактики ведения беременности при некоторых видах акушерской патологии, с другой — требуют изучения катамнеза этой группы детей и разработки профилактических и лечебных мероприятий для улучшения их качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КУРОСУРФА В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Харченко М.В., Попова Е.Н., Жданова Г.П., Коломиец О.Е, Ильченко А.В.

Россия, г. Благовещенск, ГОУ ВПО «Амурская ГМА»

В группу исследования вошли 131 новорожденный ребенок находившиеся на лечении в ОРИТН родовспомогательных учреждениях города Благовещенска, в период с 2007 по 2009 гг., и получавших куросурф с целью профилактики и лечения респираторного дистресс- синдрома.

В исследуемой группе (n=131) мальчиков было 56%, девочек — 44%. В группу вошли дети из 10 многоплодных беременностей: 3 тройни и 7 двоен. Недоношенными родились 130 детей. Гестационный возраст менее 34 недель имели 93 % детей, из них 17% новорожденных родились при сроке беременности 26–28 недель, 19 % — 29–30 недель гестации и 56% —31–34 недели. У 51 % новорожденных масса тела при рождении была менее 1500 граммов, из них 42 % составили дети с очень низкой массой тела и 19 % с экстремально низкой массой тела. Дети с весом более 2500 составили 7%.

Все дети в исследуемой группе получали препарат Куросурф: 78% (103) новорожденных получили куросурф в дозе 100–120 мг/кг и 22% (28 детей) — в дозе 200мг/кг.

Анализ раннего неонатального периода у детей исследуемой группы показал, что 67% детей родились в асфиксии (5% в тяжелой асфиксии); 68% имели РДС; 53% — ВУИ (из них у 80% — кожная форма, 13%– пневмония, у 7% — сепсис); 82% церебральную ишемию.

По данным НСГ у 71% детей выявлено ВЖК различной степени тяжести (58% — ВЖК I–II степени, 42%–ВЖК III степени). Родовая травма диагностирована у 6% новорожденных, ВПР у 4% детей.

В связи с тяжестью респираторных нарушений 72% новорожденных были интубированы в родильном зале или в первые 2 часа жизни, и им эндотрахеально был введен куросурф (раннее введение куросурфа). Из них 43% имели ГВ менее 30 недель и 53% — 31–34недели.

У 28% детей были интубированы и переведены на ИВЛ в более поздние сроки. Коррекция куросурфом им проводилась в последующие 48 часов от момента рождения (позднее введение). При раннем введении куросурфа продолжительность ИВЛ составила: 1 сутки у 14% детей; у 30% — от 2–х до 7 суток; у 56% более 7 суток. При позднем введении куросурфа 52% детей потребовали проведения ИВЛ до 7 суток; 48% — более 7 суток.

В группе детей, получавших куросурф в дозе 100–150 мг/кг, 28% детей потребовали высоких начальных концентраций кислорода во вдыхаемой смеси (FiO₂>60%). В данной группе 14% новорожденных были экстубированы в течение 1–х суток, у 48% продолжительность ИВЛ была менее 7 дней, и у 52% — более 7 дней. Такое же процентное соотношение мы

получили и в группе детей получивших курсурф в дозе 200мг/кг. У 46% продолжительность ИВЛ до 7 суток и у 54% — более 7 суток, при этом необходимо отметить, что в этой группе в 2 раза больше новорожденных (50%) требовали высоких начальных концентраций кислорода во вдыхаемой смеси ($F_{iO_2} > 60\%$).

Среди осложнений ИВЛ в исследуемой группе детей наиболее часто встречается аппарат ассоциированная пневмония. Синдром утечки воздуха развился только у одного пациента, легочное кровотечение у 3-х новорожденных. Развитие БЛД диагностировано у 7 пациентов. Из 131 новорожденного, получавших курсурф, умерли в раннем неонатальном периоде 16 новорожденных (12%). В позднем и постнеонатальном периодах умерли 26 детей (19%). Мы видим, что, не смотря на использование препаратов экзогенного сурфактанта в лечении респираторных нарушений, летальность в группе новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ остается очень высокой — 32,8%. Наименьшая летальность наблюдалась в группе детей с весом 1500–2000 г и ГВ 31–33 недели (16,3% и 13,3% соответственно). Одной из причин смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде, не смотря на применение курсурфа, продолжает оставаться СДР 6 (37,5%). В позднем неонатальном и постнеонатальном периодах, ведущей причиной смерти новорожденных является реализация инфекции — 15 (57,7%).

ВЫВОДЫ.

Раннее введение курсурфа позволило уже в первые сутки экстубировать 14% новорожденных.

Наши исследования показали, что доза курсурфа не влияет на продолжительность ИВЛ, но позволяет быстрее снизить зависимость пациента от высоких доз кислорода.

Процент ранних осложнений при применении препаратов сурфактанта не превышает средние статистические данные (СУВ — 1%, легочное кровотечение — 2,2%).

Ведущими осложнениями продленной ИВЛ являются пневмония –38% и трудности при проведении экстубации — 34%.

В результате применение препаратов сурфактанта 77,2% детей с ЭНМТ и 90% с ОНМТ, пережили ранний неонатальный период.

Использование сурфактанта в лечении респираторных нарушений позволила снизить летальность новорожденных от СДР. За 3 года в исследуемой группе (n=131) от СДР в раннем неонатальном периоде умерли 5 % детей (новорожденные с ЭНМТ и ОНМТ).

Ведущей причиной смерти детей с ЭНМТ и ОНМТ остаются генерализованные формы инфекции.

ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНО–РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДИСИНДРОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Хасанова В.В.

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, г. Тюмень

Известно, что острая гипоксия сопровождается дисбалансом между прооксидантными и антиокси-

дантными системами. Его развитие связано с нарушениями функционирования дыхательной цепи митохондрий, сопровождающиеся увеличением продукции активных форм кислорода с последующим усилением липопероксидации (ЛПО). Индукция оксидативного стресса приводит к нарушению функционирования различных систем новорожденных. Реакции, отражающие адаптацию к родам, при определенных условиях могут принять патологические черты. Однако, традиционно используемые показатели находятся в пределах нормы. В связи с этим, представляется необходимым изучение критериев, имеющих предикторный характер. В качестве таковых целесообразно использовать показатели свободно — радикального окисления и антиоксидантной защиты. Ранее была показана предикторная роль показателей ЛПО по отношению к моносиндромам. Однако в клинической практике широко распространены их комбинации.

Выявить целесообразность применения различных характеристик ЛПО в качестве предикторных показателей развития дисиндромов у новорожденных.

Обследовано 403 новорожденных со следующими моносиндромами: синдром срыгивания — 67, синдром гипервозбудимости — 27, болевой синдром — 46, синдром дыхательных расстройств (СДР) — 20 и сочетанием двух синдромов (дисиндромы): срыгивание+болевой — 40, срыгивание+гипервозбудимость — 34, срыгивание+ СДР — 36, срыгивание+задержка внутриутробного развития плода (СЗРП) — 30. Контрольная группа — 103.

Для исследования использовали пуповинную кровь, забор которой выполняли сразу после рождения новорожденного, со стабилизатором — 1,5% раствор ЭДТА в физ. растворе из расчета 0,1 мл стабилизатора на 2 мл крови.

Обработку полученных результатов исследования проводили общепринятым методом вариационной статистики. Вычисляли среднюю арифметическую величину (M), ошибку среднего (m). Различия между сравниваемыми группами считали достоверными при $p < 0,05$. Достоверность различий между средними величинами параметров определяли с помощью критерия значимости (t) Стьюдента. Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводили с помощью непараметрического критерия U-критерия Манна — Уитни. Статистическая обработка материала проведена с использованием лицензированных программ «Statistica 6.0» и Excel.

Установлено, что при срыгивании + болевой дисиндром наблюдалось увеличение содержания первичных гептан-растворимых диеновых конъюгатов, кетодиенов и сопряжённых триенов, а также Шиффовых оснований. Среди изопропанол растворимых продуктов ПОЛ наблюдалось увеличение всех категорий продуктов, кроме Шиффовых оснований. Усиление ЛПО сопровождалось снижением окисляемости липидов, что проявлялось уменьшением уровня Fe+2 аскорбат индуцированного ПОЛ. Следует отметить, что срыгивание и гипервозбуди-

мость сами по себе характеризовались увеличением ЛПО, но при дисиндроме этот процесс имел более выраженный характер. В наибольшей степени увеличение гептан-растворимых продуктов ПОЛ наблюдалось при срыгивании в сочетании с гипервозбудимостью. Следует отметить, что именно в этом случае наблюдалось наиболее существенное увеличение активности ксантиноксидазы и наиболее значимое снижение содержания церулоплазмينا. При всех дисиндромах наблюдалось статистически значимое увеличение ксантиноксидазы по сравнению с контролем. Необходимо отметить, что в случае болевого моносиндрома и моносиндрома задержки внутриутробного развития плода (СЗРП) сразу после рождения не наблюдается увеличения ксантиноксидазной активности, но при сочетании с синдромом срыгивания отмечено увеличение активности данного показателя. Так как указанные моносиндромы диагностируются сразу после рождения, а синдром срыгивания позднее, то по увеличению ксантиноксидазной активности при первых двух моносиндромах можно прогнозировать риск развития дополнительного синдрома срыгивания.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что комбинации различных синдромов приводят более выраженному дисбалансу между прооксидантными и антиоксидантными системами, а следовательно и к более выраженной активации липопероксидации.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ОТ ЖЕНЩИН, С ПРИЗНАКАМИ НИКОТИНОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Хорошкина Л.А.

Омская государственная медицинская академия, МУЗ клинический РД№1, г. Омск

В настоящее время четко прослеживается тенденция к увеличению числа курящих и употребляющих алкоголь женщин репродуктивного возраста. Перинатальное поражение нервной системы, вызванное токсическим воздействием алкоголя и никотина, нарушают процессы адаптации новорожденного, а в дальнейшем определяют психосоциальную дезадаптацию ребенка.

Целью исследования стала оценка нервно-психического развития детей раннего возраста рожденных матерями, с признаками алкогольной и табачной зависимости.

Было проведено аналитическое проспективное когортное исследование нервно-психического развития 159 доношенных детей от женщин с вредными привычками, рожденных в удовлетворительном состоянии. В зависимости от отдельного влияния никотина или эффектов совместного действия никотина и алкоголя было сформировано 2 группы: I группа — 66,7% (106 детей), рожденных от женщин с признаками никотиновой зависимости, во II группу вошли 33,3% (53 ребенка), рожденных от женщин курящих и употреблявших алкогольные

напитки во время беременности. Группу сравнения составили 100 доношенных детей, рожденных в удовлетворительном состоянии от женщин без вредных привычек.

Неврологические нарушения при рождении были выявлены у 88% детей I группы, 95% детей II группы, 67% детей III группы. В периоде новорожденности у детей I и II групп достоверно чаще доминировал синдром гипервозбудимости ЦНС (65,0% и 64,1% соответственно против 34,0% в III группе, $p < 0,001$). Со второй недели жизни у 60,4% детей I группы и 58,5% детей II группы против 34% детей в III группе, присоединились симптомы нарушения вегетативной регуляции (стойкие срыгивания, колики, запоры или каломазание, мраморность кожи, акроцианоз, периоральный цианоз), что осложнило течение периода адаптации. Аналогичные неврологические нарушения, но в значительной мере более выраженные, характерны для абстинентного синдрома новорожденного. Синдром угнетения ЦНС чаще выявлялся у новорожденных со ЗВУР. При сравнительном анализе психо-моторного развития по методу Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой (1981) было установлено, что суммарные балльные оценки у детей I и II группы были достоверно ниже по сравнению с группой детей от матерей без вредных привычек ($p < 0,01$). Наименьшее количество баллов имели такие показатели динамических функций, как коммуникативность, мышечный тонус, тремор, стигмы дисэмбриогенеза.

Несмотря на проводимую терапию, со второго месяца жизни в группе детей от женщин с вредными привычками доминировал синдром двигательных нарушений. Во втором полугодии в группе детей от матерей страдающих табачной и алкогольной зависимостью эти нарушения трансформировались у 46% детей в гиперактивность и задержку предречевого и моторного развития, часто толерантного к проводимой терапии. К 1-му году 34% детей 1-ой и 46% детей 2-ой группы имели проявления неврологического и психического дефицита. В группе сравнения 95% детей к году были неврологически здоровы.

При проведении в неонатальном периоде нейросонографического исследования достоверно чаще в I группе выявлялись признаки диффузного отека головного мозга (51,0%, и 46% соответственно против 40% в III группе, $p < 0,001$). К году в группе детей от матерей с вредными привычками изменения по нейросонографии выявлялись лишь у 8,1% детей с нарушением формирования моторных навыков и когнитивных функций. Таким образом, негативная чувствительность метода нейровизуализации в I и II группах оказалась относительно низкой. В группе сравнения появление изменений при проведении НСГ четко коррелировали с нарастанием признаков формирования задержки психомоторного развития по шкале Журбы-Мастюковой ($R=0,56$). При проведении ЭЭГ-исследования к 1 году у 77% детей I и II групп были зарегистрированы признаки инфантильности корковой ритмики и нарушения функционального состояния головного мозга, проявляющиеся в виде значительной дезорганизованной альфа-актив-

ности (группы волн очень высокой амплитуды), бета-активности в виде ритма высокого индекса, очень высокой амплитуды и высокой частоты (у гиперактивных детей). Альфа и бета-активность были слабо выражены у детей при снижении эмоциональности, коммуникабельности, когнитивных функций.

Таким образом, несмотря на удовлетворительное состояние при рождении дети от матерей с вредными привычками, к году имели проявления неврологического и психического дефицита. У детей, от женщин с признаками табачной и алкогольной зависимости была выявлена низкая негативная чувствительность метода нейровизуализации, что не позволяет рекомендовать его в качестве достоверного метода оценки тяжести поражения ЦНС у таких детей.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ КРЕСТЦОВО- КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Щёголев А.И., Дубова Е.А., Подгорнова М.Н.,
Павлов К.А., Кучеров Ю.И.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Тератомы рассматриваются как новообразования, исходящие из полипотентных клеток и представленные широким спектром тканей, не характерных для данного органа или области тела. Частота крестцово-копчиковых тератом (ККТ) составляет 1 на 35–40 тысяч новорожденных.

Работа основана на комплексном морфологическом исследовании операционного материала ККТ 21 новорожденного, оперированного в 2005–2010 годах. Резекция тератомы была проведена на 1–14 день после рождения (средний возраст новорожденного составил 5,1 дня). Во всех случаях вместе с тератомой было произведено удаление копчика.

В 12 наблюдениях опухоль была обнаружена у девочек, 9 наблюдений составили мальчики. Возраст беременных колебался от 22 до 36 лет (средний возраст — 28 лет). Во всех наблюдениях ККТ были диагностированы во время проведения УЗИ беременным на 14–35 неделе (в среднем в 25,6 недель) гестации. У половины из них было проведено МРТ исследование, подтвердившее диагноз. При этом роды произошли на 29–40 неделе беременности (средний срок 37,2 недель).

При морфологическом изучении операционного материала размеры опухолей колебались от 4 см до 20 см (средний диаметр 10,6 см), при этом тератомы средних размеров (диаметром 5–10 см) отмечены в 10 наблюдениях и крупных (более 10 см) у 9 пациентов. Видимо, в связи с этим родоразрешение через естественные родовые пути было осуществлено только в двух наблюдениях при наличии тератомы размером 8 см, расположенной в полости таза. В остальных 19 случаях было проведено кесарево сечение.

При клиничко-инструментальном обследовании

у 15 новорожденных помимо ККТ была выявлена сопутствующая патология: уретеровагинальный свищ, уретерогидронефроз, субэпендимальные кисты головного мозга, spina bifida крестцовых позвонков, внутренняя гидроцефалия, косолапость, гемангиома предплечья, водянка яичек.

Подразделение на типы ККТ проводилось в соответствии с рекомендациями секции детских хирургов Американской академии (APPSS): тип 1 (преимущественно рост наружу с минимальным поражением предкрестцовых тканей) установлен у 9 пациентов, тип 2 — (выраженный рост наружу и в полость таза) у 8, тип 3 (имеется рост наружу, но преобладает рост в полость таза с проникновением в брюшную полость) — у 2 и тип 4 (отсутствует рост наружу, опухоль полностью в полости таза) — также у 2 новорожденных.

При гистологическом изучении препаратов операционного материала во всех наблюдениях ККТ имелись ткани, происходящие из эктодермы, в частности многослойный плоский эпителий, придатки кожи (волосяные фолликулы, потовые железы), нервная ткань. Также практически всегда наблюдались ткани мезодермального происхождения в виде жировой и мышечной, в 11 случаях — элементы хряща. У 9 пациентов встречались производные эндодермы — кишечный или бронхиальный эпителий, слюнные железы, ткань щитовидной железы, поджелудочной железы или печени.

В серии наших наблюдений зрелые тератомы выявлены у 12 новорожденных. Во всех из них при макроскопическом и микроскопическом исследовании имелись кисты разного размера и с различным (серозным, слизистым и/или саленым) содержимым.

В 9 наблюдениях на гистологических препаратах помимо зрелых тканей нами выявлены элементы незрелых. При микроскопическом исследовании последние напоминали примитивную нейроэктодерму в виде мелких гиперхромных клеток, формирующих небольшие участки, тяжи или трубочки. Наличие подобных элементов послужило основанием для постановки диагноза незрелой тератомы. У одной новорожденной девочки на препаратах были выявлены элементы опухоли желточного мешка, в связи с чем опухоль расценена как злокачественная.

Степень гистологической незрелости ККТ определялась в соответствии с рекомендациями F. Gonzalez-Crussi. Степень 0 гистологической незрелости была нами установлена в 12, степень 1 — в 7, степень 2 и 3 — по 1 наблюдению. Соответственно этому у 19 пациентов ККТ расценена как зрелая, у 1 — незрелая доброкачественная (степень незрелости 2) и еще у 1 — злокачественная (степень незрелости 3 с наличием элементов опухоли желточного мешка).

Таким образом, крестцово-копчиковые тератомы развиваются преимущественно у лиц женского пола, локализуются в основном позади крестца, выявляются в неонатальном периоде и характеризуются доброкачественным течением.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.

Аджиева Д.А.

РД г. Махачкала, ДНЦ РАМН.

Актуальность. По заключению комитета экспертов (1978) многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска.

Повышенный риск беременности и родов у многорожавших женщин объясняется принадлежностью их к более старшей возрастной группе, повышенной частотой экстрагенитальных заболеваний.

По данным Омарова С.-М.А. и Омарова Н.С.-М. (1999), общая заболеваемость у многорожавших женщин в 2,5 раза больше, чем в популяции. Гестационные осложнения и их последствия в 5 раз чаще. Высокими остаются показатели материнской — 39,3 на 100 тыс. живорожденных и перинатальной — 31,4‰ смертности при многократных родах (Белинская А.М. 1990).

В связи с этим особенно актуально улучшение качества родовспоможения и предупреждения осложнений гестаций у многорожавших женщин (МЖР) в регионах с высокой рождаемостью.

Целью нашего исследования является улучшение исходов гестации для матери и плода у многорожавших женщин.

В соответствии с целью исследования и для решения поставленных задач были обследованы различные группы многорожавших женщин в прегравидарном, периконцепционном и гестационном периодах. На этапе формирования групп наблюдения был использован метод рандомизации, обеспечивающий случайное распределение больных в группах, что позволяет добиться отсутствия различий между исследуемыми группами. Этим достигается снижение вероятности систематической ошибки в клинических исследованиях вследствие различий групп по каким-либо признакам.

Под нашим непосредственным наблюдением находилось 150 женщин. Обследуемые были распределены следующим образом: 1я группа — основная -100 многорожавших женщин, с разработанным алгоритмом прегравидарной и периконцепционной подготовки и родоразрешенных по разработанной нами схеме, и 2я группа — контрольная — 50 многорожавших женщин без комплекса прегравидарно-периконцепционной и дородовой подготовки.

Был разработан план исследования, включающий проведение клинических, функциональных, биохимических, гормональных методов исследований и математическую обработку полученных данных с помощью метода вариационной статистики с использованием стандартных компьютерных программ.

Всем женщинам был проведен в полном объеме стандарт обследования с учетом нозологии. Они были осмотрены терапевтом, окулистом, стоматологом, отоларингологом, а при выявлении экстрагенитальной патологии — профильными специалистами.

Полученные результаты нашего исследования, указывают на то, что многорожавшие женщины относятся к группе повышенного риска возникновения характерных гестационных и перинатальных осложнений.

Можно сделать вывод, что исходы беременности и родов у многорожавших, представляют неблагоприятную картину, изменение которой зависит, в основном, от улучшения качества прегравидарной и периконцепционной подготовки, перинатальной помощи, оказываемой данному контингенту беременных.

Разработанный нами алгоритм прегравидарной и периконцепционной подготовки эффективен и может быть применен в повседневной практике.

ДЕТИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ЗАБЛУЖДЕНИЯ, СОМНЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Байбарина Е.Н.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Одной из самых обсуждаемых тем, не только в сообществах акушеров и неонатологов, но и медицинской и немедицинской общественности является выхаживание детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и при гестационном возрасте менее 28 недель. Их в разговорной речи нередко называют «пятьсотграммовые» на основании того, что нижняя граница жизнеспособности для этой категории детей считается 500г.

Следует четко разделять понятия — живорожденность и жизнеспособность. Жизнеспособными, учитывая современный уровень развития медицины, считаются дети, родившиеся с весом от 500г при сроке гестации 22 недели и более. Всемирная организация здравоохранения в Международной классификации болезней десятого пересмотра определяет живорожденность как рождение продукта зачатия хотя бы с одним из четырех признаков жизни — наличием дыхания, и/или сердечными сокращениями, и/или произвольными движениями мускулатуры, и/или пульсацией пуповины. Таким образом, понятие живорожденности никак не связано ни с весом при рождении, ни с гестационным возрастом. На это определение живорожде-

ния наша страна перешла еще в 1995г в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России №318, тем же приказом была определена необходимость оказания помощи родившимся, начиная с 22 недели гестации, ведения медицинской документации, внесения данных в соответствующие статистические формы. Многие территории и учреждения добились больших успехов в выхаживании детей с ЭНМТ. Поэтому расхожее выражение «мы НАЧНЕМ выхаживать пятьсотграммовых детей» является заблуждением, мы НАЧАЛИ это делать более пятнадцати лет назад. С 2012 года планируется изменить статистическую отчетность и начать учитывать детей с ЭНМТ, в случае неблагоприятного исхода, в показателе младенческой смертности начиная не с седьмых суток жизни, а, так же, как и в других весовых категориях. Это изменит показатели перинатальной и младенческой смертности и привлечет больше внимания к проблеме детей с ЭНМТ.

Существует также опасение, что выхаживание ЭНМТ ухудшит качество помощи более зрелым детям. Если рассматривать этот вопрос с позиции технологий, то становится очевидной несостоятельность таких опасений — ведь отработанные до мельчайших деталей методики диагностики и коррекции патологических состояний у детей с ЭНМТ будут еще более эффективны у доношенных и т.н. «поздних» недоношенных. С другой стороны, реальная проблема — дефицит коечного фонда и оборудования в отделениях реанимации для новорожденных. И эту проблему надо решать уже сейчас.

Пожалуй, самое существенное опасение связано с возрастанием количества инвалидов. Действительно, для детей с ЭНМТ, особенно родившихся при сроке беременности 22-24 недели, характерны и высочайшая смертность и очень высокий процент инвалидности, связанной с двигательными нарушениями, слепотой, глухотой, умственной отсталостью. На основании этого у части медицинской общественности возникло мнение о том, что следует отказаться от выхаживания детей до 26-25 недели гестации. Однако факты говорят о том, что выжившие дети с ЭНМТ не определяют количество людей с ограниченными возможностями — 74% инвалидов с детства родились при гестационном возрасте 34-38 недель. Более того, чем лучше оказывается помощь глубоконедоношенным новорожденным, тем меньше у них частота грубой патологии ЦНС и органов чувств.

При выхаживании детей до 28 недель гестации встает особенно много этических вопросов. Следует ли проводить сердечно-легочную реанимацию при гестационном возрасте 22-24 недели и единичных сердечбиениях; в случае грубой структурной патологии ЦНС как перейти от проводившейся комплексной терапии к паллиативному лечению и много других, ждущих своего решения.

Наше мнение заключается в том, что регистрировать показатели смертности следует с 22 недель, что позволит более точно учитывать репродуктивные потери. Это также повысит квалификацию

медицинского персонала, обеспечив тем самым улучшение качества лечения новорожденных всех весовых категорий. Неизбежное повышение затрат компенсируется приобретенными полноценными членами общества.

МУЖСКОЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ — СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

**Божедомов В.А., Александрова Л.М.,
Попова А.Ю., Липатова Н.А., Николаева М.А.,
Соловова Н.Н., Гамидов С.И.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Одной из приоритетных задач Национальной программы демографического развития России является повышение рождаемости. Решение этой задачи предусматривает, с одной стороны, создание социально-экономических условий, направленных на обеспечение поддержки семей с детьми, с другой — целевые программы в области здравоохранения.

Одной из групп населения, нуждающейся в специализированной медицинской помощи, являются мужчины из бесплодных пар. При бесплодии супружеской пары имеется крайне редкое сочетание социального, психического и, практически всегда, физического нездоровья в семье. Бесспорным сегодня является то, что доля мужских и женских причин бесплодия приблизительно равна. Однако эффективность оказания медицинской помощи бесплодным мужчинам остается недостаточной. Причин несколько. Во-первых, патогенез мужского бесплодия многофакторный. К нарушению фертильности могут приводить генетические, гормональные, инфекционные, иммунологические, сосудистые, неврологические заболевания, многие экологические факторы внешней среды, психоэмоциональные состояния. Нарушения могут иметь место на разных уровнях: формирования мужского фенотипа, сперматогенеза в яичках, созревания сперматозоидов в придатках, их транспорта в репродуктивном тракте и выделения при эякуляции, проникновении через цервикальную слизь, капацитации, акросомальной реакции, оплодотворения яйцеклетки и даже ранних этапах развития зародыша. Использование сперматозоидов с дефектными хромосомами в программах ВРТ приводит к замершим беременностям, выкидышам, генетическим аномалиям и даже онкологическим заболеваниям у детей. Следовательно, лечение мужского бесплодия требует междисциплинарного подхода, применения широкого спектра лабораторных и инструментальных методов диагностики, различных лечебных мероприятий. Это не может обеспечить уролог, прошедший обучение только в рамках существующих программ, и работающий на базе существующих учреждений урологического профиля. Поэтому второй причиной недостаточной эффективности лечения

мужского бесплодия в масштабах страны является отсутствие необходимого числа компетентных урологов-андрологов и адекватно оснащенных центров репродуктивной медицины. Необходимо внедрить в практическое здравоохранение современные методы диагностики нарушений качества сперматозоидов: хромосомных и генных мутаций, повышенного апоптоза, акросомальной реакции, аутоиммунных реакций против гамет и др. В-третьих, необходимо разрабатывать новые методы лечения, в т.ч. такие клеточные технологии, как трансплантацию клеточных культур и ассоциатов. Например, показано, что предшественники клеток фолликулярного эпителия не только способны к дифференцировке в зрелые sustentocytes, но формировать новые семенные каналы и поддерживать дифференцировку стволовых сперматогенных клеток. В-четвертых, отсутствуют клинико-экономические стандарты оказания помощи таким пациентам. До сих пор во многих отечественных учебных пособиях и клинических руководствах для врачей описаны невалидизированные, клинически и экономические неоснованные препараты и методы лечения.

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи парам с мужским фактором бесплодия необходимо решить следующие задачи:

Изучить особенности этиопатогенеза мужского бесплодия в различных регионах Российской Федерации, подготовить предложения по профилактике нарушений репродуктивной функции у мужчин, шире использовать эти данные в работе учреждений здравоохранения и СМИ.

Дать клиническую оценку существующих методов диагностики и лечения мужского бесплодия.

Разработать клинически и экономически обоснованные стандарты оказания медицинской помощи мужчинам из бесплодных пар с различным патогенезом нарушения фертильности.

Разработать учебные программы подготовки врачей урологов, гинекологов, врачей лаборантов по репродуктивной андрологии. В качестве основы может быть использовано наше Руководство, рекомендованное Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей по специальностям «урология» и «акушерство и гинекология» (Мужское бесплодие/Г.Т.Сухих, В.А.Божедомов — М.: Эксмо, 2009. — 240 с.: ил.).

Включить специальные курсы по репродуктивной андрологии в программу последипломной подготовки врачей-урологов.

Внедрить современные методы диагностики и лечения различных форм мужского бесплодия в практическое здравоохранение.

Организовать работу специализированных андрологических консультаций (кабинетов) в территориальных учреждениях здравоохранения.

Провести финансово-экономическую оценку внедрения учебно-образовательных программ и комплексов оказания медицинской помощи мужчинам из бесплодных пар.

Не вызывает сомнения, что дети рожденные в парах, в которых один или оба супруга лечились от бесплодия, всегда будут окружены вниманием, заботой и смогут вырасти достойными гражданами своей страны.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Васильева Т.П., Малышкина А.И., Песикин О.Н.,
Панова И.А.**

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.
В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Одним из ресурсов улучшения качества медицинской помощи является информационное обеспечение процесса управления. Осуществляемая в настоящее время регионализация перинатальной помощи в субъектах федерации определяет необходимость совершенствования информационного обеспечения управления эффективностью ее использования.

В этом плане предлагается информационное обеспечение управления регионализацией перинатальной помощи, методической особенностью которого является комплексный подход в системе «врач-пациент-органы управления здравоохранением».

Предложенный информационный комплекс включает:

1. Автоматизированную программу «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и родильниц»
2. Автоматизированную программу «Анализ причин перинатальной смертности и качества ее профилактики»
3. Система медико-социально-правового информирования беременных женщин»

Автоматизированная программа «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и родильниц» обеспечивает создание базы данных и оперативное ее использование по женщинам, состоящим на учете по беременности. В автоматизированном режиме осуществляется формирование перечня женщин, подлежащих госпитализации для родоразрешения в акушерские стационары в соответствии с показаниями, определенными приказом Минздравсоцразвития № 808 н от 2 октября 2009 г. Формирование перечня осуществляется с момента взятия на учет и корректируется по мере наблюдения женщины, при этом учитывается степень риска перинатальной смертности, угрожаемой акушерской и перинатальной патологии. Эта информация вносится также в формируемый в автоматическом режиме Индивидуальный план наблюдения беременной женщины. Данные о женщинах, имеющих высокую степень риска осложнений родоразрешения, являются основой для осуществления оперативного контроля главными специалистами.

Для органов управления здравоохранением тер-

ритории подобная же информация предоставляется с помощью автоматизированной программы анализа перинатальной смертности и качества управления перинатальной профилактикой, когда на основе экспертной системы программы выявляются дефекты регионализации перинатальной помощи при разборе случаев перинатальной смертности.

Система медико-социально-правового информирования беременных женщин осуществляется с применением носителя информации — Диспансерной книжки беременной, который зарегистрирован на полезную модель. Особенностью данного информационного обеспечения беременной женщины является размещение информации по 4 блокам (социальный, медицинский, правовой, сервисный), включение блока обратной связи по удовлетворенности беременной качеством медицинского наблюдения, блока по участию беременной в дородовой перинатальной профилактике и другие методические моменты. В ходе трех летнего внедрения на уровне территории (Ивановская область) отмечено достижение медико-социальной эффективности.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Васильева Т.П., Филькина Е.В., Алексеева Е.Г., Платонова Н.С.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново, Россия

В настоящее время большое внимание исследователей уделяется проблемам профилактики перинатальной патологии. Среди этих проблем особое место занимает проблема медицинской информированности беременных женщин. Особенностью разработанной нами методики изучения информированности женщин по вопросам профилактики перинатальной патологии явилось сочетание методов социологического опроса и экспертных оценок в рамках одной специально разработанной «Карты социально-гигиенического анализа успешности профилактики перинатальной патологии и смертности». Для этого в карте сочетались вопросы, в которых женщина оценивала свои знания, и вопросы, в которых она отмечала правильный вариант ответа. Это позволило дать экспертную оценку уровня медицинской информированности беременных женщин по вопросам перинатальной профилактики. Кроме того, методической особенностью сбора информации о медицинской информированности с использованием предложенной методики явилось проведение его в комплексе с получением других видов информации (социальная характеристика, поведенческая характеристика, культурная характеристика, участие в профилактике перинатальной патологии и смертности, соматическое и репродуктивное здоровье беременных,

репродуктивное поведение), а также информации о качестве проведенной перинатальной профилактики. Это позволило выявить факторы, влияющие на состояние медицинской информированности женщины, а также оценить роль медицинской информированности как фактора влияния на качество перинатальной профилактики. Особенностью методики изучения информированности беременных женщин является подход к рассмотрению ее как многокомпонентного явления, в частности, были выделены такие компоненты как медицинская, правовая, организационная, сервисная информированность. Блок анкеты о медицинской информированности содержит вопросы: о знании беременной диагностических методов, профилактики, факторов риска перинатальной патологии и наличие медицинских учреждений занимающихся этой проблемой. Блок о правовой информированности состоит из трех вопросов: 1-ый о медицинском страховании (виды медицинского страхования и способы его осуществления), 2-ой о знании трудового кодекса (предоставление отпуска по беременности, родам и по уходу за ребенком), 3-ий о социальной защите материнства и детства (знание об единовременном пособии, пособии по беременности и родам, использовании материнского капитала). Эти аспекты позволяют оценить не только социальный статус, соматическое и репродуктивное здоровье женского населения, качество жизни, а также их грамотность в отношении оценки своего здоровья и профилактики, качества и эффективность работы женских консультаций, органов социальной защиты, органов медицинского страхования в подаче информации для беременных женщин. Так как проблема перинатальной патологии и смертности остается актуальной, нашей задачей является выявить наиболее эффективный способ информированности населения. С этой целью в анкету были включены вопросы самооценки женщиной разных источников информации. С применением предложенной методики изучения и оценки медицинской информированности беременных женщин по вопросам перинатальной профилактики проанкетировано 87 женщин, находящихся на обследовании в акушерской клинике ФГУ «ИВ НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», 100 женщин наблюдающихся в женской консультации № 2 г. Иваново и 57 в условиях родильного отделения Владимирской областной больницы. Полученная комплексная информация явилась основой для разработки комплекса предложений.

Таким образом, предложенный метод оценки информированности по вопросам перинатальной профилактики позволит получить современный портрет женского населения как — потребителей медицинских услуг по акушерско-гинекологическому профилю, провести их сопоставительный анализ, и в комплексе разных характеристик оценить уровень и качество медицинской информативности по компонентам.

ПРОФИЛАКТИКА НЕПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ В ЦЕЛЯХ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА

**Волгина В.Ф., Цымлякова Л.М., Ерофеева Л.В.,
Протопопова Т.А.**

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация «Народонаселение и Развитие» (РАНиР), Москва

Для стабилизации демографической ситуации в стране необходимы меры, направленные на социальную поддержку материнства и сохранение репродуктивного потенциала населения. Актуальность проблемы аборт у подростков — один из наиболее значимых медико-социальных факторов в связи с ранней сексуальной социализацией молодежи, значительной распространенностью, относительной высокими показателями аборт, сохраняющейся в течение ряда лет неснижаемой долей их в общем числе прерываний беременности. Аборты, произведенные подросткам, особенно с использованием инвазивных методов, являются фактором, негативно влияющим на состояние репродуктивного здоровья молодежи.

Цель исследования — характеристика состояния с абортами в подростковой группе 15-19 лет. Материалы и методы исследования: анализ динамики и структуры аборт у подростков, по официальных статистических данным Минздравсоцразвития России.

Проведенный анализ позволил определить динамику и структуру аборт у подростков 15-19 лет. Общее число аборт в этой возрастной группе в 2008 г. по сравнению с 2005 г. уменьшилось на 25,3% и составило в абсолютных величинах — 110,5 тыс.

Снижение общего числа аборт у подростков за это время отмечается и во всех федеральных округах: в Северо-Западном ФО на 30,7%, Центральном — на 28,5%, Уральском — на 27,6%, Сибирском — на 26,0%, Приволжском — на 24,3%, Дальневосточном — на 21,8%, и в Южном — на 14,8%.

Основной показатель числа аборт на 1000 женщин соответствующего возраста в России в 2008 г. составил 20,32. Его значение превышало среднероссийское в Дальневосточном ФО — 29,21, Уральском — 25,36, Сибирском — 25,15, Северо-Западном — 23,10, было меньше среднероссийского в Приволжском — 19,68, Центральном — 16,79 и Южном — 15,13.

Снижение этого показателя в 2008 г. по сравнению с 2005 г. отмечается как в целом по стране, так и во всех федеральных округах.

В структуре всех аборт у подростков в 2008 г. преобладали медицинские (легальные) — 77,4%, самопроизвольное прерывание беременности составило — 13,7%, неуточненные аборты — 5,2%. По медицинским показателям было прервано 3,5%, по социальным — 0,1% от всех прерванных беременностей, криминальные аборты зарегистрированы в 0,1% случаев.

С 2005 по 2008 г. число медицинских (легальных) аборт уменьшилось на 22,8%, по медицинским показаниям — на 67,0% в основном за счет снижения возраста физиологической незрелости женщины до 15 лет (Приказ Минздравсоцразвития России № 736 от 3.12.2007 г. «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»), по социальным показаниям в связи с уменьшением их числа до 4-х (приказ Минздрава РФ № 484 от 14.10.2003 г.) — на 69,8%, зарегистрированных криминальных аборт — на 32,2%.

Из общего числа аборт в сроки до 12 недель беременности (91,9%) 84,2% пришлось на медицинские (легальные), распространенность которых можно реально снизить при более широком использовании подростками эффективных методов контрацепции.

Проведенный анализ выявил снижение аборт в возрастной группе 15-19 лет в целом по стране и в федеральных округах. Однако профилактика аборт у подростков продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, требующей дифференцированного подхода как по применяемым современным методам прерывания беременности с обязательной последующей контрацепцией, так и альтернативным, базирующимся на системе учреждений здравоохранения информационно-образовательным программам профилактики непланируемой беременности, нравственному воспитанию молодежи; а также усилиям по созданию специализированных служб — сети центров охраны репродуктивного здоровья подростков, психолого-педагогических консультаций и телефонов доверия.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ ЦЫГАНСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Волков В.Г., Ермошина Н.И.

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинский институт,
Тульский государственный университет. Тула.

Актуальность: Данные о состоянии здоровья цыган являются недостаточно изученными. Проведены единичные исследования в Центральной и Восточной Европе, в России в доступной литературе нами не найдены данные о родах в этой этнической группе.

Цель исследования изучить особенности медико-социальных показателей беременных и рожениц цыганской национальности.

Материал и методы: за период с 2008 по 2010 г. проведен ретроспективный анализ 50 женщин цыганской национальности родоразрешенных в Тульском областном перинатальном центре. Возраст родильниц колебался от 16-40 лет. Средний возраст составил 20 +/-2,3 лет.

Результаты: при изучении особенностей медико-социальных показателей беременных и рожениц цыганской национальности выявлено, что среди данной группы беременных преобладали женщины без образования: не училось 21 (42%), окончило

только 5 классов 28 (56%), только в 1 наблюдении имело место среднее образование.

Семейное положение характеризовалась отсутствием зарегистрированного брака у 31 (62%), у 14 (28%) брак зарегистрирован, одиноких женщин 5 (10%). Из данных анамнеза установлено, что инфекционные заболевания встречались у всех женщин 50 (100%), детские инфекции только у 9 (18%). При анализе менструальной функции установлено, что у большинства обследованных менархе наступило до 12 лет — 32 (64%), у всех регулярный менструальный цикл 25-35 дней. При изучении половой функции раннее начало половой жизни (до 18 лет) было у 35 (70%). Только 7 (14 %) используют барьерные методы контрацепции и 2 (4%) оральные контрацептивы, оставшиеся вообще отрицают какую-либо контрацепцию.

Среди женщин цыганской национальности высок процент курящих (более половины) 26 (52%). Одну беременность в анамнезе имели лишь 9 (18%), в большинстве случаев преобладало 3 и более беременностей 28 (56%). Женщины цыганской национальности невысокого роста от 145 см до 165 см (средний рост 156 +/-1,2 см), масса тела от 46,4 кг до 96 кг. Индекс массы тела в среднем составил 25,9 +/-1,2.

У большинства зарегистрировано сужение таза 40 (80%), из них чаще имел место общеравномерно-суженный таз 30 (60%), поперечносуженный таз у 10 (20%). По данным исхода предыдущих беременностей выделяется высокий показатель самопроизвольных абортов -15 (30%).

Данные роды закончились своевременно через естественные родовые пути у 42 (84%) женщин, преждевременно у 3 (6%), путем кесарева сечения 5 (10%). На учете по беременности состояло 37 (74%) женщин. Среди осложнений в период беременности чаще встречались: водянка беременных 22 (42%), анемия — 17 (34%), хроническая внутриутробная гипоксия плода 13 (26%), ранний токсикоз 13 (26%), гестационный пиелонефрит 8 (16%).

Заключение: установлено, что среди цыган преобладали женщины без образования, состоящие в гражданском браке, курящие, с ранним началом половой жизни, большим количеством беременностей, с высокими показателями самопроизвольных абортов, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАКАСИИ

Гладкая В.С.

Россия, г. Абакан, ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

Медико-психолого-социальный институт

За последние два десятилетия в России произошли существенные социальные и экономические изменения, которые отразились на медико-демо-

графической ситуации. В связи с этим проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобрела особую значимость. Улучшению демографической ситуации и укреплению репродуктивного потенциала зависят от ряда причин: здоровья подростков, соматического и репродуктивного здоровья женщин, течения и исходов беременности, уровня репродуктивных потерь [А.А. Аскалонов, 1998; А.А. Олина, 2008; О.Г. Фролова О.Г., 2008].

В региональных условиях является актуальной задачей создание интегрированной системы по охране репродуктивного здоровья населения, оказанию помощи подросткам и женщинам репродуктивного возраста.

Демографическая ситуация в Республике Хакасия, характеризуется в продолжающейся с начала 1990 годов депопуляции, т.е. превышение числа умерших над количеством родившихся. За последние пять лет в Хакасии, наметилась тенденция повышения рождаемости. Следует отметить, что это зависит от доли женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте.

Анализ динамики численности населения в Хакасии, показывает, что за период с 1990 по 2009 годы оно снизилось на 6,9% (577 100 человек — в 1990 и 539129 человек — в 2009 году), что связано с политическими, социальными и экономическими изменениями в стране в целом.

За анализируемый период женское население уменьшилось на 3,8%. В структуре населения по полу отмечается преобладание удельного веса женщин, их доля составляет 53,7% (289 502 человек в 2009 году), среднем на 100 женщин всех возрастов приходится 92 мужчины. Доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), составляет 52,4% (151 743 человек).

Для изучения демографической ситуации в Республике Хакасия проведен анализ рождаемости, которая относится к основным демографическим процессам и в решающей степени определяет характер воспроизводства населения.

При анализе показателя рождаемости отмечен наиболее низкий уровень в период с 1993 по 2001 годы (14,1 и 9,6 на 1000 род. жив., соответственно), что связано с экономической нестабильностью в стране. В последние годы наблюдается постепенное повышение рождаемости (15,0 на 1000 род. жив. в 2009 году) однако, этот показатель не достиг уровня 1989 года (19,5 на 1000).

Из общего числа женщин репродуктивного возраста в 2007 году родили только 5,3%, что свидетельствует о чрезмерно низкой интенсивности деторождения. В связи с этим имеет значение изучение факторов риска, воздействующих на показатели рождаемости. Мы изучили влияние на процессы рождаемости тактики планирования семьи, частоту абортов, применение эффективных средств контрацепции, частоту бесплодия и др.

Планирование семьи рассматривается как компонент программы охраны здоровья матери и ребенка. В последнее десятилетие в России, несмотря на повсеместное снижение количества медицинских абор-

тов, уровень их остается высоким. Так по данным МЗ РФ, число аборт на 1000 женщин фертильного возраста составляет 35,6 (2006 г.), что свидетельствует о том, что в России искусственный аборт продолжает оставаться методом регуляции рождаемости.

В Республике Хакасия число аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 1995 году составило 73,7, в 2009 году — 40,1. Доля аборт среди девочек-подростков до 19 лет составляет 8,5% (2009 г.), и на протяжении изучаемого периода практически не имеет тенденции к снижению. Удельный вес аборт среди женщин до 30 лет, относящихся к активному репродуктивному возрасту, составляет — 81,1%. А среди первобеременных женщин на протяжении последнего десятилетия также не снижается и составляет — 9,3% от общего числа аборт. Данный факт свидетельствует о недостаточной профилактической работе по пропаганде методов контрацепции.

Одним из последствий большого числа искусственных аборт среди женщин является сохранение высокого уровня материнской смертности в стране. В структуре предотвратимых причин материнской смертности в стране аборт занимают второе место и составляют — 16,3% [О.Г. Фролова, 2008].

В Республике Хакасия отмечено снижение показателей перинатальной (1997г. — 14,6, 2006г. — 6,4 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) и материнской (1993г. — 96,5, 2008г. — 20,7 на 100 тыс. живорожденных) смертности, что согласуется со снижением числа прерываний беременности. В 2009 году показатель материнской смертности увеличился за счет не акушерских причин в период эпидемии гриппа (49,6 на 100 тыс. живорожденных).

Контрацепция является важным аспектом программы планирования семьи, это основной метод предупреждения наступления нежелательной беременности. Как известно, к числу эффективных средств относят внутриматочную и гормональную контрацепцию. В настоящее время благодаря работе службы планирования семьи отмечается увеличение числа женщин, использующих данные методы, однако уровень применения контрацепции в нашей стране остается очень низким. Только 23,3% женщин репродуктивного возраста в 2006 году использовали эффективные методы предохранения от нежелательной беременности. В европейских странах этот показатель равен 75%.

В Хакасии число женщин репродуктивного возраста, применяющих эффективные методы контрацепции в 2009 году, составляет — 26,9%. Наиболее часто используется ВМС. Однако, в нашей республике, как и в России в целом, применение гормональной контрацепции — плохо регулируемый процесс, так как препараты продаются свободно, женщины могут самостоятельно их использовать.

Постановка и удаление внутриматочных средств (ВМС), процесс, контролируемый врачом, поэтому показатели применения данного метода являются наиболее достоверными. Популярность внутриматочной контрацепции снижается, но остается на высоком уровне. Это подтверждается количеством женщин использующих ВМС: в 1995г. — 271,2; в

2009 г. — 194,3 на 1000 женщин фертильного возраста. При этом отмечен рост числа пользователей гормональной контрацепции. Так в 1995г. гормональные средства применяли 10,7 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2009г. — 74,9.

Состояние репродуктивной функции женского населения можно оценить по количеству осложнений беременности, родов, послеродового периода и уровню гинекологической заболеваемости. Согласно данным бюро медицинской статистики в Хакасии за последние годы (1989 — 2007г.г.) количество осложнений беременности, родов и послеродового периода увеличилось в 3,5 раза (1174,3 — 1989г., 4077,8 в 2007г. на 100 тыс. жен. нас.), а заболеваемость новорожденных увеличилась в 4,1 раза (120,9 — 1989г., 494,5 в 2009г. на 1000 родившихся живыми), на фоне снижения количества родов. Частота нарушений менструальной функции увеличилась на 16,8%, воспалительных заболеваний органов малого таза на 28,9%, а патология шейки матки на 40,4% и как следствие бесплодия, что является отрицательной тенденцией и снижает репродуктивный потенциал женского населения.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о неблагоприятной демографической ситуации в Республике Хакасия. Реализация национального проекта привела к стабилизации показателя рождаемости, однако сохранение высокого уровня аборт, рост гинекологической заболеваемости и как следствие бесплодия, старение группы женщин репродуктивного возраста, свидетельствуют о низком репродуктивном потенциале.

Выявленные закономерности приводят к потребности разработки и принятия мер по совершенствованию системы охраны репродуктивного здоровья женщин Хакасии. Для улучшения качества оказания медицинской помощи женскому населению Хакасии необходимо внедрение и проведение мероприятий:

Повсеместная пропаганда современных эффективных методов контрацепции, активная санитарно-просветительная работа, особенно среди девочек-подростков;

Ежегодный максимальный охват женского населения профилактическими осмотрами с проведением цитологического исследования мазков из цервикального канала. Улучшение качества работы смотровых кабинетов. Постановка на диспансерный учет женщин с выявленной патологией репродуктивной системы;

Санация выявленных инфекционных заболеваний женской половой сферы. Хирургическое лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с контрольным осмотром и снятие с диспансерного учета оздоровленных женщин.

Сокращение сроков восстановления утраченного здоровья путем повсеместного внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения (гистероскопия и лапароскопия).

Создание областного центра оперативной гинекологии, кабинета патологии шейки матки;

Повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны материнства и детства.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИЛЬНИЦ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

Говоров С.В., Костюкова Н.Б.,

Махер Хуссейн альшараа, Клименко Г.Я.

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении института последипломного медицинского образования

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Лишь 33,8% женщин в послеродовом периоде оценивают свое здоровье как хорошее. На этом фоне особую важность приобретает оценка качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем.

Целью работы является исследование КЖ женщин в послеродовом периоде и выявление взаимосвязи между компонентами КЖ и медико-социальными характеристиками родильниц.

Исследуемая группа состояла из 451 родильницы, находящейся под наблюдением женских консультаций г. Воронежа. КЖ родильниц оценивалось с помощью международной программы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). Ответы на вопросы были сгруппированы в восемь шкал: 1) физическое функционирование; 2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; 3) интенсивность боли; 4) общее состояние здоровья; 5) жизненная активность; 6) социальное функционирование; 7) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; 8) психическое здоровье. На основании 8 компонентов КЖ были получены два интегральных показателя: физический компонент — его составляющими являются с 1 по 4 шкалы, и психологический — с 5 по 8 шкалы. Общая оценка КЖ рассчитывается на основе физического и психологического компонентов. Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 баллов представляют наивысшую оценку КЖ. Связь между медико-социальными характеристиками и уровнем КЖ оценивалась с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а степень достоверности результатов — с помощью критерия Стьюдента.

Анализ полученных данных (по SF-36) выявил следующие особенности компонентов КЖ родильниц: показатель физического функционирования, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок, составил $75,1 \pm 1,5$ балла; показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием и отражающий его влияние на повседневную ролевую деятельность — $24,1 \pm 2,6$ балла; показатель интенсивности боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома — $80,8 \pm 2,6$ балла; показатель общего состояния здоровья, отражающий состояние здоровья в настоящий момент — $73,3 \pm 1,2$ балла; показатель жизненной активности, который отражает ощущение себя полным сил и энергии — $69,6 \pm 1,4$ балла; показатель социального функционирования, определяющий уровень, в котором физическое или эмоциональное

состояние ограничивает социальную активность — $56,7 \pm 2,3$ балла; показатель ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием и определяющий уровень, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности — $26,6 \pm 3,0$ балла; показатель психического здоровья, характеризующий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций — $70,4 \pm 1,2$ балла.

Наименьшее значение в группе родильниц имеют показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием, и ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием ($24,1 \pm 2,6$ и $26,6 \pm 3,0$ балла соответственно), что говорит о проблемах в повседневной деятельности у родильниц, обусловленных физическим и эмоциональным состоянием. Наибольшее значение имеет показатель интенсивности боли ($80,8 \pm 2,6$ балла), что свидетельствует об отсутствии боли у большинства женщин в послеродовом периоде и низком влиянии боли на повседневную активность родильницы.

Такой обобщенный компонент КЖ как физический составил $63,3 \pm 1,3$ балла, а психологический компонент КЖ — $55,9 \pm 1,2$ балла. Общая оценка КЖ родильниц составила $59,6 \pm 1,1$ балла.

Анализ взаимосвязей компонентов КЖ с медико-социальными характеристиками выявил, что как в целом, так и отдельные компоненты КЖ родильниц имеют прямую достоверную взаимосвязь с рядом медико-социальных характеристик: «информированность о состоянии здоровья ребенка», «информированность о состоянии своего здоровья в послеродовом периоде», «отношения с супругом», «отношение к родильнице врачебного, среднего и младшего медицинского персонала», «характер сна», «положительные эмоции», «физическая работоспособность», «выполнение назначений врача», «занятия гимнастикой», «соблюдение диеты», «соблюдение режима дня», «уровень профессиональной активности» и обратную достоверную связь с «заработанной платой».

Таким образом, выявленные закономерности могут быть использованы в практике акушера-гинеколога для текущего и перспективного планирования медико-социальных и медико-организационных мероприятий, направленных на повышение КЖ родильниц.

ОПЫТ РАБОТЫ «КОНСУЛЬТАТИВНО — ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖЬЮ

Гусак Ю.К., Кузнецова О.В., Репина Н.Б.

Россия, г.Рязань РязГМУ им.акад. И.П.Павлова

Актуальность: Проблема репродуктивного здоровья девушек — студенток является особо актуальной. Психо — эмоциональная перегрузка, связанная с поступлением в ВУЗ, началом обучения и изменением условий жизни и другие отрицательно

вливают на функционально незрелую репродуктивную функцию студенток. Недостаточная информированность в вопросах репродуктивного здоровья, контрацепции — те факторы риска, которые могут существенным образом повлиять на состояние здоровья девушки — студентки, изменить качество жизни в будущем. Обеспокоенность в сохранении репродуктивного здоровья студенток послужила шагом руководству ВУЗа к принятию решения о расширении оказания медицинской помощи девушкам — студенткам специалистами «Консультативно — диагностической поликлиники».

Цель работы: оценить характер обращений студенток за помощью к врачу гинекологу в «Консультативно — диагностическую поликлинику».

Материалы и методы исследования: за анализируемый период за помощью к врачу гинекологу обратилось 82 девушки — студентки. Возраст студенток составил от 17 до 21 года. В основном студентки РязГМУ им.акад. И.П.Павлова.

Результаты: Большинство обращений пациенток было связано с появлением необычных выделений из влагалища, чувство дискомфорта, зуда в области наружных гениталий. Средний возраст начала половой жизни 17,2 года. В подавляющем большинстве пациентки не замужем. 62,8 % сексуально — активных девушек имели от 2-5 половых партнеров. Гинекологические заболевания в анамнезе имели 23,7 % девушек — студенток. В основном эти заболевания были представлены вагинитами (36,5 %), фоновыми заболеваниями шейки матки (41,7 %), воспалительными заболеваниями придатков матки (14,6 %), нарушением менструальной функции (11,9 %). При комплексном обследовании студенток, обратившихся в « Консультативно — диагностическую поликлинику » с нарушением характера белей, с использованием различных методов (и в том числе ПЦР) был выявлен бактериальный вагиноз (29,1 %), инфекции передающиеся половым путём (18,9 %), вагинальный кандидоз (29,9%). Нормальный биоценоз влагалища установлен только у двух девушек. Фоновые заболевания шейки матки диагностированы у 25,4 % обратившихся девушек — студенток. У 11,7 % обследованных девушек диагностированы хронические сальпингоофориты в стадии ремиссии. Однако, длительность существования заболевания, как правило, приводило к выраженным изменениям анатомии половых органов за счёт спаечного процесса в малом тазу. В 25,7 % диагностированы нарушения менструальной функции (альгодисменорея, гипоменструальный синдром), которые потребовали назначения дополнительных методов исследования (гормональный скрининг, консультации эндокринолога и другие.)

Выводы: Анализируя первые результаты работы гинекологов поликлиники, следует отметить, что обращения в основном связаны с воспалительными заболеваниями половой сферы. Обращаются те студентки, у которых что — то «болит», что — то вызвало «дискомфорт», возникла необходимость освобождения от занятий физической культуры и т.д.. Эти обращения основаны и, как показывают результа-

ты обследования в дальнейшем, свидетельствуют о достаточно выраженных изменениях в органах репродукции у пациенток. А с другой стороны, это лишь «верхушка айсберга» тех проблем, которые существуют у студенток. Однако, не информированность о возможных последствиях для здоровья девушки в будущем «малых» форм изменений деятельности репродуктивной системы (которые не проявляются болевым синдромом) — нарушения менструального цикла, патология эндокринных органов, нарушения массы тела и т.д., не позволяет своевременно обратиться к врачу за помощью. Исчезает возможность коррекции нарушений на стадии функциональных расстройств. Поэтому существует необходимость большой целенаправленной работы со студентами, направленной на сохранение репродуктивного здоровья, создания медико — социальных служб для учащейся молодёжи.

ВЛИЯНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ НА ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Гусева Е.В.

Россия, г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

С целью оценки влияния показателей финансового обеспечения медицинской помощи в период беременности, родов и в послеродовой период в акушерских стационарах на уровень материнской смертности (МС) проведен иерархический кластерный анализ 83 субъектов Российской Федерации по приведенному (без учета районных коэффициентов) показателю стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи (койко-дня) по профилю коек для беременных и рожениц и патологии беременности в 2008 году. В каждом кластере рассчитывали медиану и квартили (Me [Q1; Q3]) следующих показателей: приведенный показатель стоимости койко-дня, уровень исполнения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) — соотношение фактических показателей и федеральных нормативов финансирования и МС (за период 2006-2008 годы).

В результате проведенного исследования выделено 4 кластера по финансированию коек для беременных и рожениц. В первый кластер вошли 46 субъектов Российской Федерации с показателем стоимости койко-дня от 584,40 до 1033,50 руб. в среднем — 834,75 [752,08; 907,43] руб. Во второй кластер включены 22 региона с показателем стоимости койко-дня от 1 081,1 до 1 501,8 руб., в среднем 1 200,35 [1137,38; 1265,95] руб. Третий кластер объединил 13 субъектов Российской Федерации, стоимость одного койко-дня в которых колебалась от 1 590,00 до 2 165,80 руб. и в среднем составила 1 769,80 [1626,9; 1941,5] руб. В четвертый кластер вошли 2 субъекта Российской Федерации с максимальным показателем стоимости койко-дня: г. Москва (3 630,00 руб.)

и Ханты-Мансийский автономный округ (2 765,40 руб.). Средний уровень исполнения ТППГ в части оказания медицинской помощи в период родов и в послеродовом периоде составил в первом кластере — 85,0 [76,6; 92,4] %; во втором — 122,2 [115,8; 130,1] %, в третьем — 180,3 [165,7; 197,8] %, в четвертом — 325,7%. Дефицит финансирования ТППГ отмечался в 41 субъекте в первом кластере. Во 2, 3 и 4 кластеры вошли субъекты Российской Федерации, не имеющие дефицита ТППГ в части финансового обеспечения медицинской помощи по профилю коек для беременных и рожениц. Показатель МС в 1, 2, 3 и 4 кластерах в среднем составил 28,1 [18,3; 34,4], 25,2 [16,0; 33,4], 22,2 [14,2; 33,5] и 21,2 на 100 000 родившихся живыми

На основании кластерного анализа субъектов Российской Федерации по приведенному показателю стоимости койко-дня в акушерских стационарах по профилю коек патологии беременности также выделено 4 кластера. Первый кластер объединил 54 субъекта Российской Федерации с приведенным показателем стоимости койко-дня в отделениях патологии беременности от 727,30 до 1 277,70 руб., в среднем 855,30 [759,73; 957,00] руб. Во второй кластер вошли 22 региона с минимальным показателем стоимости койко-дня по профилю коек патологии беременности, который составил от 430,20 до 717,50 руб., в среднем 625,70 [539,58; 689,73] руб. В третий кластер включены 5 субъектов Российской Федерации, показатель стоимости одного койко-дня в которых составил от 1485,00 до 1833,20 руб., в среднем 1623,10 [1498,90; 1627,10] руб. В четвертый кластер вошли 2 субъекта Российской Федерации с максимальным показателем: г. Москва (3 124,70 руб.) и Ханты-Мансийский автономный округ (2 853,7 руб.). Уровень исполнения ТППГ в части оказания медицинской помощи в период беременности составил в первом кластере — 86,8 [77,1; 97,1] %, во втором — 63,5 [54,7; 70,0] %, в третьем — 164,7 [152,1; 165,1] %, в четвертом — 303,3%. Дефицит финансирования отмечался в 43 субъектах, вошедших в первый кластер и во всех субъектах, вошедших во второй кластер. Показатель МС в 1, 2, 3 и 4 кластерах в среднем составил соответственно 25,0 [15,8; 33,6], 31,2 [17,9; 38,8], 22,2 [18,2; 25,7] и 21,2 на 100 000 родившихся живыми.

Анализ распределения кластеров по федеральным округам показал, что большинство субъектов Южного, Сибирского, Приволжского и Центрального федеральных округов имели минимальный уровень финансового обеспечения медицинской помощи по профилю коек для беременных и рожениц и умеренный дефицит финансового обеспечения медицинской помощи по профилю коек патологии беременности.

При сравнении средних показателей МС в кластерах не выявлено статистически значимой разности между показателями МС в группах, различных по уровню финансирования медицинской помощи в акушерских стационарах. В то же время, отмечается тенденция снижения МС в субъектах Российской Федерации значительно различаются

по уровню жизни населения. субъектах Российской Федерации с наиболее высоким уровнем исполнения ТППГ в части оказания стационарной медицинской помощи в период беременности, родов и в послеродовом периоде (третий и четвертый кластеры) и повышения показателя МС — в регионах с наименьшим уровнем финансирования.

Таким образом, с целью улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов необходимо обеспечить финансирование службы родовспоможения в соответствии с установленными федеральными нормативами. Вместе с тем, в профилактике и снижении материнской смертности важное значение имеет оптимизация и реформирование медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ

Гусева Е.В.

Россия, г. Москва, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Проведена оценка качества оказания медицинской помощи женщинам, умершим в 2005-2008 гг. от причин, отнесенных к категории материнской смертности. Для анализа использованы данные учетной формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти». Ошибки на уровне амбулаторной помощи оценивали у 1040 женщин, наблюдавшихся во время беременности в ЛПУ; ошибки на госпитальном этапе — у 1409 женщин, умерших в стационаре.

Анализ качества оказания медицинской помощи женщинам в амбулаторно-поликлинических учреждениях при наблюдении беременных в условиях фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) (n=39, группа 1), сельских врачебных амбулаторий (СВА) и участковых больниц (УБ) (n=89, группа 2), центральных районных больниц (ЦРБ) (n=391, группа 3) и женских консультаций самостоятельных и в составе ЛПУ (n=521, группа 4) показал, что в группах 1 и 2 утвержденный стандарт диспансерного наблюдения выполнялся значительно реже, чем в группе 4, дефекты наблюдения отсутствовали только в 3 (7,7%) случаях в группе 1 и в 9 (10,1%) случаях в группе 2 (против 29,4% в группе 4, p<0,05). При сравнении частоты ошибок установлено, что при оказании медицинской помощи на ФАПах, в СВА и УБ чаще (p<0,05), чем при наблюдении в женских консультациях (группа 4) регистрировались неполная диагностика осложнений беременности (35,9% и 30,3% против 10,4%) и экстрагенитальных заболеваний (35,9% и 34,8% против 10,9%), неполное лабораторно-инструментальное обследование (51,3% и 50,6% против 26,1%), недостатки консультативной помощи смежных специалистов (38,5% и 39,3% против 20,3%), неадекватная терапия (30,8% и 29,2%

против 5,4%), отсутствие госпитализации во время беременности (41,0% и 30,3% против 13,2%) и запоздалая госпитализация (28,2% и 23,6% против 13,8%). Наибольшее число ошибок в расчете на одну наблюдавшуюся беременную отмечено в группах пациенток, наблюдавшихся на ФАПах (3,59 ошибки) и в СВА и УБ (3,38), наименьшее — при наблюдении в ЦРБ (1,91) и женских консультациях (1,49).

При оказании стационарной медицинской помощи женщинам в УБ и ЦРБ (учреждения родовспоможения I уровня) дефекты выявлены в 394 из 437 (90,2%) случаев, в межрайонных и городских родильных домах, перинатальных центрах, родильных отделениях городских многопрофильных больниц (учреждения родовспоможения II уровня) — в 389 из 526 (74,0%) случаев и в областных (краевых, республиканских) перинатальных центрах, родильных домах (отделениях), клиниках ВУЗов и научно-исследовательских институтах (учреждения родовспоможения III уровня) — в 355 из 446 (79,6%) случаев.

Сравнительный анализ частоты ошибок в учреждении родовспоможения различного уровня показал, что в учреждениях родовспоможения I и II уровня, в отличие от учреждений III уровня, достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов (45,3% и 27,8% против 19,3%), неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия (35,2% и 26,2% против 17,9%), недооценка величины кровопотери (15,6% и 8,9% против 3,8% соответственно) и несвоевременное восполнение кровопотери (26,3% и 14,8% против 7,2%), а также дефекты диагностики осложнений родов (диагноз не установлен в 5,3% и 2,3% против 0,7%) и послеродового периода (диагноз не установлен в 4,1% и 2,1% против 0,7%). Кроме того, в учреждениях родовспоможения I уровня, в отличие от учреждений III уровня, статистически значимо ($p < 0,05$) выше частота нарушений транспортировки до помещения в стационар (3,7% против 1,6%), отсутствия госпитализации в стационар высокой степени риска (47,8% против 15,2%), неполной (34,6% против 17,5%) и несвоевременной (28,8% против 18,4%) диагностики, недоучета анамнестических и клинических данных (26,8% против 17,5%), недоучета или переоценки данных лабораторно-инструментального обследования (18,3% против 9,6%), отсутствия динамического наблюдения (5,0% против 0,9%), ошибок в диагнозе (11,0% против 4,5%), в том числе дефектов диагностики осложнений аборт (диагноз не установлен в 1,8% против 0,2%) и экстрагенитальных заболеваний (диагноз не установлен в 8,0% против 4,9%), оказания помощи без участия смежных специалистов (17,8% против 8,5%), неадекватного лечения акушерских осложнений (21,5% против 9,6%), запоздалого родоразрешения (7,6% против 4,0%), неправильного выбора метода родоразрешения (7,3% против 1,8%), запоздалого оперативного вмешательства (29,1% против 9,6%).

Таким образом, большинство диагностических, лечебных и организационных дефектов при оказании медицинской помощи регистрировалось в

учреждениях родовспоможения I уровня. С целью улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, профилактики и снижения материнской смертности во всех субъектах Российской Федерации необходимо формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 года № 808н, предусматривающей дифференцированный объем медицинской помощи на каждом этапе и своевременное направление женщин в учреждения родовспоможения III уровня.

НОВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Дегтярев Д.Н., Антонов А.Г., Ионов О.В.,
Ленюшкина А.А.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

С 21.04.2010 вступили в силу новые национальные рекомендации по первичной и реанимационной помощи новорожденным детям. Новый документ состоит из описательной части и шести приложений. В описательной части подробно изложены особенности и последовательность проведения первичной реанимации у доношенных и недоношенных новорожденных. В отдельной главе описаны особенности оказания помощи в родильном зале новорожденным с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Первые четыре приложения — это детализированный алгоритм проведения первичной реанимации новорожденным в зависимости от гестационного возраста ребенка. Пятым приложением является вкладка в историю развития новорожденного, заполняемый врачом, если новорожденному оказывалась помощь в родильном зале. Шестое приложение представляет рекомендуемый табель оснащения родовспомогательных учреждений и машин скорой помощи.

В новых национальных рекомендациях изложены позиции, основанные на принципах доказательной медицины. Пересмотрены подходы к ведению новорожденных при меконияльных водах, уточнены показания к кислородотерапии как при проведении искусственной вентиляции легких, так и в качестве самостоятельного метода лечения. Подробно описана методика проведения СРАР в родильном зале у недоношенных новорожденных, предложены современные методы мониторинга при проведении реанимационных мероприятий в родильном зале. Особое внимание уделено важным особенностям оказания помощи в родильном зале детям с экстремально низкой массой тела, определены показания к заместительной терапии сурфактантом.

Новые национальные рекомендации призваны помочь медицинским работникам, оказывающим первичную помощь новорожденным и направлены на улучшение качества медицинской помощи в целом.

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ №1 Г. СТАВРОПОЛЯ

Заводнова О.С.

Ставрополь

Направления демографической политики России предусматривают существенное улучшение деятельности всех звеньев службы родовспоможения и детства страны. Первым этапом системных преобразований в здравоохранении стал приоритетный Национальный проект «Здоровье». В центре его внимания — усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, в первую очередь в женских консультациях, где наблюдается подавляющее большинство беременных женщин. Целью исследования явилось изучение основных результатов реализации Национального проекта «Здоровье» в женской консультации №1 МУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника» г. Ставрополя с целью повышения качества медицинского обслуживания женского населения. Использовались методы исследования: наблюдение, сравнение, вертикальный анализ, горизонтальный анализ, математический анализ. Женская консультация №1 г. Ставрополя обслуживает 48 тыс. женского населения, в том числе 37 тыс. человек фертильного возраста. По программе «Родовой сертификат» МУЗ «КДП» получила от 7,9% доходов в 2007 году до 10,5% в 2009 году, что дало возможность увеличить заработную плату медицинским работникам и улучшить оснащение женской консультации. Одним из важных критериев благополучного течения беременности и родов является ранняя постановка беременной на учет в женской консультации. За три года увеличилось число беременных женщин на 39,6%, в том числе вставших на учет в сроки до 3 месяцев на 3%. В женской консультации разработана и введена в действие антенатальная программа наблюдения беременных, которая включает в себя алгоритм обследования беременных, скрининг на принадлежность к группе динамического наблюдения и предусматривает более тщательное обследование беременных. В 2006 году в женской консультации введен новый метод работы с беременными — открыт доврачебный кабинет для измерения АД и массы тела. В динамике за три года увеличилась выявляемость беременных с экстрагенитальной патологией на 5%, в том числе с анемией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями почек, ожирением. Появилась тенденция к снижению регистрации у беременных заболеваний щитовидной железы, тромбозов, тромбозов. Доля юных беременных увеличилась с 1,6 до 2%, уменьшилось количество

беременных старше 30 лет с 6 до 4%. Регистрируется высокий процент охвата беременных ультразвуковым скринингом. В динамике за три года были достигнуты плановые показатели — 3 ультразвуковых исследования беременной за время беременности при низком охвате в сроки до 22 недель. Количество посещений врача беременными женщинами и родильницами в женской консультации увеличилось в 1,5 раза, что свидетельствует о повышении интенсивности мероприятий по профилактике патологического течения беременности и родов, увеличении числа патологической беременности. Охват беременных биохимическим скринингом в сроки 15-18 нед. составляет 100%. Осложненное течение беременности с развитием гестозов наблюдалось у 10-12% женщин. Преобладающей формой гестоза у беременных явилась водянка беременных, доля которой в динамике за три года увеличилась с 76 до 83%. Лечение женщин с экстрагенитальной патологией проводится в амбулаторных условиях, в дневном стационаре, в круглосуточном стационаре. За три анализируемых года наблюдается рост числа беременных, пролеченных в условиях дневного стационара женской консультации на 20%, увеличение средней продолжительности пребывания беременной на койке на 6,2%, стойкое перевыполнение плана койко-дней. Охват беременных дородовым патронажем за анализируемый период времени увеличился с 72 до 115 посещений на 100 беременных. Охват послеродовым патронажем колеблется от 85,5 до 88 посещений на 100 женщин. Организованы индивидуальные и групповые беседы с беременными, занятия в «Школе матерей», физическая подготовка беременных к родам в зависимости от срока беременности. Беременные с акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями обучаются специальным комплексам лечебной гимнастики, диафрагмальному дыханию. Оценка эффективности диспансеризации беременных в женской консультации №1 МУЗ «КДП» проводится по количеству женщин, закончивших беременность родами, снижению числа аборт, осложненного течения беременности и родов, смертности новорожденных и перинатальной смертности. За три года наблюдается рост количества родов, количества родившихся на 39,5%, снижение количества произведенных абортов на 14,3%. В структуре абортов преобладают аборты по медицинским показаниям (в 2007 году 35,7%, в 2008 году 44 %, в 2009 году 72,4 %). Самопроизвольные аборты имеют тенденцию к уменьшению с 33,6% в 2007 году до 20,2% в 2009 году. Зафиксировано снижение уровня перинатальной смертности с 4,8 до 3,3‰. Случаев материнской смертности в ЖК не было.

Таким образом, в ходе реализации программы родового сертификата в рамках национального проекта «Здоровье» в женской консультации №1 МУЗ «КДП» создан механизм заинтересованности врачей и акушеров женской консультации в регулярном и качественном наблюдении беременных женщин, что привело к повышению клинико-экономической эффективности деятельности.

ВЛИЯНИЕ ТОКСИКАНТНОЙ НАГРУЗКИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Зайцева Н.В., Алексеев В.Б., Елисеева Т.Н.,
Падруль М.М., Олина А.А.

ФГУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и кафедра гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности одно из приоритетных мест занимают врожденные и наследственные заболевания, составляя в среднем 20,3%. При этом более чем в 42% случаев фето-инфантильные потери прямо или косвенно связаны с врожденными пороками развития — ВПР (Медведев М.В., Юдина Е.В., 2002; Корсунский А.А. и соавт., 2005; Патрушев А.В., 2006). По данным женских консультаций в 2005-2009гг., среди причин перинатальной смертности в Пермском крае врожденные пороки развития занимают стабильно 2-е место (33 %), после отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (61%). Этиология репродуктивных потерь в большинстве случаев мультифакториальна. Целью нашего исследования было обоснование схемы гигиенического анализа факторов риска репродуктивному здоровью женщин, предусматривающей взаимосвязанные этапы гигиенической оценки и идентификации, оценку причинно-следственных связей и элементы управления факторами риска, способной стать адекватной методической основой для гигиенической диагностики, прогнозирования и обоснования эффективных профилактических мероприятий. В результате математического анализа данных медико-социального анкетирования 260 случаев рождения детей с ВПР и 773 случая рождения здоровых детей из 270 анализируемых анкетных показателей выделены и проранжированы 28 факторов риска рождения детей с врожденными деформациями. В качестве приоритетных определились неблагоприятные факторы производственной среды ($p \leq 0,05$; c_2 7,22-35,58), экстрагенитальная патология ($p \leq 0,05$; c_2 5,82-20,62), проживание в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях внешней среды ($p \leq 0,05$; c_2 5,05-9,65). Результаты, полученные в ходе медико-социологического анкетирования, подтвердились комплексными гигиеническими, клиническими, клинико-лабораторными и химико-аналитическими исследованиями. Гигиеническая оценка, выполненная на примере территорий Пермского края, показала, что ведущими факторами риска репродуктивной патологии являются загрязнения внешней (до 2,5 ПДК) и производственной (до 1,5 ПДК) среды комплексом химических веществ, обладающих репротоксическим (хром, свинец, фенол), эмбриотоксическим (толуол, бенз(а)пирен, этилбензол), фетотокси-

ческим (ксилол, тетрахлорэтилен, трихлорэтилен), гонадотоксическим (бензол, марганец, никель) действием. Суммарный индекс хронической опасности превышает допустимый уровень в 1,3-11,9 раза. Маркерами аэротехногенной экспозиции являются показатели контаминации крови веществами репротоксической направленности действия. У девушек-подростков в крови обнаружены превышения фоновых и референтных пределов содержания хрома6+, свинца, марганца до 3 раз ($p \leq 0,01-0,001$); идентифицированы бензол, хлорбензол. У женщин фертильного возраста в крови обнаружены бензол, толуол, этилбензол, а так же превышения референтных пределов содержания марганца (до 3,6 раза), хрома6+ (до 56 раз). У женщин, работающих во вредных условиях (3 класс), в отношении марганца и хрома регистрируется превышение и региональных фоновых уровней. У беременных женщин в крови обнаружены органические соединения и тяжелые металлы в концентрациях, статистически достоверно ($p \leq 0,05-0,001$) превышающих референтные уровни или фоновые значения (бензол, толуол, этилбензол, фенол, марганец, свинец). Повышенные концентрации бензола, толуола, фенола, марганца и свинца обнаружены в крови рожениц ($p \leq 0,05-0,001$) и в пуповинной крови новорожденных ($p \leq 0,05-0,001$). Выявлено что, особенностью трансплацентарной кинетики в функциональной системе «кровь беременной — кровь роженицы — кровь новорожденного ребенка» является низкая эффективность плацентарного барьера в отношении фенола (не более 11%) и марганца (0%). Фето-инфантильные потери, ВПР, заболеваемость детей и гинекологическая заболеваемость, осложнения беременности и родов, показатели экстрагенитальной заболеваемости — как фоновый показатель, на территориях интенсивного техногенного загрязнения имеют большую распространенность. Там же регистрируются прогностически неблагоприятные тренды роста распространенности репродуктивной патологии женщин и фето-инфантильных потерь: врожденных пороков развития более чем на 14% в год, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде на 7% в год, женского бесплодия на 12% в год. Показатель младенческой смертности по причине врожденных аномалий на территориях повышенной эмиссии репротоксикантов (от 2,8‰ до 5,9‰) превышает в 1,2-2,6 раза уровень, средний для РФ. Проведенные исследования позволили разработать комплекс профилактических мероприятий, при реализации которых на 4‰ (38%) снизилась младенческая смертность (с 14,4‰ до 10,4‰), на 14% — распространенность женского бесплодия. На 5-15% снизилась распространенность гинекологической заболеваемости.

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1995-2009гг. И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ

Иванова О.М.

Россия, г. Южно-Сахалинск, Министерство здравоохранения
Сахалинской области

Материнская смертность является интегрирующим показателем здоровья женщин репродуктивного возраста и отражает популяционный итог взаимодействий экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

Проведён анализ динамики и структуры причин материнской смертности в Сахалинской области за последние 15 лет по данным статистических отчётов учреждений здравоохранения и экспертных карт донесений на случаи материнской смерти с целью разработки мероприятий по её снижению.

В 1996 г. в Сахалинской области организована трёхуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи.

В 2001 году приняты организационные меры по профилактике материнской смертности от управляемых причин.

С 2005 года в учреждениях родовспоможения области внедряются современные перинатальные технологии и клинические акушерские протоколы, разработанные в рамках проекта «Мать и Дитя» ООО «Институт здоровья Семьи», г. Москва, на основе данных доказательной медицины.

Динамика показателя материнской смертности и структуры причин случаев материнской смерти в течение последних 15 лет в Сахалинской области нестабильны.

В связи с небольшим количеством родов и случаев материнской смерти, проведено обобщение данных, анализ материнской смертности и вычисление «плавающей средней» величины показателя материнской смертности за 1995-2001гг. и 2005-2009гг., который составил соответственно 86,13 и 33,08 на 100 000 родившихся живыми ($p < 0,001$).

Число родившихся живыми за период 1995 — 2001 гг. составило 37401, в 2002 — 2009 гг. — 47975.

В течение последних 15 лет зарегистрировано 53 случая материнской смерти.

Абсолютное число случаев МС в 2002 — 2009 гг. (8 лет) в сравнении с периодом 1995 — 2001 гг. (7 лет) уменьшилось в 2,3 раза, с 37 до 16; В 2005 г. в Сахалинской области случаев МС не было.

Частота МС от кровотечения уменьшилась в 6 раз, с 48,13 в 1995 — 2001 гг. до 8,0 в 2002 — 2009 гг. ($p < 0,001$), от гестоза в 8 раз, с 16,0 до 2,0 ($p < 0,01$), от экстрагенитальных заболеваний в 1,6 раза, с 18,72 до 12,01 ($p < 0,01$) на 100 000 родившихся живыми.

Летальность при кровотечении при беременности с 28 недель, в родах и послеродовом периоде уменьшилась в 4,6 раза, с 0,92% в 1995-2001 гг. до 0,2% в 2002-2009 гг. ($p < 0,001$); при гестозе — в 6,3 раза, с 0,075% до 0,012% ($p < 0,001$).

В течение последних 15 лет не было случаев МС от септических осложнений среди умерших бере-

менных при сроке беременности более 28 недель, рожениц и родильниц.

Уд. вес умерших в учреждениях родовспоможения 1 уровня уменьшился в 1,5 раза, с 67,6% в 1995 — 2001 гг. до 43,75% в 2002 — 2009гг. ($p < 0,001$) при одновременном увеличении в 1,5 раза умерших в стационаре высокого риска, с 16,2% до 25,0% ($p = 0,01$) и умерших вне стационара в 1,15 раза, соответственно, с 5,4% до 6,25% ($p < 0,05$).

Уд. вес непредотвратимых случаев МС увеличился в 1,4 раза, с 27,0% до 37,5% ($p < 0,001$); условно предотвратимых в 1,5 раза, с 29,7% до 43,75% ($p = 0,01$) при одновременном уменьшении удельного веса предотвратимых случаев МС в 2,3 раза, с 43,3% до 18,75% ($p < 0,001$).

В структуре причин МС в 2002 — 2009 гг. ведущие позиции занимают экстрагенитальные заболевания (37,5%) и кровотечения (25,0%). В равных долях, по 6,25%, приходится на гестоз, септические осложнения после прерывания беременности при сроке до 28 недель (после аборта), разрыв матки, эмболию околоплодными водами, тромбоз эмболию легочной артерии и осложнения анестезии.

Сравнительный анализ причин МС в Сахалинской области, ДВФО и РФ свидетельствует о том, что частота экстрагенитальной патологии и акушерских кровотечений соответствует ДВФО и, соответственно в 1,4 и 1,2 раза выше, чем в РФ.

Министерством здравоохранения Сахалинской области разработан план мероприятий по снижению и стабилизации материнской смертности, предусматривающий повышение профессионального уровня специалистов, работающих в учреждениях родовспоможения (врачи акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, терапевты, неонатологи), совершенствование работы центров (кабинетов) по регулированию репродуктивного поведения населения, выполнение «щадящих» методов абортов (медикаментозный аборт, мануальная вакуумная аспирация); совершенствование работы дистанционно-консультативного поста перинатального центра ОГУЗ «Сахалинская областная больница»; внедрение дистанционного компьютерного мониторинга беременных.

ОБУЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ — ЭТАП НАБЛЮДЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Карась И.Ю.

Россия, г. Кемерово, МУЗ «Городская больница №1 им.
М.Н. Горбуновой»

Подготовка беременных к родам начинается задолго до этого события. Задача женской консультации заключается в обеспечении женщин всеми необходимыми знаниями и навыками, которые помогут заботиться о своем здоровье и здоровье ребенка еще до его рождения. Благополучный исход беременности зависит не только от специализированных, но в большей мере от профилактических мероприятий, образа жизни. Знание их особен-

ностей при беременности, следование врачебным рекомендациям улучшают состояние здоровья и повышают качество жизни женщины. Пропаганда здорового образа жизни — важнейшее направление национального проекта «Здоровье».

В женской консультации проводится психопрофилактическая подготовка беременных к родам на протяжении всего периода ее существования, более 30 лет. Но формы этой работы значительно изменились с 2002 года, когда началась активная работа по пропаганде грудного вскармливания. Грудное молоко остается оптимальным видом питания для младенцев и в наши дни. Оно способствует снижению заболеваемости и гармоничному развитию детей первого года жизни. Кормление грудью положительно влияет на репродуктивное здоровье женщин, экономит семейный бюджет. Разработаны памятки, информационные материалы по принципам и технике грудного вскармливания. Специально обученный врач проводит коллективные занятия с беременными в малых группах по 3-5 человек. Эти занятия входят в программу «Школы матери» и проводятся в сроке 30-34 недели беременности, когда женщины находятся в отпуске по беременности и родам. Техническое оснащение занятий представлено наглядными материалами: видеофильм по правилам и технике грудного вскармливания, муляж молочной железы, кукла, стенды с информацией. Проведено исследование результативности обучения и выработки положительной доминанты на благополучный исход родов, длительность грудного вскармливания. Женщины, родившие первого ребенка и не прошедшие обучение, прекратили кормить грудью по разным причинам в 23% случаях до 6 месяцев, до 1 года кормили грудью 13% женщин. Пациентки, прошедшие обучение по программе «Грудное вскармливание», только в 13% случаев закончили лактацию к 6 месяцам, до года сохранили ее 25,6% женщин. Отдельное занятие проводится по послеродовой контрацепции, дается информация о методах и средствах контрацепции, особенностях послеродового периода. Многолетняя методическая работа по этому вопросу позволила снизить уровень unplanned беременностей до 5,9 на 1000 женщин фертильного возраста.

В 2009 году в женской консультации была создана «Школа здоровья», на занятия в которую приглашаются беременные с момента постановки на учет, т.е. в первый триместр. За информационную основу работы «Школы здоровья» взяты материалы для беременных под редакцией проф. В.Е. Радзинского. Занятия проводятся группами по 5-7 человек, в вечернее время, т.к. 80% беременных, работающие женщины. Техническое оснащение включает компьютер и компакт-диски со слайдами. Особенностью этого обучения является подробная и доверительная беседа врача с пациентками, рассказ об изменениях в организме беременной, подробное освещение вопросов обследования, краткосрочное наблюдение. Беременность не болезнь, а физиологическое и самое ответственное время в жизни женщины, т.к. завершается рождением ре-

бенка. Поэтому все знания, полученные в период наблюдения в женской консультации, позволяют лучше подготовиться к родам, пересмотреть отношение к вредным привычкам, изменить образ жизни. Очень ценным является возможность обсудить волнующие вопросы, послушать коллег и, если это необходимо, принять меры по изменению образа жизни. За 2009 год по женской консультации прошло 406 родов, случаев перинатальной смертности не было, 387 беременных посетили занятия «Школы матерей», что составило 95,3%. «Школа здоровья» начала работать в июне 2009 года, ее занятия посетили 186 слушателей.

В 2010 году интерес пациенток к занятиям возрос, что позволит лучше подготовить их к наблюдению по беременности, повысит уровень их знаний, а значит, позволит уменьшить риск развития осложнений и родить здорового ребенка.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КАРЕЛИИ

Бахлаев И.Е.¹, Ковчур П.И.¹, Михетько А.А.², Нильва С.Е.²

Карелия, Петрозаводск, ВПО «Петрозаводский государственный университет»¹

Онкологический диспансер Республики Карелия²

Анализ эпидемиологических данных показывает, что заболеваемость раком шейки матки (РШМ) женщин репродуктивного возраста увеличивается, при этом III-IV стадии диагностируются в 38,9% случаев (Аксель Е.М., Давыдов М.И. 2009 г.). В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин в Республике Карелия (РК) РШМ занимает 2-е место, уступая лишь раку молочной железы. В последние годы (2003-2009 гг.) отмечен прирост заболеваемости РШМ в РК более чем в 2 раза. Рост заболеваемости отмечается в основном у молодых женщин детородного возраста, в том числе в возрастной группе до 30 лет.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию РШМ и эффективность цитологического скрининга на территории РК.

Материалы и методы исследования. В работе использовался материал централизованной цитологической (ЦЦЛ) и гистологической лабораторий, а также данные ракового регистра республиканского онкологического диспансера (РОД) РК. Проводился ретроспективный анализ материала от 286 пациенток с преинвазивным раком (Ca in situ) и 604 инвазивным РШМ за 7-летний период (2003-2009гг.) в возрасте от 19 до 86 лет.

Результаты и обсуждение. В РК отмечается значительный рост как абсолютного, так и относительного числа заболевших женщин РШМ. С 2003 по 2009г. этот показатель вырос вдвое с 15,7 до 33,7 случаев на 100 тыс. женского населения, значительно превышая среднероссийский уровень — 16,98. Показатель смертности от РШМ в РК в 2009г. снизился, по сравнению с 2003г. с 10,1 до 4,5 случаев на

100 тыс. женского населения, что свидетельствует о своевременной диагностике и определенных успехах в лечении заболевания. РШМ в I-II стадии у женщин за 2003-2009 г. составил 71,2% (430) случаев, в III-IV стадии — 28,8% (174). Показатель запущенности уменьшился с 44,1% до 21,4% в 2009 году. Анализ данных о больных с преинвазивным раком позволяет оценить уровень ранней диагностики РШМ и во многом определяет успех лечения онкологических заболеваний. Диагностика рака *in situ* у женщин в РК (n= 890) за 2003-2009 г составила 32,1% (286), в I и II стадии РШМ — 48,3% (430), в III — IV стадии — 19,6% (174). С 2003 г. по 2009 г. отмечено увеличение частоты рака *in situ* и I — II стадии РШМ с 64,9% (2003 г) до 86,2% (2009г) по РК. Таким образом, по РК возросла диагностика преинвазивного и ранних форм РШМ, но в тоже время частота запущенных форм (III — IV стадии) — стабильна. Данный факт указывает на необходимость увеличения охвата скринингом женского населения, что на сегодня имеет приоритетное значение. Среди пациенток преобладают женщины детородного, трудоспособного возраста. Так, Ca *in situ* чаще диагностируется у пациенток в возрасте от 19 до 50 лет — 265 (92,6%) от всех поставленных на учет женщин с Ca *in situ* шейки матки (из них 63,3% до 35 лет). После 50 лет Ca *in situ* диагностируется всего в 7,3% случаев. Ca *in situ* у больных по возрасту представлен: в возрасте 15-25 лет — общая частота РШМ 8,9%, из них 5,6% составляет Ca *in situ*; 26 до 30 лет — 13%, из них Ca *in situ* — 6,3%; 31 до 40 лет — 16,6% и 6,1%; 41 до 45 лет — 12,1% и 2,9%; 46 до 50 лет — 12,5% и 3,5%; 51 до 55 лет — 7,6% и 0,4%; 56 до 60 лет — 7,1% и 0,5%; 61 до 65 лет — 2,9% и 0,6%; 66 до 70 лет — 2,9% и 0,1%; 71 до 75 лет — 2,2% и 0,1%; 76 до 80 лет — 2,2% и 0,1%; 80 и более — 1,6% и 0,2%. Таким образом, совершенно очевидно, что большинство женщин после 50 лет не обращаются в ЖК. Из общего числа заболевших, женщины в возрасте до 50 лет составляют 73,3%. В возрасте до 30 лет 21,9% (205) больных, из них с Ca *in situ* шейки матки — 111 (11,9%). После 80 лет у женщин РШМ выявляется сравнительно редко, всего в 1,6% случаев. Изучение эпидемиологических особенностей РШМ в РК показало, что, несмотря на хорошие результаты в области ранней диагностики, существуют проблемы по организации цитологического скрининга на территории Карелии. В РК выделены 3 группы районов с различной уровнем ранней диагностики РШМ и цитологическим скринингом: 1 группа — более 70% (I — II стадия) РШМ. Таких районов в РК 71,7%; 2 группа — от 60% до 70% (14,1%); 3 — менее 60% (14,2%). В настоящее время ежегодный охват женского населения цитологическим скринингом в РК можно посчитать лишь ориентировочно, и он варьирует от 11,5% до 61,9% в различных районах Карелии. Чувствительность цитологического метода в диагностике РШМ в ЦЦЛ РОД, без учета неинформативного материала, составляет 90,5%, варьируя от 86% при Ca *in situ* до 96,3 — 100% при III и IV стадиях.

Выводы. Данный анализ позволяет скорректировать мероприятия по организации цитологического скрининга в этих группах районов, что должно сказаться на диагностике РШМ. Необходимо создание программы организованного цитологического скрининга РШМ в РК, где должен быть обеспечен компьютерный учет всех пациенток, подлежащих цитологическому скринингу, четко отлажена преемственность между врачами — цитологами, гинекологами и онкогинекологами. При этом решающим фактором, влияющим на эффективность цитологического скрининга, является широта охвата скринингом женского населения Карелии.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 РОДДОМА № 5 г. КРАСНОЯРСКА

Кочнева О.В., Руппель Н.И., Ермаченко Т.И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, МУЗ родильный дом № 5, ж/к № 3 г. Красноярск

В последние годы опубликовано значительное количество работ посвященных социально медицинским аспектам здоровья подростков. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровья», Краевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2008-2010г. Осуществляется бесплатное обследование на Вич — инфекции население Края, в том числе подростков, а также обследование на все заболевания передающиеся половым путем.

На базе женской консультации МУЗ РД №5 в подростковом кабинете нами был проведен анализ 150 карт девушек — подростков с целью выявления наиболее часто встречающихся заболеваний в этот период, а также для исследования сексуального поведения, готовности семейным отношениям, планировании материнства, контрацептивного поведения. Девушки были подвергнуты социально-психологическому обследованию с использованием анонимных анкет. Возраст девушек в среднем составил 16-20 лет в количестве 150 человек.

По данным проведенного нами анкетирования средний возраст девушек-подростков составил $18 \pm 1,2$ года. Наибольшее количество девушек учащиеся высшего заведения — 40,6%, учащиеся ПТУ, техникумов, колледжей — 29,3%, школ — 28% и 2% - девушек не имели никакого занятия. Средний возраст начала половой жизни равен $16 \pm 0,04$ года. Половую жизнь в 18 лет начали 18%, 17 лет — 22,6%, 16 лет — 36% и начало половой жизни 15 лет и моложе составил 21,3% и до 14 — 2,6% лет. Основной мотивацией вступления в половые отношения для девушек на первом месте была любовь, на втором месте любопытство и на третьем месте под воздействием алкоголя. Из вредных

привычек у девушек — подростков основное при­страстие к курению 74%, употребление алкоголя 15%, токсикомания и курение травки 7.3%. В качестве контрацепции 80% использовали презерватив, 15% имели прерванный половой акт, 5% не предохранялись. У 36% девушек имелось больше одного партнера. Выявлено, что 4% девушек уже имели беременности в анамнезе. Средний возраст наступления беременности составил 16 ± 1.5 лет. В 35 (23.3 %) случаев ее исходом явился аборт, 3 (2%) приняли решения сохранить беременность.

Среди заболеваний передающихся половым путем из 46 (30.6%) девушек наибольший процент составил хламидиоз 52.1%, 36,9 % уреоплазмоз, 8.6% микоплазмоз, 47.8% трихомониаз, 6.5% гонорея. В 17.3 % случаев у девушек имелось сочетание инфекций.

Проведенный нами анализ свидетельствует, что подростки плохо информированы о ЗППП их последствиях, о профилактике, методах барьерной контрацепции. В настоящее время необходимо разработке специальных программ, где с подростками будет проводиться санитарно — просветительная работа по вопросам сексуального развития, сексуального отношения о роли семьи о будущем материнстве.

С этой целью на базе женской консультации №3 МУЗ «Родильного дома №5» проводятся выездные лекции, включающиеся в себя информационно — образовательную работу с подростками школ, ВУЗ, ПТУ, летних оздоровительных лагерей. С подростками проводятся занятия в виде игр, представлены научные видеofilьмы о вредных привычках, ЗППП об опасности ВИЧ инфекции, о последствиях аборта его осложнений и влияние на юный женский организм. Фильмы демонстрируются в аудиториях для слушателей 100-150 человек, женских консультациях, что позволяет добиться желаемых результатов: повышается мотивация молодежи к сохранению репродуктивного здоровья, уменьшается процент начала ранней половой жизни у подростков, умение использовать экстренную контрацепцию, своевременное обращение в кабинет экстренной контрацепции, формируется в молодых семьях осознание к родительству.

Наши исследования продолжают, и в дальнейшем планируется: Проведение бесед с психотерапевтом, особенно занятия с подростками из социально неблагополучной семьи, привлечение наркологов — токсикологов, продолжить обеспечение радиовещания и просмотр видеofilьмов воспитательного характера.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ГРИППА H1N1

Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Виноходова Е.М.,
Долгова О.Н., Гуляева О.А., Передвигина А.В.,
Тверитнев П.М., Вахрушева Т.И.

Россия, Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» кафедра акушерства и гинекологии, I РКБ, гинекологическое отделение

Инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности представляют важную медико-социальную проблему, так как остаются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Актуальность проблемы гриппа у беременных непревзойденна. Пока она не имеет никаких критериев. На протяжении последних лет мы не раз были свидетелями различных эпидемических вспышек острых вирусных заболеваний в мире (в частности — гриппа), однако меры профилактики и оказания помощи беременным женщинам не разработаны.

Целью исследования явилась оценка результатов ведения беременных женщин с гриппом H1N1 и их исходов в гинекологическом отделении ГУЗ I РКБ УР.

Материалом послужил ретроспективный анализ 27 карт стационарных больных, поступивших в гинекологическое отделение I РКБ в период эпидемии в 2009 г. беременных женщин в различные сроки гестации с острыми явлениями гриппа. Для обследования использованы клинико-анамнестические, общелабораторные, УЗИ, рентгенологические, гемостазиологические, иммунологические, бактерио-вирусологические, ПЦР методы исследования.

Результаты. Все беременные с подозрением на грипп H1N1 были доставлены в гинекологическое отделение I РКБ из районов и городов республики в сроки до 5 суток от начала заболевания (вывезены бригадой санавиации). Средний возраст составил 25,6 лет. Сроки гестации вариабельны: от 12 до 33 недель с преобладанием II триместра, в среднем составляя 22 недели. У всех женщин превалировал синдром эндогенной интоксикации различной степени тяжести: дыхательная недостаточность I-III ст. Двухсторонняя пневмония констатирована у 13 (47,9%), левосторонняя пневмония — у 14 (52,1%). В тяжелом состоянии поступило (22,2%), поэтому все от начала госпитализации находились в реанимационном отделении. Верификация диагноза (лабораторная диагностика гриппа H1N1) производилась в течение 1-2 суток. В период поступления больных в клиническое учреждение организовано оказание помощи. Наряду с традиционной многокомпонентной терапией (дезинтоксикационной, симптоматической, инфузионной) использованы муколитики (лазолван, амбробене), противовирусные препараты, антибиотики. В качестве противовирусного компонента у всех пациенток использовался «Тамифлю», причем в утренних дозировках. Среди антибактериальных средств — антибиотики широкого спектра действия: цефтриаксон, таваник, ровамицин, линдамицин в максимальных суточных дозах. После

уточнения диагноза максимально быстро или при ухудшении состояния производилось прерывание беременности в экстренном порядке у 16 беременных (59,2%): малое кесарево сечение. Специфическая терапия продолжалась после прерывания беременности. Средняя продолжительность пребывания больных в реанимационном отделении — 6 суток. Улучшение состояния наблюдалось на 9,5 сутки после родоразрешения. Все больные с улучшением состояния переводились в пульмонологическое отделение. У больных гриппом H1N1 после прерывания беременности не имелось летальных исходов.

В заключение следует отметить необходимость ранней госпитализации беременных в многопрофильное учреждение и ранней диагностики гриппа H1N1, а также реальную значимость максимально быстрого родоразрешения после установления диагноза, раннего и максимального использования комбинации противовирусных и антибактериальных средств, что явилось действенной профилактикой материнской смертности.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА В СНИЖЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Кулавский В.А., Файзуллин А.Ш., Кулавский Е.В.
Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Россия, г. Уфа, Республиканский перинатальный центр

Оптимизация службы родовспоможения невозможна без совершенствования информационно-аналитической базы отрасли как основного инструмента управления системой охраны материнства и детства. Непременным условием эффективности и адекватности предпринимаемых мер по улучшению ситуации является получение объективной информации о здоровье беременных, рожениц и новорожденных, а также качестве оказываемой им медицинской помощи.

Перинатальный аудит — Интернет-система «Мониторинг беременных Республики Башкортостан» это:

- принципиально новый организационный подход к сбору и анализу информации о состоянии здоровья беременных, находящихся на учете в женских консультациях;
- детальный анализ полученной информации о характере течения процесса гестации;
- прогнозирование возникновения возможных осложнений в период беременности;
- своевременная коррекция выявленных отклонений в течение гестационного периода;
- выбор срока, стационара и метода родоразрешения.

Суть перинатального Интернет-аудита:

- Акушеры-гинекологи всех женских консультаций, акушерских отделений и родильных домов региона по каждой беременной собирают информацию в соответствии с пунктами «Шкалы мониторинга беременных» на бумажных формах при взятии на учет, сроке гестации 20-24 и 30-34 недели, факту исхода беременности (время заполнения одной формы 1-2 минуты).

- Информация собирается по следующим разделам:
1. Социально-биологические факторы.
 2. Акушерско-гинекологический анамнез.
 3. Экстрагенитальная патология.
 4. Осложнения текущей беременности и родов.
 5. Состояние плода, новорожденного.

- Оператор ЭВМ женской консультации, на основании собранной врачом информации, заполняет аналогичные электронные формы непосредственно в Интернет.

- Интернет-сервер обрабатывает поступившую информацию и относит каждую беременную к определенной степени риска гестационного периода и предстоящих родов.

- С этого момента формируется электронная база данных всех беременных региона от момента постановки на учет беременной в женской консультации до 42 суток послеродового периода, с соблюдением требований защиты персональных данных пациентов.

- Интернет-сервер в зависимости от имеющейся патологии в автоматическом режиме выдает рекомендации акушерам-гинекологам женских консультаций по тактике ведения беременности в соответствии с регламентирующими службу родовспоможения документами Российской Федерации и региона (Приказ МЗ РФ №50, МЗиСР №808, Национальное руководство по акушерству и д.р.) (обмен «прямой» и «обратной» информацией в интернет-сервере осуществляется мгновенно).

- Специалисты вышестоящих лечебно-профилактических учреждений (межрайонные, республиканский перинатальные центры, республиканские диспансеры, больница, служба «Санитарной авиации»), в соответствии со своими функциональными обязанностями, обрабатывают и анализируют электронную базу всех беременных региона.

- В рамках интернет-системы специалистам доступны следующие действия:

- наблюдение в динамике за течением периода гестации и процесса родоразрешения от момента взятия женщины на учет в женской консультации до 42 суток послеродового периода,
- дистанционное консультирование в режиме реального времени врачей женских консультаций по оптимизации ведения периода гестации и родоразрешения,
- контроль над выполнением рекомендаций вышестоящих ЛПУ акушерами-гинекологами женских консультаций,
- поиск беременных в электронной базе данных с патологией по МКБ 10-го пересмотра,
- получение автоматически формируемых отчетов по беременным, находящимся на учете в женских консультациях региона или отчетов за период по завершенным беременностям, в том числе и по состоянию плода, новорожденного (время формирования одного отчета интернет-сервером от 30 до 60 секунд),
- автоматическое получение основных цифровых данных для формы №32 Федерального государственного статистического наблюдения.

Таким образом, перинатальный аудит, в конечном итоге — повышение качества, оптимизация организации акушерской помощи, снижение характера осложнений для матери, улучшение перинатальных исходов.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Кулавский В.А., Даутова Л.А., Кулавский Е.В.

Россия, г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Реализация Концепции демографической политики в Российской Федерации сосредоточена на восстановлении позитивных тенденций в области воспроизводства населения страны. Их направленность формируется соотношением процессов рождаемости и смертности. В прошедшем столетии рождаемость рассматривалась как устойчивый и эффективный потенциал расширенного воспроизводства, однако социально-экономические трансформации современного общества привели к изменениям репродуктивного поведения населения и ухудшению показателей иерархии общественного здоровья. В изменении кризисной динамики ведущее значение имеют меры государственной и законодательной инициативы, а так же немаловажное значение приобретает роль системы охраны репродуктивного здоровья населения, стратегическое планирование деятельности которой невозможно без учета медико-демографических тенденций на региональном уровне. Нами представлен анализ реализации репродуктивного потенциала и прогноз его основных тенденций на ближайшее десятилетие на примере Республики Башкортостан, представляющей благополучный срез демографической ситуации.

Республика Башкортостан занимает второе место в Приволжском федеральном округе по уровню рождаемости. Относительно высокий показатель рождаемости (12,7 на 1000 населения) обусловлен ростом населения фертильного возраста обоого пола, но коэффициенты прироста численности населения и показателя рождаемости, к сожалению, не пропорциональны. Численность населения фертильного возраста за 1991 — 2009 гг. увеличилась на 18%, а показатель рождаемости сократился на 14%. О неполной материализации репродуктивного потенциала свидетельствует значительное снижение суммарного коэффициента рождаемости за данный период с 61,9 до 39,5 на 1000 женщин фертильного возраста. Его отрицательная направленность более всего регистрируется в группах оптимального для деторождения возраста: при росте числа женщин 20 — 24 лет на 26% суммарный коэффициент рождаемости сократился с 176,4 до 95,9; в группе 25 — 29 лет при росте численности на 7% — снижение с 101,7 до 92,3 соответственно. При этом именно в данных группах отмечается высокое число прерываний нежелательной беременности. Аборты у женщин активного детородного возраста

представляют собой потери потенциала жизни при воспроизводстве населения, а также являются одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье, развитие гормонозависимых заболеваний и серьезных осложнений в течение последующей желанной беременности и родов. Острота депопуляции, как в аспекте отрицательного естественного прироста, так и в части снижении рождаемости, обусловлена увеличением смертности мужского населения в возрасте потенциального отцовства. До 45% мужчин умирают в трудоспособном возрасте. Аналогичный показатель для женского населения составляет 13%. При снижении смертности мужчин в возрасте до 17 лет (1,3 на 1000), резко возросло число умерших в фертильном возрасте 20 — 29 лет (5,3 на 1000) и 30 — 39 лет (8,6 на 1000), что в 3,6 — 3,8 раз превышает смертность женского населения в аналогичных возрастных группах, приводит к росту вдовства и сиротства. Прогнозируемая динамика структуры женского населения фертильного возраста на ближайшее десятилетие свидетельствует о грядущих неблагоприятных изменениях: к 2019г. прогнозируется прогрессирующее снижение репродуктивного резерва — численности девушек 15-19 лет на 44%, уменьшение доли женщин активного детородного возраста 20 — 29 лет на 46%, увеличение удельного веса женщин старшего репродуктивного возраста до 21%, что приведет к снижению числа родов у молодых женщин и будет сопровождаться ростом числа осложненных родов за счет старшей возрастной группы. В период до 2014 г. рождаемость будет обеспечиваться преимущественно женщинами 20 — 25 лет, к 2015 — 2019 гг. — возрастными группами 25 — 29 лет и 30 — 34 года. С 2000 г. регистрируется сокращение числа девочек в возрасте 5 — 9 лет и 10 — 14 лет, которые вступят в возраст активной брачности и рождаемости через определенный промежуток времени. Именно данная возрастная группа заслуживает в настоящее время самого пристального внимания к состоянию своего соматического и репродуктивного здоровья.

Изменение репродуктивного поведения имеет существенное значение в вопросах организации акушерско-гинекологической помощи. Требуют совершенствования методы диспансерного наблюдения беременных, включая психологическую подготовку матерей и супружеских пар к рождению ребенка, оптимизация ведения беременности и родов у женщин в различных возрастных группах, целенаправленная работа по предупреждению абортов. Ресурсы здравоохранения не могут повысить рождаемость, но стратегическое планирование направлений ее деятельности по охране здоровья и полноценной реализации репродуктивного потенциала должно базироваться на детальном анализе основных демографических тенденций на региональном уровне.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕМЕЙНО- ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК У СТАРШЕКЛАССНИЦ

Лещенко О.Я., Сутурина Л.В., Коваль Л.Ж.

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г.Иркутск

Одной из причин низкой рождаемости в стране многие демографы считают общемировую тенденцию ориентации семьи на малодетность. Проведенные социологические опросы детей и подростков показали, что на основании опыта родителей, общественного мнения, отсутствия пропаганды «чадолюбия» низкие репродуктивные установки формируются уже в детстве. И это вызывает большую озабоченность. Идеальным числом детей они называют двоих, а желаемое в среднем составляет 1,8. А если сделать поправку на то, что примерно 1/5 часть из них будет бесплодна, часть не сможет реализовать свои репродуктивные возможности из-за отсутствия партнера, то можно сделать весьма неблагоприятный прогноз в отношении рождаемости в стране по меньшей мере на ближайшие годы.

Проведено исследование эффективности внедрения программы формирования семейно-ориентированных репродуктивных установок и навыков сохранения репродуктивного здоровья у старшеклассниц.

Объекты и методы исследования: экспериментальная группа — 24 девушки 15-17 лет, учащиеся выпускных классов общеобразовательного лицея №2 г. Иркутска, которые дали информированное согласие на пре- и пост-тест и участие в программе. Группа сравнения — 28 девушек 15-17 лет, учащиеся выпускных классов общеобразовательного лицея №2 г. Иркутска, которые дали информированное согласие на пре- и пост-тест и которым не предлагалось участие в программе.

Результаты исследования и их обсуждение.

На вопрос «В какой семье лучше жить?» 33,3% девушек-участниц нашей программы ответили, что в семье с одним ребенком, 58,3% — с двумя детьми, 8,3% — в многодетных семьях. После проведения программы ответы девушек изменились: значительно уменьшилась доля тех, кто считал, что лучше жить в семье с одним ребенком с 33,3% до 8,3%, напротив — с двумя и тремя детьми увеличилась, соответственно до 79,2% и 8,3%. Девушки, не прошедшие программу, существенно своего мнения не поменяли, считая что лучше жить в семье с одним и двумя детьми — 42,8% и 53,6%.

Средний возраст, в котором девушки хотели бы родить первого ребенка составил 23,12 лет. До проведения программы материнство до 20 лет в браке считали возможным 33,3%, вне брака 4,2%, отрицательно высказались — 62,5% учащихся, после программы материнство вне брака считали возможным 12,5%.

До проведения программы старшеклассницы ответили на вопрос «сколько всего детей они хотели бы иметь» следующим образом: одного ребенка

— 37,5%, двоих — 62,5%, троих и более вообще не планировали. После проведения программы приоритет рождения одного ребенка снизился с 37,5% до 20,8%, а рождения трех детей увеличился до 20,8%. У контрольной группы планы рождения детей практически не изменились.

При выяснении желаемого числа детей через вопрос «Сколько бы вы хотели иметь детей, если бы для этого были созданы все необходимые условия?» девушки — участницы программы изменили свое мнение: одного ребенка с 20,8% до 4,2%; двоих с 58,3% до 70,8%. Планы рождения детей после создания всех благоприятных условий у девушек группы сравнения значимо не менялись. При создании всех необходимых условий девушки хотели бы иметь двух детей в 70,8%, троих — 25%, а доля пожелавших иметь одного ребенка снизилась до 4,2%.

Свое отношение к незарегистрированным бракам подростки выразили следующим образом: положительно — 20,8%, отрицательно 20,8%, «все равно» — 58,3%. Однако результаты «посттеста» по окончании программы были следующими: положительно относятся к незарегистрированным бракам 4,2%, отрицательно — уже 70,8%, а так же уменьшилась доля тех, которые были безразличны — 25%. Результаты «посттеста» группы сравнения значимо не менялись.

При опросе девушек, участвовавших в программе, положительную оценку занятиям дали 100% (изначально положительно относились к занятиям 70,8%).

Таким образом, основной репродуктивной установкой старшеклассниц является ориентация на малодетную семью; 4% старшеклассниц не мотивированы на создание семьи, 5,2% девушек-подростков не планируют рождение детей. Доля подростков, склоняющихся к трехдетной модели семьи в 3,6 раза ниже, чем к однодетной модели (6,3% против 23%). В результате реализации разработанной программы формирования семейно-ориентированных репродуктивных установок у школьниц прослеживается тенденция увеличения доли девушек, считающих наиболее приемлемой 2-3-детную модель будущей семьи, а доля пожелавших иметь одного ребенка снизилась с 20,8% до 4,2%. «Программа» помогает подросткам получить знания о стереотипах межполовых взаимоотношений, сформировать навыки оценки ситуаций и принятия решений в вопросах сексуальных отношений и планирования семьи, способствовать формированию ответственного отношения к сохранению репродуктивного здоровья.

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНЫХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН МИГРАНТОК НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Ли-Ги-Ру С.Ю., Цхай В.Б., Капитонов В.Ф.

Россия, г. Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; МУЗ «Родильный дом №1»

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX веке. Важной проблемой большинства цивилизованных стран, в том числе России, является миграция. Наиболее значимый для России «резервуар» мигрантов — бывшие среднеазиатские республики. Приблизительно 2/3 мигрирующего населения — это люди репродуктивного возраста. Особенности репродуктивного поведения семей мигрантов существенно отличаются от большинства среднестатистических российских семей. В большинстве своем — это многодетные семьи.

Среди женщин-мигранток чаще, чем у постоянно проживающих российских женщин, под влиянием многочисленных и разнообразных неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи, отмечаются преждевременные роды, рождение детей малой массой тела, более высокие цифры перинатальной и младенческой смертности.

Целью нашего исследования является изучение особенностей репродуктивного поведения и социально-гигиенических факторов в семьях женщин мигранток, переселившихся в г. Красноярск из среднеазиатских республик СНГ.

Для реализации цели исследования проведено проспективное исследование 150 женщин мигранток. Наряду с изучением клинико-anamnestических данных, проводился анализ результатов анкетирования, включающий в себя углубленное изучение социально-гигиенических факторов семей женщин мигранток.

Большинство из респондентов мигрировали из Таджикистана — 42%, из Узбекистана — 36% и из Киргизии — 22%. Преобладающее количество женщин находилось в возрастной группе 20-24 лет (42,6%). Средний возраст респонденток составил — 23,2 + 3,4 лет. Таким образом, большинство семей относились к молодым семьям — 46% (согласно классификации видов и типов семей, предложенной О.М. Новиковым с соавт., 2000). При распределении по социальному статусу наибольшую группу составили домохозяйки — 39,7%, рабочие — 21,4%, учащиеся — 12,9%, работающие по найму — 15,3%, служащие — 10,7%. При оценке степени брачности была выявлена следующая закономерность: 72,6% женщин находились в официальном гражданском браке, 21,3% женщин — находились в фактическом браке, 6,1% женщин — не состояли в браке.

Известно, что семьи женщин мигранток из среднеазиатских республик сохраняют установку

на многодетность. На момент анкетирования 66% опрошенных уже имели детей. Из них до настоящих родов 58,5% женщин имели 1 ребенка, 30,3% имели двух детей и 7,07% имели 3 и более детей. При оценке факторов влияющих на увеличение рождаемости 29,7% женщин отметили национальные традиции и религиозные убеждения, 34,9% — стабильное материальное положение семьи, 22,7% — семейное благополучие, 12,7% — государственные финансовые стимулы.

Большинство жителей среднеазиатских республик рассматривают эмиграцию всех видов как меру, помогающую получить доход для поддержания благополучия семьи, родственной группы и считают, что уехавшие обязаны заботиться о близких, оставшихся на родине. В среднем мигранты отправляют на родину в виде денежных переводов до 50% от всех своих доходов. Вероятно поэтому, улучшение своего материального положения в связи с переменой места жительства отметили только 37,5% респондентов, 54,2% — затруднились ответить на этот вопрос и только 8,3% — не отметили улучшения материального состояния.

Переезд в другое место жительства естественно предполагает изменение жилищных условий. В результате проведенной комплексной оценки выявлено, что 39,6% женщин мигранток охарактеризовали свои жилищные условия как хорошие, 28,3% — как удовлетворительные и 32,1% — как плохие. Проживали в отдельной квартире 21,9% респонденток, 23,8% — проживали в общежитии, 37,4% — арендовали квартиру, а 16,9% — не имели постоянного места жительства.

Достоверно известно, что мигрирующие контингенты подвержены большому риску заболеть, получению травм, так как адаптация к новым местам жительства и тяжелые условия труда и быта не проходит бесследно для их здоровья. Вполне естественно, что чем сильнее отличия природно-климатических условий региона выхода мигрантов от мест вселения, тем ниже показатели их здоровья. В нашем исследовании мигранты переселились из теплых южных регионов на территорию Восточной Сибири с резко континентальным холодным климатом. Вместе с тем, при самооценке своего состояния здоровья 64,3% женщин оценили его как хорошее, 32,3% — как удовлетворительное и только 3,4% — как неудовлетворительное. При оценке состояния здоровья семей женщин — мигранток установлено, что 43% респонденток отнесли свои семьи к здоровым, 26,5% — к семьям с часто болеющими членами семьи, 26,3% — к семьям с хроническими больными, и 4,2% — семьи с инвалидами.

Таким образом, на основании полученных данных установлено, что среди мигрантов преобладают молодые женщины репродуктивного возраста, с установкой на деторождение и многодетность, с низким социально-экономическим уровнем, низкими показателями здоровья, что необходимо учитывать при планировании медико — организационных мероприятий.

РОЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Чаша Т.В.,
Васильева Т.П.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.
В.Н. Городкова Росмедтехнологий», Россия, г.Иваново

Регионализация перинатальной помощи — является важным инструментом совершенствования специализированной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. С выходом приказов Министерства здравоохранения РФ и РАМН №201/51 от 04.06.2001 г. «О закреплении Федеральных округов за НИИ акушерско-педиатрического профиля» и № 435/104 от 13.12.2001 г. «О внесении дополнений в приказ МЗ РФ и РАМН №201/51 от 04.06.2001 г.» на территории России сформировались организационно-функционально-территориальные системокомплексы, состоящие из Федеральных НИИ-кураторов и служб родовспоможения территорий, закрепленных за этим учреждением. В частности, в Ивановский системокомплекс вошли службы родовспоможения Владимирской, Ивановской, Костромской, Рязанской, Тульской, Тверской, Тамбовской, Ярославской областей и Учреждение-куратор — ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Цель: показать значение федерального учреждения — ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий» в осуществлении регионализации перинатальной помощи.

В Ивановской области с 2003 года функционирует система оказания этапной помощи тяжелобольным новорожденным. Акушерская клиника ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» является единственным в области родовспомогательным учреждением III уровня, где создан реанимационно-консультативный центр (РКЦ). РКЦ осуществляет дистанционное консультирование новорожденных, выездную реанимационно-консультативную помощь и транспортировку новорожденных из районов Ивановской области и близлежащих областей Центрального Федерального округа (Владимирская, Костромская, Ярославская области) в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, которое обеспечивает оказание высокотехнологичной реанимационной помощи новорожденным, где широко используются современные технологии респираторной поддержки — неинвазивная ИВЛ, триггерная ИВЛ, высокочастотная ИВЛ, заместительная терапия сурфактантом, ингаляционная терапия оксидом азота и др.

Важным звеном региональной модели также является обеспечение оперативного лечения новорожденных: на базе ФГУ «Ивановский НИИ МиД» проводятся торакальные, абдоминальные, нейрохирургические, урологические оперативные вмешательства у новорожденных детей различного

гестационного возраста. Операции проводят хирурги выездных бригад ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Анестезиологическое пособие, интенсивная терапия и послеоперационное выхаживание детей осуществляется реаниматологами и неонатологами ФГУ «Ивановский НИИ МиД».

Регионализация перинатальной помощи в Ивановской области привела к значительному снижению числа новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде в родовспомогательных учреждениях I и II уровня (в 2002 году коэффициент централизации помощи составлял 76,0%, а в 2008 году — 8,7%) и обеспечило значительное снижение показателей ранней неонатальной (в 2,8 раза), неонатальной (в 2,6 раза) и младенческой (в 2,1 раза) смертности в Ивановской области, в том числе послеоперационная летальность новорожденных снизилась в 3,9 раза. Однако, в 2009 году коэффициент централизации помощи в регионе вырос до 44,0%, что явилось одной из основных причин роста в регионе неонатальной смертности на 0,6%.

Современный взгляд на данную проблему показывает, что эффективность перинатальной профилактики значительно повышается при осуществлении внутриутробной транспортировки плода. Для оптимизации этой работы на базе ФГУ «Ивановский НИИ МиД» создан акушерский межрегиональный консультативный центр (КАЦ), который способствует повышению доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам Ивановской области и курируемых территорий ЦФО.

Межтерриториальные отношения в Ивановском системокомплексе закрепляются специальным Соглашением, разработанным документооборотом и системой межтерриториальной маршрутизации беременных, рожениц родильниц и новорожденных, закрепляемой специальным приказом в каждой территории. С декабря 2009 года Костромская область является пилотной для внедрения разработанной модели оказания перинатальной помощи. За это время в территории снизились показатели неонатальной смертности — на 35,8% и младенческой — на 35,6%, также было предотвращено 4 случая материнской смертности.

Полученные результаты позволяют предложить внедрение региональной модели оказания помощи беременным и новорожденным на всей территории организационно-функционально-территориально-го Ивановского системокомплекса.

РЕПРОДУКТИВНАЯ УСТАНОВКА И ОТНОШЕНИЕ К СОХРАНЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Мачульский А.Е., Чимитдоржиева Т.Н.,
Партиллаева А.Л.**

Бурятский государственный университет медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность: Репродуктивное здоровье является важной частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. В последнее время стало ясно, что проблема репродуктивного здоровья подростков и молодежи вышла за рамки здравоохранения и требует взаимодействия системы здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций, СМИ и других структур работающих с подростками и молодежью.

Цель работы: Изучить репродуктивную установку молодежи их отношение к сохранению репродуктивного потенциала и осведомленности о методах контрацепции.

Материалы и методы исследования: в 2010 году проведен социологический опрос 96 студенток первого и шестого курсов медицинского факультета БГУ.

Результат исследования: средний возраст составил 20 лет, половой дебют 17,7 лет. По национальной принадлежности к русским — 34 (35,4%), бурятам — 58 (60,4%), других национальностей — 4 (4,2%). Получили среднее образование в школах города 33 девушки (34,4%) и в сельских школах 63 (65,6%).

Средний возраст получения первичной информации о культуре семейных отношений составил 13,6 лет, в котором преобладает получение информации от подруг и друзей 38 (39,6%), из специальной литературы 23 (23,9%), от родителей 18 (18,8%), на четвертом медицинские работники 17 (17,7%).

Средний возраст, считаемый оптимальным у опрошенных респондентов, который для них наиболее приемлем для начала половую жизнь составил 18,9 лет. Менархе в среднем начинается в 12,8 летнем возрасте. Была произведена оценка знаний о контрацепции: не имеют представления 13 (13,5%), имеют представления 83 (86,5%). У 22 (22,9%) девушек в анамнезы была беременность, у 18 (81,9%) девушек беременность закончилась родами, у 3 (13,6%) аборт, у 1 (4,5%) — выкидышем. Наиболее предпочтительным вариантом выбора метода контрацепции среди опрошенных студенток является барьерный. Данный метод пользуются 73 (79,2%) девушки. КОК пользуются 13 (13,5%) девушек, а 10 (7,3%) — предпочитают чередование барьерных и физиологических методов контрацепции. Эти данные свидетельствуют об отсутствии достаточных знаний о современных методах контрацепции. По нашим данным доля девушек, использующих современные методы контрацепции от нежелательной беременности низкая. По мнению опрошенных, у них имеются различные препятствия — отрицательное влияние КОК на организм в целом, дороговизна, желание сохранить тайну от родных.

55 (57,3%) респондентов имеет представление о ЗППП и хорошо осведомлены о проблеме — развитие различных заболеваний женских половых органов, приводящих к бесплодию. Необходимость углубленного изучения состояния здоровья студенческого контингента, особенно здоровья будущих врачей, обусловлена высокой распространенностью среди них факторов риска. У них возникают трудности психофизиологической адаптации к условиям обучения на младших курсах, нарастанием объема информации и также необходимостью поддержания активности и в овладении профессиональными знаниями.

Выводы: Настоящее исследование позволило подтвердить, что современные девушки имеют низкий репродуктивный потенциал. Основной объем знаний об этой проблеме они черпают от друзей и подруг. Полученные результаты позволили сделать вывод, что ключевым направлением оптимизации репродуктивного поведения современных девушек является повышение сексуальной и репродуктивной культуры всего населения с одновременной целевой работой в группах организованных и неорганизованных подростков. В современных условиях необходимо приблизить квалифицированную контрацептивную помощь непосредственно к подросткам в виде доступного консультирования, а также повышение информированности девушек-подростков о современных методах контрацепции.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК ВУЗ-ов

Мингалёва Н.В., Гонежукова Б.Р., Чич Б.Н.

Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС,
Краснодар, Россия

Цель исследования: Целью работы явилась изучение медико-социальных вопросов сохранения репродуктивного здоровья студенток ВУЗ-ов.

Материалы и методы исследования: Проведен анонимный опрос 2706 студенток трех ВУЗ-ов г.Краснодара по специально разработанным для этой цели анкетам, состоящим из вопросов, касающихся репродуктивного анамнеза, способов контрацепции, сексуальной активности, абортов, социальных условий и других вопросов, касающихся сохранения репродуктивного здоровья.

Результаты и их обсуждение: Большинство опрошенных студенток относится к возрастной группе 17-19 лет, что в «немедицинских» ВУЗ-ах (2-я группа исследования) составило 71,3% (1373 сл.). В медицинском ВУЗе (1-я группа) опрошены студентки первого, пятого курсов, клинические ординаторы и клинические интерны и данные проанализированы в сравнении. Большая часть респондентов были городскими жителями (66,8%). Среди опрошенных медицинского ВУЗ-а наличие материальных про-

блем отмечено у 66%, но в то же время они же ответили (47,4%), что им «хватает на нормальную жизнь». В немедицинских учебных заведениях — соответственно 58,3% и 50,3%. Среди основных приоритетов у студенток мед. ВУЗ-а выделены такие как: здоровье членов семьи (50,2%), собственное здоровье (19,9%) и взаимоотношения в семье (7,7%). В отличие от студенток немедицинских ВУЗ-ов, которые в числе важных приоритетов указали «внешний облик» и «сексуальные отношения».

При оценке отношения всех респонденток к вопросу о наиболее оптимальном возрасте начала половой жизни отмечено, что большая доля из них (39,8%) считает таковым возраст 17-18 лет, но довольно значительное число опрошенных (27,9%) указывает возраст 19-20 лет. При анализе дебюта половой жизни студенток, ее начало в 14-15 лет указали около 13% опрошенных. Причем наблюдалась разница возраста начала половой жизни первого и пятого курсов, заключающаяся в раннем дебюте (в среднем 15 лет) у респонденток 1 курса и более старшим возрастом у старшекурсниц, среди которых наиболее ранним началом половой жизни отмечен возраст 16 лет только у 13,6%. Студентки ответили, что у половины (53,4%) из них первый половой контакт произошёл с хорошо знакомым человеком, но 1,5% ответили «чтобы быть как все», а 22,4% — «из любопытства». Причем у 86% респонденток в настоящее время половая жизнь была вне брака. Количество половых партнеров в течение жизни более 3-х отмечено у 14,9% опрошенных, живущих половой жизнью. Причем общее количество половых партнеров 10 и более среди студенток медицинского ВУЗ-а не встречалось, в то время как среди респонденток немедицинских ВУЗ-ов их было 12 чел. (0,6%).

Из общего числа студенток 1-ой группы у 14,8% и 5,7% второй группы исследования наступали беременности, причем около половины из них (53% и 45,4% соответственно) они закончились прерываниями, хотя почти все студентки (95%) указали о своей хорошей информированности относительно вреда аборта. Т.е. несмотря на наличие достаточного уровня знаний о последствиях прерывания беременности, у респонденток при наступлении незапланированной беременности преобладает ситуационное поведение и большая часть из них все же прерывают «наступившую не вовремя» беременность. Часть вопросов анкеты касались применения различных методов контрацепции. Больше половины опрошенных (57,4%) отдают предпочтение использованию презерватива, однако значительная доля (37,8%) предпочитает прерванный половой акт, тогда как лишь четверть опрошенных, живущих половой жизнью, отметили кратковременное или длительное применение гормональной контрацепции. Причем среди респонденток мед. ВУЗ-а частота использования гормональных контрацептивов была в 5,5 раз больше, чем среди немедицинских ВУЗ-ов (24,2% и 4,3% соответственно).

Из гинекологического анамнеза студенток установлено, что почти четвертая часть из них ранее

перенесли те или иные инфекции половых путей, однако несмотря на это у этой группы опрошенных сохраняется большая частота использования незащищенного полового акта, как одного из методов контрацепции.

Таким образом, эти и другие данные проведенного опроса свидетельствуют о крайне недостаточно бережном отношении к собственному репродуктивному здоровью. Результаты анкетирования указывают на низкий образовательный уровень студенток ВУЗ-ов, в том числе первого курса мед. ВУЗ-а, что доказывает необходимость более широкого внедрения и использования образовательных программ сохранения репродуктивного здоровья.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Мингалёва Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Россия

Цель исследования: Целью работы явилась оптимизация организации наблюдения пациенток с патологией шейки матки (ШМ) в крае.

Материалы и методы исследования: Учитывая разнообразие заболеваний ШМ важна работа по выявлению групп риска, диагностике начальных форм, совершенствованию скрининговых методик, лечению и наблюдению данной группы больных. В связи с этим в крае проведена работа по оптимизации этой специализированной помощи.

Результаты и их обсуждение: Учитывая более широкое применение кольпоскопии в практике врача акушера — гинеколога в 2007 году показатели регистрации заболеваемости возросли на 821,6 на 100 тыс. женского населения, что послужило поводом для выработки более дифференцированного учета заболеваний ШМ. Проведенный ранее в Краснодарском крае анализ работы по изучению заболеваемости, показал необходимость разработки единого подхода к организации помощи по патологии шейки и её различных состояний, выработки единых форм мед. документации — обозначений и протоколов, кольпоскопической символики и рисунков, протоколов кольпоскопического заключения, оформление документации, амбулаторных карт с различными унифицированными вкладышами, разработки формы диспансерного учета на территории Краснодарского края. Были разграничены понятия «клинического диагноза» и «заключения кольпоскопии». Показатели «Эрозия и эктропион шейки матки» (собираемое понятие МКБ-10 N86) формы №12 учета заболеваемости взрослых 18 лет и старше в строке 15.10 — «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районах обслуживания лечебного учреждения» не отражают всего спектра конкретной патологии.

В крае принята организация специализированных приемов по патологии ШМ, наряду с широким

использованием кольпоскопического исследования врачами участков женских консультаций (ЖК), разграничены их функции. 74% врачей на сегодняшний день совмещают спец.прием с приемом участка, 18% врачей работают только на специализированном выделенном приеме в крупных женских консультациях.

По результатам профилактических осмотров женщин, формируются группы диспансерного наблюдения. В крае предложена и используется специальная форма диспансерного учета. Среди «Взятых на диспансерный учет впервые» нозологическая форма «Эрозия и эктропион» (N86 по МКБ-10) занимает большую долю — 29%, полипы шейки матки 3%, CIN и лейкоплакия по 1% и 2% приходится на другую патологию ШМ. Связи с более дифференцированным ведением данной группы пациенток показатель общей гинекологической заболеваемости в крае по нозологии «Эрозия эктропион» снизился до 1046,6 на 100 тыс. женского населения (физиологические эктопии были выведены из группы заболеваний). Эктопия шейки матки (как физиологическое состояние шейки) учитывается отдельно, как вторая группа диспансерного наблюдения, а ведение этих пациенток на сегодняшний день соответствует современным взглядом на данную проблему.

Наблюдение женщин с патологией ШМ в крае стало более дифференцированным, тактика менее агрессивной, рекомендована организация спец. приемов (самостоятельных и совмещенных с работой участка), организовано обучение врачей основам кольпоскопии. За последние четыре года в крае основам кольпоскопии обучено 169 врачей акушеров-гинекологов.

Таким образом, необходимо дальнейшее совершенствование качества амбулаторно — поликлинической помощи, широкое внедрение более щадящих методик лечения (радиоволновая хирургия и др.), совершенствование алгоритмов (протоколов) ведения пациенток с патологией шейки матки.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Протопопова Т.А., Волгина В.Ф.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

В последние годы в системе послевузовского профессионального образования все большее значение придается вопросам повышения качества профессиональной подготовки специалистов и возможности непрерывного совершенствования уровня квалификации врача. Это обусловлено внедрением в практическое здравоохранение современных вы-

сокотехнологичных лечебно-диагностических методов и потребностью общества в высококвалифицированных акушерах-гинекологах.

Оптимальная организация учебного процесса позволяет получить максимально полный объем знаний по акушерству и гинекологии и овладеть необходимыми практическими навыками.

Для удобства изучения огромного фактического материала в нашей специальности и обеспечения эффективного этапного и заключительного контроля знаний и навыков весь массив данных (т.е. научно-обоснованный потенциал акушера-гинеколога) подразделен на модули, т.е. узкие разделы специальности, отражающие как фундаментальную, так и прикладную составляющие.

Акушерство и гинекология функционирует в тесном взаимодействии со значительным числом смежных специальностей. Это обуславливает включение в модули сведений из смежных дисциплин, таких как ультразвуковая диагностика, анестезиология и реаниматология, генетика, неонатология, онкогинекология и других.

Для сопровождения учебного процесса используются современные нанотехнологии. В Центре создана и продолжает пополняться база данных на электронных носителях, руководства по акушерству и гинекологии, атласы и т.д.

В основе подготовки врача специалиста акушера-гинеколога лежит «Образовательный стандарт» профессионального непрерывного образования по акушерству и гинекологии, в котором весь фактический материал размещен по модулям различного уровня значимости.

На основании данного стандарта составлены индивидуальные программы циклов Тематического усовершенствования (ТУ), а также учебные и учебно-тематические планы данных циклов, в которых указано количество учебных часов, вид подготовки, глубина освоения учебного материала.

«Образовательный стандарт» позволяет провести тотальный контроль знаний по всем модулям по специальности «Акушерство и гинекология».

Определены уровни требований, предъявляемых к акушеру-гинекологу первичного звена, родильных домов, перинатальных центров.

Используется заключительное собеседование и учет практических навыков.

При модернизации системы подготовки врача специалиста акушера-гинеколога в нашем центре широко используются новые методы лечения и диагностики, углубление диагностики с помощью ультразвуковых аппаратов, компьютерной томографии, ЯМР-томографии и других современных методов диагностики.

Для подготовки специалистов в наиболее узких разделах акушерства и гинекологии, требующих освоение современных технологических методик, широко применяется возможность передачи опыта работы профессоров, доцентов, научных сотрудников подразделений научного центра.

Этот вид подготовки в системе послевузовского образования возможен именно на базе крупных

учреждений с сильной клинической и лабораторно-диагностической базой, которым является ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России.

Подготовленные таким образом врачи специалисты акушеры-гинекологи смогут реализовать Национальные программы по улучшению качества специализированной медицинской помощи на современном уровне.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Прохоров В.Н., Прохорова О.В.

Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия

Вопросы охраны здоровья женщин и детей имеют большое медико-социальное значение, поскольку уровни материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности относятся к ведущим показателям, характеризующим здоровье населения и влияющим на демографическое состояние страны. Несмотря на серьезные успехи акушерско-гинекологической службы в области родовспоможения в последние годы, следует признать, что остаются достаточно высокими показатели осложнений беременности, родов и послеродового периода для женщин, а также осложнений и заболеваний для плода и новорожденного. Данная ситуация имеет место, несмотря на постоянные усилия всех подразделений акушерско-гинекологической и смежных служб по организации наблюдения, углубленного обследования беременных и проведения систематических лечебно-профилактических мероприятий, которые не всегда приводят к желаемым результатам.

В основе современных методологий ведения беременности лежит обязательное и систематическое использование медикаментозных препаратов (витамины и минеральные комплексы, гормональные и антибактериальные препараты) для профилактики основных видов акушерской и перинатальной патологии (угроза прерывания беременности, гестоз, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода и новорожденного). Однако эффективность их применения не удовлетворяет запросам службы здравоохранения. При их использовании нередко возникают токсические и аллергические осложнения, у беременных все чаще встречаются противопоказания к лекарственной терапии и непереносимость различных препаратов, включая случаи полиаллергии.

Для оптимизации акушерских и перинатальных показателей требуется формирование результативной системы динамической профилактики осложнений беременности и родов в условиях женской консультации с учетом комплекса медико-гигиенических факторов, в основе которых лежат принципы здорового образа жизни (ЗОЖ).

Целью работы явилась разработка методики амбулаторного ведения беременности, основанной на принципах ЗОЖ. При разработке лечебно-профилактического комплекса нами учитывались: особенности психического состояния беременных (наличие стрессового напряжения и депрессивных тенденций, а также невротических расстройств), наличие деформации пищевого поведения, включая гипералиментацию, выраженная системная гиподинамия беременных, нередко инспирированная нерациональными врачебными рекомендациями.

Используемые нами технологии ведения беременных включали: 1) оптимизацию психоэмоциональной сферы беременных с использованием методов психогигиены и психокоррекции; 2) нормализацию характера питания с применением психогигиенической методики управления алиментарным поведением беременных; 3) улучшение уровня физической активности с применением специально разработанных методик лечебной физкультуры; 4) применение водных процедур (контрастные души, бассейн); 5) работу по ликвидации вредных бытовых привычек (курение, употребление алкоголя). Отличительными чертами разработанного алгоритма являлись: максимальная приближенность методологий к физиологическим потребностям организма матери и плода, реальный индивидуальный подход, системный контроль за выполнением рекомендаций.

Обследовано 190 беременных женщин, находящихся под наблюдением женской консультации, из них у 60 использовался созданный нами алгоритм ведения беременности (1 группа), у 130 выполнялся стандартный алгоритм ведения беременности (2 группа). Обследование проводилось на базе ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга и Перинатального Центра г. Каменска — Уральского. В процессе ведения беременности осуществлялось стандартное клинико-лабораторное обследование беременных по триместрам, а также оценка их психологического статуса (оценка уровня тревожности по Ч.Д. Спилбергеру и Ю.Л. Ханину; оценка психологического компонента гестационной доминанты по И.В. Добрякову), самооценка физической активности по специально разработанной анкете.

Анализ результатов исследования показал, что удельный вес физиологических родов в 1 группе составил 80% (во 2 группе — 21%, $p < 0,05$). Аномалии родовой деятельности отмечены в 10% в 1 группе и в 21% — во 2 группе женщин, $p < 0,05$. Медикаментозное обезболивание родов потребовалось в 13% у рожениц 1 группы и в 47% пациенток 2 группы, $p < 0,05$. Уровень травматизма тканей родовых путей составил 15% в 1 группе и 41% во 2 группе. Гипоксия плода в родах было зафиксирована в 10% случаев в 1 группе и у каждой третьей пациентки 2 группы, $p < 0,05$, при этом крупный плод был диагностирован у каждой пятой женщины 2 группы, тогда как среди новорожденных 1 группы крупные дети отсутствовали.

Эффективность разработанной методики, ее физиологичность, снижение медицинской нагруз-

ки на организм женщины и плода, простота и доступность, экономичность, отсутствие противопоказаний и жизнеопасных осложнений позволяют считать предложенную методику альтернативой существующим методам ведения беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК ОМСКОГО РЕГИОНА

Рудакова Е.Б., Шамина И.В., Богданова О.Н.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, кафедра ак-гинекологии № 2

ГУ300 Областная клиническая больница г. Омска.

В свете современных приоритетов в сфере здравоохранения, реализующихся в России, проблемы состояния репродуктивного здоровья детей и подростков, сохранение их репродуктивного потенциала приобретают особую значимость. Несмотря на существенную модернизацию службы охраны репродуктивного здоровья в последние годы, наблюдается сохранение тенденции к увеличению числа заболеваний органов репродуктивной системы девочек. В Омской области проживает более 184800 девочек. Ежегодно осматриваются на профилактических осмотрах более 23000 девочек, выявлено гинекологической патологии — 1736 (7,3%), что значительно ниже, чем среднестатистические данные по России (не менее 15 %). Ведущее место среди заболеваний выявленных на проф. осмотрах, принадлежит НМЦ — 52 %, вульвовагинитам — 23 %. В структуре гинекологических заболеваний у девочек 0-14 лет, выявленных при обращении на специализированном приеме по детской гинекологии, основное место занимают воспалительные процессы половых органов (59,9% по Омской области, 64,8% по РФ) у старшеклассниц 15 — 17 лет преобладают НМЦ (27 % по Омской области, 50,7% по РФ). Основное место в структуре НМЦ среди девочек, жительниц города и области, занимают нарушения по типу вторичной аменореи (33,6%), МКПП чаще встречаются в возрастной группе 11-14 лет и составляют 57% в структуре НМЦ у девочек данной возрастной группы. В 34,2 % случаях причиной НМЦ является дисфункция гипоталамуса.

Для улучшения сложившейся ситуации недостаточно только одних медицинских мероприятий, необходима поддержка со стороны социальных и педагогических служб.

Целью исследования явилось создание эффективного комплекса мероприятий по наиболее раннему выявлению отклонений в становлении репродуктивной системы и сохранению репродуктивного потенциала девочек-подростков Омской области.

Нами предложен алгоритм проведения профилактических осмотров в школах.

На I этапе мы предлагаем в ходе профилактических осмотров девочек в общеобразовательных школах в возрастах — 7 лет, 10, 12 лет, 14- 15 лет,

16-17 лет формировать группы высокого риска развития репродуктивных отклонений, выявленных по результатам анкетирования, а также девочек с жалобами и отклонениями при объективном осмотре.

На II этапе в группе высокого риска в развитии осложнений становления репродуктивной системы, провести углубленное обследование на базе межрайонных подростковых кабинетов: определение базального уровня половых и гонадотропных гормонов, УЗИ малого таза, консультации специалистов. При выявлении патологии следует проводить коррекцию отклонений в становлении репродуктивной функции. При необходимости направить девочек для дальнейшего обследования и лечения в подростковые областные центры.

Нами разработан комплекс профилактических мероприятий для девочек группы риска с целью сохранения репродуктивного потенциала. Комплекс включает охранительный режим труда и отдыха, комплексы упражнений для развития мышц таза, витаминотерапию, фитотерапию, СКЛ. Основываясь на собственном опыте, исследованиях других авторов, считаем целесообразно применение препарата Циклодинон по схеме 1таб в сут 3 мес как для лечения НМЦ в подростковом периоде, так и с профилактической целью в группах девочек высокого риска. Препарат Мастодион по схеме 30 кап * 2 раза в течении 3 мес в сочетании с группой витаминов С и Е, фолиевой кислотой, седативной терапии в группе девочек с НМЦ на фоне ГСПП и дисменореей.

Анализ эффективности предложенного алгоритма врачебных действий и комплекса профилактических мероприятий нами был проведен в у 46 девочек 13-15 лет. Девочки составляли группу высокого риска и получали предложенный комплекс профилактических мероприятий. Контрольную группу составили 32 девочки не получавших лечение. Анализ гинекологической патологии через 2 года выявил следующие данные. Выявлены статистически значимые отличия в становлении регулярного менструального цикла в основной группе — 61,9% в сравнение с контрольной — 25% ($p < 0,05$). Сравнительный анализ до и после лечения в основной группе показал, что применение профилактического комплекса было эффективным: реже встречались рецидивы МКПП — 4,3% в сравнении с группой контроля — 12,5% ($p < 0,05$), отмечена тенденция к стабилизации менструального цикла на фоне ГСПП. Прогрессия полового развития в основной группе составила 71,4% за 2 года, в контрольной -44% ($p < 0,05$).

Таким образом, разработанный нами алгоритм врачебных действий и комплекс профилактических мероприятий позволяет своевременно выявлять группы высокого риска репродуктивных нарушений у девочек, диагностировать, корригировать отклонения, а в дальнейшем проводить комплекс профилактических мер для сохранения репродуктивного потенциала девочек-подростков, жительниц Омской области.

КОНЦЕПЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ РОЖЕНИЦЫ И НОВОРОЖДЕННОГО КАК ОСНОВА ПОПУЛЯЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Суханова Л.П.

Россия, Москва, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрова

Необходимость обеспечения безопасности пациента — как основное требование ВОЗ к деятельности здравоохранения — в отношении роженицы и рождающегося плода является идеологической основой стратегии повышения качества родовспоможения и предотвращения осложнений в родах как для матери, так и для ребенка.

Статистический мониторинг качественных показателей родовспоможения в России за два последних десятилетия выявил, что более чем двукратное снижение материнской смертности (с 49,0 до 20,7 на 100000 живорожденных за 1989-2008 гг.) не сопровождалось адекватным снижением уровня патологии беременных и рожениц. Более того, за этот период произошел рост не только экстрагенитальной заболеваемости беременных, но и некоторых осложнений в родах. Речь идет об увеличении частоты нарушений родовой деятельности (с 86,4 на 100 родов в 1989г. до 116,5 в 2009г., или на 34,8%), а также септических осложнений после самопроизвольных родов через естественные родовые пути (с 0,16 до 1,34 на 1000 родов, или в 8 раз). Улучшение качественных показателей за 20 лет отмечено в большей степени при оперативных родах: темпы снижения летальности после кесарева сечения (с 0,318 на 100 операций в 1989г. до 0,031 в 2009г., или в 10 раз.), частоты перитонита (с 3,18 до 0,19 на 1000 операций за те же годы, или в 17 раз) существенно превышали темпы снижения осложнений при самопроизвольных родах — акушерского и родового травматизма, кровотечений, а также тяжелых форм гестоза.

Изменение структуры септических осложнений в сторону преобладания послеродового сепсиса в сравнении с перитонитом после кесарева сечения отражает общие тенденции современного акушерства — большие успехи высоких технологий, в том числе и оперативных родов, при менее значимых позитивных результатах в классическом консервативном акушерстве. Проблема сепсиса в настоящее время — это проблема осложнений вагинальных родов, в основном в стационарах первого-второго уровня. При этом важно отметить, что рост частоты послеродового сепсиса происходит параллельно снижению коечного фонда — в 1,5 раза за постсоветский период (с 120,2 тыс. акушерских коек в 1990г. до 79,6 в 2009г.) — при неизбежном увеличении показателей работы койки.

Анализ частоты акушерской патологии в зависимости от типа стационара выявил более низкий уровень осложнений в перинатальных центрах (ПЦ): нарушений родовой деятельности на 17,5%,

кровотечений — на 18,7%, в том числе послеродовых — на 34,5% — при том, что в ПЦ родоразрешаются женщины с более высоким уровнем патологии.

Снижение перинатальной смертности (ПС) в России (с 17,9‰ в 1991г. до 8,3 в 2008г.) достигнуто преимущественно за счет уменьшения ранней неонатальной смертности в 2,7 раз (с 8,9 до 3,3 на 1000 живорожденных за 1991-2008гг.) при значительно меньших темпах снижения мертворождаемости — лишь на 42,5% за те же 18 лет (с 8,7 до 5,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми). Соответственно разным темпам снижения показателей доля мертворождаемости в структуре ПС прогрессивно увеличивалась — с 48,6% в 1991г. до 60,2% в 2008г. Эта динамика характеризует более значимое повышение эффективности неонатальной помощи в сравнении с акушерской.

Основной особенностью динамики мертворождаемости является устойчивый рост в ее структуре доли антенатально погибших плодов, достигшей в 2008 г. 83,9% среди всех родившихся мертвыми (при 64,5% в 1991г.) и 55,4% среди всех перинатальных потерь (при 34,5% в 1991г.). Это обусловлено опережающими темпами снижения интранатальной мертворождаемости, в том числе благодаря широкому применению оперативного родоразрешения в интересах плода. В то же время преобладание антенатальной мертворождаемости, бесспорно, отражает дефекты пренатальной помощи и низкое качество наблюдения за беременными. При этом важно отметить, что большинство случаев гибели плода до начала родовой деятельности наступает в условиях акушерского стационара, что свидетельствует о крайне неблагоприятной ситуации с качеством пренатальной помощи в отделениях патологии беременных акушерских стационаров.

Второй неблагоприятной особенностью динамики ПС является рост удельного веса доношенных детей, число которых в 2008г. составило 50,6% в структуре перинатально погибших. Продолжающаяся деформация структуры ПС отражает, с одной стороны, степень недорегистрации погибших недоношенных низкой массы тела, с другой — диссонанс в организации медицинской помощи при преждевременных и своевременных родах — низкое качество родовспоможения в стационарах первого-второго уровня.

Крайне негативным является рост респираторных нарушений новорожденных за последние 10 лет — с 31,9 до 39,1 на 1000 живорожденных за 1999-2009 гг., или на 22,4% — за счет респираторного дистресс-синдрома (у недоношенных на 41,9%, а у доношенных — на 17,6%), врожденной пневмонии (на 41,0%). Наиболее неблагоприятным является рост частоты аспирационных неонатальных синдромов (с 4,29 на 1000 родившихся живыми в 1999г. до 5,00 в 2009г., или на 16,5%), в большей степени у доношенных детей (на 30,4%). Частота аспирационной пневмонии возросла за 10 лет на 31,6%, также преимущественно у доношенных детей (на 36,8%). При этом важно отметить, что аспираци-

онный синдром является патологией управляемой, которая чаще всего могла быть предотвращена путем выбора адекватного метода родоразрешения и предупреждения интранатальной гипоксии плода при более бережном ведении родов. Показательно, что рост аспирационных синдромов и пневмонии происходит преимущественно у доношенных детей, что подтверждает тезис о недостаточном качестве медицинской помощи прежде всего при своевременных родах, большинство которых происходит в муниципальных акушерских стационарах. Это согласуется с данными о более высокой частоте гнойно-септических осложнений после вагинальных родов в сравнении с абдоминальными, отражая более высокий риск родоразрешения через естественные родовые пути в стационарах 1-2 уровня, где выше частота предотвратимой патологии как у матери, так и у ребенка.

Важнейшей причиной предотвратимых потерь здоровья женщин является поздний аборт, который не может считаться безопасным в современных условиях. Анализ акушерских операций при прерывании беременности в сроке менее 28 недель выявил, что малое кесарево сечение в 2009г. произведено у 30,6% женщин (против 21% при сроке гестации «28 недель и более»), причем летальность после этой операции при позднем аборте (0,26%) в 8 раз превысила таковую у рожениц (0,031%). Частота операций экстирпации и надвлагалищной ампутации матки при позднем аборте составила 31,2 на 1000 прерываний беременности в сроке 22-27 недель, что в 19 раз выше частоты этих операций после родов (1,62 на 1000 родов). Летальность после гистерэктомии в сроке гестации менее 28 недель составила 3,3%, превысив в 1,7 раз таковую у рожениц (1,97). Столь неблагоприятные исходы «поздних абортов» являются доводом в пользу пересмотра критериев перинатального периода с 22 недель гестации исходя из интересов не только плода-ребенка, но и с позиций предотвращения ущерба здоровью женщины.

Таким образом, сохраняющаяся высокая частота управляемой патологии в родах и при аборте не позволяет считать акушерскую помощь безопасной, обеспечивающей должный уровень здоровья населения и успешное демографическое развитие страны. За последние два десятилетия существенно снизился риск смерти женщины и плода в родах, однако угроза потери здоровья матери и ребенка к настоящему времени фактически сохраняется на «дореформенном» уровне вследствие недостаточного качества медицинской помощи при своевременных родах в стационарах низкой степени риска. В отношении плода сохраняется высокий риск антенатальной смерти, темп снижения которой минимален в сравнении с угрозой интранатальной и постнатальной гибели.

Это диктует необходимость изменения стратегии развития родовспоможения в сторону повышения качества базовой акушерской и перинатальной помощи в общей сети родовспоможения — для снижения «популяционной» патологии в процессе

своевременных самопроизвольных родов, происходящих преимущественно в общей сети муниципальных родовспомогательных стационаров. Речь идет о популяционной стратегии развития родовспоможения, задачей которой является повышение качества базовой медицинской помощи не только контингентам высокого риска, но каждой женщине в родах и каждому ребенку при рождении — в соответствии с необходимостью обеспечения безопасности всем пациентам — в свете предложенной ВОЗ концепции «Здоровье для всех». Стратегия родовспоможения должна строиться с акцентом на повышение качества базовой медицинской помощи на популяционном уровне, а не только в учреждениях 3 уровня.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Сычёва О.Ю., Волков В.Г., Кузьмина И.В., Савкина Е.А.

Оценка массы тела беременных имеет важное значение. У беременных женщин с ожирением врачи сталкиваются с рядом осложнений: угрозой прерывания беременности, гипотрофией плода, развитием гестозов, вплоть до тяжелой формы эклампсии и гибели плода, гестационным сахарным диабетом, высокой частотой оперативных вмешательств, индукцией родов, с повышением частоты операций кесарево сечение, а также с осложнениями после оперативного родоразрешения и анестезии.

Из данных литературы, следует обратить внимание на тот факт, что у женщин с дефицитом массы тела отмечен высокий уровень экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, из акушерских осложнений — угроза прерывания беременности, анемия, ранний токсикоз.

Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа медико-социальных данных беременных в зависимости от массы тела. Проведен анализ 300 женщин, родоразрешенных в Тульском областном перинатальном центре с 1.01.09 по 1.04.09. В зависимости от индекса массы тела были сформированы 4 группы: I — группа: дефицит массы тела (ИМТ меньше 18,3) — 31 (10%), II — нормальная масса тела (ИМТ 18,5-24,9) — 185 (62%), III — избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9) — 56 (19%), IV- ожирение (ИМТ больше 30) — 28 (9%). Средний возраст женщин составил 26,35 (от 17 до 41 года) лет. Высшее образование имели 123 (41%), средне специальное 92 (30,7%), среднее 78 (26%), без образования 7 (2,3%) женщин. Работающие 211 (70,3%), состоят в браке 225 (75%), первородящие 169 (56,3%), повторнородящие 131 (43,7%). Средняя масса тела при взятии на диспансерный учет в I группе 46,6 +/- 9,9 кг, во II — 58,7 +/- 7,73 кг, в III — 73,0 +/- 6,7 кг, в IV — 88,1 +/- 10,9 кг.

Установлено, что увеличение массы тела связано с увеличением возраста. Средний возраст беременных I группе 24,5 лет, во II — 25,9 лет, в III — 27,2 года, в IV — 29,9 лет. В молодом возрасте чаще встречался дефицит веса, в старшем ожирение. Масса тела обратно коррелировала с паритетом. Первородящих в I группе 25 (80,6%), во II — 115 (62,2%), в III — 22 (39,3%), в IV — 7 (25%). Повторнородящих в I группе 6 (19,4%), во II — 70 (13,8%), в III — 34 (60,7%), в IV — 21 (75%). Повторные роды чаще встречались у женщин с большей массой тела. Распределение работающих по группам в I группе 21 (67,7%), во II — 129 (69,7%), в III — 38 (67,9%), в IV — 23 (82,1%). Нами не найдено достоверной разницы по отношению к работе. В браке состояло в I группе 21 (67,7%), во II — 142 (76,8%), в III — 44 (78,6%), в IV — 18 (64,3%). Большинство женщин I-IV групп состояли в браке, однако наименьший показатель зарегистрирован в IV группе.

Заслуживают внимания данные о образовании, если в I и II группах было около половины женщин с высшим образованием, то далее с увеличением массы тела отмечено снижение этого показателя в IV группе. Высшее образование в I группе 14 (45,2%), во II — 88 (47,6%), в III — 18 (32,1%), в IV — 3 (10,7%). Средне-специальное образование в I группе 9 (29,0%), во II — 48 (25,9%), в III — 20 (35,7%), в IV — 15 (53,6%). Среднее образование в I группе 8 (25,8%), во II — 42 (22,7%), в III — 8 (32,1%), в IV — 10 (35,7%).

Беременность закончилась срочными родами у более 80 % беременных всех групп. В тоже время частота преждевременных родов была примерно в 2 раза выше у женщин с ожирением. Срочные роды в общей группе 263 (87,7%), в I — 31 (100%), во II — 164 (88,6%), в III — 52 (92,9%), в IV — 23 (82,1%). Преждевременные роды в общей группе составили 25 (8,3%), в I — 0 (0%), во II — 15 (8,1%), в III — 4 (7,1%), в IV — 5 (17,9%). Частота кесарева сечения в общей группе 86 (28,7%), в I — 5 (16,1%), во II — 50 (27,0%), в III — 19 (33,9%), в IV — 12 (42,9%). Отмечен рост частоты кесарева сечения с увеличением массы тела, достигая 42,9% у женщин с ожирением.

Из проведенного исследования мы видим, что процент повторнородящих в IV группе самый большой — 75 %. Процент состоявших в браке сильно не отличался по группам, однако в IV группе всё же был самый низкий 64,3%, тогда как во II — 76,8%, и в III — 78,6%. Количество женщин с высшим образованием было самым низким в IV группе (ожирение) 10,7%, а в группе женщин с нормальной массой тела 47,6%, и в группе с дефицитом веса 45,2%. Самый лучший показатель срочных родов 100% в группе женщин с дефицитом веса, самый низкий в группе с ожирением 82,1%. Наибольший процент преждевременных родов в группе с ожирением 17,5%, тогда, как в группе с нормальным весом 8,1% (ОШ 2,49 (ДИ 0,82-7,42)). Представляет интерес, что частота кесарева сечения достоверно выше у женщин с ожирением 42,9%, тогда как в группе с нормальной массой тела 27% (ОШ 2,3 (ДИ

— 0,91 — 4,54)), а в группе с дефицитом массы тела 16,1%, что достоверно ниже чем при нормальной массе (ОШ 3,9 (ДИ — 1,16 — 13,14)).

Установлено влияние массы тела на медико-социальные показатели беременных, что следует учитывать при наблюдении за женщинами в женской консультации.

ПРОБЛЕМЫ РОЖДАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Тролукова Е.Н., Тролукова А.Н.

Северо-Восточный Федеральный Университет им.

М.К. Аммосова Медицинский институт

Нами проведен анализ рождаемости в Республике Саха (Якутия) за 2000-2009 годы. До распада СССР население республики составляло 1100,5 тыс. человек, выезд приезжего контингента из промышленных районов на севере и юге республики привел к снижению числа жителей до 948,8 тыс. человек в 2009 году. Плотность населения на огромной территории северо-востока России составляет 0,31 чел/ кв. км.

Процессы внутренней миграции и рост числа городского населения прямо пропорциональны; в городских поселениях проживает 65,4 % и в сельской — 34,6 % населения. С бурным развитием добывающей промышленности 60-70-е годы преобладало мужское население. С 90-х годов в связи с уменьшением числа рабочих промышленности преобладает женское население (на начало 2009 года — 51,6 %). Но в то же время, удельный вес женщин фертильного возраста в составе женского населения республики имеет тенденцию к некоторому снижению (с 29,1 % в 2005 году до 28,2 % в 2009 году). Следует отметить, что в городской местности проживает 69,1 % женщин фертильного возраста. Увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста привело к увеличению коэффициента демографической нагрузки до 543,3 человека. В последние 10 лет снижается доля детского населения в возрасте от 0 до 17 лет (с 31,5 % в 2000 г. до 26,6 % в 2009 г.).

На повышение рождаемости повлияло принятые Правительством России проекты по демографической политике, признание многодетной семьей имеющей 3-х детей в нашей республике. Впервые 2008 г. показатель рождаемости достиг уровня 1992 г. (16,2 ‰). Не смотря на то, что сельской местности проживает 30,9 % женщин детородного возраста показатель рождаемости у них из года в год повышается (в 2003 г. — 15,9 ‰, 16,6 ‰ в 2008 г. против 14,5 ‰ и 15,9 ‰ у городских жительниц).

Для детального анализа рождаемости мы весь репродуктивный период разделили на 3 декады. I декада — декада установления репродуктивной функции включает женщин в возрасте 15-24 года, II декада — декада расцвета репродуктивной функции включает женщин 25-34 лет, III декада — декада угасания репродуктивной функции включает женщин 35-44 лет. Женщин в возрасте 45-49 лет

мы выделили в отдельную группу из-за мизерного процента родов. В первой декаде показатель рождаемости у сельских женщин достоверно выше чем у городских (174,2 ‰ в 2005 г. и 182,8 ‰ в 2008 г. против 99,0 ‰ и 104,4 ‰). Во II и III декадах возрастная рождаемость снижается на порядок и составляет 215,1 и 54,5 ‰ у сельских и против 169,2 — 42,7 ‰ у городских в 2008 г.

Специальный коэффициент рождаемости на 1000 женщин фертильного возраста 55,8 ‰ в 2007 г. впервые достиг уровня 1995 г. (54,5 ‰) и составил 56,2 ‰ в 2008 г. Если до 90-х годов суммарный коэффициент рождаемости был выше 2,4 — 2,5, то с 2001 г. этот показатель снизился до 1,780, в том числе среди городского населения 1,540 и сельского населения 2,310 в 2008 г. Данное обстоятельство отражает, что в городской местности преобладают первородящие, а в сельской местности семья идет на вторые и третьи дети. По Дальневосточному Федеральному округу 2008 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,52, по РФ — 1,49, по Якутии — 1,9. На показатели воспроизводства населения влияют социально-экономические факторы, не стабильность института брака и семьи, проблемы бездетности и рождения детей не состоящими в браке.

Несмотря на выше перечисленные факторы Республика Саха (Якутия) по показателям естественного прироста населения относится к регионам с положительными показателями не только в ДФО но и в целом по РФ.

КАТАСТРОФИЧЕСКИЙ ВКЛАД ЭПИДЕМИИ ГРИППА А В ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Трубникова Л.И., Жданова В.Ю., Киселева Л.М., Таджиева В.Д.

ГОУ ВПО Ульяновский госуниверситет, ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница (УОКБ), г. Ульяновск, Россия

В 2009-2010 гг. в Ульяновскую областную больницу поступили 16 беременных с ОРВИ в тяжелой форме. Все беременные поступили в пульмонологическое и реанимационное отделения из районов области, из них 50% из населенных пунктов, находящихся на границе с Самарской областью. Остальные женщины поступили из различных районов области. Возраст беременных колебался от 19 до 36 лет, 50% беременных были безработные, остальные работали в сфере обслуживания, и были учащиеся. Лишь некоторые женщины отмечали контакт с ранее заболевшими членами семьи. Из 16 женщин 8 (50%) были первобеременные, 31,5% — повторобеременные, остальные 21,1% женщин имели в анамнезе 3-5 беременностей. Срок беременность у 6 женщин в период заболевания составил 18-22 недель, у остальных 10 женщин — 31-37-38 недель. В начале эпидемии беременные поступили в соматические отделения УОКБ после самолечения дома или в районных лечебных учреждениях на 7-12-24 дни от начала заболевания в конце ноября, декабре и январе 2010 года.

Общее состояние беременных при поступлении оценивалось как тяжелое, женщины были в сознании, характерно наличие одышки в покое от 30 до 38 дыханий и резкое усиление одышки при движениях в постели. При общем осмотре были выражены признаки гипоксии — бледность кожных покровов, акроцианоз, инъекция склер. Перкуторно определялось притупление на различных участках грудной клетки, ослабленное дыхание, нередко разнокалиберные хрипы. Как правило, при поступлении R-логически выявлялось двухстороннее диффузное затемнение нижних и средних отделов легких с обеих сторон, при развитии заболевания пневматизация легких снижалась, появлялся плевральный выпот и инфильтративно-очаговая индурация. В динамике развития заболевания отмечалось снижение общего гемоглобина в среднем от 120,0 г/л до 102 г/л, повышение количества лейкоцитов от 4,3 до 13,3x10⁹/л, развитие лимфопении, нейтрофилии с палочкоядерным сдвигом влево от 27 до 44, появление в крови метамеллоцитов, миелоцитов и плазмоцитов, ускорение СОЭ от 27 до 44 мм/час, умеренное снижение тромбоцитов от 239 до 191x10⁹/л в среднем. У 42,1% женщин проведено обследование методом ПЦР для установления типа вируса гриппа. Из 8 женщин только у 1 выделен вирус А сезонный, у остальных 7 женщин установлено наличие вируса А H1N1swine. Характерно, что ни одна из заболевших женщин не вакцинирована против гриппа и до поступления в УОКБ не получила антивирусную терапию. Беременные до перевода на ИВЛ получили антивирусную терапию внутрь (тамифлю, ингавирин, арбидол, инваз) при переводе на ИВЛ вводился реаферон по 5 млн ЕД в сутки, ронколейкин 0,5 мг в/в, антибактериальные препараты (аугментин, сумамед, ванкорус). Исходы заболевания были различны — 31,6% 6 женщин умерли на 1-4 и 42 дни лечения, остальные 10 женщин получили интенсивную терапию от 9 до 22 дней, выписаны с положительным эффектом лечения. Течение беременности у 50% женщин осложнилось развитием внутриутробной гипоксии плода, явившейся показанием для абдоминального родоразрешения. При аутопсии 2 женщин, погибших на 19-22 неделях, патологических изменений плаценты, околоплодных вод, плода не установлено, плоды погибли после прекращения кровообращения матери. В III триместре у 8 из 10 женщин возникли осложнения беременности: внутриутробная гипоксия плода — 6 женщин, ПОНРП — 1 женщина, тяжелый гестоз — 1 женщина. Все женщины родоразрешены операцией кесарева сечения, извлечены живые дети, из которых 3 недоношенных массой 1770,0-2580,0; 5 доношенных детей массой 2720,0-3920,0. У двух женщин после выздоровления роды произошли в срок через естественные родовые пути. Особого внимания заслуживает состояние легких 6 женщин, умерших от гриппозной двухсторонней геморрагической бронхопневмонии. Легкие были сниженной воздушности, плотные, темно-красного цвета, с поверхности разреза стекала геморрагическая жидкость. При гистологиче-

ском исследовании выявлена полная десквамация эпителия бронхиол и бронхов, геморрагический отек в интерстициальном пространстве.

Таким образом, эпидемия гриппа А внесла существенный вклад в показатель материнской смертности. Только за неполных 3 месяца погибли 6 женщин от пневмонии, осложнившей клиническое течение гриппа, приведшей к развитию гипоксии, несовместимой с жизнью. Характерно, что у всех женщин тяжелое течение гриппа обусловлено наличием вируса А H1N1swine. Исходы заболевания зависели от срока начала лечения противовирусными препаратами, при начале этиологической терапии в 1-3 дня заболевания возможны благоприятные исходы. Заслуживает внимания, что смертность у женщин с поздним сроком беременности в 2 раза выше, чем у беременных, заболевших в I и II триместрах. Учитывая эпидемиологию и клиническое течение гриппа у беременных, профилактика заболеваемости и материнской смертности при последующих эпидемиях должны базироваться на вакцинации населения и беременных женщин.

ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Филькина О.М., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.,

Витрук Е.Л., Кочерова О.Ю., Шанина Т.Г.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.

В.Н.Городкова Росмедтехнологий»,
город Иваново

Здоровый образ жизни направлен на укрепление здоровья человека, профилактику его нарушений. Актуальность здорового образа жизни школьников обусловлена, прежде всего, неблагоприятной динамикой показателей их здоровья за последние годы, что связано с увеличением педагогических нагрузок, психологических проблем, усложнением социальной жизни. Для выявления отношения школьников к здоровому образу жизни была разработана анкета, по которой опрошено 636 учеников с 5 по 11 классы.

На вопрос: «Знаете ли Вы что такое здоровый образ жизни?» большинство школьников (79%) ответили утвердительно, 16% — знают недостаточно, 5% — не знают, что это такое. На вопрос: «Хотели бы Вы знать о здоровом образе жизни больше?» ответили «да» 70%, «не знаю» — 17%, ответы «нет» — составили 13%. Информацию о здоровом образе жизни наиболее часто дети получают в школе (17,6%) — первое место, на втором месте — телевидение и родители, на третьем — Интернет. На вопрос: «Соблюдаете ли Вы здоровый образ жизни?» только 1/3 детей ответили положительно, большинство отметили, что соблюдают не полностью, 12% — не соблюдают вообще. На вопрос: «Что нужно, чтобы Вы соблюдали здоровый образ жизни?» наиболее часто школьники отвечали — «желание» (49%), на свободное время указали только 18%, на необходимость денег — 1/6 детей, 1/9 школьников

высказали мнение, что для здорового образа жизни необходимы специальные условия. На вопрос: «Хотите ли Вы соблюдать здоровый образ жизни?» 1% детей ответили «нет», 9% ответили, что это «не обязательно». Большинство исследуемых учеников ответили, что хотят соблюдать здоровый образ жизни. Половина учеников считают, что соблюдать здоровый образ жизни должна вся семья. В свою очередь, дети указывают на необходимость самим вести здоровый образ жизни.

Таким образом, большинство школьников 10-17 лет считают, что они знают, что такое здоровый образ жизни, но при этом хотели бы повысить свою информированность по данному вопросу. Информирование детей по вопросу здорового образа жизни происходит преимущественно через школу, телевидение, родителей, Интернет. Однако, при наличии у большинства исследуемых знаний о здоровом образе жизни, лишь треть его соблюдает, а половина — выполняет отдельные его направления. Дети считают, что для того чтобы вести здоровый образ жизни необходимо желание. Половина исследуемых указывают, что вести здоровый образ жизни должна вся семья. Учащиеся занимают активную позицию и указывают на необходимость вести здоровый образ жизни. Следовательно, основными направлениями формирования здорового образа жизни является повышение мотивации школьников, распространение знаний по этим вопросам через телевидение, школу, Интернет, повышение роли медицинских работников, СМИ в пропаганде здорового образа жизни.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Фролова Н.И.¹, Белокриницкая Т.Е.¹,

Ахметова Е.С.¹, Матвеева Н.Е.¹, Сухинина В.В.²

¹ — Читинская государственная медицинская академия,
Чита, Россия

² — Кабинет планирования семьи МУЗ Родильный дом № 1
г. Читы

По данным исследований, проведенных в разных странах, современные студенты характеризуются низким показателем использования надежных средств контрацепции и защиты от ИППП, приемлемостью полигамных отношений, либеральным отношением к аборту, как методу регулирования рождаемости, и как следствие, — высокой распространенностью нежеланных беременностей, ИППП и гинекологических заболеваний и нарушений (Белокриницкая Т.Е. и соавт., 2002-2009; Adhikari R., Tamang J., 2009; Ameh N. et al., 2009; Makenzius M. et al., 2009; Mladenovic V. et al., 2009; Patel C.J, Kooverjee T., 2009; CDC, 2009).. «Гендерное поведение риска» студентов усугубляется сексуальными контактами на фоне наркотического или алкогольного опьянения, коммерческим сексом. Внимание и интерес к этой проблеме

медиков и политиков обусловлены тем, что учащаяся молодежь является важнейшей составляющей как репродуктивного, так и интеллектуального потенциала нации и её генофонда.

Цель исследования: оценить эффективность внедрения образовательных программ по репродуктивному здоровью у студенток высших учебных заведений.

Материалы и методы исследования. Проведено квазиэкспериментальное операционное исследование по эффективности репродуктивного образования по двум обучающим программам для студенток первых курсов медицинского и технического вузов. Мы сочли возможным включить в исследование этих девушек, поскольку претест и обучение проводились в сентябре на первом курсе обучения в вузах и профессиональных знаний по анатомии и физиологии репродуктивной системы студентки-медики еще не имели. Первая группа (экспериментальная, n=93) прослушала 4-х часовой курс лекций, прочитанный сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Читинской медицинской академии; вторая группа (сравнения) — обучалась на 4-х часовых семинарах в группах по 27-29 человек (n=84), проведенных врачами кабинета планирования семьи МУЗ «Родильный дом №1 г. Читы». До начала обучения проведен претест, через 3 месяца после завершения образовательной программы выполнен посттест. Условиями включения в исследование были возраст 17-19 лет, отсутствие участия в подобных проектах в прошлом и информированное добровольное согласие на обучение и участие в исследовании. Общая тематика программ включала вопросы: здоровый образ жизни, анатомия и физиология репродуктивной системы женщины, аборт — как причина репродуктивных нарушений, организация и принципы работы службы планирования семьи, методы регуляции рождаемости (контрацепция), ИППП, сифилис, ВИЧ-инфекция.

Результаты и их обсуждение. Основная часть девушек 97,79% (177/181), проявили желание участвовать в репродуктивной образовательной программе; отказались — 2,21% (4/181); считая неприемлемым обсуждение этих вопросов публично и в коллективе. Анонимную анкету в качестве претеста отказались заполнять 7,53% (7/93) девушек первой группы и 7,25% (6/84) — из второй группы, мотивируя это незнанием ответов на задаваемые вопросы. Таким образом, оказались пригодными для анализа 86 анкет студенток, прослушавших лекции, и 78 анкет обучившихся в группах на семинарах-тренингах.

Претест выявил недостаточную информированность всех студенток по вопросам репродуктивного здоровья: более половины из них не знали основ репродуктивного здоровья (анатомия и физиология репродуктивной системы, методы контрацепции, ИППП и их профилактику): 46,17+15,7 в первой группе и 47,56+14,9 во второй группе. Следует отметить, что у всех опрошенных была существенно завышена самооценка уровня знаний как по анатомии и физиологии репродуктивной системы женщины, так и по вопросам безопасности гендерных отношений. При самооценке знания по

анатомии и физиологии репродуктивной системы как «Недостаточные» охарактеризовали 59,30% девушек 1-ой группы и 61,54% во 2-ой группе. При анализе ответов на вопросы претеста показатели оказались значительно выше: 77,90% студенток-медиков и 75,64% из технического вуза не имели репродуктивных знаний; 95,35% и 93,58% соответственно не знали вопросов безопасности сексуальных отношений. Из числа показавших «нулевой уровень» знаний по основам репродуктивного здоровья, сексуально активными были 33,6% девушек медицинского вуза и 34,8% — технического вуза. Недостаточные уровни контрацептивных и репродуктивных знаний нами были расценены как результат безэффективности их методики преподавания в курсе «Основ безопасности жизнедеятельности» на этапе обучения в школе.

Посттест, проведенный спустя 3 месяца после завершения обучающих программ по репродуктивному здоровью, выявил повышение общего уровня репродуктивных знаний до 84,34+8,78 в первой группе и до 82,93+10,18 во второй группе (p >0,05). Так, доля студенток, осведомленных в вопросах анатомии и физиологии репродуктивных органов женщины, в первой группе увеличилась в 3,6 раза, во второй группе — в 3,2 раза. Частота правильных ответов на вопросы по методам контрацепции возросла соответственно в 5,4 и 5,3 раза; по экстренной контрацепции — в 16,4 и в 11,8 раза; по осложнениям и последствиям абортов: в 5,0 раз и в 5,4 раза; по ИППП и их профилактике — в 12,7 и в 8,5 раза.

Выводы. Студентки-первокурсницы ВУЗов имеют низкий образовательный уровень по вопросам репродуктивного здоровья. Обучающие программы по репродуктивному здоровью, независимо от вида интервенции (лекции на курсе или семинары-тренинги в группах), одинаково эффективны и способствуют повышению уровней репродуктивных знаний у девушек-студенток.

СТАТИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ)

Фролова О.Г., Суханова Л.П., Паленая И.И.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России

Актуальность анализа статистических данных перинатальных потерь состоит в том, что он позволяет оценить достижения акушерской и неонатальной службы, а также выявить проблемы и поставить задачи по дальнейшему повышению качества помощи беременным женщинам и новорожденным детям с целью снижения их потерь. Цель работы: на основе анализа данных официальной статистики представить предложения по дальнейшему снижению перинатальной смертности. Материал и методы: проведен статистический анализ данных Росстата и статистической формы № 32 по перинатальной смертности и ее компонентам за 1991-2008 гг.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ И ЕЕ ПРИЧИНЫ

Фролова О.Г., Паленая И.И., Цымлякова Л.М.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения и социального развития, Москва, Россия

Показатель перинатальной смертности в России в постсоветский период (с 1991-2008 гг.) имел устойчивую тенденцию к снижению — с 17,9‰ до 8,3‰, т.е. более чем в 2 раза или на 53,6%. При этом мертворождаемость за указанный период сократилась с 8,7 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, до 5,0, т.е. в 1,7 раза или на 42%. Ранняя же неонатальная смертность за указанные 18 лет снизилась с 8,9 на 1000 живорожденных до 3,3, т.е. в 2,7 раза или на 62,9%.

Соответственно разным темпам снижения показателей доля мертворождаемости в структуре перинатальной смертности прогрессивно увеличивалась с 48,6% в 1991 г. до 60,2% в 2008 г. С 1997 г. по настоящее время уровень мертворождаемости превышает показатель ранней неонатальной смертности. Многие исследователи это положение объясняют более значимым повышением эффективности неонатальной помощи в стране по сравнению с акушерской службой. Особенностью мертворождаемости в динамике является устойчивый рост в ее структуре доли антенатально погибших плодов (в 2008 г. 83,9% среди всех родившихся мертвыми (при 64,5% — в 1991 г.). Рост доли антенатальной мертворождаемости обусловлен более высокими темпами снижения интранатальной мертворождаемости, что связано с внедрением новых диагностических и лечебных технологий при родоразрешении.

Что касается случаев антенатальной мертворождаемости, то значительная часть ее происходит в условиях акушерского стационара. Следовательно, снижение антенатальных потерь зависит от взаимодействия при проведении профилактических и лечебных мероприятий как в женских консультациях, так и акушерских стационарах.

Заслуживает внимания и специального анализа значительная доля доношенных среди мертворожденных — 51,3% и 50,6% среди всех погибших в перинатальный период в акушерских стационарах (данные стат. формы № 32). Данные о динамике снижения перинатальной смертности среди доношенных и недоношенных различны: за 18 лет перинатальная смертность среди недоношенных сократилась в 2,8 раза (ранняя неонатальная смертность в 3,6 раза, мертворождаемость в 2,5 раза). Среди доношенных за указанный период ранняя неонатальная смертность снизилась в 1,9 раза, а мертворождаемость даже несколько возросла.

Приведенные данные требуют анализа организации медицинской помощи при доношенной беременности (родоразрешение их чаще проводится на первом и втором уровне), а также уточнения регистрации недоношенных с низкой массой тела.

Таким образом, основным резервом снижения перинатальной смертности является снижение антенатальной мертворождаемости, предотвращение которой следует анализировать как на амбулаторном, так и стационарном этапе.

Актуальность проблемы определяется тем, что мертворождаемость является важной составной частью в структуре перинатальной смертности (в 2008 году по РФ — 60,2%), в связи с этим анализ её уровня и причин имеет большое значение для снижения как мертворождаемости, так и перинатальной смертности в целом.

Поэтому дальнейшее снижение перинатальной смертности во многом будет связано с разработкой мер по профилактике мертворождаемости.

Цель исследования. Представить динамику уровня показателя и причин мертворождаемости.

Материал и методы исследования. Данные официальной статистики за 2008 год. С тем, чтобы информация о перинатальных уровнях мертворождаемости была доказательной использована методика деления территорий на процентилях, то есть на 4 группы, каждая из которых включает 25% диапазона региональных различий показателя (Стентон Гланц, 1999 г.). Эта методика используется, когда значения признака распределены несимметрично относительно среднего уровня.

Результаты и их обсуждение. Проведенные расчеты мертворождаемости по данной методике за 2008 год позволили определить уровень показателя для 4 процентилях: до 4,125‰ — I центиль; до 5,25‰ — II центиль; до 6,375‰ — III центиль и до 7,5‰ — IV центиль. Результаты анализа показали, что в 2008 году в Российской Федерации основная часть территорий имела показатель мертворождаемости на уровне второй центили — 43,4% (36 территорий), на уровне третьей центили находились 24,1% (20 территорий), на уровне первой центили — 16 территорий (19,3%) и 11 территорий РФ (13,2%) имели уровень показателя мертворождаемости четвертой центили.

Анализ уровня показателя мертворождаемости по федеральным округам РФ показал: что число территорий, относящихся к первой центили колеблется от 33,4% территорий в СФО до 5,6% территорий в ЦФО. Количество территорий с показателями мертворождаемости, относящимися ко второй центили, колеблется от 61,5% в ЮФО до 28,6% в ПФО.

Колебания уровня показателя мертворождаемости третьей центили отмечены от 42,8% территорий в ПФО до 7,7% в ЮФО. А уровень показателя четвертой центили от 27,8% в ЦФО до 8,3% территорий в СФО.

Данные о причинах смерти являются одним из факторов в оценке деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Среди причин мертворождаемости со стороны плода первое место занимает внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах 425,01 на 100 000

родившихся живыми и мертвыми, второе место — врожденные аномалии развития (пороки) — 29,26; инфекции плода — 8,88; родовая травма — 2,09. Причины со стороны плода не установлены в 15,56 случаев на 100 000 родившихся живыми и мертвыми.

Со стороны матери основными были следующие причины: патология плаценты и пуповины — 235,06 на 100 000 родившихся живыми и мертвыми, состояния матери, не связанные с беременностью — 77,56; осложнения беременности — 64,96. Причина со стороны матери была не установлена в 111,35.

Причины мертворождаемости существенно различаются при низком и высоком уровнях показателя.

В территориях с низким уровнем центильного показателя внутриутробная гипоксия и асфиксия в 1,9 раза ниже, в 2 раза ниже уровень инфекций плода и практически не регистрируется родовая травма, в 5 раз ниже число неустановленных причин со стороны плода.

Среди материнских причин при низком уровне мертворождаемости существенно ниже значения патологии плаценты и пуповины, болезней матери, не связанных с беременностью, а также уровень неустановленных причин.

Таким образом, проведенный анализ региональных особенностей мертворождаемости (уровень показателя, причины смерти при низких (менее 4,125 ‰) и высоких (до 7,5 ‰) центильных показателях) свидетельствует о том, что ряд регионов с низкими центильными показателями мертворождаемости добился хороших успехов в снижении данного показателя от «управляемых» причин, предотвратимых при правильном и своевременном проведении пренатальной диагностики, при достаточном уровне квалификации специалистов, медицинском и материальном оснащении учреждений здравоохранения.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВУЗА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Вострикова Т.В.,
Архипова М.П., Цапиева Е.А.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии,
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: изучить особенности гигиенического поведения студенток 1-3 курсов вуза для разработки комплекса мер по оптимизации их репродуктивного здоровья.

Материалы и методы: Исследование проводилось в рамках реализации информационно-образовательного проекта Российского университета дружбы народов, программы «Здоровье студентов», подпрограммы «Репродуктивное здоровье студенток». Проведено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете-опроснику 2199 девушек в возрасте 16-19 лет, студенток 1-3 курсов различных факультетов Российского университета

дружбы народов, Владивостокского государственного медицинского университета и Саранского государственного университета. Для статистической обработки результатов полученного массива данных использовали пакет прикладных программ STATISTICA 8,0 фирмы StatSoft Inc. (США). Для проведения корреляционного анализа использовались методы Пирсона и Спирмена, при абсолютном значении коэффициента корреляции r^3 0,75 связь оценивалась как сильная, при $r > 0,25$, но $< 0,75$ — как умеренная, и при $r < 0,25$ — как слабая.

Результаты исследования: Проведенное исследование позволило установить, что для респонденток исследуемой группы характерен ряд нарушений гигиены быта: потребление некипяченой воды, как из централизованных, так и из нецентрализованных источников (33,2%, в том числе 8,7% — постоянно), нерегулярность проветривания и влажной уборки квартиры/комнаты в общежитии (22,2%), совместное использование индивидуальных средств личной гигиены (70,5%), в том числе зубной щетки (0,3%), бритвы (11,1%), полотенца (32,1%), мочалки (38,9%), расчески (62,5%). Изучение особенностей соблюдения гигиены половых органов также выявило высокую частоту ее нарушения (60,8%) — 58,8% опрошенных девушек, независимо от возраста ($p > 0,1$), не проводят туалет наружных половых органов дважды в день, в том числе 1,7% — не ежедневно. Каждая пятая респондентка (18,6%) осуществляет туалет наружных половых органов в направлении от ануса к лобку. Большинство подростков (74,0%) предпочитают носить синтетическое нижнее белье, причем каждая десятая (11,1%) — постоянно. Вместе с тем выявлено, что 4,2% девушек не каждый день проводят смену нижнего белья. Проведенный корреляционный анализ позволил установить наличие сильной взаимосвязи между нарушениями респондентками исследуемой группы гигиены быта и наличием у них нарушений менструального цикла, преимущественно за счет позднего менархе (старше 15 лет) и удлинения становления менструального цикла в течение года и более, а также сексуального дебюта до 18 лет и отказа от использования контрацепции. Выявлена умеренная корреляция между потреблением некипяченой воды и наличием нарушений менструального цикла, преимущественно за счет несвоевременного менархе (9-11 лет и старше 15 лет), а также сексуального дебюта до 18 лет.

Выводы: Нарушения гигиенического поведения являются медико-социальным фактором риска нарушений репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения студенток 1-3 курсов вузов. Среди них наиболее значимыми являются нарушения гигиены быта, в том числе потребление некипяченой воды, как из централизованных, так и из нецентрализованных источников. Каждая вторая девушка изучаемой когорты не соблюдает правила интимной гигиены, что позволяет рассматривать их как группу риска по развитию дисбиотических и воспалительных заболеваний наружных и внутренних гениталий. Полученные данные следует

учитывать при разработке образовательных программ для студентов по вопросам репродуктивного здоровья, а также при консультировании в процессе оказания лечебно-профилактической помощи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Шакирова Р.М., Байрамгулов Ф.М.,
Файзуллин А.Ш.

Россия, г. Уфа, Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, Республиканский перинатальный центр.

За последние годы в республике проведена глубокая модернизация системы здравоохранения — созданы республиканский и межрайонные перинатальные центры, которые оснащены современным оборудованием и технологиями. Высокотехнологичный инновационный уровень здравоохранения в целом, и службы родовспоможения в частности, предъявляет все новые и новые требования к информационно-аналитическому компоненту в управлении отраслью. Реализация широких возможностей современных компьютерных технологий в медицине возможна только лишь при разработке специализированного программного и коммуникационного обеспечения.

Так, в Республиканском перинатальном центре разработана и с 2006 года внедрена в службу родовспоможения Интернет-система «Мониторинг беременных Республики Башкортостан», которая позволяет обеспечить высококвалифицированной медицинской помощью каждую нуждающуюся в ней беременную женщину республики вне зависимости от отдаленности и обеспеченности района, выстроить обмен информацией в режиме реального времени между Перинатальными центрами и подчиненными лечебно-профилактическими учреждениями акушерского и других профилей, оказывающими специализированную помощь в период гестации.

Медицинской основой Интернет-системы является «Шкала мониторинга беременных женщин групп риска», позволяющая оценить индивидуальную степень риска возникновения возможных осложнений гестационного периода и предстоящих родов, дать прогноз исхода беременности с определением стандартной группы риска по шкале мониторинга и, соответственно, применить дифференцированный алгоритм действий в процессе ведения беременности, определить оптимальный уровень стационара дальнейшего наблюдения и родоразрешения, снизить уровень материнских и перинатальных потерь.

В системе мониторинга беременных ежедневно наблюдается порядка 28-31 тысячи беременных. На сегодняшний день — 28379 женщин. Из всех беременных к

- низкой группе риска относятся 15779 женщин (55,6%),

- средней 8728 (31,9%),
- высокой 3872 (13,6%).

В возрасте до 16 лет — 507 женщин (1,8%), старше 35 — 2281 (8,0%).

Из экстрагенитальной патологии превалирует:

Анемия — 10334 случая (36,4% от всего количества беременных),

болезни нервной системы и органов чувств — 2619 (9,2%),

болезни органов мочевого выделения — 2478 (8,7%).

По всем случаям выдаются соответствующие рекомендации по адекватному ведению беременности, решению вопроса о возможности пролонгирования гестационного периода, сроке, методе и стационаре родоразрешения.

Болезни сердечно-сосудистой системы у 563 (2,0%), из них гипертоническая болезнь — 253 (0,9%), пороки сердца — 282 (1,0%), оперированное сердце — 28 (0,1%), всем беременным рекомендована консультация в РКД, КЭК в МПЦ КРД №4 г. Уфы с целью определения возможности пролонгирования беременности, тактики ведения, срока, метода и стационара родоразрешения.

Из осложнений беременности:

Угроза прерывания беременности отмечена в 3858 случаях, что составило 13,6%, из них до 22 недель — 3131, после 22 — 727,

ФПН — 620 (2,2%),

Патология околоплодных вод — 394 (1,4%), в том числе (многоводие — 272, маловодие — 122),

Водянка — 479 (1,7%),

Гестоз легкой степени — 197 (0,7%),

Гестоз средней степени — 28 (0,1%),

Случаев гестоза тяжелой степени на сегодняшний день нет.

По всем случаям выдаются рекомендации с целью оптимизации течения гестационного периода, решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, сроке, методе и стационаре родоразрешения.

Многоплодных беременностей — 136 (0,5%), 25 (0,1%) беременность после ЭКО.

Все беременные высокой степеней риска (все — 3872 женщины) находятся на динамическом контроле программы мониторинга.

Опыт показал, что Интернет-технологии позволяют с максимальной эффективностью использовать средства, вложенные в современный уровень оснащённости службы родовспоможения. Так, за последние 5 лет в Республике Башкортостан материнская смертность снизилась в 2,2 раза (до 10,8), перинатальная смертность — на 28,1% (до 6,4), рождаемость возросла на 26,9% (до 13,7), отмечен положительный естественный прирост населения 0,5.

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

*Садырбекова Б.М., **Рахимжанова Р.И.,
Дошанова А.М., *Сулейменова Р.Н.,
Нигаи Н.Г., *Алиякпаров М.Т.,
****Ромащенко Т.И.

*Казахстан, г.Астана, АО «Национальный научный центр материнства и детства» МЗ РК, отделение ультразвуковой диагностики. **Казахстан, г.Астана, АО «Медицинский университет Астана», кафедра медицинской радиологии; **кафедра акушерства и гинекологии. ***Казахстан, г.Алматы, «Казахстанский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», кафедра медицинской визуализации. ****Казахстан, г. Караганда, «Карагандинский государственный медицинский Университет», кафедра медицинской радиологии

Актуальность: В структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности одно из первых мест занимает внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах. Нарушение функционального состояния плода с исходом в развитие гипоксемии и впоследствии хронической гипоксии является наиболее частой патологией второй половины беременности. Цель исследования: изучить особенности церебральной гемодинамики при тяжелой форме задержки внутриутробного развития у плода в динамике. Материалы и методы исследования: в отделениях ультразвуковой диагностики Национального научного центра материнства и детства г.Астаны, и Карагандинского Областного многопрофильного лечебно-диагностического объединения за период с 2006 -2010 гг. было обследовано 240 пациенток с отягощенным акушерским анамнезом, которые вошли в основную группу обследования. Беременные этой группы проходили динамические ультразвуковые исследования. Сроки обследования варьировали от 25-41 недель беременности. В контрольную группу вошли 340 беременных с нормальным течением беременности. Проведен проспективный и ретроспективный анализ данных ультразвуковой доплерографии плодово-плацентарного кровотока, а также динамическая оценка гемодинамики плода, в том числе и в средней мозговой артерии. Комплексное ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Voluson 730 Expert» и «Logic 5 Expert». Исследование проводилось в триплексном режиме сканирования, с использованием цветного доплеровского картирования и энергетического доплера. Использовался конвексный мультислотный датчик 3-5 МГц. Частотный фильтр не более 100, а ширина контрольного объема не превышала 2-4 мм. Угол инсонации был не более 30 градусов. Запись кривых скоростей кровотока и расчет ее показателей и индексов производили на протяжении 3-5 сердечных циклов. Анализировался спектр кривых скоростей кровотока, а также количественные показатели кровотока импульсно-волнового доплера

(Vps, S/D, PI, RI). Полученные результаты: Во всех наблюдениях у беременных основной группы наряду с выраженными признаками отставания фетометрических показателей (бипариетальный размер головки, окружность головки, окружность живота, длина бедренной кости, длина плечевой кости) плода < 10-й перцентиль ($p < 0,05$) отмечалось истончение букальной клетчатки у плода ($p < 0,05$), а также олигоамнион, индекс амниотической жидкости < 3 перцентиль ($p < 0,05$). В интервале через каждые 3 дня, производилась динамическая оценка доплерографии в артериях пуповины и средней мозговой артерии у плода. Отсутствие диастолического компонента кровотока «нулевой кровотока» отмечалась в 38 наблюдениях, из которых 14 случаях роды завершились преждевременно и мертвым плодом, в 5 наблюдениях была антенатальная гибель плода в сроках: 27-36 недель и в 3-х наблюдениях произошла гибель в постнатальном периоде. В 2-х наблюдениях задержку внутриутробного развития у плода прогнозировать пренатально было сложно. Показатель максимальной систолической скорости кровотока (Vps) в средней мозговой артерии был < 5 перцентиль. В 19 наблюдениях показатель максимальной систолической скорости кровотока (Vps) в средней мозговой артерии был > 95 перцентиль. Значения пульсационного индекса были вначале снижены < 5 перцентиль, а затем в течении 48 часов сохранялись высокие показатели $PI > 5$ перцентиль ($n=21$). Независимо от показателей скорости кровотока в средней мозговой артерии, в артериях пуповины доплеровские индексы колебались в пределах наиболее высоких численных показателей диастолического компонента кровотока, свидетельствующих о снижении диастолического компонента кровотока вплоть до нулевых их значений. Так, у плодов основной группы были зарегистрированы достоверно низкие значения S/D по сравнению с контрольной группой. Показатели церебральной гемодинамики варьировали в пределах (S/D= 2,87 - 2,78), по сравнению с плодами контрольной группы (S/D =5,54 -6,44). При доплерографии обеих артерий пуповины изучали спектр кривых скоростей кровотока и количественные показатели кровотока (S/D, PI, RI). При нормально протекающей беременности показатели КСК в артериях пуповины находились в пределах нормативных границ. Первая артерия пуповины: $2,218 \pm 0,042$ (M \pm m); Вторая артерия пуповины: $2,337 \pm 0,043$ (M \pm m). У всех беременных произошли своевременные роды с рождением живых доношенных детей с оценкой по Шкале Апгар через 1 минуту 7-8 и 8-9 баллов. Средняя масса и длина новорожденных находилась в пределах нормы. В основной группе обследованных беременных отмечались признаки нарушения плодово-плацентарного кровотока в виде: снижения диастолического компонента кровотока в обеих артериях пуповины — 16 (6,6 %) наблюдений; наличие нулевого диастолического компонента кровотока в одной из артерий пуповины и снижения диастолического кровотока — 22 (9,16 %) наблюдениях; наличие нулевого диастолического компонента кровотока в двух артериях пуповины

— 19 (7,92 %) наблюдений. При оценке кровотока в двух артериях пуповины во второй половине беременности, в сроках 24-35 недель регистрировалось достоверное повышение индексов сосудистой резистентности в 38 (10,0 %) наблюдениях, вплоть до появления отсутствующего конечного диастолического компонента кровотока сначала в отдельных сердечных циклах, а потом и во всех сердечных циклах в 39 (10,26 %) наблюдениях. Кроме этого, сочетание плодово-плацентарных нарушений с маточно-плацентарными нарушениями, имеет место в большинстве наблюдений с задержкой внутриутробного развития у плода. Комплексный подход в доплерометрии кровотока во время беременности, позволяет точнее определить степень тяжести нарушений, а также служит прямым показанием для проведения актокардиографии плода. Анализ показал, что увеличение численных значений S/D, PI, RI достоверно выше ($p < 0,002$) в группе с тяжелыми нарушениями плодово-плацентарного кровотока, по сравнению с контрольной группой. Внезапное восстановление показателей церебральной гемодинамики у плодов с задержкой внутриутробного развития связано с процессом централизации головного мозга плода и имеет неблагоприятный перинатальный прогноз. Централизация кровообращения представляет собой рефлекторный спазм периферических кровеносных сосудов (за исключением сосудов головного мозга, сердца и надпочечников), в результате чего повышается артериальное давление и в определенной мере восстанавливается кровоснабжение жизненно важных органов. Но, вслед за процессом централизации кровообращения наступают нарушения функции органов. То есть, данный процесс может указывать на наличие тяжелой клинической ситуации у плода. Предсказать ее возникновение по индексам Доплера сложно, как изменения могут быть очень быстрыми темпами. Тем не менее, медленные и более ранние изменения скорости кровотока, наступают раньше, чем изменения пульсационного индекса. Заключение: Таким образом, точность ультразвуковая доплерография церебральной гемодинамики, а именно — ДГ в средней мозговой артерии в диагностике задержки внутриутробного развития плода составила 86 %, чувствительность 92%, специфичность — 76 %. Данный метод является ценным диагностическим методом, так как позволяет прогнозировать неблагоприятные исходы беременности, а также повысить точность диагностики задержки внутриутробного развития плода.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Садырбекова Б.М., **Дошанова А.М.,
**Рахимжанова Р.И., *Абишев Б.Х.

*Казахстан, г.Астана, АО «Национальный научный центр материнства и детства» МЗ РК, отделение ультразвуковой диагностики. **Казахстан, г.Астана, АО «Медицинский Университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии. **Казахстан, г.Астана, АО «Медицинский Университет Астана», кафедра медицинской радиологии № 1

Актуальность: В последнее десятилетие предложен мультипараметральный подход в диагностике задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР), основанный на совокупности комплекса ультразвуковых и клинических параметров. Для выявления ЗВУР плода предложены множество маркеров, прогностическая значимость которых варьирует в широких пределах. Так например, в США Benson с соавт. (1985) предлагают балльную систему, основанную на таких параметрах, как: предполагаемый масса плода, объём амниотической жидкости и артериальное давление матери. В Австралии Niknafs и Sibbald (2001) предлагают индекс из двух десятков показателей, включающий ультразвуковые параметры и факторы риска для ЗВУР, важнейшими из которых являются, гипертензия у матери, индекс амниотической жидкости, окружность живота, окружность головки, отношение окружности головки к окружности живота и низкая прибавка веса при беременности. Критерии прогноза отдельных ультразвуковых маркеров, существующие на сегодняшний день, полностью не удовлетворяют потребности клиники, так как, не всегда учитываются антропометрические особенности региона. Поэтому вопрос поиска и разработки новых информативных ультразвуковых маркеров ЗВУР, имеет огромный научно-практический интерес, в составлении индивидуального подхода к ведению родов у беременных со ЗВУР плода у жителей Казахстана. Актуальность исследования продиктована также высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности при ЗВУР плода, поэтому ранняя антенатальная диагностика может значительно улучшать показатели перинатального исхода и выбора рационального метода родоразрешения. Цель исследования: изучить прогностическую значимость ультразвуковых маркеров: букальную клетчатку плода и цефалический индекс, как маркеров задержки внутриутробного развития у плода. Материалы и методы исследований: в отделениях ультразвуковой диагностики Национального научного центра материнства и детства г.Астаны, и Карагандинского Областного многопрофильного лечебно-диагностического объединения за период с 2006-2010 гг. было обследовано 240 пациенток с отягощенным акушерским анамнезом, которые вошли в основную группу обследования. Беременные этой группы проходили динамические ультразвуковые исследования. Сроки обследования варьировали от

19-41 недель беременности. В контрольную группу вошли 340 беременных с нормальным течением беременности. Комплексное ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Voluson 730 Expert» и «Logic 5 Expert». Использовался конвексный мультисекторный датчик 3-5 МГц. Для оптимизации антенатальной диагностики ЗВУР у плода была изучена прогностическая значимость новых ультразвуковых маркеров: букальную клетчатку плода и цефалический индекс, и в последующем оценили их диагностическую эффективность. Методика букального коэффициента впервые была изучена Кочагиной Е.Е. (2004) для прогнозирования макросомии при диабетической фетопатии. Разработка же цефалического индекса (БПР/ЛЗР X 100 %), служила для определения брахицефалии или долихоцефалии у плода. Полученные результаты: Во всех наблюдениях ЗВУР у плода, отмечалось значительное уменьшение толщины букальной клетчатки. Биометрия букальной клетчатки проводилось нами от наружного уголка рта до наружной поверхности щеки плода параллельно нижней границе орбиты. Выявлено, что при неосложненном течении беременности у плодов, данный коэффициент в среднем составляет на менее 9-19 мм. При наличии ЗВУР у плода — толщина букальной клетчатки достоверно снижалась, численные показатели которой были менее 9 мм. В 30 (8,82 %) наблюдениях обнаружен цефалический индекс >87 %. В 4 (1,18 %) наблюдениях < 71 %. Во всех наблюдениях родились живые доношенные дети, с нормальной массой тела и нормальными параметрами роста. Данный факт можно объяснить конституциональными особенностями конфигурации черепа у плодов. В 6 (1,76 %) наблюдениях отмечены кальцинаты в паренхиме плаценты. В основной группе по мере усугубления тяжести ЗВУР отмечено увеличение УЗ маркеров и количества беременных с разными УЗ маркерами. Это, в большей степени, видно по снижению букального показателя < 10 мм, во II группе — 19 (7,92 %), в III - 35 (14,58 %), а

в IV— 46 (19,16 %) беременных, в меньшей степени, по наличию гипоплазии плаценты (во II группе — 9 (3,75 %), в III — 22 (9,17 %), а в IV — 35 (14,6 %) беременных. Уменьшение букального показателя связано с недоразвитием подкожно-жировой клетчатки у плодов со ЗВУР, а гипоплазия плаценты - с плацентарной недостаточностью. Маловодие встречалось во II группе в 8 (3,33 %), в III в 17 (7,08 %), а в IV в 25 (10,42 %) беременных. Причем, индекс амниотической жидкости (ИАЖ) был умеренным во II группе от 5 до 8 см, в III от 2 до 5 см, и выраженным в IV менее 2 см. Наличие кальцинатов в 97 (40,42 %) случаях. Причём, во II группе во всех наблюдениях степень зрелости плаценты соответствовала сроку, в III — отмечалось ее преждевременное «старение», в IV — в 15 (6,25 %) наблюдениях не соответствовала сроку. Цефалический индекс < 71 % свидетельствовал о долихоцефалической форме головки плода и в основных группах встречался в 81 (33,75 %) случаях, цефалический индекс >87 % - о брахицефалической форме головки плода в 6 (2,5 %) случаях. Венгрикуломегалия, как маркер тяжелого страдания ЦНС плода, был впервые выявлен в конце третьего триместра в III и IV группах в 36 (15,0 %) наблюдениях.

Заключение: Таким образом, в 3 триместре беременности во II группе основные фетометрические критерии (БПР, ЛЗР, ОЖ, ДБ, ДП соответствуют нормативным данным, а в III и IV — отстают относительно гестационных норм. По мере усугубления тяжести ЗВУР увеличивается количество беременных с букальным показателем < 9 мм, а также число УЗ маркеров в виде гипоплазии плаценты, маловодия и наличия множественных кальцинатов в паренхиме плаценты. Точность диагностики ЗВУР составила 97 %, специфичность 88 %. Чувствительность 96 %. Использование дополнительных ультразвуковых маркеров в качестве антенатальной диагностики ЗВУР у плода позволяет повысить точность ее прогнозирования.

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 ВНЕДРЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ
Г.Т.Сухих
- АКУШЕРСТВО**
- 5 ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ЛАКТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН
Абдуллаева М.З.
- 6 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ
Абрегова А.Р., Узденова З.Х.
- 6 АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Агаркова Т.А., Трифонова Е.А., Габитова Н.А., Габидулина Т.В., Агаркова Л.А., Степанов В.А.
- 7 НОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В III ТРИМЕСТРЕ
Аверин А.С., Евтушенко И.Д., Волков Р.В., Рипп Т.М.
- 8 БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЦНС (ВПРП ЦНС)
Азизова Р.Р., Касымова Д.Р., Измайлова Ф.А.
- 9 ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА
Аимбетова А.Р., Мамедалиева Н.М., Святова Г.С., Исраилова М.З.
- 10 ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНЕТИКИ НА СЛУЖБЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
Айламазян Э.К., Баранов В.С.
- 11 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ И ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ В АНАМНЕЗЕ — АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Акиньшина С. В.
- 12 СКРИНИНГОВЫЕ КОАГУЛЯЦИОННЫЕ ТЕСТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Аккузина О.П., Харитонова О.М., Харитонов Б.С.
- 12 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ
Алиева Э.А.
- 13 ПРОБИОТИКИ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КОЛЬПИТОВ В ПЕРИОД GESTАЦИИ
Алиханова З.М., Каллаева А.Х., Бегова С.В.
- 14 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ GESTОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Алиханова З.М., Бегова С.В., Гасанова З.Г.
- 14 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ С НАЛИЧИЕМ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ГЕМАТОМЫ
Андреева Е.С., Степанькова Е.А.
- 15 КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ GESTОЗА
Аржанова О.Н., Сельков С.А., Лесничия М.В., Михайлова В.А., Соколов Д.И., Степанова О.И.
- 16 РОЛЬ КОРТИКОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА В ИНИЦИАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Арутюнян Т.Г., Орлов В.И., Линде В.А., Эльжорукаева Ж.А.
- 17 РОЛЬ ГОРМОНОВ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В РЕГУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Арутюнян Т.Г., Орлов В.И., Линде В.А., Эльжорукаева Ж.А.

- 17 СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ
Асадова Н.О.
- 18 ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И БЕРЕМЕННОСТЬ
Ахвледзани К.Н., Лубнин А.Ю., Петрухин В.А.
- 19 АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА У ПЛОДОВ
Ахмедова Г.Г., Агаркова Л.А.
- 20 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ
Багрий Е.Г.
- 21 ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ РОДОВ
Баев О.Р., Полянчикова О.Л., Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н., Мальбахова Е.Т.
- 22 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ПОЗИЦИИ И ВИДА ПОЗИЦИИ ПЛОДА В ПРОЦЕССЕ РОДОВ
Баев О.Р., Румянцева В.П., Гус А.И., Еремина О.В.
- 22 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Балан В.Е., Ковалева Л.А.
- 23 ПОКАЗАТЕЛИ И ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПО ДАННЫМ СИГМОГРАМ
Баранов А.Н., Абрамова Р.М., Истомина Н.Г.
- 24 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В РОДАХ
Бекмухамедов М.М., Бутенко Н.Г., Кацман О.Б.
- 24 СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА НА ОСНОВЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТОТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА
Белова Н.Г., Агаркова Л.А., Желев В.А.
- 25 ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЖЕНЩИНЫ
Белозерова Л.М., Андреева И.Э., Сарапулова Н.В., Колесова Т.Е.
- 26 БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАНДЕМИЯ ГРИППА-2009: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
Белокриницкая Т.Е., Кошмелева Е.А., Трубицына А.Ю., Воробец Е.Б., Панфилова Е.В., Глотова Е.Ю., Жасапова Б.Б., Розанова М.В.
- 27 ВОЗМОЖНОСТИ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ КАРДИОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ
Белоцерковцева Л.Д., Сус Л.А., Каспарова А.Э., Коваленко Л.В.
- 28 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (НВ), АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ
Беспалова О.Н., Иващенко Т.Э., Баранов В.С.
- 29 ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ГЕСТОЗОВ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЕЙ
Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Баймурадова С.М., Акиньшина С.В.
- 30 ПИЕЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
Бова О.С., Дмуховская А.Ю., Гумарова Е.Р.
- 31 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОДИВШИХСЯ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ И «МУЖСКИМ» ФАКТОРАМИ
Бойко Е.Л., Кулида Л.В., Попова И.Г., Чухина С.И.
- 32 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ОСЛОЖНЕННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Болотских В.М., Сорокина О.В.
- 32 ПРИМЕНЕНИЕ ТЭС ТЕРАПИИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Читава И.Г.
- 33 ЗАВИСИМОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ИСХОДОВ РОДОВ ОТ НАРУШЕНИЙ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ РОЖЕНИЦ
Булганина О.В.

- 34 ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Буранова Ф.Б.
- 35 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ФЕТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ
Бурумкулова Ф.Ф., Петрухин В.А., Котов Ю.Б., Лысенко С.Н.
- 36 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Бурумкулова Ф.Ф., Коваленко Т.С., Петрухин В.А., Троицкая М.В., Котов Ю.Б.
- 37 ИЗУЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛОДА В РОДАХ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ
Буштырева И.О., Чернавский В.В., Колганова А.А., Хаванская Л.С., Богданова Т.В.
- 37 ДВУХЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ
Василенко Л.В., Садретдинова Т.Л., Рогожина И.Е.
- 38 ГЕНОТИПЫ KIR-РЕЦЕПТОРОВ И HLA-C В СЕМЬЯХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Васильев Е.В., Бурменская О.В., Хорошкеева О.В., Тетрашвили Н.К., Трофимов Д.Ю.
- 40 ВЛАГАЛИЩНЫЕ РОДРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
Васильева Л.Н.
- 40 БЕРЕМЕННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ
Васильева Л.Н.
- 41 ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Верясов В.Н., В.П. Румянцева, Матвеева Н.К., Баев О.Р.
- 42 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОРМАЗЕ В КОРРЕКЦИИ ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ДЮФАСТОН
Визе-Хрипунова М.А., Вознесенская Н.В., Пигина Г.Р., Бикчурова Н.Н., Серова Л.П.
- 43 ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У РОЖЕНИЦ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
Виноградова О.А., Первак В.А., Мозговая Е.В.
- 44 НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ, ЕЕ ПРОВОДНОЙ ТОЧКИ И СТЕПЕНИ АСИНКЛИТИЗМА
Власюк В.В., Лобзин Ю.В., Несмеянов А.А.
- 45 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ
Волков В.Г., Макарова Е.С., Цевенкова И.Н.
- 45 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ
Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Ангалева Е.Н.
- 47 ПРЕДИКТОРНАЯ РОЛЬ ВТОРИЧНЫХ МЕДИАТОРОВ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Газиева И.А., Чистякова Г.Н.
- 48 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.
Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Шмаков Р.Г., Меньшикова А.А., Шibaева К.С.
- 48 ХАРАКТЕРИСТИКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ Т-ХЕЛПЕРОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ
Гасанова Д.Д., Кудряшова А.В., Панова И.А.
- 49 О РОЛИ НАРУШЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ
Глухова Т.Н., Салов И.А., Паршин А.В., Турлупова Т.И., Михайлова Ю.В.
- 50 ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ УТЕРОТОНИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ
Грачева Т.И., Полянчикова О.Л., Баев О.Р., Рубцова С.В.
- 51 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ
Гребнева И.С., Фанасков С.В.

- 52 ОЦЕНКА ТРАНСФОРМАЦИИ СПИРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОМОЩИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ГЕСТАЦИОННОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ
Гриневич В.Н.1, Забозлаев Ф.Г.2
- 53 О РОЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТОКСИКОЗЕ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ
Грицак Е.Е., Рогожина И.Е.
- 53 ВЛИЯНИЕ РЕЗКИХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО
Гришаева Е.Е., Бартош Л.Ф., Дорогова И.В., Тузов С.Л.
- 54 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ НА ОСНОВЕ ВЕЙВЛЕТОВ И НЕЛИНЕЙНОЙ ДИНАМИКИ
Гудков Г.В.
- 55 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТЕОМНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ
Гунько В.О., Орлов В.И., Погорелова Т.Н., Линде В.А.
- 56 СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Гурьев Д.Л., Табакова Е.С., Хитров М.В.
- 57 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ЖЕНЩИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Гурьева В.М., Петрухин В.А., Башакин Н.Ф., Котов Ю.Б.
- 58 ГИПЕРДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ
Гурьева В.М., Петрухин В.А., Котов Ю.Б.
- 59 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОБЛАСТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА У ПЛОДА
Демидов В.Н., Машинец Н.В., Кучеров Ю.И.
- 59 ПАТОЛОГИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ
Демура Т.А., Коган Е.А., Кесова М.И., Кан Н.Е., Донников А.Е., Трофимов Д.Ю., Орджоникидзе Н.В.
- 60 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН НАКАНУНЕ, ВО ВРЕМЯ СРОЧНЫХ РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Дмитриева С.Л., Ходырев Г.Н., Хлыбова С.В., Циркин В.И.
- 61 ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОДНОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО.
Долгиева Л.У., Капустина М.В., Бурумкулова Ф.Ф., Колендо С.А.
- 61 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В АНАМНЕЗЕ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ
Долгушина В.Ф., Вереина Н.К.
- 62 ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКОГО У ПЛОДА
Дорофеева Е.И., Кучеров Ю.И., Демидов В.Н., Подуровская Ю.Л., Хаматханова Е.М., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Ушакова И.А., Николаева А.В.
- 63 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Дошанова А.М., Миреева А.Э.
- 64 БИОАКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ИХ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Друккер Н.А., Авруцкая В.В., Некрасова М.Г., Рожков А.В.
- 65 ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ
Дубровская М.В.
- 66 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА
Дубровская М.В.
- 67 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ
Енгибарян Н.М., Шарашкина Н.В., Новикова И.М.
- 67 ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Еникеев А.Н., Мавзютов А.Р., Хамадьянов У.Р., Бондаренко К.Р., Гайсина Ю.Р.

- 68 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ МЕТОДОМ ПОСТОЯННОЙ ПОДКОЖНОЙ ИНФУЗИИ ИНСУЛИНА ПРИ ПОМОЩИ ИНСУЛИНОВОГО ДОЗАТОРА
Есаян Р.М., Дегтярева Е.И., Шестакова М.В., Ткачёва О.Н.
- 68 ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ВОД
Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А.
- 69 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Забозлаев Ф.Г., Ордиянц И.М., Буренкова И.А.
- 70 НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ: АКУШЕРСКИЕ РИСКИ
Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Бикмуллина Д.Р., Шабанова Н.А.
- 71 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ
Зайцева Р.К., Горин В.С., Серебренникова Е.С., Аракелян С.Г., Кугушев А.В.
- 72 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТочНОГО СОДЕРЖАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Замалева Р.С., Букатина С.В., Черепанова Н.А..
- 73 К ВОПРОСУ О БЫСТРЫХ РОДАХ
Зефирова Т.П., Железова М.Е., Яговкина Н.Е.
- 74 МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ИХ ИНГИБИТОРЫ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ
Зиганшина М.М., Кречетова Л.В., Мусиенко Е.В., Ванько Л.В.
- 75 СВОБОДНАЯ ФОРМА HLA-G В КРОВИ КАК СИГНАЛ ОПАСНОСТИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зиганшина М.М., Кречетова Л.В., Культербаева М.А., Ванько Л.В.
- 76 TGF β 1, КАК ФАКТОР ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Зильбер М.Ю., Цыганенко С.В., Буев Ю.Е., Гребнева О.С., Коновалова Н.В., Меньшенина Т.А.
- 77 ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УХУДШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ
Злобина А.В., Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Мезужок С.Ч., Селина Н.В.
- 77 ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ДИСКОМФОРТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Мамедбеков Э.К.
- 78 НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНО — ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У РОЖЕНИЦ С ГЕСТОЗОМ
Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Рамазанова И.В.
- 79 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У БЕРЕМЕННЫХ
Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.
- 80 ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭНТЕРОСАНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ
Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.
- 80 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БЕРЕМЕННЫХ
Иванова Е.В., Кулавский В.А., Власова Н.А.
- 81 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Иванова О.Ю., Газазян М.Г., Пономарева Н.А.
- 82 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ
Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Шумакова М.А.
- 83 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ
Иванян А.Н., Густоварова Т.А..
- 84 РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ: ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ
Игнатко И.В.
- 85 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАМИНАРИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ
Ильтинская Г.Ю., Гюсан О.А.

- 86 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АМНИО-СКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА
Ильяшевская Р.Я., Лазарева Н.В., Соловова Л.Д., Слободина В.А., Родионова Н.Я., Макеева М.Р., Артемова Т.Е.
- 87 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ, СОЧЕТАНИЕМ ГЕСТОЗА И АНЕМИЕЙ
Исаева З.И.
- 88 ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНОЙ ПОСЛЕ ЭКО
Капустина М.В., Долгиева Л.У., Тюрина С.С.
- 88 СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ
Карапетян Т.Э., Муравьева В.В.
- 89 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НО-ВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Карелина О.Б.
- 90 ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ИНФЕКЦИОННЫМ РИСКОМ
Касабулатов Н.М., Емельянова А.И., Дубровина Н.В.
- 91 СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ ПОЗВОНОЧНИКА: ДОБАВОЧНОГО ПОЛУПОЗВОНКА
Касымова Д.Р., Азизова Р.Р., Жданова В.Ю., Маланина Е.Н., Цыбизов А.В.
- 92 ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИЙ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА (АБГ) И ЕГО ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ (АБГ-IgG) В КРОВИ ЖЕНЩИН, ПРИНИМАЮЩИХ НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (КОК)
Керемецкая Е.В., Баженова Л.Г., Зорина Р.М., Зорина В.Н.
- 93 ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Кесова Е.Н., Овсиенко А.Б., Гаспарян С.А.
- 94 АКУШЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ МАТКИ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Кесова М.И., Кан Н.Е., Коган Е.А., Демура Т.А., Санникова М.В., Климанцев И.В., Болотова О.В., Амирасланов Э.Ю.
- 95 МЕСТО РАННЕГО ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА
Киселева Э.Я., Журавлева В.И.
- 96 РОЛЬ МИОМЭКТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Климанов А.Ю., Брюханова О.В., Тугушев М.Т
- 96 СЛУЧАЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПОЛНОЦЕННОМ РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ
Климанов А.Ю., Тугушев М.Т
- 97 ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА И ГЕРПЕС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
Клименко П.А., Савельева Г.М., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Лебедев Е.В., Савинова А.А., Магнитская Н.А.
- 98 ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ мРНК ГЕНА ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПЛАЦЕНТЕ
Климовская Я.С., Останкова Ю.В., Горская О.А., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 99 ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ И ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 1» Г. КРАСНОЯРСКА
Ковалёва Е.А., Цхай В.Б., Кунилова О.В., Демидович Т.И., Шестакова Г.Ф.
- 100 МЕДИЦИНА СНА: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Колесникова Л.И., Мадаева И.М.
- 100 ВЛИЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТКИ НА ВЫБОР ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЬНЫМИ ПРЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ И МИКРОКАРЦИНОМ ШЕЙКИ МАТКИ
Короленкова Л.И.

- 101 ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В НИХ НА ФОНЕ ДООПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ
Коротких И.Н., Ходасевич Э.В.
- 102 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Короткова Н.А., Ткаченко Н.М., Соловьева А.Д., Пучко Т.К., Гарданова Ж.Р., Кудрякова Т.А.
- 104 АКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Кошелева Н.Г., Арутюнян А.В., Зубжицкая Л.Б., Тумасова Ж.Н., Семёнова Т.В., Новикова Т.В.
- 104 ПРИМЕНЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ КУРАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Кравченко Е.Н., Кашталинская С.В.
- 105 К ВОПРОСУ О ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ ГЕПАТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ
Кравченко Е.Н., Марковская О.А.
- 106 НЕСОСТОЯВШИЙСЯ РЕБЕНОК — РЕПРОДУКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА НАЦИИ
Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Виноходова Е.М., Мачихин Э.Р., Тверитнев П.М., Ворсин А.А.
- 107 МЕСТО АБДОМИНАЛЬНОГО И ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ. РЕЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Краснопольский В.И.
- 108 ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Краснопольский В.И., Титченко Л.И., Зароченцева Н.В., Титченко Ю.П., Меньшикова Н.С., Рижинашвили И.Д.
- 109 ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ
Краснопольский В.И., Новикова С.В., Малиновская В.В., Федотова А.В., Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А.
- 110 ПЛАЦЕНТАРНАЯ ОБЛАСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Любавина А.Е., Рогова Е.В., Плахотникова Е.А., Фокина Е.А., Багирян Н.В., Токарева Е.П.
- 110 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА И ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СПОНТАННОМ АБОРТЕ И НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Круглова Л.В., Рачкова О.В., Перетятко Л.П., Кузнецов Р.А.
- 111 НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Крукиер И.И., Авруцкая В.В., Никашина А.А., Нарежная Е.В.
- 112 ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ - α В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Крымшокалова З.С., Лигидова О.Т.
- 113 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ
Крюкова Н.И., Кулавский В.А.
- 114 КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
Кудаярова Г.К.
- 115 ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА В ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Кузнецова В.А., Трошина И.Н.
- 115 СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ИНВАЗИИ ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Кузнецова Н.Б., Чернавский В.В., Левченко М.В., Ковалёва А.В.
- 117 ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК ПРИЧИНА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Кузнецова Н.Б., Ковалёва А.В., Черниченко О.А.
- 118 РОЛЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ГЕМОСТАЗА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Кузьмина В.В., Хаятова З.Б., Кучеренко С.Г.

- 119 СОСТОЯНИЕ ПО ЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ
Куликов С.А., Посисеева Л.В., Назаров С.Б., Ситникова О.Г.
- 120 МИОМЭКТОМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Кулинич С. И., Бурлакова О. А.
- 120 АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ
Кульмухаметова Н.Г.
- 121 АЛИМЕНТАРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ БЕРЕМЕННЫМИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ
Курмачева Н.А., Живоглазова Л.Н., Рогожина И.Е.
- 122 ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ
Курмачева Н.А., Аккузина О.П., Наумова Ю.В., Рогожина И.Е.
- 123 ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Мариенко Т.Ф., Соловова Л.Д., Ломовская Т.Н., Ларина Т.С., Кондратьева Н.Я., Меньших Н.И., Васильченко О.Г., Гурьянова О.Ю., Ларина Д.М., Лукина О.О.
- 124 ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ
Лазарева Н.В., Ильяшевская Р.Я., Слободина В.А., Соловова Л.Д., Прохорова Л.В., Родионова Н.Я., Артемова Т.Е., Зайцева С.В., Гришанова Е.П.
- 125 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Лебедев А.С., Иванова О.Ю., Меркулов М.С., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г., Богомолов М.А., Богомолова Н.Е.
- 126 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА
Лебедев А.С., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г., Богомолов М.А.
- 127 ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
Лоханова О. С., Хлыбова С. В.
- 128 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Лунева И.С., Хуцишвили О.С., Иванова Т.С.
- 128 ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Лунева И.С., Милюкова М.Ю., Панченко Ю.В., Скосарева Г.А.
- 129 ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Магомедова Г.А.
- 130 ГЕМОСТАЗ И ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Магомедова Г.А.
- 131 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ
Мазепкина И.Н., Газазян М.Г., Ангалева Е.Н.
- 132 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ И ПЕРЕБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Маисеенко Д.А., Егорова А.Т.
- 133 ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Макаров И.О., Куликов И.А.
- 134 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А., Романовская В.В., Ганковская О.А., Милько Е.Ю.
- 135 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВОСНАБЩЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ
Макацария А.Д., Акиньшина С.В.
- 136 ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА
Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Баймурадова С.М., Месхи Н.Т., Акиньшина С. В.

- 137 ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ И МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ДОЧЕРЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ НА ФОНЕ МУТАЦИИ ФАКТОРА V ЛЕЙДЕН
Макацария Н.А., Панфилова О.Ю., Бицадзе В.О.
- 137 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Мальцева Л.И., Игнатъев И.М., Юпатов Е.Ю., Гафарова Е.А., Фомина Е.Е.
- 138 ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ
Мальцева Л.И., Юпатов Е.Ю., Гафарова Е.А.
- 139 НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Мамиев В.О., Мамиев О.Б., Синчихин С.П.
- 140 ПРИМЕНЕНИЕ АМОКСИЦИЛЛИНА /КЛАВУЛАНАТА У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Манухин И.Б., Тоноян Л.А.
- 141 РАСШИРЕННАЯ БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРОЦЕДУРА
Манухин И.Б., Фириченко С.В., Фадеева Е.А.
- 141 КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Маринкин И.О., Кулешов В.М., Илизарова Н.А.
- 142 КАРДИОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Маркина А.В., Бычкова О.В.
- 143 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
Маршалов Д.В., Салов И.А., Караваев А.С., Хворостухина Н.Ф.
- 144 ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ
Масленников А.В., Искандарова А.Р., Гафаров И.З.
- 145 К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПЕРИОДА БЕСПЛОДИЯ
Меджидова Д.Б.
- 146 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АУТОАНТИТЕЛ К ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
Менжинская И. В.
- 147 МОНОХОРИАЛЬНОЕ МНОГОПЛОДИЕ КАК «ЗЕРКАЛО» ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ
Михайлов А.В., Новикова А.В., Каштанова Т.А., Шман В.В., Романовский А.Н., Потанин С.А.
- 148 ПРЕНАТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
Михайлов А.В., Каштанова Т.А., Новикова А.В., Романовский А.Н., Потанин С.А.
- 149 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ НК-КЛЕТКАМИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ
Михайлова В.А., Климовская Я.С., Соколов Д.И., Сельков С.А.
- 149 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЛОДА
Михельсон А.А., Михельсон А.Ф., Орлов А.В., Радченко Е.М.
- 150 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД: ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА
Михельсон А.Ф., Настуева С.М., Маркина В.В., Смирнова И.В., Волдохина Э.М., Михельсон А.А.
- 151 ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНЕТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГЕСТОЗУ
Мозговая Е.В., Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э., Малышева О.В., Баранов В.С.
- 152 СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЛИЗИСТЫХ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ
Мордовина И.И., Каспарова А.Э., Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В.

- 153 АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПУЭРПЕРИЯ
Муравина Е.Л.
- 154 РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СНИЖЕНИИ ПУЭРПЕРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
Муравина Е.Л.
- 155 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА И ХАРАКТЕРИСТИКИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ
Муратназарова Н.А., Кулиева С.Ч., Кичеева В.А.
- 155 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ
Муратназарова Н.А., Кулиева С.Ч., Кичеева В.А.
- 156 К ВОПРОСУ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КАРДИОТОКОГРАФИИ В РОДАХ
Мусин М.Р., Нуруллина Д.В., Саттаров Т.В., Копанец Л.В., Киселева Э.Я.
- 157 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В 11-14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ
Мысяков В.Б., Рязанова О.А., Крылова Т.В., Чижова О.В.
- 158 РОЛЬ АКТИВИНА А И КОРТИКОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА В ГЕНЕЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ
Маклюк А.М., Дубровина С.О., Попова Н.Н.
- 159 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ НА ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Назарова С.В., Прилепина И.А., Доскин В.А., Муравина Е.Л., М.А. Анташова.
- 159 ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ
Нафтулович Р.А., Закрытная О.С.
- 160 СПЕКТР ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ВЫЯВЛЕННЫХ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 5 ЛЕТ
Некрасова Е.С., Воронин Д.В., Петрова Е.В.
- 161 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГЕСТОЗОМ
Никитина Е.В., Мардусевич Я.А.
- 162 ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ
Никифорович И.И., Иванян А.Н., Литвинов А.В., Пугачева Е.С.
- 163 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКОЙ МАССЫ ТЕЛА
Никифоровский Н.К., Покусаева В.Н., Нечаевская И.В.
- 164 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНОГО МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Никогосян Д.М.
- 165 РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Никогосян Д.М.
- 166 ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ
Никольская И.Г., Малиновская В.В., Микаелян А.В., Федотова А.В., Бирюкова Н.В., Ефанов А.А.
- 166 ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Никулин Б.А., Хашукоева А.З., Маматиева М.А., Ибрагимова М.И.
- 167 ПЛАЦЕНТА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА
Новикова О.Н., Гребнева И.С., Фанасков С.В.

- 168 УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЭРПЕРИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ
Новикова С.В., Шугинин И.О., Федоров А.А., Титченко Ю.П., Федотова А.В., Цивцивадзе Е.Б., Ефанов А.А., Гусева Т.С., Паршина О.В.
- 169 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ДВОЙНЕЙ
Новикова С.В., Жарова А.А., Климова И.В., Цивцивадзе Е.Б., Федотова А.В.
- 170 ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Оганян К.А., Аржанова О.Н., Опарина Т.И., Прокопенко Т.И.
- 170 АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕДКИХ АНОМАЛИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ОРГАНОВ
Орджоникидзе Н.В., Адамян Л.В., Емельянова А.И., Козаченко А.В.
- 171 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ
Охупкин М.Б., Хитров М.В., Шацкая О.Ю., Брянцев М.Д.
- 172 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОДОВ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ
Павлов К.А., Дубова Е.А., Щёголев А.И.
- 173 РИСК РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН И АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ (eNOS) NO-СИНТАЗЫ
Павлова Т.В.
- 174 ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН
Павлова Т.В.
- 175 СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОВОДИТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ У ПАЦИЕНТОК С ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ МУТАЦИЕЙ ФАКТОРА V ЛЕЙДЕН И ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ?
Панфилова О.Ю., Макацария Н.А., Макацария А.Д.
- 175 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ
Парейшвили В.В., Еремина М.А.
- 176 БЕРЕМЕННОСТЬ И НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кампова-Полевая Е.Б., Автомонов Д.Е.
- 177 ПРОГРАММА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Пароконная А.А., Кампова-Полевая Е.Б.
- 178 ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ
Пахомова Ж.Е., Даминов Р.Ф.
- 179 БЕРЕМЕННОСТЬ И «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»
Пенжоян Г.А.
- 180 ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА
Перова Т.В., Скворцова М.Ю.
- 181 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ГРУППОВОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ ПО СИСТЕМЕ АВО
Перцева Г. М., Борщева А. А., Кудинова Э. Е.
- 182 ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ
Пестрикова Т.Ю., Ильиных О.Л., Юрасова Е.А.
- 183 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С
Пестрикова Т.Ю., Косенко Н.А.
- 184 ОЦЕНКА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Петросова Е.А., Пахомова Ж.Е.
- 184 ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ РОДЫ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.
Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н., Иванкова Н.М.

- 185 ОПТИМИЗАЦИЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Петрухин В.А., Мравян С.Р., Пронина В.П., Фёдорова С.И., Мареева М.Ю.
- 186 АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Печенкина Н.С., Хлыбова С.В.
- 187 ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Пивкина О.А., Пиховская В.Г.
- 189 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ДИАМИНОКИСЛОТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Друккер Н.А., Крукиер И.И., Каушанская Л.В.
- 190 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, Ki67 и УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Подзолкова Н.М., Назарова С.В., Муравина Е.Л., Анташова М.А.
- 190 ПРЕГНАВИДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА
Покусаева В.Н., Масютина О.В., Котикова И.В.
- 191 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ К АТ К БЕЛКУ S 100 У БЕРЕМЕННЫХ С ПАПИЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Полетова Т.Н., Созаева Л.Г.
- 192 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г., Хорошко Н.Д., Соколова М.А.
- 193 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН
Полянская Р.Т., Кемеж Н.О., Ковалевская О.И., Марьянич И.Д.
- 194 ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В Г. КРАСНОЯРСКЕ
Полянская Р.Т., Кемеж Н.О., Шмидт А.Р.
- 195 ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА
Попова Л.С., Цаллагова Л.В., Майсурадзе Л.В., Дзагоева Ф.Б.
- 196 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЛОДА НАКАНУНЕ РОДОВ
Попова Н.Н., Маклюк А.М., Вострых Н.Н., Ганиковская Ю.В.
- 197 ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН-ЖИТЕЛЬНИЦ ЗОБНО-ЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА
Портнова А.В., Горин В.С., Черненко С.В.
- 198 ПРО- И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЕЕ ДИСФУНКЦИИ
Прокопенко В.М., Павлова Н.Г., Арутюнян А.В.
- 199 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ В ДИНАМИКЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Протопопова Н.В., Хохлов В.П., Семерников Н.Н., Кондратова М.А.
- 200 ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕРИНАТОЛОГИИ
Протопопова Н.В., Павлова Т.И., Павлов А.Б., Шапошникова М.А.
- 200 БЕРЕМЕННОСТЬ И НАРУШЕНИЯ СНА
Протопопова Н.В., Сахьянова Н.Л., Мадаева И.М., Колесникова Л.И.
- 201 ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
Прохорова О.В.
- 202 ВЛИЯНИЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ПРЕНАТАЛЬНЫМ РИСКОМ
Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю.
- 203 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НИЗКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО РИСКА С УЧЕТОМ БАЛЛЬНОГО СКРИНИНГА
Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю.
- 204 НЕКОТОРЫЕ ОСТРОФАЗОВЫЕ БЕЛКИ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МНОГОВОДИЕМ
Ренге Л.В., Ботвиньева И.А., Баженова Л.Г., Калинина С.Ф., Чирикова Т.С., Зорина Р.М.

- 205 ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ
КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И
БЕЛКОВОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ ТОКСИКОЗЕ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ
Рогожина И.Е., Грицак Е.Е.
- 206 ПУТИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Романова Е.Ю., Линева О.И., Волова Л.Т.,
Лимарева Л.В., Милякова М.Н.
- 207 ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ TOLL-
ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ
ОБОЛОЧЕК
Романовская В.В., Кузнецов П.А., Бахарева И.В.,
Ганковская Л.В., Макаров О.В.
- 207 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ
ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ
Рубцова С.В., Бурдули Г.М., Сокологорский С.В.,
Баев О.Р.
- 208 ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
СТЕРТЫХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА
Руденко М.Г., Слепуха Н.В., Слепуха О.С.
- 209 РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ И ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Румянцева В.П., Баев О.Р.
- 210 ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (ГНБ) В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К., Афанасьева Е.И.
- 211 ЭКЛАМПСИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ
Савельева Г.М., Шалина Р.И., Куртенок Н.В.
- 212 РОЛЬ ГИПЕРПРОДУКЦИИ АУТОАНТИТЕЛ К ИНСУЛИНУ И ИНСУЛИНОВЫМ РЕЦЕПТОРАМ В ГЕНЕЗЕ ГЕСТАЦИОННЫХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ
Савельева И.В.
- 213 НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ЭМБРИОНСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В ГЕНЕЗЕ ФЕТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ
Сагамонова К.Ю., Палиева Н.В., Клепикова А.А.,
Заманская Т.А., Золотых А.А.
- 214 ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
Саидова Р.А., Гусейнова З.С., Першина Е.В.
- 215 ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
Салов И.А., Тарасенко Ю.Н., Хворостухина Н.Ф.,
Михайлова Ю.В.
- 216 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Салов И.А., Маршалов Д.В., Лысенко Л.В.,
Хворостухина Н.Ф.
- 217 АНАЛИЗ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БЕЛГОРОДСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКБ СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА В 2009 ГОДУ
Самборская Н. И., Лебедева О.П., Пахомов С.П.,
Родяшина О.А., Липшеева З.К., Москаленко Н.К.
- 218 АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ
Саттаров Т.В., Нуруллина Д.В., Мусин М.Р.,
Копанец Л.В., Киселева Э.Я.
- 218 НАРУШЕНИЕ СНА И БЕРЕМЕННОСТЬ
Сахьянова Н.Л., Хажеева А.Е., Протопопова Н.В.
- 219 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
Сахьянова Н.Л., Мадаева И.М., Протопопова Н.В.,
Колесникова Л.И.
- 220 ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С.,
Семенова С.С.
- 221 ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХОЛЕСТАЗОМ
Сидорова И.С., Мурашко А.В., Середина Т.А.

- 221 РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Сидорова И.С., Мурашко А.В., Сонич М.Г., Федорова Е.В.
- 222 ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА
Скворцова М.Ю., Перова Т.В.
- 223 ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
Скорнякова Л.М., Скорняков А.А.
- 224 ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Скрябин Е.Г., Кукарская И.И., Решетникова Ю.С.
- 225 МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И СКРЫТЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА
Смурыгина В.В., Макацария А.Д.
- 226 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Сокологорский С.В., Бурлев А.В., Кокоев Э.Б., Герасимов Ю.А., Ильина П.В., Шифман Е.М.
- 227 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОЛОНГИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ
Соловова Л.Д.
- 227 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА
Солопова А.Е., Синицын В.Е., Huisman T. AGM.
- 228 КЛИНИЧЕСКИЙ ТЕСТ-ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИИ
Степанова Р.Н., Косова А.С., Тарасова Л.П.
- 229 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У ПЛОДА
Степанькова Е.А., Лукина Н.В.
- 230 БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ
Стрижаков А.Н.
- 231 КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Стулова С.В.
- 232 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Д-ДИМЕРА
Суворова Г.С., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Новичков Д.А.
- 233 ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ
Сытова Л.А., Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю., Кулида Л.В.
- 234 ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ДИАБЕТЕ
Таджиева В.Д., Измайлова Ф.А., Косырева Е.И., Албутова М.Л.
- 234 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Тамазаяева Х.Н.
- 235 БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С A(N1N1) 2009
Тарбаева Д.А., Иозефсон С.А., Загородняя Э.Д., Анохова Л.А.
- 236 ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ФАГОЦИТОЗ И СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ
Таюпова И.М.
- 237 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДИОСМИНОМ
Тезиков Ю. В., Фролова Н.А.
- 238 РОЛЬ ЭХОГРАФИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ
Титченко Л.И., Климова И.В., Новикова С.В., Петрухин В.А., Павлович И.В., Лысенко С.Н.

- 239 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Титченко Л.И., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Климова И.В.
- 239 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ
Тихомирова О.В., Назаров С.Б., Москвина Е.А.
- 240 РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ
Толокнов Б.О., Маркина И.В., Махова Е.Е., Мартышина А.А., Лисаев Д.А.
- 241 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
Торопкина Е.Л., Агаркова Л.А., Логвинов С.В., Габитова Н.А., Мустафина Л.Р.
- 242 СЕМИОТИКА, РОДРАЗРЕШЕНИЕ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГЕСТОЗЕ
Трещева Н.Д., Семушина У.И., Петрикайте О.П., Сурина Е.А.
- 243 АЛЛЕЛЬНЫЕ И ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ В ГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Тришкин А.Г., Артымук Н.В., Пустыльняк В.О., Айнетдинов Д.С., Колядов В.А.
- 244 ДОПОЛНЕНИЕ К АЛГОРИТМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА НА ВНУТРИУТРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ
Трошина И.Н., Кузнецова В.А., Полянчикова О.Л.
- 245 О РОЛИ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В СТРУКТУРЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Удодова Л.В., Шапошникова Е.В.
- 246 ИССЛЕДОВАНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Уракова Н.А., Соколова Н.В., Колесникова А.М., Медведева Е.Г.
- 247 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА УРОВНЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА
Фанасков С.В., Гребнева И.С.
- 248 ПЛАЦЕНТА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА
Фанасков С.В., Гребнева И.С.
- 249 ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В XXI ВЕКЕ
Фаткуллин И.Ф.
- 250 ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Фаткуллин И.Ф., Ахмадеев Н.Р.
- 250 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
Федоренко О.А., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.
- 251 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА И ЭСТРАДИОЛА НА РАЗВИТИЕ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Федорович О. К.
- 252 АНЕСТЕЗИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С МУЛЬТИСИСТЕМНОЙ АТРОФИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Флока С.Е., Ходжаева З.С., Шифман Е.М., Сокологорский С.В.
- 253 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Барбанчик И.А., Раздобедина И.Н.
- 254 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ ПУПОВИНЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Барбанчик И.А., Ильиных И.М.
- 255 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Фролова М.В.

- 256 К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Фролова Н.А., Тезиков Ю.В.
- 256 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС ПЛОДА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Хайруллина Г.Р.
- 257 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ
Хамадьянов У.Р., Камалов Э.М., Иваха В.И., Саубанова Т.В., Хамадьянова А.У., Потемкина Е.В., Ризванов А.Н.
- 258 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В АКУШЕРСТВЕ
Хамадьянов У.Р., Камалов Э.М., Иваха В.И., Саубанова Т.В., Хамадьянова А.У., Потемкина Е.В., Ризванов А.Н.
- 259 ТАКТИКА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА — ЗА ИЛИ ПРОТИВ
Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г., Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В.
- 260 ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ.
Хаматханова Е.М., Фролова О.Г., Кучеров Ю.И., Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И.
- 261 ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ?
Харитонов В.М., Жданова В.Ю., Каманцева С.М., Зубенин С.В., Истомина Н.С.
- 262 ГИПОТИРЕОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ
Харитонов В.М., Жданова В.Ю., Сорокина С.Н., Петрова Н.И., Таджиева В.Д.
- 263 К ВОПРОСУ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Хашаева Т.Х., Ибрагимов Б.Р., Эсетов А.М., Эседова А.Э.
- 264 ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г.
- 265 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И РАЗЛИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
Хизроева Д.Х.
- 265 ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНИЕ СРОКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Хитрых Ж.Е., Назаров С.Б., Борзова Н.Ю., Назарова А.О.
- 266 СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Хлыбова С.В., Плясунова М.П., Михайленко В.В.
- 267 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.
Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Норина М.Ю.
- 268 К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РАЗВИТИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ
Хуцишвили О.С., Ангалева Е.Н., Мазепкина И.Н., Ильченко К.Н., Толстых Т.Г.
- 269 РОДОВАЯ ТРАВМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РОДАХ В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ С ПОЗИЦИИ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ
Цхай В.Б., Париров С.Л.
- 270 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО МОМЕНТА ВЗЯТИЯ ЖЕНЩИН НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ
Черезова Ю.М.
- 271 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗА
Чернышов А.С., Цхай В.Б., Кобина Н.М.
- 272 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАГЛОБИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Чугунова А.А., Тимофеева Т.В., Зайнулина М.С.
- 272 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ К НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ
Чухарева Н.А., Шарашкина Н.В., Бевз А.Ю.

- 273 ТАКТИКА МИНИМАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕСС РОДОВ — ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ
Шайхутдинова А.Р., Хайруллина Г.Р.
- 274 РОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТОЗОМ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ
Шалина Р.И., Куртенок Н.В. Штабницкий А.М.
- 275 АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН ЗАПОЛЯРЬЯ
Шанькова И.Л., Гуменюк Е.Г.
- 276 ВЛИЯНИЕ АЭРОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ФОРМАЛЬДЕГИДОМ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Шаршенов А.К., Рыбалкина Х.Д., Марипова Ж.А.
- 277 ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ПЛОДА
Шевченко Е.А., Марченко Н.П.
- 277 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НМГ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ
Шестакова О.И., Пучко Т.К.
- 278 АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.
Шидловская Н.В., Логотова Л.С., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Коваленко Т.С., Давыдова Т.В., Колендо С.А., Башакин Н.Ф.
- 279 АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ДИСКРЕДИТИРОВАННОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА
Шифман Е.М.
- 280 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У СТУДЕНТОК
Шогенова Ф.М.
- 281 БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Шугинин И.О., Новикова С.В., Амелина Е.Л., Туманова В.А., Бирюкова Н.В., Ефанов А.А.
- 281 ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ
Щеголькова А.В., Кучеренко М.А., Скопичев В.Г., Ткаченко Н.Н., Бородина В.Л.
- 282 СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
Щукина Н.А., Буянова С.Н.
- 283 ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ
Эгамбердиева Л.Д.
- 284 ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии
Яворская С.Д., Фадеева Н.И., Нагайцев В.М., Лучникова Е.В.
- 285 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Яковлева О.В.
- 286 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
Яковлева О.В.
- 287 ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ
Яннаева Н.Е., Архангельский С.М., Делиникайтис Е.Г., Бахмач В.О.
- 288 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЯМИ
Ящук А.Г., Масленников А.В., Искандарова А.Р., Гафаров И.З.

ГИНЕКОЛОГИЯ

- 289 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭКЗОЦЕРВИЦИТ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРИЕМЕ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Абрамашвили Ю.Г., Маслюк А.Е., Топорова Л.А.
- 289 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ЭКТОПИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Абузяров Р.Р., Лапко Е.Г.
- 290 ПРОГНОЗ ВРСА-АССОЦИИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Автомонов Д.Е., Пароконная А.А., Любченко Л.Н., Нечушкин М.И.

- 291 КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ВТОРИЧНАЯ НОРМОНАДОТРОПНАЯ АМЕНОРЕЯ
Агарков В.А., Бронфман С.А., Самохвалова К.В., Манн У.С., Уварова Е.В.
- 292 НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Адамян Л.В.
- 292 ЗНАЧИМОСТЬ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ 3 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Адамян Л.В., Исраилова А.Х., Козаченко А.В., Темишева Я.А., Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С., Демура Т.А.
- 293 СРАВНЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПАЦИЕНТОК С СПКЯ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Азизова Е.А., Омаров С.-М.А.
- 294 РАЗРАБОТКА РЕШАЮЩИХ ПРАВИЛ (ИЛИ МОДЕЛЕЙ) ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДАМИ ЭКО И ЭКО/ИКСИ
Амирова А.А., Назаренко Т.А., Колесниченко Т.В., Мишиева Н.Г.
- 295 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДНЫХ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БЕСПЛОДНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ЭФФЕКТИВНЫМИ И БЕЗУСПЕШНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Амирова А.А., Назаренко Т.А., Колесниченко Т.В., Мишиева Н.Г.
- 296 ГЕНОДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА
Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Блатова О.Л., Куделькина С.Ю., Михалева О.В., Белов А.В., Кузнецова И.А.
- 297 ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗОВ УРОГЕНТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Блатова О.Л., Куделькина С.Ю., Михалева О.В., Белов А.В., Кузнецова И.А.
- 298 РОЛЬ ОСИ ЛЕПТИН/ГРЕЛИН В ПАТОГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Машталова А.А., Московкина А.В., Поляк С.А.
- 299 АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
Андреева В.О., Линде В.А.
- 300 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ
Андреева Е.Н.
- 301 ЗГТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА ЧАШЕ ВЕСОВ
Андреева Е.Н.
- 302 КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭС-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ
Андреева М.В., Смолова Н.В.
- 303 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Андреева М.В., Смолова Н.В., Белан Э.Б., Манченко С.Ю.
- 303 РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ
Артюшков В.В., Пономарев В.В.
- 304 ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ
Арутюнян А. Ф., Амирова М.Д.

- 305 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ
Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е.,
Чарторижская Н.Н., Казанцева Е.В.
- 306 РЕПРОДУКТИВНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЮНЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ПРИМЕНЯЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ
Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Кастнер А.В.,
Додонов А.Н., Глебова Н.Н.
- 306 РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б., Трубин В.Б.,
Додонов А.Н.
- 307 АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИН И ЕГО ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ МГ- IgG В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ
Баженова Л.Г., Третьякова Т.В., Зорина В.Н.,
Зорина Р.М., Зорин Н.А.
- 308 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИПРОГЕСТИНОВ В АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Баканова А.Р.
- 309 ОЦЕНКА ГОМЕОСТАЗА ПРИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМ АБОРТЕ
Баранов А.Н., Неманова С.Б.
- 310 ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Белая Ю.М., Зароченцева Н.В., Булычева Е.С.,
Мельникова Т.Н., Чугунова Т.В.
- 311 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЭСТРОГЕНОВ ГОНАДНОГО ГЕНЕЗА
Белоконь И.П., Уварова Е.В., Киселева И.А.,
Суркова Л.В.
- 311 РОЛЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В.,
Лескова С.В.
- 312 ЗНАЧЕНИЕ ЛИГАНДА, ИНДУЦИРУЮЩЕГО ПРОЛИФЕРАЦИЮ, (APRIL) В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЙ БЕЗ АТИПИИ
Берлим Ю.Д., Дубровина С.О., Орлов В.И.,
Линде В.А.
- 313 ЗНАЧЕНИЕ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА (СЭФР) И ЛИГАНДА, ИНДУЦИРУЮЩЕГО ПРОЛИФЕРАЦИЮ, (APRIL) В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Берлим Ю.Д., Дубровина С.О., Орлов В.И.,
Линде В.А., Ермоленко Е.Н.
- 314 РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН И ЕЕ НАРУШЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
Липатова Н.А., Николаева М.А., Божедомов В.А.
- 315 РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА В СНИЖЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН
Семенов А.В., Сотникова Н.Ю., Торопцева М.В.,
Божедомов В.А.
- 316 МУЖСКОЕ ИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ: НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ И ВОЗМОЖНОСТЯХ ЛЕЧЕНИЯ
Божедомов В.А., Николаева М.А.,
Мингболатов А.Ш., Голубева Е.Л., Ушакова И.В.,
Липатова Н.А., Александрова Л.М., Логинова Н.С.,
Матвеева Н.К., Файзуллин Л.З.
- 317 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕВОЧЕК
Болтовский В.А., Сергеева И.А., Худякова Ю.В.,
Базранова Ю.Ю.
- 317 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Бондаренко К.Р., Еникеев А.Н., Гайсина Ю.Р.,
Мавзютов А.Р.
- 318 ОКИСЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЛИЗИСТОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И.,
Дехтяренко Ю.В.

- 319 ЛОКАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Боровиков И.О., Куценко И.И., Холина Л.А., Дехтяренко Ю.В.
- 320 К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ГОНАДНЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ
Боровикова Т.Ю., Цветков В.В.
- 321 ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ НА МЕТАБОЛИЗМ ЭСТРАДИОЛА
Боронбаев А.К., Фаррахова Л.Н., Идиятуллина Э.Р.
- 321 ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ И УРОВЕНЬ ЭСТРАДИОЛА В ОЦЕНКЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ МОРДОВИИ
Буралкина Н.А., Уварова Е.В.
- 322 ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-17 ЛЕТ
Буралкина Н.А., Уварова Е.В.
- 323 ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОВАРИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
Бутарева Л.Б., Ткачева О.Н., Шарашкина Н.В., Новикова И.М.
- 324 АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА у ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЛИГОМЕНОРЕЕ
Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е., Мирошниченко С.А.
- 325 ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ОЛИГОМЕНОРЕЕ у ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Буштырева И.О., Феоктистова Т.Е., Мирошниченко С.А.
- 325 ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МАТКИ В РЕШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ
Буянова С.Н., Логутова Л.С., Мгелиашвили М.В., Чечнева М.А.
- 326 МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН
Валиуллина Н.З., Красильникова О.К.
- 327 ВНУТРИМАТОЧНАЯ ФОТОГЕМОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ
Валиуллина Н.З., Попова Е.М., Жданова Л.Л., Зайнуллина Р.М.
- 327 ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
Ващанова Ю.П., Егорова А.Т.
- 328 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКЦИИ у ВОЗРАСТНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР.
Вдовенко И.А., Пилипенко И.А., Прудникова Н.Н., Сафронова И.В., Аушева Н., Ненашева М.
- 329 ПЕРИМЕНОПАУЗА: УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ
Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.
- 330 ПАРАМЕТРЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.
- 330 ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Вишнякова С.В., Пекарев О.Г.
- 331 ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ у ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
Вознесенская Н.В., Савинова Н.А., Албутова М.Л.
- 332 ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ АНТИПРОГЕСТЕРОНАМИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
Волков В.Г., Гусева Н.В., Горшкова И.А.
- 332 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ у ЖЕНЩИН
Волкова Н.И., Рымашевский А.Н., Алексеева Н.А., Димитриади Т.А.
- 333 ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ у ЖЕНЩИН с КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Габидуллина Р.И.

- 333 ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Габуня М.С., Капанадзе Н.М.
- 334 СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Гаглоева Ц.Н., Сотникова Л.С., Удут Е.В., Насырова Р.Ф., Степанов И.А., Тонких О.С., Оккель Ю.В., ЭльАкад Е.В., Федосова Л.Н.
- 335 КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Газазян М.Г., Волкова Л. В., Иванова Т.С., Пономарева С.В., Липатов В.А.
- 336 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СОЗДАНИЯ МИКРОБИЦИДОВ
Гайдарова А.Х., Елинсон В.М., Юровская М.А., Куркин А.В., Лямин А., Тимошенко В.Ю., Осминкина Л., Карамов Э.В., Кашкаров П.К.
- 337 СВЯЗЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Гайсина Ю.Р., Бондаренко К.Р., Еникеев А.Н., Мавзютов А.Р., Гильманов А.Ж.
- 337 СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ 3% КИСЛОРОДА ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ГИНЕКОЛОГИИ
Галеев А.А., Габидуллина Р.И.
- 338 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ
Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Тхагапсоева Р.А., Тажетдинов О.Х.
- 338 ОБМЕН ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМой МАТКИ ДО И ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА)
Гаспарян С.А., Слеткова М.А., Ричардс А.А.
- 339 ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В.
- 340 ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ-АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМой МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Гаспарян С.А., Слеткова М.А., Ричардс А.А.
- 341 РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Гашенко В.О., Адамян Л.В., Данилов А.Ю.
- 341 ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Геворкян М.А., Манухина Е.И., Манухин И.Б., Студеная Л.Б., Смирнова Л.И.
- 342 ХАРАКТЕР ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА
Гергарт В.И.
- 343 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПРОЛАКТИНСЕКРЕТИРУЮЩИМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА
Гиниятуллина Е.Н., Дзеранова Л.К., Рожинская Л.Я.
- 344 СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Гладкова Н.А., Андреева М.В., Андреев В.А.
- 345 ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Глазкова О.Л., Фадеев И.Е.
- 346 ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Глазкова О.Л., Полетова Т.Н., Сумятина Л.В.
- 346 ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ФОНЕ ЗГТ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Головкина О.А. Богатова И.К., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.
- 347 БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ И МАКРОГЛОБУЛИНЫ ПРИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Горин В.С., Кондранина Т.Г., Потехина Н.Г., Сагинор М.Е., Молоткова Е.Д.
- 348 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Грачева О.Н.

- 349 ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЯ МЕТАБОЛИТОВ ЭСТРОГЕНОВ В МОЧЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК 14-19 ЛЕТ
Григоренко Ю.П., Уварова Е.В., Каюкова С.И., Полуэктова Ф.А.
- 350 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Гродницкая Е.Э., Шаманова М.Б., Курцер М.А.
- 350 ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ
Громова А.В., Нурмагомедова С.С., Черкесова А.У.
- 351 ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО СТАТУСА ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ
Громова А.В., Нурмагомедова С.С., Абдурахманова Р.А.
- 352 ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКО
Гульчеева С.В., Яворовская К.А., Коган Е.А.
- 353 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ В ЭТИОЛОГИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Гуман Л.П.
- 354 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДВУХСТОРОННЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКО
Гус А.И., Тетерина К.И., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Аскольская С.И., Кухарчук С.А.
- 354 ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ
Гюсан О.А, Ильтинская Г.Ю.
- 355 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Дамиров М.М., Шабалова И.П., Бушкова А.С., Тютерева И.Н., Колотеев А.И.
- 356 ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Демьянова Т.Н., Елгина С.И., Богданова Н.Л., Фетищева Л.Е., Болотова С.Н.
- 357 РОЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРМЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ P16, N33 И MLH1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А.
- 358 ОБЪЕМ МАТКИ, ОБЪЕМ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ И ИХ СООТНОШЕНИЕ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Дикке Г.Б., Зданевич М.С., Доронин Г.Л., Яговкина И.А., Курчишвили В.И.
- 358 РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.
- 359 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Доброхотова Ю.Э., Грудкин А.А.
- 360 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)
Долгушина Н.В.
- 361 ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Дошанова А.М., Скакова Р.С.
- 362 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПО МЕТОДИКЕ ВЕТТОССНИ И ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ РАССЕЧЕНИИ СИНЕХИЙ ПОЛОСТИ МАТКИ
Дубинин А.А., Панидов К.В., Тугушев М.Т.
- 363 ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КАК ФАКТОР БЫСТРОГО РОСТА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ
Дюжев Ж.А., Фетисова И.Н., Малышкина А.И., Ситникова О.Г.
- 363 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ОСЛОЖНЕННЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Евсеева М.М., Гладкова М.Д.
- 364 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЛОИДНОГО ПРЕПАРАТА «ТАМБУИЛ» ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Евсеева М.М., Карагулов Х.Г.

- 365 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВПЧ-ДИАГНОСТИКИ В СОВОКУПНОСТИ С ЧАСТОТОЙ АНОМАЛЬНОГО МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ-СУПРЕССОРОВ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ПРИ ФОНОВЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Евтина И.П., Унанян А.Л., Залетаев Д.В., Макарова И.И.
- 365 ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ
Егорова И.А., Червоток А.Е., Бучнов А.Д.
- 366 ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРА
Ежов В.В., Торчинов А.М., Гейниц А.В., Дымковец В.П., Фириченко В.И., Антохин В.М., Салиев А.А.
- 367 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ИК-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ (КИЛТ)
Ежов В.В., Данилейко Ю.К., Салюк В.А., Дымковец В.П., Маныкин А.А., Салиев А.А.
- 368 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДАМИ DIGENE И ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ
Екимов А.Н., Квасов А.В., Файзуллин Л.З., Муллабаева С.М., Карнаухов В.Н., Трофимов Д.Ю., Сабдулаева Э.Х., Роговская С.И.
- 369 ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Елисева М.Ю., Рыжков В.В., Мынбаев О.А., Манухин И.Б.
- 369 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Якушева Л.В.
- 370 ГОНАДНЫЙ МОЗАИЦИЗМ ПО ПОЛОВЫМ ХРОМОСОМАМ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ И СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Жахур Н.А, Чернуха Г.Е., Марченко Л.А., Карселадзе А.И., Бутарева Л.Б., Строганова А.М.
- 371 ФУНГИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКОТИКОВ НА ГРИБЫ РОДА CANDIDA IN VITRO
Желтикова Т.М., Глушакова А.М.
- 372 ПОРТРЕТ ЖЕНЩИНЫ, ПРИШЕДШЕЙ НА АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ АБОРТ
Жигаленко А.Р., Карахалис Л.Ю., Черевцова Ю.М., Бороденко Е.Ю.
- 373 ТАКТИЧЕСКИЕ ШАГИ В ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ВПЧ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НАЛИЧИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Ша Ша, Короткова Т.Ф.
- 373 КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ
Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б., Григорьева Н.В., Короткова Т.Ф.
- 374 ТРАВМА ТАЗОВОЙ ФАСЦИИ В РОДАХ И РАЗВИТИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Журавлева В.И., Гайнутдинова З.Р.
- 375 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ
Зайдиева Я.З., Курбанбекова Г.Э.
- 376 ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ
Закрытная О.С., Мусин И.И.
- 377 ДЕРМАТО-КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗГТ В ПРОГРАММАХ АНТИЭЙДЖ-ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ
Звычайный М.А., Хлуткова Е.В., Воронцова А.В., Мельхер Ю.В.
- 378 СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ
Звычайный М.А., Липлавк Н.А.
- 378 ДИНАМИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ
Зданевич М.С., Курчишвили В.И.

- 379 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ И ЕГО ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ
Зданевич М.С., Курчишвили В.И.
- 380 ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОДА АДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И В БЛИЖАЙШЕМ ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭМА
Здирук С.В., Алиев Я.Р.
- 380 ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ
Зиганшин А.М., Кулавский В.А.
- 381 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ
Зотова Ю.А., Курмачева Н.А., Василян А.Н., Шурыгина Т.А., Костенко И.В.
- 382 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ (описание случая)
Зубенко Н.В., Зубенко В.Б.
- 383 ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ
Зудикова С.И.
- 384 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ
Зуева Т.П., Карахалис Л.Ю., Петренко С.И.
- 385 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗОМ
Идрисова Э.А., Коган Е.А., Гуриев Т.Д., Демура Т.А., Бабгоева О.Х.
- 386 ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И АППЕНДИКУЛЯРНО—ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Матвеева Н.К., Гладилина Л.В.
- 387 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОЛЛЬ-ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Маланова Т.Б., Шаповаленко Т.В., Гладилина Л.В.
- 387 СТРУКТУРА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ И ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Исламиди Д.К., Росюк Е.А.
- 388 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОПАТОГЕНЕЗА ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИИ
Ищенко А.И., Александров Л.С., Горбенко О.Ю., Чушков Ю.В., Будникова К.А., Истомина В.Э., Чистяков И.Н.
- 389 ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Калинкина О.Б., Мельников В.А.
- 389 ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИМУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА
Карахалис Л.Ю.
- 390 ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Карданова М.Х., Логвина Л.Л.
- 391 СИНТЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН
Карманов О.Г., Горин В.С., Сагинор М.Е.
- 393 НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Кахиани Е.И., Святов Д.И., Бардаков С.Н., Попов А.В., Жилин А.А., Ковалев С.А.
- 393 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ
Керималы Кызы Майрам
- 394 СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Киселева Е.Ю., Кутенко А.А., Егорова А.Т., Фокина А.П.
- 395 ОСОБЕННОСТИ ВОСПОЛНЕНИЯ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОК С ХУ-РЕВЕРСИЕЙ ПОЛА
Киселева И.А., Уварова Е.В., Белоконь И.П., Латыпова Н.Х.

- 396 ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНОВ ДЕТОКСИКАЦИИ В ПРОЦЕССАХ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ
Клепикова А.А., Шокарев Р.А., Золотых О.С., Сагамонова К.Ю., Мелконов Э.Ю.
- 397 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Клинышкова Т.В., Каратюк Т.И., Утянская И.Г.
- 398 СОСТОЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ P16INK4 α ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ВПЧ
Клинышкова Т.В., Каратюк Т.И., Машин Ю.В.
- 399 РОЛЬ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН НЕОБЪЯСНИМОГО БЕСПЛОДИЯ
Ковалева Ю.В.
- 400 ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВПЧ—ИНФЕКЦИЕЙ
Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Олейник Е.К., Олейник В.М., Чуров А.В.
- 401 ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА
Коган Е.А., Демура Т.А., Файзуллина Н.М., Бартыш Б., Ежова Л.С.
- 401 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРА К ИНСУЛИНОПОДОБНОМУ ФАКТОРУ РОСТА ШТИПА И ФОСФАТФЗЫ PTEN В НОРМАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИИ, ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ (ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Коган Е.А., Кондриков Н.И., Файзуллина Н.М., Асатурова А.В., Могиревская О.А.
- 402 ГЕТЕРОГЕННОСТЬ АДЕНОМИОЗА
Коган Е.А., Низяева Н.В., Демура Т.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С., Унанян А.Л.
- 402 ОПТИМИЗАЦИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С., Демура Т.А., Роговская С.И., Сабдулаева Э.Х.
- 403 ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В РЕПРОДУКТОЛОГИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ
Колесникова Л.И., Гребенкина Л.А., Осипова Е.В., Власов Б.Я.
- 404 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ
Коломойцева Т.Н., Орлов О.А.
- 405 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ МАКРОФАГОВ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Кондриков Н.И., Шамаракова М.В., Горбачева Ю.В.
- 406 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ
Кононова И.Н., Обоскалова Т.А.
- 407 ФИТОЭСТРОГЕНЫ И НИЗКОДОЗИРОВАННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Коренная В.В., Мясоедова В.А.
- 407 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВПЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ И МИКРОКАРЦИНОМОЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПЦР И HYBRID CAPTURE 2)
Короленкова Л.И.
- 408 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПАНАВИР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЫЗВАННОЙ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Коротких И.Н., Бельских О.Л., Михайлова М.Д., Ключникова Т.Н., Крыштопина О.С., Ефремова Е.А.
- 409 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМИОЗА
Костина М.А., Дамиров М.М., Зубарева Г.М.

- 410 **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**
Краснопольский В.И., Овчинникова В.В., Булычева Е.С.
- 411 **РОЛЬ СПЕРМАЛЬНЫХ мРНК ГЕНОВ PRM-1, PRM-2 и ADAM-2 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ПРОГРАММ ВРТ**
Краснощока О.Е., Бурменская О.В., Непша О.С., Смольникова В.Ю., Калинина Е.А., Трофимов Д.Ю.
- 412 **ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ**
Кудрина Е.А., Станоевич И.В., Демура Т.А., Аброкова Б.С.
- 413 **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ**
Кудрявцева Л.И., Дурасов В.В., Егоров А.Ю., Полякова Т.В., Бараев К.И.
- 414 **КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С КИСТАМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ**
Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г., Халилов Р.З., Лапшихин А.А., Иванова Т.В.
- 415 **ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ — ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ**
Кузнецова И.В., Мычка В.Б., Войченко Н.А., Акарачкова Е.С., Кириллова М.Ю., Успенская Ю.Б.
- 416 **КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
Кулавский Е.В., Кутуев А.А.
- 416 **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ**
Кулешова Т.П., Хайбуллина А.Р., Зулкарнеева Э.М., Сиббаева М.Л., Тимофеева Э.Х.
- 417 **НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (собственные исследования)**
Кулиева Н.А.
- 418 **КРАУРОЗ ИЛИ ВУЛЬВИТ?**
Кулинич С. И., Реуцкая М.А.
- 419 **ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**
Кулинич С.И., Чертовских М.М., Чертовских М.Н.
- 420 **ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**
Кумыкова Э.Х., Уварова Е.В., Шуршалина А.В., Демура Т.А., Ежова Л.С.
- 421 **РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТАБЛИЦ**
Кундохова М.С., Павлов Р.В.
- 422 **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ГРИБОВ РОДА CANDIDA**
Куперт А.Ф., Попова Н.В.
- 423 **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ: МР-КОНТРОЛИРУЕМЫЙ ФОКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУК МИОМ И УЗЛОВЫХ ФОРМ АДЕНОМИОЗА**
Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Батаршина О.И., Кулабухова Е.А., Панов В.О., Лужина И.А.
- 424 **МРТКФУЗ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ ФОРМЫ АДЕНОМИОЗА**
Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Батаршина О.И., Кулабухова Е.А., Лужина И.А.
- 424 **О ЗНАЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ**
Курникова В.В., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Шехтер М.С.
- 425 **ГИПОБАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ**
Кшнясева С.К., Константинова О.Д., Тиньков А.Н.
- 426 **АДАПТАЦИЯ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**
Кшнясева С.К., Тиньков А.Н., Константинова О.Д.

- 427 РОЛЬ ДЕФИЦИТА АНТИОКСИДАНТОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Лабыгина А.В., Сутурина Л.В., Колесникова Л.И., Осипова Е.В., Гребенкина Л.А., Олифиренко Т.Л., Лазарева Л.М.
- 428 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Ларина Д.В., Коколина В.Ф., Рубец Е.И., Барина А.М.
- 429 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТЕРЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ВЛАГАЛИЩНЫМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ
Лебедева Т.Б., Распопов А.В., Якушин А.В.
- 430 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ
Лесовая В.Ю., Дубровина С.О., Кузьмин А.В.
- 431 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Лещенко О.Я., Кравцова О.В., Лабыгина А.В., Кузьменко Е.Т., Лазарева Л.М.
- 432 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ МЕЖМЕНСТРУАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
Линева О.И., Каганова М.А.
- 433 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВАГИНИТОВ
Логвина Л.Л., Карданова М.Х.
- 434 НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ФОНОВЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Лысенко О.В.
- 434 ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С ПОВТОРНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Магомедова П.А., Омаров С.-М.А.
- 435 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Мадянова Т.С., Мадянов И.В.
- 436 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ
Мазитова М.И., Фатыхов К.Х., Антропова Е.Ю.
- 437 АКТУАЛЬНОСТЬ TV УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Макарова О.А., Прокопович Н.Г., Портянникова Н.П.
- 437 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Маланова Т.Б., Ипатов М.В., Уварова Е.В., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Кузьмина М.А., Гладилина Л.В.
- 438 ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ЕККЛЕТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТИПИИ И ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Малышкина А.И., Андреева Т.С., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.
- 439 ИМУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С.
- 440 АУТОАНТИТЕЛА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА
Мальцева Л.И., Боронбаев А.К., Идиятуллина Э.Р.
- 441 ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ
Мамедова Н.Ф., Багирова Х.Ф.
- 442 РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Мамедова У.К., Коколина В.Ф., Барина А.М.
- 442 ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ
Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н.
- 443 СКРИНИНГ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
Манухина Е.И., Геворкян М.А., Манухин И.Б., Студеная Л.Б., Смирнова Л.И.

- 444 МОНИТОРИНГ СУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН
Машина Т.В., Вознесенская Н.В., Дубинина О.Ф., Епикурова И.В., Шемильханова А.Х.
- 445 ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МИОМЫ МАТКИ
Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Петракова С.А.
- 445 ЭКСПРЕССИЯ ЛГ РЕЦЕПТОРОВ КЛЕТКАМИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ЯИЧНИКА
Мелихова О.А., Демура Т.А.
- 446 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОАНТИТЕЛ К ГОНАДОТРОПНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН
Менжинская И. В., Безнощенко О. С., Кирющенко П. А., Ванько Л. В.
- 447 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ
Менухова Ю.Н., Назарова В.В., Шалепо К.В., Воробьева Н.Е., Ширшова Н.Ю., Савичева А.М.
- 448 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОКИНА — АЛЬФА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ И ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Меньшикова Н.Е.
- 448 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА
Меховская Л.Ю., Завразина М.В., Власова В.В.
- 449 ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРОМБОФИЛИИ
Минайчева Л.И., Назаренко Л.П., Гончарова И.А., Трифонова Е.А.
- 450 ПРЕДРАК ШЕЙКИ МАТКИ: ДИАГНОСТИКА И МЕНЕДЖМЕНТ
Минкина Г.Н.
- 450 ВАКЦИНА ПРОТИВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: НОВЫЕ ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (КОНГРЕСС IPV, МОНРЕАЛЬ 2010)
Минкина Г.Н.
- 451 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДНК ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С CIN 2,3
Минкина Г.Н., Комарова Е.В., Гаврикова М.В., Калинина В.С., Храмова О.К.
- 451 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БИПОЛЯРНОЙ ГИСТЕРОРЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ
Мишиева О.И., Бреусенко В.Г., Караченцова И.В., Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Калмыкова Н.В.
- 452 О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН
Морева Ж.Г., Алентьев А.Н.
- 453 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ
Морозова В.А., Салов И.А., Маршалов Д.В.
- 454 РОЛЬ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ.
Мотовилова Н.О., Коган И.Ю., Тотолян Арег А., Буйнова А.Н., Грязнов А.Ю., Доценко А.А.
- 455 ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ГИНЕКОЛОГИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ
Мынбаев О.А., Елисеева М.Ю., Манухин И.Б., Масихи К.Н., Царев В.Н.
- 456 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ «БЕЗОПАСНОГО АБОРТА»
Мысяков В.Б., Фатеева Л.В., Лазутина В.В., Чижова О.В.
- 457 ГОРМОНАЛЬНЫЕ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.
- 458 ГОРМОНАЛЬНЫЕ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
Назарова Н.М., Стеняева Н.Н.
- 459 СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ДЕСЦЕНЦИИ ТАЗОВОГО ДНА
Нафтулович Р.А., Ящук А.Г., Саниева С.М.
- 459 РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ И МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА
Нечитайло Т.А., Гоптарева Л.П.

- 460 ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ (УФОК) В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИВЕННЫМ ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ КРОВИ (ВЛОК) И АУТОИММУНИЗАЦИЕЙ) В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
Никитина Е.В., Алексеева И.Н.
- 461 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК ОТ ПЕРВОРОДЯЩИХ МАТЕРЕЙ
Николаева Л.Б., Ушакова Г.А.
- 462 ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Новиков Е. И., Федорова А. И., Сердюков С. В., Светиков А. С., Самойлов И. П., Хон И. Д.
- 463 ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ
Новичков Д.А., Салов И.А., Хворостухина Н.Ф.
- 464 ГОРМОНОТЕРАПИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ: ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ
Обоскалова Т.А., Воронцова А.В.
- 465 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Овчинников Р.И., Гамидов С.И.
- 465 ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ
Озолина Л.А., Патрушев Л.И., Болдина Е.Б., Патрушева Н.Л.
- 466 АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ АБЛАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Оламова А.О., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В., Сабдулаева Э.Х.
- 467 СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Оразов М. Р.
- 468 УРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА
Оразов М.Р.
- 469 КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ
Осадчев В.Б., Сырокваша Е.А.
- 469 ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РА1-1 НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ
Охтырская Т.А., Ежова Л.С., Яворовская К.А.
- 470 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Павлов Р.В., Сельков С.А., Пыдра А.Р., Кундохова М.С.
- 471 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
Павловичев А.А., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Тажетдинов О.Х.
- 471 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕДЕЦИЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ВЫСОКО И СРЕДНЕОНКОГЕННОГО ТИПА
Пальчик Е.А., Айвазова Д.С., Сидоренко И.А., Гудина И.В.
- 472 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИКАНЕВОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АДНЕКСИТА
Пахилова Е.В., Синчихин С.П., Буров А.В., Мамиев О.Б.
- 473 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ
Пашов А. И.
- 473 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА И ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ
Перетятко Л.П., Круглова Л.В., Кузнецов Р.А., Рачкова О.В.

- 474 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ
Петров С.В., Газазян М.Г.
- 475 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА
Петров Ю.А., Алеев И.А.
- 476 ОСОБЕННОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ И УРОВНЯ АПОПТОЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ
Печеникова В.А.
- 477 РЕГУЛЯЦИЯ ЦИКЛА И СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ
Подзолкова Н.М.
- 477 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ ЗГТ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ
Подзолкова Н.М.
- 478 РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ПАПИЛЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
Полянская Р.Т., Пшеничникова П.С., Семченко Д.Е., Руппель Н.И.
- 479 ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПАХ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ
Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э.
- 480 ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ
Пономарев В.В., Венгеренко М.Э., Безрукова О.В.
- 480 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКЕ
Пономарев В.В., Артюшков В.В., Безруков А.Г., Безрукова О.В.
- 481 АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В СРАВНЕНИИ С АРТИФИЦИАЛЬНЫМ
Попова Ю.Н., Кулинич С.И., Ткач Л.Л.
- 483 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОЭСТРОГЕНОВ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕФОРМИРОВАННЫМИ ФАКТОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
Портянникова Н.П.
- 483 МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ
Портянникова Н.П.
- 484 ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ КОНТРАЦЕПЦИИ
Прилепская В.Н., Назарова Н.М.
- 485 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Прокопьева Т.А., Максимова М.В., Ившин В.А., Горбунова Е.Е.
- 486 ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ВОПРОСА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Прынь В.В., Исаев А.О., Пономарев В.В.
- 486 ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Пыдра А.Р., Павлов Р.В., Кундохова М.С.
- 487 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕПАНТОЛ, СУППОЗИТОРИИ ВАГИНАЛЬНЫЕ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ
Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б., Календжян А.С., Руднева О.Д., Строни Р.
- 488 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
Репина Н.Б., Шильцова Н.С., Кузнецова О.В., Исаева О.М.
- 489 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В АНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИИ
Роговская С.И., Шаргородская А.А., Куевда Д.А., Шипулина О.Ю.
- 490 ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Росюк Е.А., Исламиди Д.К.

- 491 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Сабдулаева Э.Х., Роговская С.И., Бурменская О.В., Непша О.С., Трофимов Д.Ю.
- 491 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И АДЕНОМИОЗОМ
Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Ваганов Е.Ф., Политова А.П.
- 492 ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ
Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Сазонова Ю.М., Баисова Б.И., Политова А.П.
- 493 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
Савельева Г.М., Соломатина А.А., Сафронова Д.А.
- 494 МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ПОЛИПАХ ШЕЙКИ МАТКИ
Савченко Т.Н., Мельников А.В.
- 495 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА И ИНГИБИНА В В ОЦЕНКЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ
Сагамонова К.Ю., Ломтева С.В., Азарова Т.Е., Казанцева Т.А., Палиева Н.В.
- 496 К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ФОРМ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
Саидова Р.А., Воробьева Е.В., Першина Е.В.
- 497 МЕДИКО — СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Салий М.Г., Ткаченко Л.В., Григорян Н.В.
- 498 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Салий М.Г., Мамиев О.Б., Селина Е.Г.
- 499 ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Сапрыкина Л.В., Доброхотова Ю.Э., Литвинова Н.А.
- 500 КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ
Сасунова Р.А., Иванова Е.В., Межевитинова Е.А.
- 500 ЦИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ_ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
Свердлова Е.С., Дианова Т.В.
- 501 КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ
Святов Д.И., Кахиани Е.И., Бардаков С.Н., Ковалев С.А., Жилин А.А., Попов А.В.
- 502 КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН У ЖЕНЩИН
Семендяев А.А., Бачурина С.М., Семендяева М.А., Бочков В.В.
- 503 ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ СТИМУЛЫ РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА
Семендяева М.А., Семендяев А.А., Бачурина С.М., Бочков В.В.
- 504 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОГРАММАМ ВРТ
Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов М.В., Бессмертная В.С., Кузнецова Е.П., Аглямова Д.Р.
- 505 РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С КИСТАМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ
Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З., Лапшихин А.А., Протопопова Т.А., Иванова Т.В.
- 506 РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С., Важнова В.В., Кешьян Л.В., Соваев Н.И., Семенова С.С., Овчинникова В.В.

- 507 ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИИ
Сидорова И.С., Станоевич И.В., Кудрина Е.А.
- 508 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОГЕМОТРАНС-ФУЗИИ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Сикорская Н.В., Соломатина А.А., Науменко А.А., Шулаев А.В.
- 509 ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Силантьева Е.С., Коган Е.А., Шуршалина А.В., Ежова Л.С.
- 510 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ И СПЕЦИФИКА СЕКРЕЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
Синицына А.И., Богуславская Д.В.
- 511 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Скакова Р.С.
- 511 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ВОПРОСАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ
Скворцова М.Ю.
- 512 ОСОБЕННОСТИ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСОВ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Согибян А.С., Лебедева Е.А., Калиниченко И.А., Пугиева Л.А., Овсянников В.И., Бабина И.Г.
- 513 ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.
Соломатина А.А., Науменко А.А., Коновалова А.В.
- 514 НАБЛЮДЕНИЕ СТРУМЫ ЯИЧНИКА
Соломатина А.А., Михалева Л.М., Братчикова О.В.
- 515 ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ: УЗ ОЦЕНКА В КРАТКОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
Соломатина А.А., Сафронова Д.А., Братчикова О.В., Морозова Е.Г.
- 515 РОЛЬ ФАКТОРОВ РОСТА И ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА
Сорокина А.В., Радзинский В.Е., Морозов С.Г.
- 516 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ
Сороколетов К.Ю.
- 517 ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ
Сотникова Л.С., ЭльАкад Е.В., Тонких О.С., Федосова Л.Н., Гаглоева Ц.Н., Оккель Ю.В., Степанов И.А., Удут Е.В., Насырова Р.Ф.
- 518 РЕЦЕПТОРНЫЙ СТАТУС РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Станоевич И.В., Сидорова И.С., Кудрина Е.А., Коган Е.А., Аброкова Б.С., Фен И.
- 518 КОНТРАЦЕПЦИЯ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ
Стеняева Н.Н., Назарова Н.М.
- 519 НОВЫЙ ПОДХОД К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Степанян Л.В., Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Хребченков В.Г.
- 520 ОСОБЕННОСТИ ЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
Стрыгина Э.Д.
- 520 НЕЗАМЕТНАЯ ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ С ГИПОДИНАМИЕЙ И ГИПОКИНЕЗИЕЙ
Суетина Д., Петросян И., Порубайко Л.
- 521 ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕТЕНТНОСТИ УЧАЩИХСЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Сумская Г.Ф., Букреева И.В., Бобров С.А.
- 522 ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИИ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС
Сутурина Л.В., Колесникова Л.И., Коваленко И.И., Скляр Н.В., Ермолова Е.В., Троц Е.В.
- 523 НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА
Сутурина Л.В., Мадаева И.М., Солодова Е.И.

- 523 ГИСТЕРОСКОПИЯ, КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ТРУБНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ К ПРОГРАММАМ ВРТ
Сыромятникова С.А., Базина М.И., Дьяченко Т.А.
- 524 НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ
Тажетдинов О.Х., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Павловичев А.А., Попова А.Ю., Тхагапсоева Р.А., Щербачев Д.В.
- 525 ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО Фолликула в ТЕРАПИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА
Тарасов В.Н.
- 526 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Тарасова Т.С.
- 527 ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ — ИНФЕКЦИИ: ШАГ ЗА ШАГОМ. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ
Таточенко В.К.
- 527 ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ВЗОМТ
Тверскова О.П.
- 528 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ БИОФОТОМЕТРИИ
Торчинов А.М., Умаханова М.М., габараева М.Р., Фидарова Т.В.
- 528 АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ
Торчинов А.М., Умаханова М.М., Фидарова Т.В., Габараева М.Р.
- 529 НЕКОТОРЫЕ ОСТРОФАЗНЫЕ БЕЛКИ ПРИ НАРУЖНО-ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБО-ОВАРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ
Третьякова Т.В., Шрамко С.В., Маркина Л.А., Зорина Р.М., Баженова Л.Г.
- 530 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ГИПОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ
Трифорова Е.В., Уварова Е.В., Белоконов И.П.
- 531 ПРОФИЛЬ ЭКСПРЕССИИ мРНК ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ
Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С., Муллабаева С.М., Екимов А.Н., Донников А.Е.
- 532 ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ МЕДИЦИНСКИХ АБОРТАХ В I ТРИМЕСТРЕ, ПРОИЗВЕДЕННЫХ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
Трубин В.Б., Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б., Додонов А.Н.
- 533 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛОМ И СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПРОГЕСТИНАМИ
Трубникова Л.И., Тихонова Н.Ю.
- 534 ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИНОЛ-3-КАРБИНОЛА И ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Ефимова Л.Б., Шаваева В.А., Бичекуева Ф.Х.
- 535 РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ АППАРАТОМ «СУРГИТРОН»
Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Гилясова З.М.
- 535 СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ДЕВОЧЕК С ПЕРЕКРУТОМ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Уквальберг М.Е., Сураева Е., Федорова М., Гольденберг И.Г.
- 536 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТКОВ МАТКИ
Уткин Е.В., Подонина Н.М.
- 537 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ
Фадина Ю.П.
- 538 ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ
Фаткуллин И.Ф.

- 539 МИГРЕНЬ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ПРИЕМА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
Федорищева Н.П.
- 539 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ
Федосова Л.Н., Сотникова Л.С., Удут Е.В., Насырова Р.Ф., Степанов И.А., Тонких О.С., Оккель Ю.В., ЭльАкад Е.В., Гаглоева Ц.Н., Иванова С.В.
- 540 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН, ПРОВОДИМОГО В РАЗНЫХ КЛИНИКАХ ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Федотовских И.В., Звычайный М. А., Воронцова А.В., Синькович В.Н., Чилова А.А.
- 541 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Хачатрян А.К., Нанагулян А.В., Геворкян Г.А.
- 542 КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Хашукоева А.З., Зайцев А.В., Цомаева Е.А.
- 543 АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Хаятова З.Б., Кучеренко С.В., Кузьмина В.В., Коган А.Е., Катруха А.Г.
- 544 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Новичков Д.А., Захарова Н.С.
- 545 КЛИНИЧЕСКИЕ, ГОРМОНАЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ В АНАМНЕЗЕ
Холухаева Ф.С., Юровская В.П.
- 546 СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПТИКОЭЛЕКТРОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ TRUSCREEN, ВПЧ-DIGENE-ТЕСТА И ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Храмова О.К., Минкина Г.Н., Фириченко С.В.
- 547 СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНЬЮ И УРОВЕНЬ СТРЕССА МУЖЧИН В ПРОГРАММЕ ВРТ
Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж..Р., Шибаета К.С.
- 547 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И АНОВУЛЯТОРНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Цаллагова Е.В.
- 548 РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Цомаева Е.А., Хашукоева А.З., Ибрагимова М.И., Леонова Е.И.
- 549 ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВОГО ПРОЦЕССА ШЕЙКИ МАТКИ
Цыганкова О.Ю., Фардзинова Е.М., Безбородова М.М., Колотыгин С.К., Федощенко О.В.
- 550 РОЛЬ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА В УЛУЧШЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
Чагай Н.Б.
- 551 ФУНКЦИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ АНОВУЛЯЦИИ
Чагай Н.Б.
- 551 ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Чимитдоржиева Т.Н.
- 552 ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)
Чулкова А.М., Крутова В.А., Милорава З.М., Цветков В.В., Фоменко И.А.
- 553 ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ
Чунихина Н.А., Салов И.А., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф.
- 554 МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ ГЕН FMR1 КАК ПРЕДИКТОР РАННЕГО СТАРЕНИЯ ЯИЧНИКОВ?
Шамилова Н.Н., Марченко Л.А., Габидуллаева З.Г.

- 555 РЕПРОДУКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА ЖЕНЩИН СО СКРЫТОЙ ФОРМОЙ ПРОЛАКТИНЕМии
Шамсадинская Н.М. (мл)
- 556 ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Шаповалова Ж.П., Хорольский В.А.
- 557 МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ
Шарапова Л.Е., Андреева Е.Н., Гасанова Т.А.
- 558 РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА
Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.
- 559 ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА
Шатунова Е.П., Степанова Ю.В.
- 560 ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИМСЕМИНАЦИЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ У БЕСПЛОДНЫХ ПАР С МУЖСКИМ ФАКТОРОМ
Шахова М.А., Пули Ж-Л.
- 560 ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Шехтер М.С., Салов И.А., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф.
- 561 СПКЯ — 75 ЛЕТ: НА ПУТИ К РЕВИЗИИ РОТТЕРДАМСКОГО КОНСЕНСУСА
Шилин Д.Е.
- 562 ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ.
Ширинг А.В., Ермолова Н.В., Орлов В.И., Линде В.А., Зинкин В.И.
- 563 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ КЛЕТОЧНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА ПЕРСИСТИРОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ
Ширинг А.В., Ермолова Н.В., Орлов В.И., Линде В.А., Зинкин В.И.
- 564 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
Щербakov Д.В., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Тажетдинов О.Х., Попова А.Ю., Павловичев А.А.
- 565 ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ С ВИРУСНЫМ СИНДРОМОМ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Щербань М.Р.
- 566 ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Щербань М.Р., Фоменко И.А.
- 567 СЕЛЕКТИВНЫЙ ПЕРЕНОС ОДНОГО ЭМБРИОНА В ПОЛОСТЬ МАТКИ-РЕШЕНИЕ ВОПРОСА СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММЕ ВРТ (АКУШЕРСКИЕ И МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ)
Щетинина Н.С., Кузьмичев Л.Н., Глинкина Ж.И., Лебедева О.Е., Калинина Е.А.
- 568 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «ГАЙ»
Щетинина Ю.С., Константинова О.Д.
- 569 СОПОСТАВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ
Юренева С.В., Майчук Е.Ю., Митрохина Т.В., Моисеенко С.В., Воеводина И.В., Сапунова Д.А., Кузнецов С.Ю.
- 569 ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА
Юренева С.В., Якушевская О.В., Кузнецов С.Ю., Гависова А.А., Сметник В.П.
- 570 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Яковлева Н.В.
- 571 ОЦЕНКА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЧЕЧНИ
Янхотова Э.М.

- 572 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ДИНАМИКЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ
Янхотова Э.М.
- 573 ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Ярмолинская М.И., Швед Н.Ю., Иващенко Т.Э., Баранов В.С., Сельков С.А.
- НЕОНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ**
- 575 РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В НЦАГИП ИМ. В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ
Алиева Л.Б., Антонов А.Г., Буркова А.С., Ленишкина А.А.
- 576 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА КРУПНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАРМОНИЧНОСТИ ИХ РАЗВИТИЯ
Баева И.Ю.
- 576 ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Белугина О.С., Михалев Е.В., Ермоленко С.П., Агаркова Л.А., Башарова И.Н.
- 577 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Болтовский В.А., Сергеева И.А., Худякова Ю.В., Базранова Ю.Ю.
- 578 РОЛЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Бочарова И.И., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф., Троицкая М.В., Никольская И.Г.
- 579 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРЕЙ.
Бочарова И.И., Башакин Н.Ф., Малиновская В.В., Паршина О.В., Гусева Т.С., Котов Ю.Б.
- 579 ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ
Буров А.А., Жиркова Ю.В., Плахова Н.А., Кучеров Ю.И.
- 580 К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЙ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОМАЛЯЦИИ, КИСТОЗНОЙ СТАДИИ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИИ И ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ
Власюк В.В.
- 581 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Грачева О.Н.
- 582 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ЭКСПРЕССИЕЙ VEGF В ПЛАЦЕНТЕ
Дубова Е.А., Алиева Л.Б., Павлов К.А., Щёголев А.И.
- 583 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ АДЕНОМАТОИДНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛЕГКОГО
Дубова Е.А., Павлов К.А., Подгорнова М.Н., Щёголев А.И.
- 583 АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Егорова И.А., Бучнов А.Д., Назаров К.А.
- 584 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ
Елгина С.И., Ушакова Г.А.
- 585 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Жиркова Ю.В.
- 586 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ
Закина А.А., Тихомирова О.В., Аксенов О.А., Иванова В.В., Левина А.С.
- 586 РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО — АНАМНЕСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ПЛАНОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭКГ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОБАМИ
Зубова В.В., Лукушкина Е.Ф., Колбасова Е.В.

- 587 ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Ипполитова Л.И., Киселева Е.В., Садова Л.И., Сулина М.В.
- 588 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
Караваева А.Л., Тимофеева Л.А.
- 589 КЛИНИКО–ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПОЛУЧАВШИХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ
Коноплева Т.Н., Алексеева М.С., Петричук С.В., Измайлова Т.Д., Радыгина Т.В., Морозова Н.А., Бомбардирова Е.П., Бакович Е. А., Коноплев Б.А.
- 590 ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО
Котикова И.В., Покусаева В.Н., Масютин О.В., Петроченкова Ю.А.
- 591 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ
Кохно Н.И., Макиева М.И., Уварова Е.В., Тимофеева Л.А, Бондарь О.Е.
- 591 СТРУКТУРНАЯ ОСНОВА ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Кулида Л.В., Перетятко Л.П.
- 592 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Сахарова Н.В.
- 593 МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Жиркова Ю.В., Буров А.А.
- 594 ГОРМОНАЛЬНО–МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА
Лысенко И.М., Рябова Т.М., Баркун Г.К., Лысенко О.В., Бахтина Т.Ж., Юнес И.В.
- 595 АУТИЗМ КАК РАССТРОЙСТВО ФИЗИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО КОНТАКТА. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
Макаров А.М., Макарова О.Н.
- 596 ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С И НФЕКЦИОННО–ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Межинский С.С., Турова А.В., Кудряшова А.В.
- 597 ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА И СПОСОБА РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА
Никольская Т.Н., Дрепа М.И.
- 598 АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ РОДАХ У МАТЕРЕЙ
Пашукова Е.А., Тетелютин Ф.К., Овечкин В.П., Чугунов А.В.
- 598 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПОЛИМОРФИЗМАМИ ТРОМБОФИЛИИ
Перепелкина А.Е., Орловская И.В.
- 599 РЕАЛИЗАЦИЯ АНТЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫХ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ
Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Демидов В.Н., Машинец Н.В., Дорофеева Е.И., Хаматханова Е.М., Жиркова Ю.В., Врублевская Е.Н.
- 600 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОЙ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ
Проценко Е.В., Перетятко Л.П.
- 600 СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
Руденко Н.В., Бениова С.Н., Блохина Н.П., Шегеда М.Г., Рюмкина М.И., Бартеньева А.А..
- 601 ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ XXI ВЕКА
Рыбкина Н.Л.
- 602 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ СЕМИВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНЫ ПРЕВЕНАР
Сергеева И.А., Соловова А.Ю., Куличкова Е.В.

- 603 РАЗВИТИЕ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Ситаева Н.В., Логвинова И.И., Каледина Е.Я., Киселева Е.В., Ельчанинова О.Е.
- 603 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Троицкая М.В., Бурумкулова Ф.Ф., Аксёнов А.Н., Башакин Н.Ф., Бочарова И.И., Петрухин В.А., Котов Ю.Б.
- 604 ФАКТОРЫ РИСКА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ
Ушакова Г.А., Новикова О.Н., Гостяева Е.Г., Осипова О.К., Денисова А.Н.
- 605 РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КУРСУРФА В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Харченко М.В., Попова Е.Н., Жданова Г.П., Коломиец О.Е., Ильченко А.В.
- 606 ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНО–РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДИСИНДРОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Хасанова В.В.
- 607 НЕРВНО–ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ОТ ЖЕНЩИН, С ПРИЗНАКАМИ НИКОТИНОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Хорошкина Л.А.
- 608 КЛИНИКО–МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ КРЕСТЦОВО–КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Щёголев А.И., Дубова Е.А., Подгорнова М.Н., Павлов К.А., Кучеров Ю.И.
- ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
- 609 ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.
Аджиева Д.А.
- 609 ДЕТИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ЗАБЛУЖДЕНИЯ, СОМНЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ
Байбарина Е.Н.
- 610 МУЖСКОЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ — СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Божедомов В.А., Александрова Л.М., Попова А.Ю., Липатова Н.А., Николаева М.А., Соловова Н.Н., Гамидов С.И.
- 611 ИНФОРМАЦИОННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
Васильева Т.П., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Панова И.А.
- 612 МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
Васильева Т.П., Филькина Е.В., Алексеева Е.Г., Платонова Н.С.
- 613 ПРОФИЛАКТИКА НЕПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ В ЦЕЛЯХ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА
Волгина В.Ф., Цымлякова Л.М., Ерофеева Л.В., Протопопова Т.А.
- 613 ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ ЦЫГАНСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ
Волков В.Г., Ермошина Н.И.
- 614 МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАКАСИИ
Гладкая В.С.
- 616 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИЛЬНИЦ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ
Говоров С.В., Костюкова Н.Б., Махер Хуссейн альшараа, Клименко Г.Я.
- 616 ОПЫТ РАБОТЫ «КОНСУЛЬТАТИВНО — ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖЬЮ
Гусак Ю.К., Кузнецова О.В., Репина Н.Б.
- 617 ВЛИЯНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ НА ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ
Гусева Е.В.

- 618 ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ
Гусева Е.В.
- 619 НОВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Дегтярев Д.Н., Антонов А.Г., Ионов О.В., Ленишкина А.А.
- 620 РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 1 Г. СТАВРОПОЛЯ
Заводнова О.С.
- 621 ВЛИЯНИЕ ТОКСИКАНТНОЙ НАГРУЗКИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
Зайцева Н.В., Алексеев В.Б., Елисеева Т.Н., Падруль М.М., Олина А.А.
- 622 АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1995-2009гг. И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ
Иванова О.М.
- 622 ОБУЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ — ЭТАП НАБЛЮДЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Карась И.Ю.
- 623 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КАРЕЛИИ
Бахлаев И.Е., Ковчур П.И., Михетько А.А., Нильва С.Е.
- 624 СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 РОДДОМА № 5 г. КРАСНОЯРСКА
Кочнева О.В., Руппель Н.И., Ермаченко Т.И.
- 625 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ГРИППА H1N1
Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Виноходова Е.М., Долгова О.Н., Гуляева О.А., Передвигина А.В., Тверитнев П.М., Вахрушева Т.И.
- 626 РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА В СНИЖЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Кулавский В.А., Файзуллин А.Ш., Кулавский Е.В.
- 627 МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ
Кулавский В.А., Даутова Л.А., Кулавский Е.В.
- 628 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК У СТАРШЕКЛАССНИЦ
Лещенко О.Я., Сутурина Л.В., Коваль Л.Ж.
- 629 ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНЫХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН МИГРАНТОК НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА
Ли-Ги-Ру С.Ю., Цхай В.Б., Капитонов В.Ф.
- 630 РОЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
Малышкина А.И., Песикин О.Н., Чаша Т.В., Васильева Т.П.
- 631 РЕПРОДУКТИВНАЯ УСТАНОВКА И ОТНОШЕНИЕ К СОХРАНЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Мачульский А.Е., Чимитдоржиева Т.Н., Партильхаева А.Л.
- 631 ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК ВУЗ-ов
Мингалёва Н.В., Гонежукова Б.Р., Чич Б.Н.
- 632 ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ
Мингалёва Н.В.
- 633 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Протопопова Т.А., Волгина В.Ф.
- 634 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Прохоров В.Н., Прохорова О.В.
- 635 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК ОМСКОГО РЕГИОНА
Рудакова Е.Б., Шамина И.В., Богданова О.Н.

-
- 636 **КОНЦЕПЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ РОЖЕНИЦЫ И НОВОРОЖДЕННОГО КАК ОСНОВА ПОПУЛЯЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ**
Суханова Л.П.
- 637 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА**
Сычёва О.Ю., Волков В.Г., Кузьмина И.В., Савкина Е.А.
- 638 **ПРОБЛЕМЫ РОЖДАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)**
Тролукова Е.Н., Тролукова А.Н.
- 639 **КАТАСТРОФИЧЕСКИЙ ВКЛАД ЭПИДЕМИИ ГРИППА А В ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**
Трубникова Л.И., Жданова В.Ю., Киселева Л.М., Таджиева В.Д.
- 640 **ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ**
Филькина О.М., Воробьева Е.А., Долотова Н.В., Витрук Е.Л., Кочерова О.Ю., Шанина Т.Г.
- 640 **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК**
Фролова Н.И., Белокрыницкая Т.Е., Ахметова Е.С., Матвеева Н.Е., Сухинина В.В.
- 641 **СТАТИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ)**
Фролова О.Г., Суханова Л.П., Паленая И.И.
- 642 **РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕРТВорождаемости и ее причины**
Фролова О.Г., Паленая И.И., Цымлякова Л.М.
- 643 **ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВУЗА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**
Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Вострикова Т.В., Архипова М.П., Цапиева Е.А.
- 644 **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**
Шакирова Р.М., Байрамгулов Ф.М., Файзуллин А.Ш.
- 645 **ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА**
Садырбекова Б.М., Рахимжанова Р.И., Дошанова А.М., Сулейменова Р.Н., Нигай Н.Г., Алиякпаров М.Т., Ромащенко Т.И.
- 646 **ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**
Садырбекова Б.М., Дошанова А.М., Рахимжанова Р.И., Абишев Б.Х.
-

akusher-lib.ru