

Москва, 17–20 января, 2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России
Российское общество акушеров-гинекологов
Общество репродуктивной медицины и хирургии
Российская Ассоциация эндометриоза
Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов

Moscow, January 17–20, 2017

Ministry of Health of Russian Federation
Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Russian Society of Obstetricians and Gynecologists
Society of Reproductive Medicine and Surgery
Russian Association of Endometriosis
Russian Association of Gynecologic Endoscopists

XI Международный конгресс

ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

XI International Congress

ON REPRODUCTIVE MEDICINE

МАТЕРИАЛЫ

Материалы конгресса
«XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ»
М., 2017 – с. 559

Materials of Congress “XI INTERNATIONAL
CONGRESS ON REPRODUCTIVE MEDICINE”

ПОД РЕДАКЦИЕЙ:

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

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

EDITED BY:

Academician of RAS, professor
SUKHIKH G.T.

Academician of RAS, professor
ADAMYAN L.V.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Адамян Л.В.
Макиян З.Н.
Арсланян К.Н.
Кондратович Л.М.
Козаченко И.Ф.
Зурабиани З.Р.

EDITORIAL BOARD

Adamyan L.V.
Makiyan Z.N.
Arslanian K.N.
Kondratovich L.M.
Kozachenko I.F.
Zurabioni Z.R.

В материалах конгресса представлены данные о применении новых технологий в диагностике, лечении и мониторинге заболеваний органов репродуктивной системы. Рассмотрены современные возможности применения методов визуализации, эндоскопии, биохимических, генетических маркеров в диагностике гинекологических заболеваний. Отражены принципы эндоскопического лечения всех видов гинекологической патологии, в том числе при доброкачественных и злокачественных заболеваниях, аномалиях развития органов репродуктивной системы девочек-подростков, женщин репродуктивного возраста, с применением минимально инвазивных методик. Представлены современные данные об особенностях тактики ведения физиологической и осложненной беременности. Предложены различные подходы к решению проблем невынашивания беременности и вопросов бесплодия. Изложены новые данные о применении современных технологии в программах вспомогательных репродуктивных технологий. В рамках конгресса освещены актуальные вопросы предупреждения и возможности консервативных и оперативных методов коррекции возрастных изменений репродуктивной системы пар зрелого возраста.

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

ISBN 978–5-906484–26-0
© «МЕДИ Экспо», 2017



Руководитель конгресса

Сухих Г.Т.

Академик РАН, профессор

Директор ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Зав. кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Москва, Россия



Председатель организационного комитета конгресса

Адамян Л.В.

Академик РАН, профессор

Главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Зав. кафедрой репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ Москва, Россия

Congress Chairman

Gennadiy Sukhikh

Professor, Academician of RAS

Director of the Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of Russia

Head of the Department of Obstetrics, Gynecology, Perinatology and Reproductology of the 1st Moscow State Medical University Moscow, Russia

Chairman of the Congress Organizing Committee

Leila Adamyan

Professor, Academician of RAS

Head Specialist in Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of Russia

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

Head of MSUMD Department of Reproductive Medicine and Surgery Moscow, Russia

ГЛАВА 1 / CHAPTER I

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ В 2015 ГОДУ

Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гусева Е.В., Гребенник Т.К.

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

Цель работы: показать объем хирургической помощи в акушерстве и гинекологии населению Российской Федерации в 2015 году.

По данным отчетных форм федерального статистического наблюдения №14 «Сведения о деятельности стационара», число операций в Российской Федерации увеличивается. Так, в 2014 г. было проведено 9739856 операций, в 2015 г. – 9882176, т.е. на 142320 больше.

Число операций на женских половых органах также возросло с 1499413 в 2014 г. до 1517003 в 2015 г., что составило 15,4% от общего числа операций в стационаре.

В 2015 г. проведено 1053179 акушерских операций (без абортов), что на 5381 меньше по сравнению с 2014 г.

Абсолютное число кесарева сечения в 2015 г. увеличилось до 521286 (в 2014 г. – 505568), что составило 273,0 и 264,4 на 1000 родов в стационаре соответственно.

Операции по поводу аборта проведены в 503841 случае (5,1% от общего числа хирургических вмешательств в стационаре).

Экстренная хирургическая помощь при внематочной беременности в 2015 г. оказана 50602 пациенткам.

Проведено 14313 операций по поводу стерилизации женщин.

Экстирпация и надвлагалищная ампутация матки при сроке беременности 22 недели и более проведена 2628 женщинам, при сроке беременности менее 22 недель число операций данного вида сократилось по сравнению с 2014 г. (в 2015 г. это число составило 168).

Общее число операций с включением абортов составило 3074023 (31,1% к общему числу оперативных вмешательств в стационаре).

Таким образом, хирургическая помощь в акушерстве и гинекологии занимает значительное место среди общей хирургической помощи в медицине. Поэтому подготовка квалифицированных специалистов в акушерстве и гинекологии имеет большое значение для охраны репродуктивного здоровья женщин и снижении репродуктивных потерь.

В Центре данная работа проводится в большом объеме.

SURGICAL CARE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2015

Frolova O.G., Ryabinkina I.N., Guseva E.V., Grebennik T.K.

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

Surgical assistance in obstetrics and gynecology occupies a significant place among the General surgical care in medicine. The training of qualified specialists in obstetrics and gynecology is of great importance for the protection of women's reproductive health and reducing reproductive losses.

РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ В РЕГИОНАХ РОССИИ В 2015 ГОДУ

Сидорова И.С., Филиппов О.С., Никитина Н.А.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва
Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РФ, Москва

Согласно данным Минздрава РФ, показатель материнской смертности от преэклампсии/эклампсии в 2015 году снизился на 40% (1,89 в 2011 г, 1,26 в 2012 г, 1,21 в 2013 г, 1,8 в 2014 г., 1,08 в 2015 г. на 100.000 живорожденных), однако остается крайне нестабильным. В последние годы в отечественном акушерстве многое сделано в решении проблемы преэклампсии. В частности преэклампсия выделена из класса «Гипертензивные расстройства во время беременности» как специфическое и опасное осложнение; внедрена современная терминология (термин «преэклампсия»), классификация (умеренная, тяжелая преэклампсия); четко разработаны и доказательно обоснованы критерии тяжелой ПЭ; определена тактика ведения беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией, ее критическими формами.

В рамках конфиденциального аудита проведен ретроспективный анализ 34 обезличенных копий первичной медицинской документации (медицинские карты амбулаторного больного, индивидуальные карты беременной и родильницы, истории родов, медицинские карты стационарного больного, протоколы патолого-анатомического исследования) на 34 случая материнской смерти в 2015 году от преэклампсии, эклампсии и их осложнений. Аудит позволил выявить современные клинические особенности тяжелой преэклампсии и эклампсии:

1) большинство умерших пациенток (89%) имели те или иные соматические заболевания (умирают больные женщины), т.н. сочетанная преэклампсия;

2) в 91,2% имела место ранняя клиническая манифестация преэклампсии (ранняя преэклампсия) – до 30–34 недель беременности;

3) при анализе выраженности основных клинических симптомов выявлено, что тяжелая преэклампсия часто протекает атипично: критическая артериальная гипертензия (⩾ 170/110 мм рт. ст.) имела место только у 55,6% умерших, массивная протеинурия (свыше 3 г/л) – у 42,9%, анасарка – у 40,7%. При этом 33,3% пациенток получали антигипертензивные препараты.

4) важной клинической особенностью тяжелой преэклампсии является частое развитие рефрактерной артериальной гипертензии (в 49,2%), когда комбинированное назначение 2–3 антигипертензивных препаратов не позволяет достичь целевого уровня АД. В случае развития эклампсии частота рефрактерной к терапии гипертензии еще выше (73,7%);

5) в структуре тяжелых осложнений преэклампсии отмечена высокая доля повреждений головного мозга (эклампсия, кровоизлияния, отек), печени (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз), системы гемостаза (ДВС-синдром, массивные кровотечения, геморрагический шок, острая анемия), преждевременной отслойки плаценты;

6) преждевременно родоразрешены 79,4% беременных; операция кесарева сечения выполнена в 91,2%, высока частота гистерэктомии (41,2%), релапаротомии (29,4%) и перевязки магистральных сосудов (20,6%);

7) перинатальные исходы крайне неблагоприятны: смерть плода/ новорожденного в 41,7%, задержка роста плода – 36,7%, недоношенность 79,4%, тяжелая асфиксия 28,3%, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 64,4%, РДС – 52,1%.

Проведенный клинический анализ показал, что тяжелая преэклампсия не имеет этапности развития и изначально носит системный характер поражения. Расширенное обследование позволяет регистрировать нарушение функций многих органов и систем с доминирующим повреждением наиболее «уязвимого» органа-мишени, обусловленным предсуществующей патологией.

Результаты проведенного конфиденциального аудита показали, что основные причины материнской смертности от преэклампсии/эклампсии мало изменились: отсутствие прогнозирования преэклампсии (особенно ранней и тяжелой); запоздалая диагностика начавшейся преэклампсии и недооценка ее тяжести; недостаточное и несвоевременное обследование; запоздалое родоразрешение; прекращение терапии (в т. ч. магнезиальной) во время и после родоразрешения или ее неадекватный характер. Предотвратимость и условная предотвратимость материнской смертности от преэклампсии/эклампсии составила 73,5%.

RESULTS FROM MATERNAL DEATH AUDITS OF PRE-ECLAMPSIA IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2015

Nikitina N.A., Sidorova I.S.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia
Department for Medical Care to Children and Obstetric Service, Ministry of Health of Russia

The results of the confidential audit showed that the main causes of maternal deaths from pre-eclampsia/eclampsia have not changed a lot: no prediction of preeclampsia

(especially early and severe); delay in diagnosis of preeclampsia and underestimation of its severity; insufficient and untimely clinical examination; delivery is delayed; cessation of therapy during and after delivery or its inadequacy.

РИСКОВАННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ УГРОЗЫ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПЛАНОВ МОЛОДЕЖИ

Таенкова И.О., Троценко О.Е., Таенкова А.А., Балахонцева Л.А.

ФБУН Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора, Россия

Резюме: Вызовы времени диктуют необходимость сохранения репродуктивного потенциала, т.к. распространение поведенческих болезней, в т. ч. ВИЧ-инфекции создают угрозу здоровью и возможности реализовать репродуктивные планы молодежи. Для планирования профилактической работы в Хабаровском крае регулярно проводятся исследования, которые используются как индикаторы угрозы репродуктивному здоровью и передачи ВИЧ-инфекции.

Сохранение репродуктивного здоровья населения является одной из стратегических задач нашей страны. Безопасное сексуальное поведение и репродуктивные установки, даже положительно сформированные с помощью медико-санитарного просвещения и информационной работы на определенном этапе жизни человека, не могут быть постоянными. На них влияют как экономические и политические факторы в стране, так и региональные особенности, связанные с возможностями оказания медицинской помощи и социальных услуг населению, масштабом, уровнем и организацией системы профилактики.

Вызовы времени диктуют необходимость сохранения репродуктивного потенциала, в первую очередь у подростков и молодежи. Для выстраивания превентивной стратегии по профилактике поведенческих болезней (ранние сексуальные связи, частая смена половых партнеров, наркомания, алкоголизм и табакокурение, ВИЧ-инфекция и др.), которые представляют угрозу репродуктивному здоровью, необходимо владеть ситуацией с их распределением в молодежной среде.

В последние годы темпы распространения ВИЧ-инфекции в Хабаровском крае в группе юных и молодых заметно снизились, уменьшилось и число вновь инфицированных за счет потребителей инъекционных наркотиков. Однако, чтобы сохранить данную тенденцию, необходимо постоянно проводить широкомасштабную профилактическую работу. Очередное исследование, посвященное выявлению риска заражения ВИЧ-инфекцией, знаний о мерах защиты и навыков ответственного сексуального и репродуктивного поведения, было проведено нами в 2016 году. Полученные результаты сравнивались с аналогичными исследованиями предыдущих лет. Всего в опросе приняло участие 502 респондента Хабаровского края, средний возраст которых составил 19,6±1,2 лет. Распределение по полу: мужской – 47%, женский – 53%.

За последние годы несколько увеличился средний возраст полового дебюта, который составил 16,3±0,7 лет. Больше стало молодежи, ориентированной на положительные репродуктивные установки. Молодежь знает факторы, которые могут

отрицательно повлиять на их биологические способности иметь здоровое потомство. В их числе: употребление табака, алкоголя, наркотиков – 92%, ВИЧ-инфекция – 50%. Как негативные факторы названы и раннее начало половой жизни – 18%, и частая смена половых партнеров – 22% опрошенных.

До 32,2% опрошенной молодежи уверены, что «я не такой человек, чтобы заразится ВИЧ», а 41,6% участников опроса считает, что нужно избегать людей, у которых имеется ВИЧ-инфекция. Зафиксирована высокая осведомленность респондентов о половом и парентеральном путях заражения ВИЧ-инфекцией (91,5%). Но вертикальный (перинатальный) путь известен только 56,8% молодежи, что ставит под угрозу реализацию планов на рождение в будущем здоровых детей. До настоящего времени сохраняются мифы, касающиеся заражения ВИЧ через укусы кровососущих насекомых (28%) и совместного приема пищи (15,7%).

По результатам опроса 81,8% молодежи считает, что презервативы защищают (снижают) от риска заражения ВИЧ-инфекцией, но только половина респондентов используют их регулярно. Еще 34% опрошенных применяют их «от случая к случаю», поэтому, как и у тех, кто вообще не использует защитные средства (10–15% респондентов), у них высокий риск заражение ВИЧ-инфекцией и наступления нежелательной беременности. Эти данные остаются практически неизменными на протяжении ряда лет в общей популяции молодежи нашего края.

Полученные результаты исследования позволяют планировать мероприятия для повышения уровня информированности молодежи по формированию безопасного сексуального поведения и профилактике ВИЧ-инфекции. В тематику занятий необходимо включать не только медицинские аспекты, но и предоставлять возможность получения навыков по психологии взаимоотношений (ответственное партнерство), по семейным вопросам (ответственное родительство). Кроме того, необходимо мотивировать молодежь на регулярное тестирование на ВИЧ/гепатиты как еще одно средство заботы о сохранении репродуктивного потенциала. В учреждениях социальной сферы (медицинские, социальные и молодежные, учреждения культуры и спорта, дополнительного образования) края имеется достаточный ресурс, практический опыт для информационно-просветительской деятельности среди подростков и молодежи по профилактике поведенческих болезней, в т. ч. ВИЧ-инфекции и сохранению репродуктивного потенциала.

Таким образом, зная особенности сексуального и репродуктивного поведения молодежи, возможно, наметить правильную стратегию для формирования у них ответственного отношения к своему репродуктивному здоровью, а также предупредить угрозу распространения ВИЧ-инфекции.

HIGH-RISK SEXUAL BEHAVIOR AS AN INDICATOR OF POTENTIAL THREAT OF ACQUIRING HIV INFECTION AND REALIZATION OF YOUTH REPRODUCTIVE PLANS

Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Taenkova A.A., Balakhontseva L.A.

Challenges of our time dictate the necessity of preservation of reproductive potential as the outspread of behavioral diseases including HIV-infection pose a threat to health and fulfilling the reproductive plans of youth. Research surveys that can serve as indicators

of HIV transmission risk and reproductive health risks are conducted in order to plan preventive work in Khabarovsk region.

РЕЕСТР ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК ГОРОДА МОСКВЫ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Полякова Е.И.

Кафедра репродуктивной медицины и хирурги, ФПДО МГСУ
Москва, Российская Федерация, Морозовская детская клиническая больница

Резюме: Приводятся данные реестра гинекологической заболеваемости девочек и девушек города Москвы по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ за 2016 г. "Репродуктивное здоровье" – это полное социальное и физическое, умственное благополучие, во всех вопросах, связанных с репродуктивной системой, то есть возможность производить на свет желанных детей. Именно в детском возрасте закладывается репродуктивный потенциал будущего поколения. Потому так важна современная диагностика и выбор рациональных методов терапии любой патологии именно в возрасте становления и функционального развития органов репродуктивной системы.

Актуальность: В последние годы в нашей стране и общественные, и государственные органы стали задумываться о репродуктивном здоровье нации. Отмечена отрицательная динамика показателей здоровья детей, в том числе девочек – подростков. В целях совершенствования организации медицинской помощи детям и подросткам в ЛПУ города Москвы, работа гинекологов детского и юношеского возраста организована в соответствии приказа Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012 г. №572н. – пункта VIII "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология" с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г. и 11 июня 2015 г., а также с положениями ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Около 2,5 тысяч девочек и девушек от 0–17 лет наблюдалось в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков города Москва при Морозовской ДГКБ в 2016 г.

Структуризация гинекологической патологии у девочек и девушек проводилась на основании данных, полученных в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы при Морозовской ДГКБ ДЗМ за 2016 г., которые находились на лечении и динамическом наблюдении. В реестре гинекологической заболеваемости девочек и девушек, по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, на первом месте по частоте выявления отмечаются – вульвовагиниты (30%), затем нарушения менструального цикла (23%), синехии малых половых губ (20%), опухолевидные образования (19%), пороки развития половых органов (4,5%), воспалительные заболевания внутренних половых органов(3,5%). В возрасте от 0–10 лет преобладают вульвовагиниты (28%), синехии малых половых губ (15%),

аномалии половых органов, травмы наружных половых органов(11%), преждевременное половое созревание (4%), а в возрасте от 10–18 лет – аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (26%), нарушения менструального цикла (14%), опухоли и опухолевидные образования придатков матки (12%), воспалительные заболевания внутренних половых органов (4%).

Заключение: Учитывая данные Центра репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы у детей 0–10 лет преобладают воспалительные заболевания наружных половых органов, а у детей, начиная с 12 лет первое местно занимают нарушения менструального цикла, что соответствует данным о гинекологической заболеваемости девочек и девушек на всей территории Российской Федерации.

REGISTER OF GYNECOLOGICAL DISEASES OF GIRLS AND YOUNG WOMEN OF THE CITY OF MOSCOW ACCORDING TO THE CENTER FOR REPRODUCTIVE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MOROZOV DGKB

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Koltunov I.E., Korotkov S.A., Osipov G.T., Polyakova E.I.

Department of reproductive medicine and surgery
FPDO MGSU, Moscow, Russian Federation, Morozov children's clinical hospital

Summary: Provides data registry gynecological diseases of girls and young women of the city of Moscow according to the Center for reproductive health of children and adolescents with Morozov DGKB for 2016 "Reproductive health" is a complete social and physical, mental well-being in all matters related to the reproductive system, it is possible to produce desirable children. It is in childhood lays the reproductive potential of future generations. Because that is so important modern diagnosis and choice of rational methods of therapy of any disease in the age of the formation and functional development of the reproductive system.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Сабурова Х.Ш., Додхоева М.Ф., Каримова Р.Н.

Республика Таджикистан, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, гинекологическое отделение областной клинической больницы г. Курган-Тюбе

Резюме. Авторы сообщают о результатах исследований, которые свидетельствуют об увеличении частоты внематочной беременности в сельской местности и выявили факторы, которые возможно способствовали учащению развития этой патологии в регионе, где эта патология в конце прошлого века наблюдалась в единичных случаях.

Актуальность.

Проблема внематочной беременности (ВБ), несмотря на все достижения современной гинекологии, остается одной из серьезных, т.к. представляет непосредственную угрозу жизни женщины. Данные литературы последних лет свидетельствуют о наличии стойкой тенденции к увеличению частоты внематочной беременности (Майскова И.Ю. и соавт. 2006; О.Ф. Серова и соавт. 2006). Актуальность проблемы обусловлена тем, что внематочная беременность – одна из частых причин материнской смертности и репродуктивных потерь (Айламазян Рябцева И.Т., 1997; Беженарь В.Ф. и соавт., 1999).

Целью настоящих исследований явилось изучение факторов, способствующих развитию внематочной беременности у пациенток, проживающих в сельской местности.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты истории 224 больных с внематочной беременностью, поступившие в гинекологическое отделение областной клинической больницы г. Курган-Тюбе, Республика Таджикистан, за период 2001–2006 гг.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение динамики роста частоты внематочной беременности за последние 20 лет показало, что в гинекологическое отделение Курган-Тюбинской областной больницы (3-й уровень родовспомогательных учреждений, где концентрируются все гинекологические больные области, нуждающиеся в оперативной помощи) в 1984 году поступило 7 больных с ВБ. За последующие 10 лет это число увеличилось почти вдвое, а через 20 лет – почти в 6 раз (по сравнению с 1984 г.). Хотя частота внематочной беременности и ее соотношение к родам соответствуют данным литературы, для региона высокой рождаемости, приведенные показатели являются довольно высокими. В послевоенное для страны время (1994–2000 гг.), в связи с появлением множество факторов, включая стресс, частота ВБ увеличилась. Анализ показал, что менструальная функция у больных с ВБ была нарушена в 86 (38,3%) случаях. Возраст менархе – 15–18 лет был отмечен у 151 (67,4%) пациенток, альгодисменорея – у 46 (20,5%), нерегулярные менструации – у 15 (6,6%).

Нами были исследованы факторы, которые возможно способствовали увеличению частоты ВБ в сельской местности: вид контрацепции, количество абортов, частота распространения сексуально-трансмиссивных заболеваний и другие. Заслуживает внимания тот факт, что у обследованных женщин внематочная беременность наступила на фоне высокой частоты соматической и генитальной патологии, такие как анемия – в 92,4% случаях, которая является краевой патологией страны. Среднетяжелая и тяжелая формы анемии составили 54,9%, т.е. отмечалась у каждой 2-й поступившей с внематочной беременностью больной. Следующая по частоте встречаемости патология, на фоне, которой развилась внематочная беременность, было диффузное увеличение щитовидной железы – 12,5% случаев. У каждой 10-й больной установлена спаечная болезнь, которая является результатом воспалительных заболеваний и послеоперационных осложнений. Всего 286 заболеваний явились фоном, на котором развивалась внематочная беременность (в среднем на каждую женщину приходится 1,3 экстрагенитальных заболеваний). Следовательно, у больных наблюдалось не одна, а сочетанная патология, в свою очередь, способствующая развитию болезни.

Наряду с соматической патологией наслаивалась и генитальная патология – у больных с внематочной беременностью наблюдались как эндокринные нарушения

в репродуктивной системе, так и воспалительные заболевания гениталий, немало было и опухолевых заболеваний.

Какие причины могли способствовать такой высокой частоте гинекологической заболеваемости больных с ВБ в регионе высокой рождаемости?

Для этого были рассмотрены репродуктивные потери у исследуемого контингента – частота медицинских абортов у больных с ВБ была такова: у 34 (15,2%) больных с ВБ в анамнезе были от 1 до 10 искусственных абортов, у 17 (7,6%) – мини-аборты методом вакуум-аспирации.

Результаты исследования выявили высокий процент самопроизвольных выкидышей, так у 46 (20,5%) женщин был выявлен в анамнезе самопроизвольный выкидыш: чаще в 1-ом и реже во 2-ом триместре беременности количеством от 1 до 5, причем отмечалось сочетание искусственных и мини-абортов. Ни одна из указанных женщин не отметила проведения обследований и реабилитационных мероприятий после выкидышей и искусственных абортов. На перенесенную внематочную беременность в анамнезе указали 19 (8,5%) больных. Всего репродуктивные потери зарегистрированы у 121 больных, что составляет 54,0%. Наряду с репродуктивными потерями, у 21 женщины было указание на первичное и вторичное бесплодие.

Немаловажную роль в возникновении эктопической беременности играют некоторые виды контрацепции, среди которых особое место занимает внутриматочная спираль. Изучение используемых методов контрацепции среди исследуемого контингента показало, что в 21 (9,3%) случаев, женщины использовали ВМС, 9 (4,0%) – прерванный половой акт. Арсенал использованных контрацептивов был незначителен.

Следующим возможным фактором развития ВБ в регионе высокой рождаемости могут быть сексуально-трансмиссивные заболевания, такие как цитомегаловирус и кандидоз, хламидиоз и трихомониаз. Ассоциация микробов установлена в 20,6%. Распространение сексуально-трансмиссивных заболеваний в этом регионе, возможно, обусловлено значительной миграцией населения этого региона. Мужья 56 (25%) поступивших с ВБ больных находились в настоящее время или в прошлом были в миграции, а мигранты составляют группу риска по распространению заболеваний, передающихся половым путем.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют об увеличении частоты внематочной беременности и выявляют факторы, которые возможно способствовали развитию внематочной беременности у обследуемых в условиях сельской местности, которые носят медико-социальный и, зачастую, сочетанный характер. К ним относятся: позднее становление и патологическая менструальная функция у подростков, высокая частота экстрагенитальных и генитальных заболеваний, распространенность сексуально-трансмиссивных заболеваний, применение внутриматочной контрацепции, высокая частота искусственных и самопроизвольных абортов. Указанными факторами и обусловлено увеличение частоты внематочной беременности в регионе, где эта патология в конце прошлого века наблюдалась в единичных случаях.

FACTORS CONTRIBUTING TO THE FREQUENCY OF ABDOMINAL PREGNANCY IN THE RURAL AREA

Saburova H.Sh., Dodkhoeva M.F.

The Republic of Tajikistan, the TSMU named. Abu Ali ibn Sina, the gynecological ward of the regional hospital in Kurgan-Tube

Authors inform about the results of the research that point to a frequency of abdominal pregnancy and the factors which might cause the development of abdominal pregnancy among investigated patients in the rural area. Following risk factors were indicated: late and pathological menstrual function among adolescent girls, a high frequency of extragenital and genital diseases, prevalence of sexually transmittea infections, using of intrauterine contraception, a high incidence of induced and spontaneous abortion. The authors assume that these factors might have caused the frequency of abdominal pregnancy to increase in the region where this pathology had been observed in isolated cases at the end of last century.

ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ. ОЦЕНКА РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДАЧИ УЛУЧШЕНИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Дондюк Ю.В., Ушанлы А.С.

Республика Молдова, г. Кишинев,
Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Николая Тестемицану»

Резюме. Материнская смертность в Республике Молдова по-прежнему остается актуальной проблемой. Страна не в полной мере достигла поставленных задач по улучшению материнского здоровья. Для преодоления существующих трудностей необходимо сконцентрироваться на контингенте женщин из социально неблагополучных слоев населения, особенно из сельской местности, улучшая доступ к качественным медицинским услугам и информированности этих женщин.

Актуальность. Материнская смертность является одним из наиболее чувствительных показателей состояния системы здравоохранения в стране, отражающий взаимодействие как социально-экономических, экологических, так и медико-организационных факторов. В период 1990–2015 годов этот показатель в целом по миру сократился на 45% – с 380 до 210 случаев материнских смертей на 100 000 живорождений. В 2000 году Республика Молдова, наряду с другими 193 странами, приняла основные цели развития тысячелетия и в рамках 5 цели – улучшения охраны материнского здоровья, обязалась снизить материнскую смертность на ¾ – с 53,2 на 100 000 живорожденных в 1990 году, до 16,0 в 2006 году, 44,5 в 2010 и до 31,1 в 2015 году.

Цель: Оценка реализации задач по снижению коэффициента материнской смертности в Республике Молдова.

Материал и методы исследования: Был проведен проспективный анализ материнской смертности в Республике Молдова за 2003–2015 гг. Сбор материала осуществлялся методом анкетирования. Обработка полученных данных производилась с использованием программ SPSS 20 и Microsoft Excel 2010.

Полученные результаты: Показатель материнской смертности в республике осцилирует на протяжении последних 25 лет (1990 г. – 53,2; 1994 г. – 25,8; 1997 г. – 48,3; 2000 г. – 28,0; 2003 г. – 21,9; 2006 г. – 16,0; 2010 г. – 44,5; 2013 г. – 15,8; 2015 г. – 31,1). В анализируемом периоде (2003–2015 гг.) в структуре случаев материнских смертей преобладали прямые причины (55%), из которых на первом месте, по-прежему остаются массивные акушерские кровотечения (21,2%). К другим серьезным осложнениям относятся инфекции (15,3%), эмболия околоплодными водами (9,3%) и гипертензивные состояния (6,8%). Непрямые причины весьма разнообразны и вызваны экстрагенитальной патологией различной локализации (45%), большинство из которых можно было предотвратить. Продолжают регистрироваться случаи смертей на дому (17%), преимущественно в сельской местности. Глубокое неравенство в использовании услуг в области репродуктивного здоровья сохраняется между городским и сельским населением (28,2% к 71,8%), что свидетельствует об отсутствии всеобщего доступа к медицинскому уходу.

Заключение: В Республике Молдова проблема материнской смертности продолжает оставаться острой, занимать особое место и на фоне продолжающегося демографического и социально-экономического кризиса, недопустимо высока по сравнению с экономически развитыми странами. Несмотря на множество проводимых мер, направленных на стабилизацию и снижение показателя смертности, его уровень продолжает колебаться, что еще раз доказывает сложность и непредсказуемость его контроля. Постоянное усовершенствование медико-санитарных, организационно-методических мер в системе охраны материнства, у женщин из групп риска, помогут увеличить возможности управления этим показателем. Улучшение доступности женщин из социально-уязвимых слоев населения, особенно из сельской местности, к качественной медицинской помощи и планированию семьи, а также повышение уровня знаний и информирования населения о необходимости постоянного медицинского наблюдения во время беременности, является решающим фактором уменьшения осложнений беременности и предотвращения материнских смертей.

THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS. ASSESSMENT OF IMPLEMENTATION OF THE TASKS OF IMPROVING MATERNAL HEALTH IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Dondyuk Yu., Usonly A.S.

The Republic of Moldova, Kishinev,
State University of Medicine and Pharmacy named after, «Nicholas Testemitanu»

Summary. Maternal mortality in the Republic of Moldova continues to be an urgent problem. The country has not fully achieved its targets for improving maternal health. To overcome the current difficulties, it is essential to focus on the cohort of women from socially vulnerable categories of population, especially in rural areas, improving the access to quality health services and increasing awareness of these women.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ГИНЕКОЛОГОВ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИИ» В АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»

Владимирцев В.А.

Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Мосмед», Москва, Россия

Широкое применение в клинической практике достижений эндокринологической гинекологии, требующее повышения уровня подготовки врачей акушеров-гинекологов в этой области, предполагает расширение спектра программ дополнительного профессионального образования и развитие новых каналов предоставления соответствующих образовательных услуг в системе непрерывного медицинского образования. Одним из лицензированных центров дополнительного профессионального образования, занимающихся повышением квалификации врачей в области эндокринологической гинекологии и репродуктологии, является Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Мосмед» (АНО ДПО «Мосмед»), входящая в группу инновационных медицинских компаний «Мосмед» и Ассоциацию междисциплинарной медицины. Приоритетной задачей для неё является региональное продвижение новых учебных модулей, примером которого может служить программа повышения квалификации «Эндокринологическая гинекология», разработанная в рамках проекта «Программа помощи здравоохранению Республики Крым», реализуемого с ноября 2015 года. Первый цикл тематического усовершенствования по программе «Эндокринологическая гинекология» был проведен в феврале 2016 года в г. Симферополе. На нём прошли обучение 19 врачей-гинекологов из государственных и негосударственных лечебных учреждений различных городов Республики Крым. Все слушатели успешно прошли итоговую аттестацию и получили удостоверения о повышении квалификации установленного образца. В основу программы положен компетентностно-модульный подход. Она включает 6 модулей, 18 тем и блоки вопросов текущей и итоговой аттестации. Каждая тема освещает основные аспекты организации гинекологической помощи при нарушениях менструально-репродуктивной функции и эндокринных синдромах в клинической практике акушера-гинеколога. Содержание программы, разработанной специалистами АНО ДПО «Мосмед», в целом соответствует типовым программам последипломного повышения квалификации врачей, составленным в соответствии с основной профессиональной программой послевузовского образования для ординатуры по специальности «Акушерство и гинекология». Различное сочетание модулей и добавление новых разделов и тем позволяет на основе базовой программы формировать новые программы, содержание и продолжительность которых

отвечает интересам слушателей. Так в июле 2016 года на базе учебной клиники «Мосмед» в г. Москве был проведен интенсивный 16-часовой цикл тематического усовершенствования «Основы гинекологической эндокринологии и бесплодного брака», на котором прошли обучение 23 слушателя из Москвы и Московской области. В октябре 2016 года в г. Санкт-Петербурге прошёл 36-часовой цикл тематического усовершенствования по программе «Репродуктивное здоровье семьи – проблемы бесплодного брака». В нем приняли участие 26 врачей акушеров-гинекологов из г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Главным преимуществом АНО ДПО «Мосмед» при партнерстве с региональными заказчиками является оперативность предоставления образовательных услуг; быстрое обновление учебных модулей в соответствии с запросами заказчика; предложение краткосрочных интенсивных образовательных проектов по наиболее актуальным проблемам и частным разделам эндокринологической гинекологии; привлечение для учебно-консультативной работы на местах ведущих профессоров гинекологов-эндокринологов; возможность создания временных групп высококвалифицированных преподавателей под конкретные образовательные проекты; наличие широких контактов с медицинскими вузами и научными центрами Москвы, способствующее развитию междисциплинарного подхода в образовательном процессе; социальная ответственность за конечные результаты обучения и их внедрение в практическое здравоохранение.

Заключение. Использование образовательных ресурсов лицензированных негосударственных образовательных организаций дополнительного профессионального образования, располагающих необходимым кадровым потенциалом и собственной профильной клинической базой, является новым направлением развития непрерывного медицинского образования для врачей акушеров-гинекологов в области эндокринологической гинекологии, направленным на расширение образовательного пространства и увеличение доступности качественного дополнительного медицинского образования в регионах.

GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF ENDOCRINOLOGICAL GYNECOLOGY AT THE AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION «MOSMED»

Vladimirtsev V.A.

Autonomous non-profit organization of additional professional education «Mosmed», Moscow, Russia

Abstract. The Autonomous non-profit organization of additional professional education "Mosmed" implements additional professional education programs in the field of endocrinological gynecology. The example of preparation of a program of training for obstetricians-gynecologists "Endocrinological Gynecology" and its implementation in the Republic of Crimea showed the possibilities of use of educational resources of licensed non-profit organizations of additional professional education in the field of the gynecology.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ: МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ МЕР ПО ИХ СНИЖЕНИЮ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Бушмелева Н.Н., Гасников В.К., Тетелютина Ф.К.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

На основе комплексного анализа причин и факторов распространенности репродуктивных потерь в Удмуртской Республике научно обоснована и внедрена система мер по снижению репродуктивных потерь на региональном уровне, проведена оценка ее результативности.

Неблагоприятная демографическая ситуация, сложившаяся в России на рубеже XX-XXI веков, характеризующаяся естественной убылью и ухудшением здоровья населения, определяет особую социальную и политическую значимость проблемы повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь. С 1985 г. по 2001 г. УР занимала «первое место» по показателю абортов на 1000 женщин фертильного возраста в РФ. Кроме того, в 90-е годы для Удмуртской Республики были характерны высокие показатели материнской и перинатальной смертности, низкий образовательный уровень медицинских работников в вопросах современных методов регуляции рождаемости и снижения репродуктивных потерь, крайне низкое использование населением надежных средств контрацепции.

Сложившаяся ситуация обусловила необходимость включения в план научных исследований Ижевской государственной медицинской академии в 2002 г. проблемы профилактики абортов, снижения репродуктивных потерь и сохранения репродуктивного здоровья женщин. Целью этих исследований было научное обоснование мер по снижению уровня репродуктивных потерь, в том числе абортов, на основе комплексного анализа причин и факторов распространенности их в Удмуртской Республике.

Среди важнейших результатов научных исследований можно выделить наиболее значимые: определены причины возникновения и факторы, обуславливающие прерывание нежелательной беременности в УР; разработана автоматизированная система мониторинга репродуктивного поведения женщин фертильного возраста на основе компьютерной региональной базы данных женщин и автоматизированных рабочих мест главных специалистов региона; сформированы основные группы причин недостаточной эффективности управления профилактикой абортов в регионе и разработаны пути их устранения; научно обоснованы критерии оценки эффективности деятельности службы и разработана система мер по снижению репродуктивных потерь; внедрена система мероприятий по снижению репродуктивных потерь, разработанная на основе анализа организации акушерско-гинекологической службы в динамике 1991–2012 гг. и оценки диагностических, лечебных и организационно-тактических дефектов оказания медицинской помощи женщинам; усовершенствована и использована для определения приоритетных мер по снижению репродуктивных потерь расширенная схема их учета.

На основе полученных результатов разработаны и реализованы комплексные меры по совершенствованию научно-методологического, информационно-аналити-

ческого и организационного обеспечения управления профилактикой репродуктивных потерь на различных иерархических уровнях в регионе и внедрены в практику.

Полученные научные разработки позволили внедрить в здравоохранение УР новые методы профилактики, диагностики и лечения в службе охраны матери и ребенка. Результаты исследования использованы при формировании: внутриведомственных целевых программ 2004–2015 гг., включены в программы подготовки врачей на кафедрах акушерства и гинекологии, детских болезней, терапии и общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА и повышении квалификации средних медицинских работников в УПК.

Научно обоснование и внедрение в Удмуртской Республике разработанных мер в систему охраны здоровья матери и ребенка позволили за последние 10 лет уровень абортов снизить на 51,7% (с 52,4 до 25,3 на 1000 женщин фертильного возраста) при 40,3% в РФ; показатель материнской смертности уменьшился с 17,5 на 100000 живорожденных в 2005 г. до отсутствия зарегистрированных по УР материнских потерь в 2012 г. и 2014 г. (по РФ – на 55,1%: с 23,8 в 2005 г. до 11,4 в 2014 г. на 100000 живорожденных).

Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми в УР за 2005–2015 гг. уменьшился на 51,7% (с 11,6‰ до 5,6‰) – при снижении показателя в РФ с 11,0‰ до 7,4‰ на 32,7% (2005–2014 гг.). Перинатальная смертность в УР за период 2005–2015 гг. уменьшилась на 26,3% (в РФ – на 13,7% и ПФО – на 26,6%) – в основном за счет ранней неонатальной смертности.

Таким образом, тесное сотрудничество профессорско-преподавательского состава Ижевской государственной медицинской академии с органами управления здравоохранения региона, территорий, лечебно-профилактическими учреждениями и практическими специалистами позволяет совершенствовать организационные, методологические, лечебно-диагностические и профилактические технологии в улучшении репродуктивной составляющей демографических процессов в Удмуртской Республике.

REPRODUCTIVE LOSS: LONG-TERM EXPERIENCE OF THE SCIENTIFIC BASIS FOR MEASURES TO REDUCE THEM IN THE UDMURT REPUBLIC

Bushmeleva N.N., Gasnikov V.K., Tetelyutina F.K.

Izhevsk State Medical Academy

On the basis of complex analysis of reasons and factors of prevalence of reproductive losses in Udmurtskoy Republic the system of measures is scientifically reasonable and inculcated on the decline of reproductive losses at regional level, the estimation of her effectiveness is conducted.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Ашурова Н.Г., Киличева В.А., Ашуров Т.Х.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

По данным ряда авторов, причинами женского бесплодия в 4–39% случаев является эндокринные заболевания, которые проявляются в большинстве случаев недостаточностью лютеиновой фазы и синдромом лютеинизации неовулировавшего фолликула, в 29% случаев наблюдается заболевания придатков матки различного генеза, внутриматочные синехии – в 11,7% случаев, патология шейки матки – в 23,7% иммунологические и психогенные факторы – в 7–11% случаев.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской и государственной задачей, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства и сохранения генофонда.

В среднем в мире частота бесплодных браков составляет 10–20%. В республике бесплодием страдают 15–17% супружеских пар детородного возраста.

Бесплодие неблагоприятно отражается на общем состоянии и нервно-психическом статусе женщин, в одних случаях женщина внешне ничем не выдаёт своего состояния, в других наступают более или менее выраженные изменения в характере и поведении. Стремление иметь ребёнка доминируют над всеми остальными интересами.

Медико-демографическое исследование, проведенное в республике Узбекистан, показало, что у 93% женщин бесплодие приводит к психическому, социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Женщиной овладевает чувство неполноценности, создаётся фон для развития психоневротических заболеваний.

Установлено, что бесплодие может быть связано с воздействием целого ряда повреждающих факторов. По данным ряда авторов, причинами женского бесплодия в 4–39% случаев является эндокринные заболевания, которые проявляются в большинстве случаев недостаточностью лютеиновой фазы и синдромом лютеинизации неовулировавшего фолликула, в 29% случаев наблюдается заболевания придатков матки различного генеза, внутриматочные синехии – в 11,7% случаев, патология шейки матки – в 23,7% иммунологические и психогенные факторы – в 7–11% случаев.

Функциональное бесплодие, возникающие в репродуктивный период жизни человека, чаще обусловлено нейроэндокринной патологией. При этом может быть снижена гонадотропная активность гипоталамуса и гипофиза или нарушена цикличность деятельности этого звена в системе, регулирующей половую функцию. Подобные нарушения является результатом перенапряжения центральной нервной системы вследствие стрессов, травм, переутомления, длительного применения гормональных контрацептивов, седативных препаратов и других причин.

Следует отметить, что заболевания мочеполовых органов у девушки могут привести к нарушениям репродуктивной функции и гинекологическим заболеваниям у взрослой женщины.

Лечение бесплодия у женщин зависит от вызвавшей его причины. В первую очередь устраняются изменения, связанные с проходимостью маточных труб, шейки и тела матки, затем с помощью гормональных препаратов корригируются нарушения овуляции.

Рекомендуется у женщин с эндокринным бесплодием на фоне хронических воспалительных заболеваний органов таза проводить сочетанное лечение, включающее в себя антибактериальную, противовоспалительную терапию.

Профилактика бесплодия – заключается в своевременном выявлении и лечении пороков развития половой системы, а также воспалительных заболеваний половых органов венерического и воспалительного генеза, предупреждение абортов у женщин, соблюдении гигиены половой жизни, устранении вредных воздействий на организм в быту и на производстве, в здоровом образе жизни. При бесплодии женщина должна обследоваться у акушер – гинеколога, в случае бесплодного брака супругам следует обратиться в женскую консультацию или в консультацию «Брак и семья».

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS FEMALE INFERTILITY

Ashurov N.G., Kilicheva V.A., Ashurov T.H.

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan

According to a series of authors, is the reasons of female sterility in 4–39% of cases endocrine diseases which are shown in most cases by a failure of a lutein phase and a syndrome of a luteinization of not ovulating follicle, in 29% of cases it is observed diseases of appendages of a uterus of various genesis, endometrial synechias – in 11,7% of cases, pathology of a neck of uterus – in 23,7% immunologic and psychogenic factors – in 7–11% of cases.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ И СТРУКТУРУ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Каюмова Д.Т., Рахматова Н.С.

Узбекистан. Ташкентская медицинская академия

Несмотря на достижения медицины XXI века, перинатальная заболеваемость и смертность сохраняются актуальной проблемой во всем мире. Уровень и структура перинатальных потерь являются одними из основных дермографических показателей и в тоже время отражают качество акушерской и неонатальной помощи, как в регионе, так и отдельно взятой стране.

Цель исследования: проведение сравнительной оценки основных причин смерти новорожденных в динамике до и после применения новых акушерских и перинатальных технологий в практике.

Был проведен анализ причин ранней неонатальной смертности за 2014, 2015 гг и за 9 месяцев 2016 года в родильноgм комплексе 2-клиники ТМА. Методами исследования явились статистический в расчетом ранней неонатальной смертности и определения структуры ее причин с использованием Матрица BABIES (ВОЗ).

В 2014 году наблюдалось 29 случаев ранней неонатальной смерти из 3864 родов, и показатель ранней неонатальной смертности составил 7,5. Из них 4 (14%) новорож-

денных умерли от состояний, связанных с асфиксией, в 2 раза больше – по 8 (28%) новорожденных умерли от инфекции и врожденных аномалий; 2 (7%) случая смерти были отмечены от родовой травмы и другие причины составили также по 2 (7%) случая;; 5 (17%) новорожденных умерли от состояний, связанных с незрелостью. В 2015 году общее число ранних неонатальных смертей составило 17 к общему числу родов 4325, показатель составил 3,9, что на 3,6 ниже, чем предыдущем году. С одинаковой частотой среди причин смерти – по 2 (12% случая), составили состояния, связанные с асфиксией, незрелостью и врожденными аномалиями; два раза чаще – 4 (24%) новорожденных умерло от состояний, связанных с родовыми травмами и лидирующей причиной – в 7 (41%) случаях новорожденные умерли от инфекций. Ранние неонатальные смерти за 9 месяцев 2016 году составили 8 случаев на 3518 родов, и показатель ранней неонатальной смертности составил 2,3, что на 5,2 (по сравнению с 2014 г) и на 1,6 (по сравнению с 2015 г) меньше. Следовательно, с внедрением передовых акушерских и перинатальных технологий в родильном комплексе (регулярный антенатальный уход, тактика невмешательства, демедикализация, партнерские роды, соблюдение «тепловой цепочки», а также адекватные реанимационные мероприятия новорожденным) показатели ранней неонатальной смертности имеют значительную тенденцию к снижению. Анализируя структуру смертей новорожденных за 9 месяцев текущего года следует отметить, 6 из 8 (75%) новорожденных умерло от инфекции, что явилось лидирующей причиной, тогда как от родовой травмы и от других причины наблюдалось по 1 (12%) случаю смерти. Таким образом, с применением новых технологий не наблюдались смерти от состояний, связанных с асфиксией, незрелостью и врожденными аномалиями.

Лидирующей причиной ранней неонатальной смертности, независимо от внедрения передовых технологий в акушерстве и гинекологии продолжает оставаться инфекция. Относительное повышение числа смертей от родовых травм новорожденных в 2015 постепенно снизилось в 2016 году.

SUMMARY EFFECT OF ADVANCED TECHNOLOGIES IN OBSTETRICS AND NEONATOLOGY ON PERFORMANCE AND STRUCTURE EARLY NEONATAL MORTALITY

Kayumova D.T., Rakhmatova N.S

Uzbekistan. Tashkent Medical Academy

From the analysis of the frequency and causes of early neonatal mortality for 2014–2016 years, it determined that with the introduction of advanced obstetric and perinatal technologies in the delivery complex indication of early neonatal mortality are significant down ward trend from 7.5 to2.3.

ГЛАВА 2 / CHAPTER II

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Барсегян Л.К.[1], Оразов М.Р.[1], Токаева Э.С.[1]

1 Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Актуальность. Эндометриоз – распространённое гинекологическое заболевание, при котором клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Согласно последним данным, эндометриозом во всем мире болеют примерно 176 млн женщин в основном репродуктивного возраста (каждая десятая). Первые проявления заболевания приходятся на тот момент времени, когда женщины получают образование, делают карьеру, строят партнерские отношения или создают семью. Годы изнуряющей боли, бесплодия, спорадической, а иногда полной потери трудоспособности препятствуют раскрытию потенциала и полной реализации возможностей этих женщин в экономической, социальной сфере и в семье, что позволяет отнести эндометриоз к социально значимым заболеваниям. Выявлена ключевая роль определенных характеристик эутопического эндометрия и подтверждена важность влияния молекулярно-биологических процессов (снижение апоптоза, пролиферация, инвазия, неоангиогенез) на формирование эндометриоидных гетеротопий, клиническое течение и прогноз заболевания.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение основных маркеров нарушений костного метаболизма у пациенток с тазовой болью, ассоциированной с эндометриозом.

Материалы и методы. Дизайн исследования ретроспективный, проспективный, эксперименталное изучение. В исследование включено 100 женщин репродуктив-

ного возраста. Основную группу составило 60 женщин с тазовой болью, ассоциированной с эндометриозом, группу контроля составило 40 женщин с эндометриозом без болевого синдрома. Верификация диагноза эндометриоз в обеих группах было подверждено морфологическим исследованием. Пациентки обеих групп перенесли хирургические вмешательства в том или ином объеме по поводу эндометриоза. Методы исследования включили оценку тазовой боли по системе ВАШ, определение биохимических маркеров костного метаболизма у женщин с остеопорозом, обусловленным эндометриоз – ассоциированной тазовой болью, статистическая обработка, критерии включения и исключения. Всем исследуемым женщинам в начале обращения определяли уровень Остеокальцина (маркер костного ремоделирования) и витамина D в венозной крови с помощью иммунохемилюминесцентного анализа (ECLIA) на анализатора Immulite 1000. Основные референсные значения для Остекальцина 14–42 нг/мл и витамина D составило 30–70 нг/мл.

Средний возраст пациенток составил 35±3,3 года. Критерии включения эндометриоз– ассоциирования тазовая боль , остеопороз. Критрии исключения иные гинекологические и негинекологические причины тазовой боли.

Результаты исследования. Доминирующим симптомом заболевания в исследуемой группе являлся синдром тазовой боли. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы подразделились на три подгруппы: 1-я подгруппа (n=20) – со слабовыраженным болевым синдромом; 2-я подгруппа (n=25) – с умеренно выраженным болевым синдромом; 3-я подгруппа (n= 15) – с резко выраженным болевым синдромом. Изучение биохимических показателей метаболизма костной ткани продемонстрировало достоверное большее уровень снижение показателя остекальцина был выше в третей подгруппе и составил 9,02 ± 0,01 нг/мл ($p<0,05$) , в первой и второй подгуппе показатели определились нижней границей референсных значений и составили для первой подгруппе 13,1± 0,02 нг/мл ($p<0,05$) , для второй 11,2 ± 0,01 нг/мл ($p<0,05$)соответственно. Для контрольной группы показатели остеокальцина составили от 30,2 ± 0,01 нг/мл до 38,01 ± 0,02 нг/мл.

Вывод. Таким образом, полученные данные позволяют предположить о ранних нарушениях костного метаболизма у пациенток с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью.

MARKERS OF BONE METABOLISM DISORDERS IN PATIENTS WITH PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS

Barsegyan L.K.[1], Orazov M.R.[1], Tokaeva E.S.[1]

1-Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education People's Friendship University of Russia

In recently association of osteoporosis and other impairment of bone metabolism with endometriosis-associated pelvic pain were revealed. Different hormone disorders, proinflammatory cytokines, low serum vitamin D status seem to be a predictors and common risk factor for osteoporosis in women with pelvic pain induced by endometriosis.

КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ АКТИВАЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЭУ– И ЭКТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ

Азнаурова Я.Б.[1], Гаража А.В.[2], Буздин А.А.[2], Адамян Л.В.[1]

1. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
2. Первый онкологический научно-консультационный центр

Ключевые слова: эндометриоз, молекулярные нарушения, внутриклеточные сигнальные пути, транскриптом.

Актуальность исследования. Распространённость эндометриоза достигает 10–15% среди женщин репродуктивного возраста. Существует множество теорий патогенеза эндометриоза, однако у каждой пациентки развитие и прогрессирование заболевания объясняется и протекает сугубо индивидуально. Отсутствие единой теории этиологии и патогенеза, описывающей все известные случаи заболевания, и качественных методов своевременной диагностики формирует актуальность изучения эндометриоза на молекулярном уровне.

Цель. Определить характерные изменения уровня активации внутриклеточных сигнальных путей в клетках эу– и эктопического эндометрия, выявить корреляцию молекулярных нарушений в указанных локализациях.

Объект исследования. В ходе лапароскопической операции по поводу наружного генитального эндометриоза и гистероскопии были взяты образцы эу– и эктопического эндометрия у 10 пациенток с верифицированным диагнозом.

Материалы и методы. В исследование были включены 10 пациенток с диагнозом эндометриоз, не получавшие гормональные препараты до оперативного вмешательства.

Из полученных образцов ткани была выделена РНК. Транскриптом исследовался методом микрочиповой гибридизации. С помощью биоинформатической программы был рассчитан профиль активации/репрессии внутриклеточных сигнальных путей (ВСП) в изучаемых образцах ткани. Также было проведено сравнение профилей активации ВСП в образцах эутопического и эктопического эндометрия.

Результаты. Анализ полученных результатов продемонстрировал высокую корреляцию между степенью активацией ВСП в эу– и эктопическом эндометрии: 85,21% корреляция между степенью активацией ВСП в клетках эутопического эндометрия и клетках капсулы эндометриоидной кисты правого яичника; 97,70% корелляция между степенью активацией ВСП в клетках эутопического эндометрия и клетках очага эндометриоза брюшины.

Заключение. Оценка изменений в эутопическом эндометрии может служить маркером состояния ткани в эктопических очагах. Таким образом, анализ изменения активности внутриклеточных сигнальных путей в клетках эутопического эндометрия может стать надёжным способом диагностики наружного генитального.

INTERCONNECTION BETWEEN EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM ON SIGNALING PATHWAYS LEVEL

Yana Aznaurova[1], Andrew Garazha[2], Anton Buzdin[2], Leila Adamyan[1],

1. A.I. Evdokimov Moscow State Medical & Dental University
2. First Oncology Research and Advisory Center

Key words: endometriosis, molecular disturbances, intracellular signaling pathway, transcript.

Conclusion. Evaluation of changes in eutopic endometrium may serve as a marker of tissue in ectopic foci. Thus, the analysis of changes in the activity of intracellular signaling pathways in the cells of the endometrium eutopic can become a reliable method of diagnosing external genital.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗ – АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Барсегян Л.К.[1], Оразов М.Р.[1], Токаева Э.С.[1]

1– Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Актуальность. По последним данным ВОЗ, каждая 10-я женщина репродуктивного возраста во всем мире страдает эндометриозом. В России в структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место. Эпидемиологические исследования в США показали, что, по самым скромным подсчетам, показатель его распространенности среди женской популяции в возрасте 15–49 лет составляет 10%.

По данным крупного проспективного исследования здоровья медсестер II (Nurses' Health Study II), женщины с низким индексом массы тела характеризуются более высоким риском развития эндометриоза, чем женщины с ожирением. Это согласуется с данными эпидемиологических исследований, показавших, что более низкие значения индекса массы тела и соотношения окружности талии и окружности бедер коррелируют с повышением риска эндометриоза. Кроме того, результаты нового систематического обзора и метаанализа свидетельствуют о наличии достоверной корреляции между чрезмерным потреблением алкоголя и риском развития эндометриоза. Эту взаимосвязь можно объяснить сочетанным неблагоприятным влиянием алкоголя на эндокринные и иммунные механизмы.

Цель исследования: изучение причинно-следственных детерминант возникновения эндометриоз – ассоциированной тазовой боли у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Дизайн исследования ретроспективный, проспективный, экспериментальное изучение. В исследование включено 100 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составило 60 женщин с тазовой болью, ассоциированной с эндометриозом, группу контроля составило 40 женщин с эндометри-

озом без болевого синдрома. Верификация диагноза эндометриоз в обеих группах было подтверждена морфологическим исследованием. Пациентки обеих групп перенесли хирургические вмешательства в том или ином объеме по поводу эндометриоза. Методы исследования включали изучение клинико – анамнестического статуса, репродуктивного анамнеза, перенесенных заболеваний, оперативных вмешательств и некоторых показателей качества жизни, статистическая обработка, критерии включения и исключения.

Средний возраст пациенток составил 35±3,3 года. Критерии включения эндометриоз– ассоциирования тазовая боль. Критерии исключения иные гинекологические и негинекологические причины тазовой боли.

Результаты исследования. В результате анализа гинекологического анамнеза среди женщин основной группы возраст становления менархе ранним оказался у 45 (n=45) женщин, что составило 75% (p<0,05) от всех женщин с эндометриоз– ассоциированной тазовой болью, позднее менархе в этой группе наблюдалось в 12 (n=12) случаях, что составило 20% (p<0,05) и своевременное наступление менархе в данной группе составило соответственно 5% (p<0,05) в трех случаях (n=3). В структуре нарушений менструального цикла больные с дисменореей составили 100%(p<0,05), с гиперполименореей 83% случаев (p<0,05), с перименструальными кровянистыми выделениями 93% (p<0,05).

Изучение данных, характеризующих фертильность у исследуемых женщин, выявило, что исследуемый контингент в основном страдает от вторичного бесплодия (78%,p<0,05, n=78) и основную часть этой когорты составляют женщины с резко выраженным болевым синдромом. Возраст наступления первой беременности у данного контингента составила до 29 лет в 35% случаев (n=35) и старше 29 лет в 65% случаев (n=65). Также была выявлена подверженность женщин с эндометриозом к хроническим заболеваниям и выявлена взаимосвязь между степенью выраженности болевого синдрома и морфо-конституциональными особенностями исследуемых женщин. С астеническим телосложением в основной группе было 55% (p<0,05) женщин (n=55), в группе контроля 25% (n=25, p<0,05) (от общего числа пациентов 80% (n=80, p<0,05), остальные женщины относились к нормостеническим морфофункциональной конституции.

Вывод. Таким образом, изложенные данные позволяют предопределить о некоторых причинно-следственных детерминантах, обуславливающие механизмы усиления тазовой боли, обусловленной эндометриозом.

CAUSE – EFFECT DETERMINANTS OF ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED PELVIC PAIN

Barsegyan L.K.[1], Orazov M.R.[1], Tokaeva E.S[1].

1 – Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education People's Friendship University of Russia

According to data of large prospective clinical trial called Nurses' Health Study II, women with lower body mass index characterized by high risk of endometriosis in comparison with women with obesity. In conformity with data of latest systematic review and meta-analysis there is statistically significant association between alcohol consumption and endometriosis.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Хайитбаева К.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Рес. Узбекистан

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

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

Материалы и методы: в исследование были включены 40 женщин с АИТ, находящихся на заместительной гормональной терапии Л-тироксином. Критерии включения: женщины с АИТ репродуктивного возраста с 18–45 лет, нуждающиеся в контрацепции, не имеющие противопоказания к назначению гормональной контрацепции по критериям ВОЗ (2009 г.). Применялись общеклинические, клинико-лабораторные(показатели АТ ТПО, АТ ТГ, ТТГ, Т4св, параметры гемостаза) и статистические методы обследования.

Результаты: средний возраст пациенток составил 28±3 лет. У всех пациенток менстру-альный цикл был овуляторным. В результате обследования у пациенток с АИТ установлена: дисменорея у 26 (65%) женщин, овуляторные боли у 21 (52%), симптомы предменструального синдрома(плаксивость, раздражительность, депрессия и др) у 21 (55%). Оценка результатов проводилась в динамике наблюдения через 6 и 12 мес.В течение 12 месяцев наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая беремен-ности. Нежелательные побочные явления, такие как межменструальные кровянистые выделения были установлены у 11 (14%), тошнота у 5 (12%) пациенток. Через 6 месяцев от начало приема препарата жалобы на симптомы ПМС наблюдалось только у 12 (30%) женщин, дисменореясохранялось у 1 пациентки. Ни у одной жен-щины не были зарегистрированы овуляторные боли. В динамике наблюдения к 12 месяцу от начала приема препарата остальные пациентки отметили значительное улучшение. У 2 пациенток сохранились симптомы ПМС (раздражительность). На протяжении всего периода наблю-дения нами не было выявлено отрицательного влияния контрацептива на уровень ТТГ, Т4св, на параметры гемостаза. Ни в одном случае врач-эндокринолог не увеличил дозу Л-тироксина. До назначения КОК средний показатель уровня АТ ТПО составлял 1020±154, АТ ТГ – 2015±388. К концу наблюдения – АТ ТПО 880±34, АТ ТГ 1050±58. Следовательно, КОК способствует снижению антител к ткани щито-видной железы.

Выводы. Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона является высокоэффективным, безопасным и приемлемым контрацептивным препаратом, обладающим лечебным эффектом при предменструальном синдроме, овуляторных болях, дисменорее у женщин с АИТ. КОК не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы, на параметры гемостаза у женщин с АИТ. Обладает супрессивным эффектом

на антитела к ткани щитовидной железы, что нами был расценен, как терапевтическое влияние на течение АИТ.

HORMONAL CONTRACEPTION IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Khaitbaev K.H.

Medical faculty of Urgench branch of Tashkent medical Academy. Res. Uzbekistan

The study included 40 women with autoimmune thyroiditis who have been assigned a combined oral contraceptive containing 30 mcg of ethinylestradiol and 3 mg of drospirenone. We found that the COC has a therapeutic effect on the symptoms of PMS, ovulatory pain and dysmenorrhea in women with AIT. No negative impact on the level of TSH and T4св, on hemostasis in women with AIT, has a suppressive effect on antibodies to the thyroid tissue (TPO and ATA at TG).

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК MUSASHI-1 В ОЧАГАХ АДЕНОМИОЗА

Джамалутдинова К.М., Козаченко И.Ф., Файзуллина Н.М., Щеголев А.И.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Аденомиоз – одна из форм эндометриоидной болезни, для которой характерен прогрессивный инвазивный рост ткани эндометрия в толщу миометрия тела и перешейка матки, сопровождающийся гладкомышечной гиперплазией и гипертрофией. Основные теории причин и механизмов развития аденомиоза заключаются в том, что в связи с ослабленным или нарушенным эндометрио-миометральным барьером, аденомиоз произрастает благодаря инвагинации базального эндометрия, в котором располагаются прогениторные стволовые клетки именно в области эндометриально-миометриального соединения, непосредственно в миометрий. Другими словами, гемопоэтические стволовые клетки могут также дифференцироваться в эндометриоидные ткани в эктопических местах миометрия. Внедрение очагов эндометриоза в миометрий будет способствовать высокой пролиферативной и плюрипотентной дифференцировке взрослых стволовых клеток. Нециклическая и аномальная экспрессия маркера стволовых клеток Musashi-1 при аденомиозе изменяет пролиферацию и апоптоз клеток эндометрия, и усиливает способность эндометрия к внедрению в миометрий и рост эктопической ткани, которые могут нести ответственность за инициирование и прогрессирование аденомиоза. На основе этих теорий, Musashi-1-экспрессирующие клетки-предшественники могут достигать миометрия

Цель исследования: сравнительный иммуногистохимический анализ экспрессии Msh1 в эндометрии на разных фазах менструального цикла, а также при узловом и диффузном аденомиозе.

В основу работы положен морфологический анализ операционного материала 26 больных в возрасте 23–53 лет,.прошедших оперативное лечение по поводу аденомиоза тела матки в отделении оперативной гинекологии НЦАГиП им В.И. Кулакова. Все пациентки разделены на две группы. Первую (1) группу больных составили 13 женщин с диффузной формой аденомиоза. Во вторую (2) группу вошли 13 пациентки с узловой формой аденомиоза. Всем пациенткам проводили общеклиническое обследование, интрументальное и лабораторное исследование, с целью верификации диагноза. У 17 пациенток установлена фаза пролиферации и у 9 – фаза секреции менструального цикла. Для гистологического и иммуногистохимического исследования использовали соскобы из полости матки, а также кусочки эндометрия и миометрия с участками аденомиоза из удаленных маток и их фрагменты, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином. Для изучения экспрессии маркера стволовых клеток Musashi1 в ядрах и цитоплазме клеток эутопического и эктопического эндометрия использовали поликлональные кроличьи антитела к Msi1(ab21628, 1:100,Abcam).

Результаты. При иммуногистохимическом анализе ткantq эндометрия и аденомиоза установлено, что положительная реакция с Msh1наблюдается как в ядрах, так и в цитоплазме железистых и стромальных клеток. При этом выраженность ее зависит от фазы менструального цикла и формы аденомиоза. На препаратах эндометрия более высокие уровни экспрессии Msh1 отмечаются в фазу пролиферации. Максимальные значения зарегистрированы в ядрах эпителиоцитов, превышающие аналогичные показатели в фазу секреции на 35%. Цитоплазматический уровень экспрессии Msh1 в пролиферирующем эпителии на 21,7% выше значений фазы секреции. В клетках стромы интенсивность реакции также преобладает в фазу пролиферации: на 3,8% и 24,2% в ядрах и цитоплазме соответственно. В участках аденомиоза установлено увеличение уровня экспрессии Msh1, более выраженное при узловых формах. Так, при узловом аденомиозе значения ядерной и цитоплазматической экспрессии в фазу пролиферации превышают соответствующие показатели эндометрия на 45,1% и 38,1% ($p<0,05$), а при диффузной форме – на 25,9% и 25,4% ($p<0,05$). В то же время в цитогенной строме узлового аденомиоза уровни экспрессии в ядрах и цитоплазме выше значений стромальных клеток эндометрия на 37,0% и 35,4%, а при диффузном аденомиозе – на 12,0% и 13,4% соответственно. Фаза секреции характеризуется еще более выраженными изменениями. В ядрах и цитоплазме эпителиальной выстилки при узловом аденомиозе показатели экспрессии превышают аналогичные показатели секреторного эндометрия на 112,5% и 77,2% ($p<0,05$), при диффузном аденомиозе большая разница зарегистрирована в цитоплазме (67,4%), а не в ядрах (40,8%) эпителиальных клеток. Для цитогенной стромы более выраженные изменения по отношению к эндометрию характерны также для цитоплазмы (33,3% и 37,9% при узловой и диффузной форме соответственно), а не ядер клеток (25,0% и 9,6% соответственно). Таким образом, участки аденомиоза характеризуются более выраженной по сравнению с клетками эндометрия экспрессией Msh1. Согласно данным литературы, Msh1, представляющий собой РНК-связанный белок массой 39 кДа, считается маркером соматических стволовых клеток, поскольку способствует пролиферации и ингибированию апоптоза клеток. Блокирование эффектов Msh1 приводит к нарушению баланса между процессами обновления стволовых клеток и их дифференцировкой, вызывая преждевременную дифференцировку клеток.

FEATURES OF EXPRESSION STEM CELL MARKER MUSASHI-1 IN THE FOCI OF ADENOMYOSIS

Dzhamalutdinova K.M., Kozachenko I.F., Faizullina N.M., Shchegolev A.I.

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation1

Adenomyosis is a common gynecological disease characterized by the presence of endometrial glands and stroma in the myometrium. Abnormal proliferation of endometrial stem cells may be involved in the pathogenesis of adenomyosis. Musashi-1 is one of the most promising markers for endometrial somatic stem cells. Recently, Musashi-1 was found in endometrial glands and stroma. Furthermore, it has been shown that the numbers of Musashi-1 positive cells are significantly increased in proliferative compared to secretory endometrium. Musashi-1 expression in ectopic and paired eutopic endometrium of patients with adenomyosis (adenomyosis group, 26 cases) and in normal endometrium (control group, 26 cases) was studied with immunohistochemistry. The results suggested that the adult stem cell marker, Musashi-1, plays an important role in the pathogenesis of endometriosis.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ИЗ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Фархат К.Н.[1], Макиян З.Н.[1], Савилова А.М.[2], Асатурова А.В.[1], Адамян Л.В.[1]

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации 2, г. Москва, Российская Федерация

Аномалии развития матки и влагалища наблюдаются у 4,3–6,7% в общей популяции женщин репродуктивного возраста. Прогноз репродуктивных исходов у данной группы больных зависит не только от анатомической формы порока, а также от сопутствующей гинекологической патологии, среди которой наружный генитальный эндометриоз варьирует в диапазоне 15–77%. Результаты хирургического и гормонального лечения эндометриоза недостаточно эффективны, поскольку частота рецидивов составляет около 15–21%, а при длительном наблюдении достигает свыше 50%. Молекулярно-биологические исследования клеток и тканей эутопического и эктопического эндометрия актуальны для изучения диагностики, этиопатогенеза и эффективного лечения наружного генитального эндометриоза. Цель исследования: сравнительный анализ экспрессии генов-маркёров пролиферации, ангиогенеза, инвазии и рецепторов к половым гормонам в клетках тканей эутопического и эктопического эндометрия у пациенток с аномалиями развития матки и вла-

галища. Материалы и методы: проведена оценка экспрессии мРНК генов факторов роста и пролиферации (cdc2, ccnB1, ki-67), ангиогенеза (vegf) и инвазии (mmp9) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией в реальном времени на культурах мезенхимных стромальных клеток (МСК) из эктопического и эутопического эндометрия у 42 пациенток 18–42 лет с аномалиями матки и влагалища, поступивших на хирургическое лечение в гинекологическое отделение отдела оперативной гинекологии ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с 2013 по 2015 гг. Анализ экспрессии рецепторов генов эстрогенов (ER) и прогестерона (Pgr) выполнен иммуногистохимическим методом исследования. Биоматериал был разделен на две равные группы: 21 больных в сочетании с наружным генитальным эндометриозом, 21 – без сопутствующего эндометриоза. Соскобы эутопического эндометрия получали в результате проведения гистероскопии и диагностического выскабливания слизистой полости матки в фазу пролиферации менструального цикла; биоптаты эктопического эндометрия – путем иссечения эндометриоидных гетеротопий в ходе лапароскопии. Результаты исследования: у 9 (42,8%) больных выявлен наружный генитальный эндометриоз I степени, у 12 (57,2%) женщин – эндометриоз II степени. В качестве маркеров, характеризующих функциональное состояние клеток, были выбраны показатели экспрессии мРНК генов, регулирующих пролиферацию и клеточный цикл (cdc2, ccnB1, ki-67), ангиогенез (vegf) и инвазию в ткани (mmp9), уровень которых достоверно повышался в МСК из эктопического эндометрия. Уровень экспрессии мРНК гена vegf в МСК из эутопического эндометрия у женщин с эндометриозом был повышен по сравнению с МСК из эндометрия контрольной группы. Иммуногистохимическим методом была выявлена повышенная экспрессия рецепторов к половым гормонам ER и PR как в эутопическом, так и в эктопическом эндометрии. Выводы: МСК эктопического эндометрия отличались от клеток эутопического эндометрия пациенток с эндометриозом высокой пролиферативной активностью и повышенным ангиогенным потенциалом, что обеспечивало их высокий уровень жизнеспособности и могло обусловить способность к автономному росту. Выявленные молекулярно-генетические особенности эутопического и эктопического эндометрия имели сходство с таковыми у пациенток с наружным генитальным эндометриозом без пороков развития матки. Впервые было показано, что у женщин с пороками развития внутренних половых органов и рецидивом эндометриоза уровень экспрессии исследованных генов в МСК из эктопического эндометрия был достоверно выше, чем у женщин с первичным заболеванием, что позволяет предположить более выраженную степень пролиферации у этих клеток.

Резюме: целью исследования являлся сравнительный анализ экспрессии генов-маркёров пролиферации, ангиогенеза, инвазии и рецепторов к половым гормонам в клетках тканей эутопического и эктопического эндометрия у пациенток с аномалиями развития матки и влагалища. Уровень экспрессии мРНК генов, ответственных за пролиферативные процессы (cdc2, ccnB1, ki-67), ангиогенез (vegf) и инвазию в ткани (mmp9), достоверно выше в культурах клеток из эктопического эндометрия в сравнении с эутопическим эндометрием у пациенток с аномалиями матки и влагалища и сопутствующим наружным генитальным эндометриозом, что подтверждает их повышенную жизнеспособность и высокий риск рецидивирования заболевания.

MOLECULAR AND GENETIC CHARACTERISTICS OF MESENCHYMAL STROMAL CELLS FROM EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES

Farkhat K.N., Makiyan Z.N., Savilova A.M., Asaturova A.V., Adamyan L.V.

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation[1]
Pirogov Russian National Research Medical University[2]

Resume: the aim of study was a comparative analysis of gene expression markers of proliferation, angiogenesis, invasion and receptors of sex steroid hormones in the tissue cells of eutopic and ectopic endometrium in patients with uterovaginal anomalies. The level of mRNA gene expression responsible for the proliferative processes (cdc2, ccnB1, ki-67), angiogenesis (vegf) and invasion in the tissue (mmp9) was significantly higher in the cell cultures of the ectopic versus eutopic endometrium derived from patients with uterine malformations and concomitant endometriosis that confirms their increased vitality and a high risk of recurrence of the disease.

ФИБРОАДЕНОМАТОЗ – МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ

Шапкин Я.В.[1], Крылова Ю.С.[2], Хейфец В.Х.[1]

1 Многопрофильная клиника ООО «Госпиталь «ОрКли»
2 ФГБНУ «НИИ Акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»

ФАМ это гетерогенная группа патологии молочной железы, имеющая гормонозависимый характер и различную степень риска малигнизации. Мы рассмотрели возможность использования иммуногистохимического метода исследования с определением уровней и типов ER, для определения потенциала пролиферативной активности. Полученные результаты продемонстрировали, что для непролиферативных процессов более показательным является изменение экспрессии ERβ а для пролиферативных уровня ERα.

Диффузный и локализованный фиброаденоматоз (ФАМ) – характеризуются широким спектром пролиферативных (гиперплазия, пролиферация долек и протоков, пролиферация соединительной ткани) и регрессивных (атрофия, фиброз, кисты) изменений ткани молочной железы с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. Высокая распространённость дисгормональных заболеваний молочной железы в популяции, по различным оценкам от 40 до 76% и до 96% среди женщин с хроническими заболеваниями матки и яичников, неоднородность клинических проявлений и неоднозначность в подходах к классификации и терминологии, отсутствие стандартизованных показаний к лекарственному и хирургическому лечению заставляют искать объективные критерии оценки сте-

пени выраженности тканевых изменений в молочной железе и предикторы неблагоприятных клинических форм ФАМ, в том числе малигнизации. Молекулярные маркёры пролиферации могут рассматриваться как прогностические критерии, как один из факторов определяющих показания к консервативному и хирургическому лечению и как объективный критерий оценки ответа на терапию при дисгормональных заболеваниях молочных желёз.

Целью нашей работы стало определение и оценка значения экспрессии рецепторов стероидных гормонов как молекулярных маркёров пролиферативной активности в ткани молочной железы при ФАМ.

Материалом для исследования, в основных группах, послужила ткань молочной железы, полученная во время хирургических вмешательств и при core-биопсии, по поводу локализованного ФАМ BI-RADS III – IV. Контрольную группу составил материал, полученный в ходе редукционных операций на молочных железах. Материал фиксировали по стандартной методике с получением парафиновых блоков. Морфологическое исследование проводили на срезах окрашенных гематоксилином и эозином и оценивали вид патологического процесса, в результате были сформированы следующие группы исследования. I группа– непролиферативный ФАМ, II группа – пролиферативный ФАМ, III группа – карцинома in situ, развившаяся на фоне непролиферативного ФАМ, IV групп– карцинома in situ, развившаяся на фоне пролиферативного ФАМ, V группа – контрольная. Важным фактором влияющим на состояние молочной железы является возраст женщины. Возраст вошедших в исследование женщин варьировал от 35 до 55 лет и не различался в исследуемых группах. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводили на тонких 4–5 мкм депарафинизированных срезах, с применением первичных антител к рецепторам эстрогена типа альфа (ERα) (clone 1D5, DAKO, Denmark, 1:50), и типа бета (ERβ) (clone 16813, Abcam, 1:50), а также рецепторов к прогестерону (PR) (clone 1A6, Novocastra, 1:40). Оценку экспрессии проводили по показателю относительной площади – это площадь всех иммунопозитивных клеток к площади всех клеток в препарате, выраженная в процентах. Статистическую обработку проводили с применением стандартных параметрических методов.

Нами были получены следующие результаты. В I группе уровень экспрессии ERα составил 5,9±1,8%, ERβ 9,6±2,3%, а PR 7,6±2,3%. В II группе ERα 5,4±1,7%, ERβ 4,4±1,6, а PR 3,6±1,3. При сравнении групп между собой выявлено достоверное увеличение экспрессии ERβ в I группе , различий по экспрессии ERα и PR выявлено не было. При сравнении групп с контрольной, где уровень экспрессии ERα составил 5,8±1,5%, ERβ 8,7±2,2%, а PR 5,6±1,4%, I группа не показала различий, а во II группе уровень экспрессии ERβ был ниже в два раза. В группах карциномы in situ на фоне непролиферативного ФАМ ERα составил 2,02±1,5%, ERβ 4,3±1,7, PR 5,7±2,8 и на фоне пролиферации ERα составил 3,1±1,0%, ERβ 2,6±1,2 и PR 5,4±1,6. При сопоставлении внутри группы выявлены различия по уровням экспрессии как ERα так и ERβ, такие же различия выявлены при сравнении этих группы с контрольной. Соотношение исследуемых маркеров в группах непролиферативного ФАМ и карциномы in situ на фоне непролиферативного ФАМ демонстрирует, что при ФАМ достаточно высокие уровни, как альфа так и бета эстрогена, которые незначительно отличается от нормы, а при опухолевом процессе отмечается снижение всех рецепторов эстрогена и такая же тенденция прослеживается и в группах пролиферативных процессов. При этом для непролиферативных процессов более показательным является изменение экспрессии ERβ а для пролиферативных уровня ERα. Полученные результаты демонстри-

руют возможность использования ИГХ метода с оценкой уровней экспрессии рецепторов эстрогена для оценки пролиферативного потенциала ткани молочной железы при ФАМ, это позволит выделять группы риска, требующие динамического наблюдения и лечения. Представляется обоснованным продолжить исследование с дифференциацией возрастных групп и детальной оценкой влияния гормональной терапии, а так же изучение других тканевых маркёров пролиферации.

FIBROADENOMATOSIS – MOLECULAR MARKERS OF PROLIFERATIVE ACTIVITY

Shapkin Y.V.[1], Krylova J.S.[2], KheifetsV.H.[1]

1. Multidisciplinary clinic, LLC, «Hospital OrKli»
2. Research Institute of Obstetrics and Gynecology named after Academician Kulakov
First Moscow Medical University named after I.M. Sechenov

FAM is a heterogeneous group of breast pathology, which has hormone-dependent character and different degrees of malignancy risk. We have considered the possibility of using immunohistochemistry studies to determine the level and type of ER, for the determination of the potential proliferative activity. The results showed that for the non-proliferative processes more significant is the change in the expression of ERβ and for proliferative level of ERα.

ЛИПИДОМНЫЙ АНАЛИЗ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДОМ ПРЯМОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Адамян Л.В.[1], Борисова А.В[1], Козаченко А.В.[1], Франкевич В.Е.[1], Стародубцева Н.Л.[1], Чаговец В.В.[1], Салимова Д.Ф.[2], Кононихин А.С.[1], Коган Е.А.[2].

1 ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва
2 Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Абстракт: Наружный генитальный эндометриоз занимает ведущее место в структуре гинекологической патологии. На сегодняшний день каждая десятая женщина репродуктивного возраста в мире страдает эндометриозом. При этом в последнее время отмечается неуклонный рост частоты данной патологии.

Актуальность эндометриоза обусловлена задержкой в постановке диагноза в среднем на 7–8 лет, тяжестью клинических проявлений, стойким нарушением репродуктивной функции, длительным и прогрессирующим течением заболевания, частым рецидивированием. При этом согласно данным Всемирного Общества по Эндометриозу, создание надежной неинвазивной диагностики является одной из приоритетных задач научных исследований в области гинекологии.

Одним из наиболее важных звеньев патогенеза эндометриоза является нарушение баланса между апоптозом и пролиферацией клеток. По данным литературы, в развитии этого дисбаланса могут принимать участие липиды. Скрининг целого класса веществ, в том числе липидов, является основной прерогативой метода масс-спектрометрии.

Цель исследования: создание подхода для анализа различий молекулярного состава эутопического и эктопического эндометрия различной локализации с использованием прямой масс-спектрометрии.

Материал и методы. В исследование по типу «случай-контроль» были включены 100 пациенток с эндометриоидными кистами яичников и перитонеальным эндометриозом (из них 50 женщин – с I-II степенью распространения эндометриоза и 50 – с III-IV ст. согласно классификации Американского общества фертильности). Диагноз наружный генитальный эндометриоз был верифицирован на этапе клинико-инструментального обследования, включая лечебно-диагностическую лапароскопию, и окончательно подтвержден гистологически. У всех больных производился забор эндометрия во время гистероскопии. Каждый образец ткани был разделен на две части: для патоморфологического исследования и для прямой масс-спектрометрии (на основе методики EESI, жидкостная экстракция низкомолекулярных веществ из ткани с одновременной ионизацией). Были получены характерные масс-спектры липидов ткани высокого и низкого разрешения.

Результаты. В эктопическом эндометрии в отличие от эутопического уровень липидов 5 различных классов оказался достоверно различным: фосфатидилхолины (PC 32:1, PC O-36:3, PC 38:7, PC 38:6, PC 40:8, PC 40:7, PC 40:6, PC O-42:1), фосфоэтаноламин (PE O-20:0), сфингомиелин (SM 34:1), диглицерид (DG 44:9) и триглицериды (TG 41:2, TG 49:4, TG 52:3). Фосфатидилхолины и сфингомиелин могут быть предложены в качестве возможных биомаркеров эндометриоза, поскольку эти липиды тесно связаны с подавлением апоптоза, окислительным стрессом и малигнизацией клеток.

Заключение. Липидомный анализ эндометриоидных тканей позволяет выявлять новые молекулярные процессы, вызывающие усиленный рост клеток, характерный для агрессивной формы эндометриоза. В результате валидации могут быть предложены не только новые диагностические подходы, но и новые способы лечения, нацеленные на патофизиологические механизмы.

Исследования были выполнены при поддержке гранта №16–14-00029 РНФ и частично (идентификация липидов) грантом Министерства образования Российской Федерации №МК-8484.2016.7.

LIPIDOMIC ANALYSIS OF EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM OF VARIOUS LOCALIZATION BY DIRECT MASS SPECTROMETRY

Adamyan Leila, Borisova A., Kozachenko A., Frankevich V., Starodubtseva N., Chagovets V., Salimova D., Kononikhin A., Kogan E.A.

Lipidomic analysis of endometriotic tissues allows to figure out some new fundamental processes related to enhanced cellular growth characteristics of the most aggressive forms of endometriosis. Validation of some lipid compounds in peripheral blood is required

to determine whether these can be used as markers to discriminate between patients with endometriosis and those with other pelvic benign diseases. This is an important step towards a non-invasive endometriosis diagnosis.

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

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА СУПРЕССОРА ЦИТОКИНОВОГО СИГНАЛИНГА-1 (SOCS-1) МАКРОФАГАМИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Воронин Д.Н., Сотникова Н.Ю., Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Кирсанов А.Н., Воскресенская Д.Л.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново

Исследованиями последних лет показано, что развитие и рост лейомиомы матки ассоциированы с усиленной продукцией различных провоспалительных цитокинов и факторов роста, основными продуцентами которых являются тканевые макрофаги. Установлено, что в ткани миоматозных узлов, а также в эндометрии, расположенном в непосредственной близости от опухоли, усилена инфильтрация макрофагами. Эти данные позволяют предположить, что эндометриальные макрофаги могут непосредственно или опосредованно через продукцию цитокинов участвовать в регуляции роста лейомиомы. Как известно, макрофаги представляют собой гетерогенную популяцию клеток, играющих важную роль в тканевом гомеостазе и координирующих практически все аспекты воспаления. Согласно принятой на сегодняшний день классификации выделяют М1 популяцию «классических» макрофагов, оказывающих провоспалительное действие, и М2 популяцию «альтернативно активированных» макрофагов, секретирующих супрессорные цитокины и участвующих в процессах заживления ран и фиброзе. Одним из факторов, регулирующих дифференцировку макрофагов, является SOCS1 (супрессор цитокинового сигналинга-1), ингибирующий воспалительный ответ и индуцирующий дифференцировку макрофагов в сторону М2 пула. Целью нашего исследования было определить особенности синтеза SOCS1 макрофагами эндометрия у пациенток с лейомиомой матки в зависимости от размеров опухоли и интенсивности клеточной пролиферации в миоматозных узлах для уточнения характера дифференцировки эндометриальных макрофагов при различных клинических вариантах лейомиомы. Материалом для исследования служили биоптаты ткани эндометрия и миоматозных узлов 15 пациенток с лейомиомой матки и эндометрий 5 здоровых фертильных женщин. Из эндометрия методом магнитной сепарации выделяли популяцию CD14+ макрофагов, в которых методом количественной полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (RT-PCR) определяли уровень экспрессии мРНК SOCS-1. Для уточнения характера роста лейомиомы в миоматозных узлах методом RT-PCR оценивали наличие мРНК маркера пролиферации Ki-67. Было установлено, что в целом группа женщин с лейомиомой матки не отличалась от контрольной группы по уровню экспрессии мРНК SOCS-1 эндометриальными макрофагами. Дифференцированный анализ данных в зависимости от размера лейомиомы показал, что в случаях миомы матки больших разме-

ров (более 6 см), экспрессия мРНК SOCS-1 макрофагами была снижена по сравнению с контрольной группой. Анализ результатов в зависимости от интенсивности пролиферативных процессов в миоматозном узле позволил установить, что экспрессия мРНК SOCS-1 эндометриальными макрофагами была максимальной в случаях пролиферирующей лейомиомы, характеризующейся наличием экспрессии Ki-67, тогда как у пациенток с миомой матки без признаков пролиферации синтез SOCS-1 макрофагами был значительно снижен как по сравнению с контрольными значениями, так и по сравнению с показателями пациенток с пролиферирующей лейомиомой матки. Таким образом, развитие лейомиомы матки больших размеров при отсутствии выраженной пролиферации клеток опухоли ассоциировано с угнетением синтеза SOCS-1 эндометриальными макрофагами, что свидетельствует о сдвиге дифференцировки макрофагов в сторону М1 популяции и активации локальных воспалительных реакций при данном клиническом варианте лейомиомы. Высокий уровень синтеза SOCS-1 характерен для М2 макрофагов, играющих важную роль в опухолевом росте за счет активации ангиогенеза, клеточной пролиферации и иммуносупрессии. Полученные нами данные позволяют говорить о повышении активности М2 пула макрофагов в эндометрии пациенток с пролиферирующей лейомиомой.

(Работа поддержана грантом РФФИ №15–04-05042).

Резюме: у пациенток с лейомиомой матки больших размеров без признаков усиленной пролиферации клеток опухоли выявлено значительное угнетение экспрессии мРНК SOCS-1 эндометриальными макрофагами, что свидетельствует о сдвиге дифференцировки макрофагов в сторону М1 популяции и усилении локальных воспалительных реакций при данном клиническом варианте лейомиомы.

SYNTHESIS OF SUPPRESSOR OF CYTOKINE SIGNALING-1 (SOCS-1) BY ENDOMETRIAL MACROPHAGES OF PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA

Voronin D.N., Sotnikova N.Yu., Malyshkina A.I., Antsiferova Yu.S., Kirsanov A.N., Voskresenskaya D.L.

Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood by V.N. Gorodkov, Ivanovo, Russia

Abstract: in patients with large uterine leiomyoma without signs of increased tumor cells proliferation the significant inhibition of SOCS-1 mRNA expression by endometrial macrophages was seen. These results can reflect a shift of macrophages differentiation towards M1 population and increased the local proinflammatory reactions during this clinic type of leiomyoma.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ПОИСК СРЕДСТВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ И ПОТОМСТВО

Боровская Т.Г., Полуэктова М.Е., Вычужанина А.В., Щемерова Ю.А., Машанова В.А., Камалова С.И., Гольдберг В.Е.*

Структурные подразделения «Научно-исследовательский институт фармакологии и регенеративной медицины имени Е.Д. Гольдберга» и «Научно-исследовательский институт онкологии»* Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Россия, г. Томск

Цитостатические препараты используются сегодня практически для каждого больного со злокачественным новообразованием на определенном этапе его заболевания. Гонады, в силу их постоянного клеточного обновления, являются непреднамеренной мишенью любого вида цитостатического воздействия. Лекарственные средства такого плана не только угнетают функцию гонад, но и вызывают генетические и эпигенетические изменения в половых клетках, что повышает риск появления неполноценного потомства. Прогресс в онкологии поставил новую задачу – реализацию репродуктивной функции у пациентов онкологической клиники, решение которой позволит улучшить качество их жизни и осуществить медико-социальную реабилитацию. В настоящее время для повышения репродуктивного потенциала пациентов, получающих цитостатические препараты, используются методы ВРТ, а также криоконсервация семенной жидкости, тканей яичников, эмбрионов. Однако эти способы имеют свои ограничения и ряд недостатков. Целью данной работы явился экспериментальный поиск средств фармакотерапии для реализации репродуктивной функции у пациентов, перенесших цитостатическое воздействие. Эксперименты проведены на крысах (самках, самцах) популяции Вистар (возраст 3 мес.). В качестве моделей цитостатического воздействия использовали митотакс («d-r Reddis» Индия), этопозид («Тева», Израиль), обладающие выраженными гонадотоксическими свойствами. Исследование репродуктивного статуса проводили в отдаленные сроки после введения препаратов (через 3 мес). При этом оценивали способность к зачатию (индекс беременности), вероятности сохранения беременности (пре– и имплантационная гибель), уровень двух цепочечных разрывов ДНК в половых клетках методом ДНК-комет. Кроме того, проводили подробное изучение состояния потомства. У крыс-самок определяли овариальный резерв (путем подсчета количества фолликулов на серийных срезах через весь орган). С целью снижения количества потенциальных клеток-мишеней в яичниках применяли гипоталамический регулятор функции гипофиза буссерелин («ДЕКО», Россия), для защиты стволовых сперматогониальных клеток использовали лекарственные средства, обладающие способностью активировать региональные клетки предшественники, – гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ, Ф. «Хоффманн-Ля Рош Лтд.», Швейцария) и его пегелированную форму («Саентифик фьючер менеджмент», Россия), а так же средства антиоксидантной терапии, восстанавливающие редокс-потенциал в клетках семенника. Для снижения уровня ДНК-повреждений использовались антиоксиданты поли-

фенольной природы. Для повышения жизнеспособности потомства применяли глутаксим («ФАРМА ВАМ», Россия), кортексин («Герофарм», Россия). Установлено, что при совместном применении агониста гонадотропин-релизинг гормона буссерелина с этопозидом крысам-самкам, отмечалось меньшее истощение (в 1,8 раза) овариального резерва, чем при использовании одного цитостатического препарата. При введении Г-КСФ крысам-самцам, получавшим митотакс, происходила стимуляция репаративной регенерации семенников. При этом достоверно возрастала по сравнению с контролем численность клеточной популяции нормальных сперматогоний. Продуктивность сперматогенеза увеличивалась до уровня фоновых значений. Использование пегелированной формы этого препарата оказалось более эффективным – процесс репаративной регенерации начинался на 2 недели раньше, чем после введения Г-КСФ, численность клеточной популяции нормальных сперматогоний достигала фоновых значений, продуктивность сперматогенеза превышала фоновые значения. При изучении корректорных свойств антиоксидантов полифенольной природы на семенники крыс, получавших митотакс, установлено, что они препятствуют развитию олигоспермии, вызванной повреждением стволовых сперматогониальных клеток. Уровень ДНК-разрывов в клетках семенников, при использовании препаратов этой группы снижался более, чем в 3 раза. При сравнении количества патологических изменений у потомства животных, получавших этопозид, с таковым на фоне сочетанного использования цитостатика с препаратами глутаксим или кортексин оказалось, что введение корректоров снижает токсическое действие этопозида на потомство.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности использования средств лекарственной терапии с целью снижения токсического действия цитостатических препаратов на половые железы и потомство.

В экспериментальных исследованиях, проведенных на крысах, показана возможность снижения токсического действия цитостатических воздействий на половые железы, на уровень ДНК-повреждений в созревающих половых клетках и на потомство с помощью средств лекарственной терапии – бусерелина, гранулоцитарного колониестимулирующего фактора и его пегелированной формы, антиоксидантов полифенольной природы, препаратов глутаксим и кортексин.

THE EXPERIMENTAL SEARCH FOR THE MEANS OF PHARMACOTHERAPY TO OVERCOME THE TOXIC EFFECT OF CYTOSTATIC DRUGS ON THE GONADS AND THE OFFSPRING

Borovskaya T.G., Poluektova M.E., Vychuzhanina, A.V., Semenova Y.A., Masanova V.A., Kamalov S.I., Goldberg V.E.

Experimental studies in rats have shown the possibility of reducing the toxic effects of cytotoxic drugs on the sex glands, on the level of DNA damage in the testes and the state of the offspring. As a correctors were used glutaksim, cortexin, buserelin, granulocyte colony stimulating factor and its pegelirovannaya form, antioxidants of nature polyphenol.

ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРА В ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ГЕТЕРОТОПИЯХ

Клейменова Т.С., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

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

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Согласно последним данным, эндометриозом во всем мире болеют примерно 176 млн. женщин в основном репродуктивного возраста. Ведущую роль в патофизиологии эндометриоза могут играть матриксные металлопротеиназы (ММП), интерлейкины и другие медиаторы, способствующие эктопическому имплантированию и последующему росту эндометриоидных гетеротопий. Кисспептины образуют семейство пептидов, производных от продукта первичной трансляции гена KiSS-1, и синтезируются нейронами, локализованными в ядрах гипоталамуса. Рецептор кисспептина (KISS1R) относится к большому семейству трансмембранных рецепторов и сопряжен с гетеротримерным G-белком. Кисспептин (KISS1) через связь с KISS1R подавляет транскрипцию ММП-2 и ММП-9.

Целью исследования явилось изучение кисспептина и его рецептора в ткани эндометриальных гетеротопий от пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

Материалом исследования явились эндометриальные гетеротопии (n=20) с брюшины малого таза, от пациенток с диагнозом НГЭ II-III в возрасте от 20 до 36 лет (средний возраст – 28,2±1,6 года). Группу сравнения составил аутопсийный материал нормальной брюшины. Материал был получен из архива отдела патоморфологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта». Для иммуногистохимического (ИГХ) исследования использовались первичные моноклональные антитела к KISS1 (1:140, Abcam) и KISS1R (1:300, Abcam). В качестве вторичных антител использовали антитела конъюгированными с флуорохромом Alexa Fluor 647 и Alexa Fluor 488 (1:1000, Abcam) в течение 30 мин при комнатной температуре, в темноте. Для оценки результатов ИГХ-окрашивания проводили морфометрическое исследование с использованием конфокального микроскопа Olympus FluoView1000. Морфометрический анализ проводился в программе Videotest Morphology 5.2 (Россия). В каждом случае анализировали 5 полей зрения при увеличении ×400. Статистическая обработка проводилась при помощи аналитического программного комплекса Statistica 7.0.

В результате исследования было показано, что KISS1/KISS1R присутствуют в эндометриальных гетеротопиях, но не во всех образцах, это может быть связано с тем, что кисспептины задействованы в патогенезе определенных форм эндометриоза. В нашем исследовании не было выявлено зависимости экспрессии KISS1/KISS1R от возраста и дня менструального цикла, хотя преимущественно материал был взят в среднюю секреторную фазу. В контрольных образцах эти белки не были выявлены, незначительная экспрессия KISS1/KISS1R наблюдалась только в эндотелии сосудов. В исследовании выявлено, что показатель относительной площади экспрессии KISS1 и KISS1R в гетеротопиях статистически увеличивался по сравнению с нормальной брюшиной. Известно, что в развитии эндометриальных гетеротопий большую роль играют ангиогенез и васкуляризация, эти процессы обеспечивают

поступление структурных белков и гормонов к данному очагу. Из литературных источников известно, что кисспептин подавляет ангиогенез путем регулирования экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). KISS1 угнетает экспрессию VEGF ингибируя связывание транскрипционного фактора специфичности белка 1 (Sp1) в промоторе VEGF и блокируя активацию c-Src/FAK и RAC/Cdc42 сигнальных путей, что приводит к торможению ангиогенеза.

Создание антогониста KISS1 открывает перспективные возможности для исследования физиологической и патофизиологической роли KISS1 в регулировании репродуктивной системы. Также антогонисты могут использоваться в лечении гормонально-зависимых заболеваниях репродуктивной системы, в том числе эндометриоза.

Работа поддержана грантом Президента РФ № МД-6001.2016.7

KISSPEPTIN AND KISSPEPTIN RECEPTOR`S EXPRESSION IN ECTOPIC ENDOMETRIUM

Kleimenova T.S, Drobintseva S.A, Polyakov V.O.

Multidisciplinary clinic, LLC, «Hospital OrKli
Research Institute of obstetrics, gynecology and reproductology. D.O. Ott, Saint-Petersburg, Russia

It was established that KISS1/KISS1R has a significant impact on the process of puberty and regulates the reproductive function of the body. There are no studies that determine the role of this system in the endometriosis. This work was aimed to evaluate expression of system KISS1/KISS1R for external genital endometriosis in ectopic endometrium. Immunohistochemical study of the ectopic endometrium found that KISS1/KISS1R expressed in the lesions.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В МАТКЕ У ПАЦИЕНТОК С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ АДЕНОМИОЗА

Кравцова Е.И., Авакимян А.С., Симовоник А.Н., Рудеева О.А.

Россия, Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
кафедра акушерства и гинекологии и перинатологии

Резюме: Выявлены допплерометрические особенности артериального кровотока в матке у пациенток с аденомиозом I степени при наличии гипертрофированной переходной зоны эндометрий-миометрий.

В структуре гинекологической заболеваемости аденомиоз занимает третье место и встречается по данным разных авторов у 12–50% у женщин репродуктивного возраста. При этом в последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости этого хронического, длительно текущего заболевания имеющего полиэтиологическую природу. В то же время в настоящее время по прежнему отсутствуют

достаточно информативные неинвазивные методы диагностики ранних стадий аденомиоза, которые бы способствовали своевременному его выявлению, лечению и профилактике дальнейшего развития. Ультразвуковое исследование органов малого таза является наиболее часто применяемым неинвазивным методом исследования для диагностики аденомиоза, однако единого мнения об информативности эхографических признаков до сих пор нет. В литературе имеются различные данные о чувствительности и специфичности метода однако большинство авторов считают, что ультразвуковое исследование является чувствительным, но неспецифичным методом диагностики аденомиоза, особенно на ранних его стадиях. Таким образом, разработка оптимальной неинвазивной методики обследования женщин с целью ранней диагностики заболевания является несомненно актуальной. Целью данного исследования явилось комплексное изучение параметров, характеризующих кровоток в бассейне маточных артерий при ранних стадиях аденомиоза с использованием функциональных проб.

В исследование были включены 47 женщин репродуктивного возраста с подозрением на аденомиоз у которых при трансвагинальном исследовании в раннюю пролиферативную фазу менструального цикла было выявлено утолщение переходной зоны до 10 мм. В дальнейшем аденомиоз I степени у данных пациенток был верифицирован проведением гистероскопии с биопсийной резектоскопией пораженного участка и гитологическим исследованием участков миометрия. Контрольная группа – 50 здоровых женщин репродуктивного возраста. В ходе исследования оценивались показатели спектральной доплерометрии маточных сосудов (IR (индекс сосудистой резистентности) маточных, аркуатных, радиальных и базальных артерий)) на 3–5 день менструального цикла с проведением функциональной нагрузочной пробы в раннюю пролиферативную фазу приводящей к повышению внутриматочного давления.

Индекс сосудистой резистентности (IR) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла был достоверно выше у пациенток с аденомиозом 1 степени по сравнению с группой сравнения в маточных, аркуатных, радиальных и базальных артериях (IR (аденомиоз) 0,93±0,02, 0,75±0,01, 0,68±0,03, 0,56±0,01 и IR (контроль) 0,85±0,04, 0,66±0,03, 0,52±0,01, 0,42±0,05; $p<0,05$)). Причем максимальное снижение индекса резистентности наблюдалось на уровне базальных артерий.

При проведении функциональной нагрузочной пробы за счет умеренного дополнительного сдавления внутриматочных сосудов у женщин группы контроля отмечалось статистически не значимое повышение ИР в аркуатных и радиальных и базальных сосудах матки ($p>0,05$). В маточных артериях у здоровых женщин изменения индекса резистентности не наблюдалось, что в целом было расценено как отрицательная проба. У женщин с аденомиозом 1 степени при наличии гипертрофированной переходной зоны функциональная проба расценена как положительная, так как отмечалось статистически значимое парадоксальное снижение индекса резистентности в маточных, аркуатных и радиальных сосудах миометрия ($p<0,01$) до нормальных значений присутствующих у группы контроля. Вероятно, снижение значений ИР связано с открытием артериовенозных миометральных анастомозов и улучшением васкуляризации органа при повышении внутриматочного давления.

Таким образом, у пациентов с аденомиозом начальных степеней наряду с гипертрофией переходной зоны выявлены статистически достоверные изменения миометриального кровотока и положительные нагрузочные функциональных пробы по сравнению со здоровыми женщинами. Это открывает перспективу оптимизации ранней неинвазивной диагностики аденомиоза, что позволит уменьшить временные

и материальные затраты на выявление этого заболевания и выбрать адекватную тактику ведения больных.

FEATURES ARTERIAL BLOOD FLOW TO THE UTERUS IN WOMEN WITH INITIAL STAGE OF ADENOMYOSIS

Kravtsov E., Avakimyan V., Simovonik A., Rudeeva O.

Russia, Krasnodar, FGBOU IN KubGMU Russian Ministry of Health, Department of Obstetrics and Gynecology, and Perinatology

Summary: Identified doppler parameters peculiarities of arterial blood flow in the uterus of patients with adenomyosis of the first degree in the presence of a hypertrophied janction zone of the endometrium-myometrium.

РЕГУЛЯЦИЯ АПОПТОЗА В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ПОЛУЧАВШИХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТЕРАПИЮ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТОМ

Малышкина А.И., Кирсанов А.Н., Анциферова Ю.С., Воронин Д.Н., Нагорный С.Н.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново

Установлено, что прогестерон играет важную роль в механизмах роста миоматозных узлов, усиливая продукцию факторов роста и ингибируя апоптоз клеток опухоли. В последнее время интенсивно изучается возможность применения селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (SPRMs) для медикаментозного лечения пациенток с лейомиомой матки с целью уменьшения размеров миомы. Исследования in vitro продемонстрировали прямое влияние препаратов этого класса на рост клеток миоматозных узлов, однако молекулярные механизмы действия SPRMs изучены пока еще недостаточно. Целью данного исследования было установить особенности влияния селективного модулятора прогестероновых рецепторов – улипристала ацетата на экспрессию генов, регулирующих клеточную пролиферацию и апоптоз, в миоматозных узлах пациенток с лейомиомой матки больших размеров. Всего было обследовано 33 женщины с лейомиомой матки в возрасте 27–46 лет. В основную группу вошли 15 женщин, которые перед проведением хирургического лечения получали в течение 3 месяцев 5 мг улипристала ацетата ежедневно. 18 обследованным пациенткам было проведено оперативное лечение лейомиомы матки без предоперационной подготовки (группа сравнения). Материалом для исследования служили биоптаты миоматозных узлов и ткани неизмененного миометрия. В образцах ткани методом количественной полимеразной цепной реакции в режиме реального времени определяли уровень экспрессии мРНК анти-апоптотического фактора XIAP, факторов с про-апоптотической активностью PPARγ и PTEN, а также киназ Akt

и ERK, участвующих в активации двух основных сигнальных путей, PI3K/Akt и MAPK/ERK, через которые в клетку проводится стимулирующий сигнал от стероидных гормонов и факторов роста. По данным МРТ значительных изменений размеров миоматозных узлов до и после лечения улипристала ацетатом не произошло. При этом в 66% случаев отмечалось уменьшение размеров узлов, а в 34% случаев размеры узлов после лечения остались прежними или увеличились. При оценке регуляции апоптоза в ткани миоматозных узлов было выявлено, что у пациенток группы сравнения, не получавших медикаментозного лечения, в ткани опухоли была повышена по сравнению с миометрием экспрессия мРНК как ингибитора апоптоза XIAP, так и стимуляторов апоптоза PPARγ и PTEN, а также усилен синтез Akt и ERK. После терапии улипристала ацетатом экспрессия мРНК XIAP как в миометрии, так и в миоматозных узлах падала до недетектируемого уровня, экспрессия в лейомиоме мРНК PPARγ и PTEN оставалась повышенной, а синтез Akt и ERK значительно снижался по сравнению с показателями миометрия. Дифференцированный анализ данных в зависимости от динамики размеров миоматозных узлов до и после лечения улипристала ацетатом показал, что уменьшение размеров узлов после лечения отмечалось у пациенток с максимально высоким уровнем экспрессии мРНК PPARγ и PTEN при отсутствии детектируемых значений экспрессии мРНК Akt и ERK. Увеличение размеров лейомиомы было ассоциировано с минимальными значениями показателей экспрессии в миоматозных узлах мРНК PPARγ, PTEN и максимальными значениями экспрессии мРНК Akt и ERK. Таким образом, уменьшение размеров лейомиомы после терапии улипристала ацетатом сочеталось с выраженным усилением апоптоза в ткани лейомиомы за счет ингибирования активности XIAP и повышения синтеза PPARγ и PTEN. Рост миоматозных узлов после лечения наблюдался при низком уровне активности апоптоз-индуцирующих факторов и усилении PI3K/Akt и MAPK/ERK сигналинга, что может приводить к запуску процессов, усиливающих пролиферацию и выживание клеток.

Резюме

Регуляции апоптоза в ткани миоматозных узлов характеризуется сбалансированной активацией факторов с про– и антиапоптотической активностью. Терапия улипристала ацетатом приводит к угнетению активности ингибиторов апоптоза в ткани опухоли. Уменьшение размеров лейомиомы после терапии улипристала ацетатом ассоциировано с выраженным усилением апоптоза в ткани лейомиомы за счет ингибирования активности XIAP, Akt и ERK и повышения синтеза PPARγ и PTEN.

REGULATION OF APOPTOSIS IN MYOMA NODES IN PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA LARGE RECEIVING PREOPERATIVE THERAPY ULIPRISTAL ACETATE. ABSTRACT

Malyshkina A.I., Kirsanov A.N., Antsiferova Yu.S., Voronin D.N., Nagornii S.N.

FGBI «Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood. n.a. VN Gorodkova», Ivanovo

Apoptosis regulation in the leiomyoma is characterized by the balanced activation of pro– and anti-apoptotic factors. Treatment with ulipristal acetate led to the suppression of apoptosis inhibitors activity in the tumour tissue. Diminishment of the leiomyoma size after

treatment with ulipristal acetate is associated with the pronounced increase of apoptosis due to suppression of XIAP, Akt и ERK activity and activation of PPARγ and PTEN synthesis.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И СТРУКТУРА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Тихончук Е.Ю., Асатурова А.В., Адамян Л.В.

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия

Эндометриоз – это хроническое, доброкачественное, гормонально-зависимое, воспалительное заболевание, характеризующееся присутствием и ростом эндометриальной ткани за пределами полости матки. Эктопическая эндометриальная ткань по морфологическому строению и функциям подобна эндометрию и отвечает на циклические изменения яичниковых гормонов подобно эндометрию в полости матки.

Предполагают, что при эндометриозе также имеются иммунные изменения на уровне эутопического эндометрия. Таким образом, иммунная система, кажется, значительно измененной не только в эндометриоидных очагах, но также в пределах эутопического эндометрия от женщин с эндометриозом, затрагивая жизнеспособность и функции эутопического эндометрия. Были исследованы изменения в иммунном ответе в пределах эутопического эндометрия от женщин с эндометриозом – распределение макрофагов в эутопическом эндометрии различно между пациентами с эндометриозом и без этого заболевания. Сообщалось об увеличении активности макрофагов, наряду с увеличением секреции и синтеза различных провоспалительных медиаторов, цитокинов, фактора некроза опухоли а, интерейкинов, RANTES, фактора активации тромбоцитов, фактора роста фибробластов, фактора роста гепатоцитов (HGF), факторов роста макрофагального происхождения, сосудистого эндотелиального фактора роста, факторов ангиогенеза и фибронектина в эктопических очагах у женщин с эндометриозом. Их эффекты могут облегчить развитие и манифестацию эндометриоза. Хронический эндометрит – это постоянное воспаление слизистой оболочки тела матки с поражением как функционального, так и базального слоя. К постоянным морфологическим признакам хронического эндометрита относятся: очаговая или диффузная инфильтрация стромы эндометрия, представленная преимущественно плазматическими и лимфоидными клетками. Кроме того, при хроническом эндометрите имеют место и другие морфологические признаки: фиброз стромы, склеротические изменения спиральных артерий. Результаты ряда исследований продемонстрировали, что хронический эндометрит связан с бесплодием и привычным невынашиванием беременности. Он был выявлен у 12–46% бесплодных женщин, 30% женщин с повторными неудачными имплантациями при ЭКО, 28% при бесплодии неясного генеза и 12% при необъясненных повторяющихся самопроизвольных абортах. Данных по взаимосвязи эндометриоза и патологических изменений эутопического эндометрия недостаточно.

Цель исследования: Определить частоту и структуру патологических изменений в эндометрии женщин репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом.

Материал и методы. Образцы эндометрия от 236 пациенток: 118 образцов эндометрия от женщин с эндометриозом, 118 образцов эндометрия от женщин без эндометриоза (группа сравнения). Морфологическое исследование эндометрия проводилось по стандартной методике. Для иммуногистохимического исследования использовались моноклональные антитела к CD 138 (RTU, clone D0–7, Dako, Denmark) и PTEN (клон 6H2.1, разведение 1:100). В качестве вторичных антител использовали систему Dako REAL EnVision (Dako, Denmark). Для визуализации мест связывания антител с антигенами использовали реакцию окисления субстрата 3,3-диаминобензидина (ДАБ) пероксидазой хрена в присутствии перекиси водорода с образованием водонерастворимого конечного продукта коричневого цвета. После проведения ИГХ реакций срезы контрастировали гематоксилином и заключали в синтетическую среду «Shandon mount TM» (USA). Для правильной постановки ИГХ реакций ставили положительные и отрицательные контроли.

Результаты исследования. Уровень патологических изменений эндометрия был значительно выше в группе пациентов с эндометриозом по сравнению с женщинами без этого заболевания (50% против 27,1%). Хронический эндометрит был диагностирован в 22,03% случаев (26/118) в группе пациентов с эндометриозом и 11,02% случаев (10/118) в группе пациентов без этого заболевания. Полип эндометрия был выявлен в 17,8% случаев (21/118) среди пациентов с эндометриозом и в 8,47% случаев (10/118) среди пациентов из группы сравнения. Гиперплазия эндометрия была диагностирована в 10,17% случаев (12/118) в группе пациентов с эндометриозом и 7,63% случаев (9/118) среди пациентов группы сравнения. Однако, статистически значимых различий по частоте патологических изменений в эндометрии между ранними стадиями (I+II) и поздними стадиями (III+IV) эндометриоза найдено не было.

Заключение. Наше исследование показало, что частота патологических изменений, таких как хронический эндометрит, полип эндометрия, выше среди пациентов с генитальным эндометриозом по сравнению с женщинами без этого заболевания. Возникновение эндометриоидных очагов тесно связано с патологическими изменениями в эндометрии, однако, последовательность развития патологических изменений в полости матки и в полости малого таза остается неясной и станет предметом наших дальнейших исследований.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, эутопический эндометрий, патология эндометрия, хронический эндометрит, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия.

THE DETECTION RATE AND THE STRUCTURE OF PATHOLOGICAL CHANGES OF THE ENDOMETRIUM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOSIS

Tikhonchuk E.Yu., Asaturova A.V., Adamyan L.V.

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

Endometriosis is a chronic, benign, oestrogen-dependent inflammatory disease affecting approximately 10% of reproductive age women and 35–50% of women with pelvic pain and infertility. The definition of endometriosis is histological and requires an identification of the presence of endometrial gland and stroma-like a tissue outside the uterus.

The molecular mechanisms underlying the endometriosis are still not completely known.

Keywords: endometriosis, adenomyosis, eutopic endometrium, endometrial pathology, chronic endometritis, endometrial polyps, endometrial hypoplasia.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Филиппова Е.С., Адамян Л.В., Козаченко И.Ф.

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

Актуальность: Эндометриоз – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний. От 2 до 10% (около 176 млн.) женщин репродуктивного возраста во всем мире имеют данную патологию. Частота встречаемости эндометриоидных кист яичников составляет 17–44% среди женщин, больных наружно-генитальным эндометриозом. До 40% больных ЭКЯ сталкиваются с проблемами бесплодия. В настоящее время бесплодие у больных эндометриоидными кистами яичников, наряду с другими значимыми причинами, связывают с сокращением овариального резерва. Под овариальным резервом понимают функциональный резерв яичника, который определяет способность последнего к развитию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную стимуляцию. Критериями оценки овариального резерва являются: возраст женщины, уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), антимюллерова гормона (АМГ), ультразвуковые характеристики яичников: число антральных фолликулов, объем яичников, показатели внутрияичникового кровотока. Самым точным количественным методом оценки овариального резерва в настоящее время считается уровень АМГ.

Цель исследования – изучить состояние овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников на этапе до хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 85 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 37 лет) с диагнозом эндометриоидные кисты яичников, которые находились в гинекологическом отделении Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова с мая по декабрь 2016 года. Диагноз эндометриоидная киста яичника был установлен на основании клинико-диагностических методов исследования и подтвержден во время лапароскопии и гистологического исследования образцов тканей.

Результаты: средний возраст пациенток составил 31 год (+ 1–3 года). Жалобы на боли внизу живота ноющего характера предъявляли 62% пациенток, на болезненные менструации 64%. Диспареуния встречалась в 18% случаев. Нарушение репродуктивной функции отмечено у 40 пациеток (в 47% случаев): первичное бесплодие встречалось в 40% случаев, вторичное в 7%. Время от появления жалоб до обнаружения эндометриоидной кисты яичника составило в среднем 1,5 года. В 15% случаев имелся рецидив эндометриоидной кисты яичника. Двусторонние кисты яичников встречались в 32% случаев (у 27 женщин). Уровень АМГ до хирурги-

ческого лечения составил в среднем 3,3 нг/мл. Значительное снижение уровня АМГ (0,2–0,5 нг/мл) наблюдалось в группе женщин в возрасте 32–37 лет, а также у женщин, ранее перенесших резекцию яичников.

Заключение: полученные нами результаты подтверждают теорию о том, что эндометриоидные кисты яичников могут привести к повреждению ткани яичников до хирургического вмешательства. При проведении оперативного лечения при ЭКЯ важным аспектом является изучение состояния овариального резерва до оперативного вмешательства. Это позволит оценить степень повреждения ткани яичников до операции, выработать индивидуальную тактику ведения женщин с ЭКЯ и восстановить репродуктивную функцию данных пациенток. Данное исследование продолжается.

THE STATE OF OVARIAN RESERVE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOMAS

Filippova E.S, Adamyan L.V., Kozachenko I.F.

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

The incidence of endometriomas is 17–44% among women with external genital endometriosis. Up to 40% of patients with endometriomas face problems of infertility. Currently infertility in patients with endometriomas associated with reduced ovarian reserve. Our study included 85 women of reproductive age with the diagnosis of endometriomas. Primary infertility was found in 40% of cases, secondary infertility to 7%. In 15% of cases there was a relapse of endometriomas. Bilateral ovarian cysts were found in 32% of cases. The level of AMH before the surgical treatment was an average of 3.3 ng/ml. A significant decrease in AMH level (of 0.2–0.5 ng/ml) was observed in the group of women aged 32 to 37 years and also in women who previously had undergone resection of the ovaries. Thus, endometriomas may cause damage to ovarian tissue prior to surgery. The study of the state of the ovarian reserve before surgery will allow us to estimate the degree of damage to ovarian tissue before surgery, and develop individual tactics of conducting women with endometriomas and restore the reproductive function of these patients.

ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ НА ПРОЦЕССЫ АНГИОГЕНЕЗА

Поправка Е.С.[1], Дятлова А.С.[1], Линькова Н.С.[1,2], Полякова В.О.[3,4]

1 Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого;
2 Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург, Россия
3 Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, г. Санкт-Петербург, Россия
4 Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

В первые десятилетия XXI века в активную фазу репродукции вступают женщины, имеющие серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Частота самопроизвольного прерывания беременности в мире составляет 15–25% исходов всех беременностей. Исследования, направленные на изучение молекулярных механизмов невынашивания беременности, являются одной из актуальных задач репродуктивной медицины. Цель работы – выявление корреляции между показателями экспрессии LIF и CD34 в гравидарном эндометрии женщин молодого и старшего репродуктивного возраста при неразвивающейся беременности разного генеза.

В работе использовали образцы гравидарного эндометрия, полученного от женщин с замершей беременностью I триместра. Биоптаты были разделены на 2 группы: образцы без выявленных причин невынашивания и образцы с наличием воспалительных изменений. Каждая группа была разделена на 2 возрастные подгруппы: молодой (26,18±0,49 лет) и старший (34,5±0,73 лет) репродуктивный возраст. Срезы эндометрия окрашивали иммуногистохимическим методом с применением моноклональных антител к LIF (Abcam, 1:100) и CD34 (Abcam, 1:25). Относительную площадь экспрессии молекул рассчитывали в программе Видеотест-Морфология 5.2 как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения (%). Также оценивали оптическую плотность экспрессии, которая характеризует количество экспрессии белка в одной клетке препарата (условные единицы). Для определения зависимости между показателями экспрессии провоспалительного цитокина LIF и маркера ангиогенеза CD34 был проведен корреляционный анализ методом Спирмана.

Ранговый коэффициент корреляции при сопоставлении площади экспрессии LIF и CD34 в эндометрии женщин молодого возраста при неразвивающейся беременности неопределенной этиологии составил r=0,84, что указывает на наличие положительной связи сильной тесноты. Отрицательная связь слабой тесноты обнаружена между показателями площади экспрессии в гравидарной ткани женщин старшего возраста различного генеза (r=-0,12). Положительная связь слабой тесноты – у женщин молодого репродуктивного возраста при воспалении эндометрия (r=0,36).

Ранговый коэффициент при сопоставлении показателей оптической плотности экспрессии в эндометрии женщин молодого возраста при неразвивающейся беременности неопределенной этиологии составил r=0,56, что указывает на наличие положительной связи умеренной тесноты. Положительная связь слабой тесноты также обнаружена между показателями оптической плотности экспрессии в эндометрии женщин старшего репродуктивного возраста при невынашивании различного генеза (r=0,29). Отрицательная связь слабой тесноты – у женщин молодого репродуктивного возраста при воспалении гравидарной ткани (r=-0,12).

Установлена корреляция между показателями иммунного ответа и эндотелиальной функции в эндометрии женщин молодого и старшего репродуктивного возраста при невынашивании беременности. Увеличение оптической плотности и относительной площади экспрессии провоспалительного цитокина приводило к значительному повышению экспрессии маркера ангиогенеза CD34 в гравидарной ткани. Полученные данные подтверждают влияние провоспалительного цитокина LIF на ингибирование дифференцировки гематопоэтических стволовых/ прогениторных клеток, индуцирующих CD34, в гравидарном эндометрии женщин молодого репродуктивного возраста невыявленной этиологии неразвивающейся беременности I триместра. Следует особенно подчеркнуть сложность данного периода, когда одновременно происходят процессы пролиферации, дифференцировки и апоптоз клеток. Исследование корреляции экспрессия молекул LIF и CD34 может являться прогностическим маркером для оценки прогноза течения беременности. Работа поддержана грантом Президента РФ МД-6001.2016.7.

Резюме. Иммунный статус гравидарного эндометрия с возрастом изменяется и зависит от этиологии невынашивания беременности. С возрастом наблюдается снижение интенсивности ангиогенеза, оцениваемое по экспрессии маркера CD34, в эндометрии женщин независимо от генеза неразвивающейся беременности. Исследование корреляции экспрессии LIF и CD34 может быть использовано для оценки функционального состояния эндометрия женщин разного возраста при неразвивающейся беременности I триместра.

THE INFLUENCE OF THE IMMUNE STATUS OF THE ENDOMETRIUM GRAVIDARUM ON THE PROCESSES OF ANGIOGENESIS

Popravka E.C.[1], Dyatlov A.C.[1], Linkova N. With.[1,2], Polyakova V.O.[3,4]

1 St. Petersburg state Polytechnic University Peter the Great;
2 St. Petersburg Institute of Bioregulation and gerontology, Saint-Petersburg, Russia
3 Research Institute of obstetrics, gynecology and reproductology. D.O. Ott, Saint-Petersburg, Russia
4 St. Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. Immune status of endometrium changes with age and depends on the etiology of miscarriage. With age, there is degradation of angiogenesis intensity, which is estimated by the expression of CD34 marker, in the endometrium of women with missed abortion. Research of correlation of expression of LIF and CD34 can be used for predictive and integrated assessment of the functional state of the women's endometrium of all ages with developing pregnancy Ist trimester.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ФОКУСИРОВАННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ И МИОМЭКТОМИИ

Адамян Л.В., Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Демура Т.А., Зурабиани З.Р., Козаченко И.Ф., Бегиева Г.А.

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

Актуальность: в связи с внедрением новых методик лечения, таких как эмболизация маточных артерий, ФУЗ-МРТ аблация миомы, с целью оценки их эффективности, исследователей интересует влияние вышеописанных методик на структурные и молекулярно-биологические особенности миоматозных узлов.

Цель: изучение клинико-морфологических и иммуногистохимических особенностей лейомиомы тела матки у женщин репродуктивного возраста после ранее перенесенной ЭМА, ФУЗ-МРТ аблации миомы и миомэктомии.

Материал и методы: в исследование вошли 85 женщин репродуктивного возраста с миомой матки, нуждающиеся в оперативном лечении. Материал был получен от 29 пациенток после ранее перенесенной ЭМА (группа I), от 26 пациенток после ранее перенесенной ФУЗ-МРТ аблации (группа II) и от 30 пациенток, после ранее проведенной миомэктомии (группа III). Гистологическое и иммуногистохимическое исследование выполняли на операционном материале миоматозных узлов, полученных в ходе органосохраняющих миомэктомий в фазу секреции. Проводилась оценка экспрессии маркеров VEGF, HIF-1, IGFR-1, Casp3, Ki67.

Результаты: экспрессия VEGF в группе I составила 2,7 баллов – в эндотелии; 1,7 баллов – в гладкомышечных клетках, в группе II составила 1,8 баллов – в эндотелии; 0,3 баллов – в гладкомышечных клетках, в группе III 3,5 балла – в эндотелии ; 2,0 баллов – в гладкомышечных клетках. В нашем исследовании экспрессия HIF-1 была значительно больше в группе после ЭМА – 10,1% находилась на среднем уровне в группе после миомэктомии – 5,0%; и была очень низкой в группе после ФУЗ-МРТ аблации – 0,26%, что явилось статистически значимым, $p<0,05$. IGFR-1 выявлялся в цитоплазме гладкомышечных клеток лейомиоцитов, в группе I экспрессия IGFR составила 1,5 балла; в группе II-3,6 баллов; в группе III 2,7 баллов, $p<0,05$. Максимальная его экспрессия была выявлена в группе II. Показатели экспрессии Ki 67, как процесса пролиферации были сопоставимы с уровнем апоптоза в клетках, на основании полученных данных по Casp3, что позволяет судить об относительном равновесии процессов пролиферации и апоптоза.

Выводы: клинико-морфологическая оценка состояния лейомиомы после проведенного лечения методом ЭМА, ФУЗ-МРТ аблации и миомэктомии свидетельствует об определенных молекулярно-биологических механизмах развития миомы, а также экспрессии факторов роста в лейомиоцитах, в зависимости от оказанного ранее лечебного воздействия.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF LEIOMYOMA OF THE CORPUS UTERI IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AFTER PREVIOUSLY PERFORMED UAE, MRGFUS ABLATION AND MYOMECTOMY

Porotikova I.E., Gavrilova T.Y., Adamyan L.V., Demura T.A., Zurabiani Z.R., Kozachenko I.F., Begieva G.A.

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

Introduction: due to the introduction of new methods of treatment, such as uterine artery embolization, MRgFUS ablation of fibroids, to assess their effectiveness, many researchers are interested in the impact of the above techniques to the structural and molecular biological features of fibroids.

ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРА В ФЕТАЛЬНЫХ ОРГАНАХ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

Родичкина В.Р., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

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

Проведено исследование по верификации экспрессии кисспептина и его рецептора в фетальных органах женской репродуктивной системы иммуногистохимическим методом. Установлена положительная корреляция между значениями показателя относительной площади экспрессии исследуемых маркеров и гестационным возрастом, что может быть обусловлено участием кисспептинов в регуляции формирования органов репродуктивной системы и синхронизации работы нейроэндокринно-репродуктивной оси.

Кисспептин (KISS1) и его рецептор (KISS1R) играют важную роль во многих физиологических процессах организма, таких как половое созревание, функционирование репродуктивной системы, плацентация, секреция инсулина, вазоконстрикция. Система KISS1/KISS1R выявлена во многих органах и тканях организма: наиболее высокий уровень экспрессии кисспептинов зарегистрирован в органах гипоталамо-гипофизарно-гонадной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осей. По данным литературы известно о регуляции кисспептинами процессов программируемой клеточной гибели (апоптоза), что в свою очередь диктует необходимость изучения данных белков при внутриутробном развитии человека, так как при формировании органов большое количество клеток гибнет путем апоптоза. Однако, локализация кисспептина и его рецептора в органах репродуктивной системы при внутриутробном развитии до сих пор не изучена. Результаты исследования показали наличие системы KISS1/KISS1R в плодных яичниках и матке на сроке от 23 до 42 недели.

Выявлена корреляция между гестационным возрастом и показателем относительной площади экспрессии KISS1/KISS1R.

Целью исследования явилось выявление системы KISS1/KISS1R в органах женской репродуктивной системы плода человека в период внутриутробного развития (19–42 недели). Материалом для исследования служили архивные аутопсийный материал от 10 плодов женского пола, взятый на разных сроках внутриутробного развития (19–42 недели). В качестве объектов исследования были выбраны матка и яичники. Анализ морфофункционального состояния органов проводился с использованием клинических данных, а также заключений патоморфологических исследований, которые были проведены в лаборатории патоморфологии НИИ АГиР им. Д.О. Отта. Для иммуногистохимического исследования использовали первичные моноклональные антитела к KISS1 (1:100, Abcam, UK) и к KISS1R (1:200, Abcam, UK). В качестве вторичных антител использовали антитела, конъюгированные с флуорохромом Alexa Fluor 647 и Alexa Fluor 488 (1:1000, Abcam, UK). Морфометрическое исследование проводилось с использованием системы компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящей из микроскопа Olympus BX46 (Olympus, Япония) и программного обеспечения Videotest Morphology 5.2 (Россия).

Кисспептин и его рецептор были выявлены во всех органах – матке, яичниках. При попарном сравнении уровней белка кисспептина и KISS1R, характерных для одного органа, статистически достоверных различий не обнаружено. Статистически достоверные различия были выявлены при сравнении показателей относительной площади иммунопозитивного окрашивания кисспептина в материале матки и яичников ($p<0,001$), значения исследуемых параметров были выше в 2,5 раза в ткани яичников по сравнению с тканью матки. Выявлена положительная корреляция между гестационным возрастом и значениями показателя относительной площади экспрессии KISS1 и KISS1R для материала яичников ($r=0,92$; $r=0,99$) и матки ($r=0,87$; $r=0,96$).

Полученные результаты могут быть обусловлены участием кисспептинов в регуляции формирования органов репродуктивной системы и синхронизации работы нейроэндокринно-репродуктивной оси, так как, согласно данным литературы, во втором и третьем триместрах действие гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси способствует развитию матки, влагалища, наружных половых органов. Полученные данные свидетельствуют о том, что закладка системы KISS1/KISS1R, происходит во время первого триместра внутриутробного развития, когда наблюдается закладка основных органов и систем, а к концу третьего триместра эта система уже активно функционирует.

Исследования проведены при поддержке гранта Президента РФ для молодых докторов наук МД-6001.2016.7.

EXPRESSION KISSPEPTIN AND ITS RECEPTOR IN FETAL ORGANS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM HUMAN

Rodichkina V.R., Derbentseva A.O., Polyakova V.O.

Research Institute of obstetrics, gynecology and reproductology. D.O. Ott, Saint-Petersburg, Russia

This study was to verify the expression of kisspeptin and his receptor in fetal female reproductive organs by immunohistochemical method. A positive correlation between

the values of the relative area of the markers expression and gestational age was established, that may be due to involvement of kisspeptins in the regulation of forming reproductive system and synchronization of the neuroendocrine-reproductive axis.

МИКРОФЛОРА РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Махалова Г.О., Михайлова Е.А., Азнабаева Л.М.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Резюме. Выявлено, что преобладающими микроорганизмами ассоциативной микрофлоры репродуктивного тракта женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий были энтеробактерии (71,0±4,7% штаммов), грибы рода Candida (32,0±3,1% случаев), стрептококки (28,0±2,7% штаммов), стафилококки (18,0±2,5% штаммов). На основании антибиотикограмм выделенных штаммов можно предложить в качестве препаратов для эмпирической терапии при бактериальных инфекциях, вызванных как грамположительными, так и грамотрицательными микроорганизмами ципрофлоксацин и цефалоспорины, при кандидозах – клотримазол, итраконазол и флуконазол.

В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы женских половых органов занимают первое место, составляя 60–65% от всей гинекологической патологии. Инфекционный вульвовагинит может быть результатом размножения патогенных или условно-патогенных микроорганизмов, которые становятся патогенными в результате дисбаланса в экосистеме. Развившийся инфекционный процесс может нарушить физиологическое течение беременности, привести к осложнениям в послеродовом периоде. Возможность передачи инфекции плоду может привести к перинатальным потерям, заболеваемости детей первых дней жизни.

Цель исследования – изучение видового состава и антибиотикорезистентности микроорганизмов, выделенных от пациенток с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий.

Материалы и методы. Обследовано 80 женщин, обратившихся в женскую консультацию с воспалительными заболеваниями гениталий, у которых были исключены специфические инфекции. Выделение и идентификацию микроорганизмов со слизистой оболочки заднего свода влагалища проводили общепринятыми методами (Биргер М.О. 1986). Антибиотикорезистентность изучалась с применением диско-диффузионного метода (МУК 4.2.1890–04). Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием t-теста Стьюдента (Герасимов А.Н., 2007).

Результаты. Выделено 233 штамма микроорганизмов, представителей ассоциативной флоры, показатель микробной обсемененности клинического материала в среднем составлял 105 КОЕ/мл. Среди выделенных культур семейство Micrococcaceae было представлено двумя родами: Staphylococcus (18,0±2,5% штаммов) и Streptococcus (28,0±2,7% штаммов). Среди штаммов стафилококков преобладали виды: S.haemolyticus (33,0±4,2%), S.aureus (28,0±4,0%), S.epidermidis (23,9±3,7%). Стрептококки были представлены условно-патогенными видами, среди которых наи-

более часто встречались: S.agalactis (26,0±3,9%), S.acidominimus (19,0±3,5%), S.equi (16,0±3,3%). Микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae составляли 22,0±2,2% изолятов, из них 21,0±4,2% штаммов были представители вида E.coli, штаммы Proteus spp. выделялись в 9,0±2,9% случаев, штаммы Enterobacter spp. встречались в 71,0±4,7% случаев. Грибы рода Candida высевались в 32,0±3,1% случаев.

По результатам антибиотикограмм бактерий установлено, что в 50–52±2,9% случаев культуры стафилококков были устойчивы к оксациллину, азитромицину и доксациклину. Устойчивыми к двум и более антибиотикам были 69±2,1% штаммов стафилококков. Культуры стрептококков в 33–39±2,2% случаев были резистентны к оксациллину и клиндамицину, в меньшем проценте случаев (29±2,1%) штаммы были резистентны к азитромицину. Устойчивыми к двум и более антибиотикам были 48±2,1% штаммов стрептококков. Культуры микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae в 78±4,6% случаев были устойчивы к рифампицину, в 65–71±4,2% случаев были резистентны к ампициллину, клиндамицину и азитромицину. В небольшом проценте случаев (2–10%) были выявлены штаммы, идентифицированые как Proteus spp., устойчивые к цефалоспориновым антибиотикам: цефаклору, цефтриаксону и имипинему. Установлено, что 92±2,1% изолятов были устойчивы к двум и более антибиотикам. Для культур Candida spp. в 94±2,6% случаев была характерна устойчивость к амфотерицину Б, 63±5,4% штаммов были устойчивы к нистатину, к кетоконазолу были резистентный 22±8,8% изолятов. Устойчивыми к 2 и более антибиотикам было 78±4,8% выделенных микроорганизмов рода Candida.

Заключение. Ассоциативная микрофлора репродуктивного тракта женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий была представлена 6 таксономическим родам. Преобладающими видами явились: среди стафилококков – S.haemolyticus, S.aureus, S.epidermidis; среди стрептококков – S.agalactis, S.acidominimus, S.equi. Штаммы Enterobacter spp. встречались в 71,0±4,7% случаев. Грибы рода Candida высевались в 32,0±3,1% случаев. На основании полученных данных локального мониторинга резистентности микрофлоры репродуктивного тракта женщин препаратами для эмпирической терапии можно считать: при бактериальных инфекциях, вызванных как грамположительными, так и грамотрицательными микроорганизмами ципрофлоксацин и цефалоспорины, при кандидозах – клотримазол, итраконазол и флуконазол.

MICROFLORA OF THE FEMALE REPRODUCTIVE TRACT WITH NONSPECIFIC INFLAMMATORY DISEASES OF GENITALS

Machalova G.O., Mikhailova, E.A., Aznabaeva L.M.

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Summary. Revealed that the predominant microorganisms associative microflora of the reproductive tract in women with nonspecific inflammatory diseases of genitals were Enterobacteria spp. (71.0±4.7% of strains), Candida spp. (32,0±3.1% of cases), Streptococcus spp. (28,0±2.7% of strains), Staphylococcus spp. (18,0±2,5% of strains). Based on the antibiogram of the isolated strains can be offered as drugs for empirical therapy in bacterial infections caused by both gram-positive and gram-negative organisms ciprofloxacin and cephalosporin, with candidiasis – clotrimazole, itraconazole and fluconazole.

ФАКТОРЫ РИСКА И СТРУКТУРА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖИТЕЛЬНИЦ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Пономарев В.В., Пенжоян Г.А., Багдасарян Л.Ю.

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России, г. Краснодар
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Выявление факторов риска развития гиперпластических процессов эндометрия способствует выбору оптимальной тактики ведения, включающей купирование и соматической патологии.

Цель исследования определить структуру и факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия у жительниц края в разных возрастных группах.

Гиперпластические процессы эндометрия за счет своего отрицательного воздействия на систему репродукции и здоровье в целом, имеют важное медико-социальное значение (Сидорова И.С., 2010; Серов В.Н., 2010; Стрижаков А.Н., 2011). Количество их не уменьшается несмотря на использование современных методов диагностики, к которым относится ультразвуковое исследование (УЗИ) и гистероскопия. Это методы, которые помогают поставить диагноз и выбрать адекватную тактики лечения. Подход к пациенткам с гиперплазией эндометрия зависит от многих причин, в том числе от факторов риска и возраста.

Материалы и методы: проанализировано 540 историй болезни пациенток разного возраста, которые были направлены в гинекологическое отделение ГБУЗ ККБ№2 МЗ Краснодарского края для проведения гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания. Диагноз во всех случаях был установлен или подтвержден ультразвуковым исследованием. Все пациентки были разделены на две группы: I группа (возраст 18–40 лет) состояла из 204 пациентов (37,8%) и II группа (возраст перименопаузы от 42 до 55 лет), состояла из 336 пациенток (62,2%). Средний возраст в I группе составил 30,7±3,4 года и во II группе 50,1±2,8 года.

Результаты: Анализ показал, что среди пациентов с гиперпластическими процессами эндометрия превалируют пациентки перименопаузального возраста, что усугубляет течение гиперпластического процесса за счет более частого повышения среди них массы тела, чем в молодом возрасте, наличия гипертензии, сахарного диабета второго типа и т.д.

В I группе не было пациенток с проявлениями гипертонии, а во II группе 74 (22,0%) пациентки имели подтвержденный терапевтом диагноз гипертоническая болезнь, в основном легкой и умеренной степени. Среди пациенток I группы 14 (6,9%) имели повышенную массу тела и 3 (1,5%) ожирение. Во II группе пациенток с повышенной массой тела было 152 (45,2%), а с ожирением 57 (17,0%) пациенток. В I группе не выявлено пациенток с сахарным диабетом, а во II группе страдали сахарным диабетом 27 женщин (8,0%). Заболевания щитовидной железы также чаще встречались среди пациенток II группы – 49 (14,6%) против 18 (8,8%) в I группе.

Среди жалоб у пациенток I группы чаще встречались жалобы на обильные и длительные менструации, а среди пациенток II группы – на боли внизу живота, обильные и нерегулярные месячные, контактные «кровомазания».

В структуре гиперпластических процессов I группы у 100% в соскобах была представлена, согласно классификации ВОЗ, гиперплазия эндометрия без цитологической атипии: у 165 (80,9%) простая гиперплазия эндометрия и у 39 (19,1%) сложная гиперплазия. Во II группе у подавляющего большинства также была гиперплазия эндометрия без цитологической атипии – у 297 (88,4%) простая, сложная гиперплазия – у 33 (9,8%). Но и атипическая гиперплазия – имеющая пролиферацию эндометриальных желез с признаками цитологической атипии, относящаяся к простой атипической гиперплазии, была выявлена у 6 (1,8%) пациенток.

Заключение. К факторам риска развития гиперпластических процессов в возрасте 18–40 лет относятся нарушения менструального цикла, по-видимому, связанные с гормональным дисбалансом. А вот среди пациенток группы 42–55 лет факторами риска являются повышенная масса тела и ожирение, патология эндокринной системы (сахарный диабет и заболевания щитовидной железы), а также гипертоническая болезнь. Именно совокупность этих факторов риска и ведет к возникновению атипической гиперплазии эндометрия. Для профилактики атипической гиперплазии необходимо проводить скрининг для выявления уровня «тощаковой» глюкозы, гормонов щитовидной железы, мониторирования артериального давления у пациенток с повышенной массой тела и ожирением в возрасте перименопаузы (от 42 лет и старше).

RISK FACTORS AND STRUCTURE ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES FROM RESIDENTS OF THE KRASNODAR TERRITORY

Ponomarev V.V., Penzhoyan G.A., Baghdasaryan L.Y.

FGBOU Kub GMU MOH Russia, Krasnodar
Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

The detection of risk factors of developing hyperplastic processes in endometrium promote to optimal management, including reduction somatic pathology.

The purpose of the study to determine the structure and risk factors for endometrial hyperplastic processes at the edge of the residents in different age groups.

МЕЛАТОНИН – НОВЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Андреева Е.Н., Абсатарова Ю.С.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ

Мелатонин регулирует цикл «сон-бодрствование» и репродуктивную функцию, являясь одним из основных компонентов антиоксидантной системы, нейтрализую-

щей свободные радикалы. Однако при ограничении его синтеза, вызванном нарушениями или депривацией сна, может ухудшаться состояние баланса антиоксидантной системы и как следствие нарушаться нормальный рост и созревание фолликулов у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПЯ), имеющих доказанное повышенное содержание продуктов перекисного окисления липидов, при этом могут ухудшаться метаболические показатели.

Цель. Изучить роль мелатонина в патогенезе СПЯ.

Материалы и методы. 2 группы пациенток с СПЯ в возрасте от 17 до 35 лет (средний возраст 25,8±4.3 года): 30 пациенток с ИМТ ⩾25 кг/м2 и 30 пациенток с ИМТ < 25 кг/м2. Диагноз был выставлен согласно критериям ESHRE / ASR (2007). Группа контроля – 60 здоровых женщин без нарушений менструального цикла. Опрос с помощью анкет балльной оценки субъективных характеристик сна; гормональный и биохимический анализ крови (тестостерон, инсулин, витамин D, глюкоза); определение мелатонина методом хромато-масс-спектрометрии в крови в 8.00 и в фолликулярной жидкости у пациенток, которым была проведена электрокаутеризация яичников, определение 6-сульфатоксимелатонина в суточной моче; определение суточного ритма мелатонина в слюне в 07.00, 11.00, 15.00, 19.00, 23.00, 03.00. После клинико-лабораторного обследования пациенткам было назначено комплексное лечение комбинированными оральными контрацептивами с дроспиреноном, метформином и синтетическим аналогом мелатонина.

Результаты. По данным первичного анкетирования в группе пациенток с ИМТ ⩾25 кг/м2 у 60% участниц были обнаружены отклонения в сомнологическом профиле. В группе пациенток с ИМТ<25 кг/м2 у 70% были выявлены сомнологические нарушения. У пациенток с СПЯ по сравнению с группой контроля были достоверно выше уровень метаболита мелатонина 6-сульфатоксимелатонин в моче, ночной уровень мелатонина в слюне (03.00) и мелатонин в крови. При этом уровень мелатонина в фолликулярной жидкости был ниже у пациенток с СПЯ. 30% пациенток с СПЯ имели нарушения углеводного обмена (нарушенная толерантность к глюкозе). В группе пациенток с СПЯ и ИМТ ⩾ 25 кг/м2 был достоверно выше уровень 6-сульфатоксимелатонина в моче и уровень мелатонина в крови. В группе пациенток с СПЯ и ИМТ <25 кг/м2 достоверно выше уровень 6-сульфатоксимелатонина в моче и уровень мелатонина в крови. Уровень витамина D в крови и мелатонина в фолликулярной жидкости были достоверно ниже у пациенток с СПЯ. Была обнаружена достоверная корреляция уровня мелатонина в крови и степени нарушения сна по данным анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, уровня мелатонина в крови и уровня тестостерона, уровня инсулина и степени нарушения сна по данным анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, уровня мелатонина в слюне в 03.00 и уровня 6-сульфатоксимелатонина в суточной моче ($p<0.05$). На фоне лечения мелатонином достоверно повысились баллы по данным анкетирования и нормализовался сон у пациенток. На фоне лечения метформином значимо улучшились сомнологические параметры, а также снизилась гиперинсулинемия и масса тела.

Выводы. СПЯ – состояние, ассоциированное не только с гиперандрогенией и инсулинорезистентностью, но и с нарушениями сна независимо от ИМТ. Корреляция уровня инсулина со степенью сомнологических нарушений говорит о прямом влиянии циркадианных ритмов сна и бодрствования на развитие метаболических нарушений и ухудшение чувствительности тканей к инсулину. Сниженная концентрация мелатонина в фолликулярной жидкости и повышенное ее значение в крови говорит

о развитой отрицательной обратной связи этих двух параметров. Понижение концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости у пациенток с СПЯ нарушает созревание фолликулов и приводит к ановуляции (один из основных критериев диагностики заболевания). Корреляция уровня мелатонина в ночной слюне и его метаболита в суточной моче свидетельствует о системном действии данного гормона у пациенток с СПЯ. Корреляция уровня мелатонина в крови с уровнем тестостерона свидетельствует о роли мелатонина в качестве основного из звеньев патогенеза СПЯ. Терапия мелатонином достоверно улучшает субъективные параметры сна.

Резюме. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – состояние, ассоциированное с ановуляцией. Одним из участников созревания яйцеклеток является мелатонин, дефицит которого в фолликулярной жидкости компенсаторно приводит к нарушению созревания ооцитов и повышению этого гормона в крови, слюне и моче. Синтетический аналог мелатонина в комплексной терапии СПЯ способен улучшить фолликулогенез и повысить чувствительность тканей к инсулину.

MELATONIN – A NEW FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF METABOLIC DISORDERS IN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Andreeva E.N., Absatarova Y.S.

FGBU «Endocrinology Research Center». Moscow

Abstract. Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a disorder associated with anovulation. Melatonin is one of the participants of oocytes maturation, deficiency of which in the follicular fluid compensatory leads to disruption of oocyte maturation and increases the hormone level in the blood, saliva and urine. The synthetic analogue of melatonin in a complex therapy of PCOS can improve folliculogenesis and increase the insulin sensitivity.

ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПА ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т ЛИМФОЦИТОВ И NK КЛЕТОК ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Аванесова Т.Г., Левкович М.А., Ермолова Н.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Наружный генитальный эндометриоз является хроническим, прогрессирующим и рецидивирующим заболеванием, которое характеризуется эктопическим разрастанием эндометрия. Согласно данным статистики эндометриоз поражает от 18% до 60% женщин репродуктивного возраста. В структуре гинекологической заболеваемости ГЭ прочно удерживает третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки, приводя к значительным нарушениям репродуктивной функции,

болевому синдрому, бесплодию, нарушению функции смежных органов и инвалидизации. Важность проблемы индуцировала многочисленные исследования, однако до настоящего времени этиология и патогенез этого заболевания окончательно не определены. Повышенная пролиферативная активность клеток эндометрия больных эндометриозом и нарушенная чувствительность к спонтанному апоптозу приводит к аномальной имплантации и росту эндометрия в эктопических очагах. Развитию заболевания также способствует снижение ингибирующего потенциала микроокружения брюшины. Известно, что эндометриоз является заболеванием с нарушением антирепликативных механизмов иммунной системы. Основную роль в этих механизмах играют цитотоксические клетки.

Целью исследования явилось изучение цитотоксической функции Т-лимфоцитов и NK клеток у женщин с наружным генитальным эндометриозом.

В исследование было включено 44 пациентки с наружным генитальным эндометриозом и бесплодием (I группа), которая была разделена на 2 подгруппы: Ia(n=20) -1–2 стадия и Iб(n=24) -3–4 стадия эндометриоза). В контрольную группу были включены 16 здоровых женщин. Обследование женщин включало следующие методы: клинические, инструментальные, лабораторные и статистические. Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования, а также подтвержден результатами гистологического исследования. Степень распространенности процесса определяли в баллах по пересмотренной классификации Американского общества фертильности (R-AFS), учитывающего локализацию, площадь, глубину поражения, наличие спаечного процесса. Определение популяционного состава лимфоцитов периферической крови, маркеров активации, проводили методом двухпараметрического фенотипирования, используя реагенты фирмы Immunotex (Франция), Caltag (США), FITC – меченые CD8+, CD16+, и PE меченые CD69+, CD107a+. Для удаления эритроцитов пробоподготовку проводили с использованием лизирующего раствора OptiLiseC фирмы Immunotex (Франция). Результаты учитывали на проточном цитофлюориметре BECKMAN COULTER EPICS XL-II (США), используя стандартные протоколы. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica v6.0. Различия оценивали по непараметрическим критериям Манна-Уитни. Различия относительных показателей выявляли методом Фишера.

Возраст обследуемых женщин колебался от 18 до 42 лет. При изучении анамнеза женщин I и контрольной группы было выявлено, что большинство из них (90,9% и 87,5%, соответственно), работали. По социальному составу преобладали служащие. Из сопутствующей соматической патологии были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей, сердечно-сосудистая патология без статистически значимых различий между группами. При изучении гинекологического анамнеза особенности и различия менструальной функции выявлены не были. У женщин I группы вторичное бесплодие и количество самопроизвольных выкидышей встречалось достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы.

Анализируя показатели содержания CD16+ и CD8+ лимфоцитов в I группе отмечено достоверное снижение их относительного количества по сравнению с контрольной группой (в 2,6 раз, $p<0,05$), Достоверных различий между подгруппами не выявлено. Анализ функционального состояния клеток иммунной системы показал, что у пациенток в подгруппах Ia и Iб по сравнению с контрольной группой выявлено снижение экспрессии маркеров ранней активации CD69+ на поверхности натуральных киллеров в 1,3 и 1,8 раз, соответственно ($p<0,05$). Статистически зна-

чимых различий содержания CD8+CD69+ между подгруппами не было выявлено. Анализ количества CD16+, экспрессирующих молекулу CD107a+, маркера дегрануляции NK-клеток, выявил, что в Iб подгруппе количество CD16+CD107a+ ниже показателей контрольной группы в 1,5 раз ($p<0,05$), а Iа подгруппы в 1,3 раза ($p<0,05$). Аналогичные данные выявлены и для содержания CD8+CD107a+, показатели в в Iб подгруппе были ниже уровня контрольной и Iа подгруппы в 2,1 и 1,3 раза, соответственно, ($p<0,05$), что подтверждает снижение функциональной активности натуральных киллеров и цитотоксических Т– лимфоцитов.

Выявленные иммунные сдвиги свидетельствует о прогрессирующем снижение цитотоксической активности NK-клеток и Т-лимфоцитов, коррелирующим со степенью распространенности заболевания, что может привести к нарушению иммунного надзора и неспособности этих клеток элиминировать эктопически расположенный эндометрий.

THE CHANGE IN THE PHENOTYPE OF CYTOTOXIC T LYMPHOCYTES AND NK CELLS IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Avanesova T.G., Levkovich M.A., Ermolova N.In.

Rostov research Institute of Obstetrics and Pediatrics» Ministry of health of Russia, Rostov-na-Donu

The article presents new data on the role of cytotoxic T lymphocytes and NK cells in the formation of external genital endometriosis in patients with infertility at the system level.

МОНОНУКЛЕАРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ГЕСТАГЕНОВ

Карева Е.Н., Коцюбинская Н.А., Булатова Л.С., Камагина Е.В.

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний: им страдают 12–50% всех женщин репродуктивного возраста. Лечение эндометриоза яичников остается актуальной проблемой медицинской науки в связи с широким распространением, неуклонным ростом заболеваемости, отсутствием специфических симптомов и недостаточной эффективностью медикаментозного лечения. Гормональная противорецидивная терапия вызывает уменьшение объемов эндометриоидного очага, купирование симптомов, сохранение фертильности, повышает социальную активность и качество жизни женщин, однако эффективность данного лечения не достигает 100%. В настоящее время гестагены являются препаратами первой линии в терапии эндометриоза. Классический путь передачи сигнала в клетках-мишенях заключается в активации специфических ядерных рецепторов и последующем осуществлении действия через воздействие на транскрипцию генов-мишеней. Поэтому важное место в патогенезе эндометриоза отводится изменениям в экспрессии рецепторов стероидных гормонов в клетках-мишенях. При

эндометриозе происходит инфильтрация патологически измененной ткани иммунокомпетентными клетками, которые содержат полный состав стероидных рецепторов, участвующих в патогенезе заболевания, поэтому мононуклеары периферической крови являются адекватной моделью для изучения механизмов действия гестагенов. Оценка влияния гестагенов на рецепторный профиль клеток мишеней является необходимым для повешения эффективности лечения эндометриоза и скрининга новых препаратов.

Таким образом, целью исследования стал анализ влияния гестагенов in vitro на экспрессию генов ядерных и мембранных рецепторов эстрадиола и прогестерона в мононуклеарах периферической крови человека. В исследование вошли 12 пациенток репродуктивного возраста без гинекологических патологий. Мононуклеарную фракцию клеток периферической крови инкубировали с гестагенами (диеногест, левоноргестрел и прогестерон) в концентрации 10^-8 М (72 ч, 5% CO2). Далее выделяли мРНК с помощью комплекта реагентов «РИБО-преп» («AmpliSens», Россия), получение кДНК проводили с помощью реакции обратной транскрипции с использованием комплекта реагентов «РЕВЕРТА-L» («AmpliSens», Россия). Для полимеразной цепной реакции в реальном времени использовали набор готовых реактивов для ПЦР "Реакционная смесь 2,5х для проведения ПЦР-РВ в присутствии SYBR Green I", соответствующие праймеры (Синтол) и прибор iCycler iQ5 real-time PCR (BioRad, Германия). В качестве контрольного гена использовали ген Gapdh. Для определения уровней экспрессии генов использовались формулы 0,5^-ΔCt и 2^-ΔΔCt, данные выражали в о.е. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы GraphPadPrism 5.0

В результате эксперимента in vitro выявлено, что диеногест в концентрации 10–8 М снижает в 2 раза экспрессию гена PR-B (p=0,03), левоноргестрел и прогестерон увеличивают экспрессию эстрогеновых рецепторов ERα в 5 и 7 раз (p=0,03), а ERβ в 2,5 и 2 раза, соответственно (p<0,05). Снижение экспрессии ядерного рецептора прогестерона типа В в эндометриоидной ткани под влиянием диеногеста может служить механизмом сдерживания избыточной пролиферации и объяснять положительное терапевтическое действие данного гестагена. Уровень ERβ из-за патологического гипометилирования его промотора значительно выше в эндометриоидной ткани по сравнению с эутопическим эндометрием, в то время как уровень ERα при эндометриозе ниже. Таким образом, прогестерон и левоноргестрел поднимают низкий уровень ERα, и еще больше поднимают высокий при эндометриозе уровень ERβ, в то время как диеногест не изменяет экспрессию эстрогеновых рецепторов.

Анализ полученных данных показал, что в мононуклеарах периферической крови гестагены влияют на экспрессию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, тем самым вызывают изменение функционального состояния этих иммунокомпетентных клеток, что может вносить свой вклад в противорецидивный эффект гормональной терапии. Таким образом, мононуклеарная фракция клеток периферической крови является терапевтической мишенью для гестаген-содержащих препаратов в лечении пролиферативных процессов тканей репродуктивного тракта женщины.

Резюме. Гестагены в концентрации 10^-8 М (72 ч, 5% CO2) влияют на экспрессию рецепторов эстрадиола и прогестерона в мононуклеарах периферической крови пациенток репродуктивного возраста. Полученные результаты позволяют считать мононуклеарные клетки периферической крови терапевтической мишенью гестагенов в лечении эстрогензависимых заболеваний репродуктивного тракта женщин (например, эндометриоза).

PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS AS A TARGET OF ACTION OF PROGESTOGENS

Karev E.N., Kotsyubinskaya N.A., Bulatov L.S., Kamagina E.V.

Progestins in a concentration of 10^-8 M (72 h, 5% CO2) influence on the expression of estradiol and progesterone receptors in peripheral blood mononuclear cells of patients of reproductive age. The results suggest that peripheral blood mononuclear cells therapeutic is the target in the treatment of estrogen-progestogen diseases of female reproductive tract (for exmple, endometriosis).

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Тетелютина Ф.К., Сахабутдинова Е.П., Федорова И.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, г. Ижевск, Россия

При оценке состояния метаболизма соединительной ткани у беременных с плацентарной недостаточностью при преэклампсии выявлено увеличение свободного гидроксипролина и пептидносвязанного гидроксипролина в сыворотке крови. Изучение гистоморфологических особенностей плаценты у данных женщин выявило прямую корреляционную зависимость частоты диссоциированного типа созревания ворсин хориона и наличия промежуточных дифференцированных ворсин от тяжести преэклампсии.

При преэклампсии (ПЭ) происходит нарушение маточно-плацентарного кровообращения, снижение кровотока, образование микротромбов, кровоизлияний, формируется плацентарная недостаточность (ПН) (А.П. Милованов, 1999; Г.М. Савельева и соавт., 2009).

Цель исследования состояла в оценке состояния метаболизма соединительной ткани у беременных с ПН при ПЭ по содержанию свободного гидроксипролина (СГОП) и пептидносвязанного гидроксипролина (ПСГОП) в сыворотке крови, а также гистоморфологических особенностей плаценты у беременных женщин с ПН при ПЭ.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами в I группу наблюдения вошли 29 женщин, беременность которых осложнилась ПН на фоне ПЭ умеренной степени тяжести, во II группу наблюдения – 25 женщин, беременность которых осложнилась ПН на фоне ПЭ тяжелой степени тяжести. В группу сравнения вошли 37 практически здоровых беременных. Возраст женщин колебался от 18 до 39 лет и в среднем не отличался в группах – 24,4± 0,31 лет, 25,3± 0,75 и 23,6 ±0,51 лет (p>0,05).

Диагноз ПН и ПЭ устанавливали акушеры-гинекологи на основании проведенного обследования. В строме ворсин плаценты отмечено иное, чем в других органах человека распределение коллагенов, так как они находятся не только в базальных слоях

или мембранах эпителия и капилляров, но и в строме. Примерно с 14–15 недели беременности начинается интенсивная продукция коллагенов. Во II триместре строма ворсин представлена плотной сетью отростков фибробластов и коллагеновых волокон. Склеротические процессы в ворсинах плаценты протекают в целом, так же как и в других органах, и характеризуются избыточным разрастанием плотной соединительной ткани за счет пролиферации фибробластов и усиленного биосинтеза ими различных типов коллагена, гликозаминогликанов (В.И. Краснопольский и соавт., 2007).

Для характеристики состояния метаболизма соединительной ткани у беременных с ПН при преэклампсии проведены исследования СГОП и ПСГОП в сыворотке крови по методам, разработанным П.Н. Шараевым и соавт. (2005). При ПЭ умеренной степени в сыворотке крови беременных женщин с ПН уровень СГОП в среднем был равен 31,6±0,79; 35,1±1,67; 48,5±1,2 мкмоль/л в зависимости от срока беременности. Уровень ПСГОП крови в среднем составил 26,7±0,66; 28,8±1,57; 41,9±0,96 мкмоль/л в зависимости от срока беременности ($p<0,01$; $p<0,001$). У беременных женщин с ПН при ПЭ тяжелой степени были получены следующие показатели СГОП 40,8±1,24; 43,7±0,89; 57,5±0,96 мкмоль/л в зависимости от срока беременности ($p<0,001$). Концентрация ПСГОП в крови, соответственно, 29,8±0,76; 39,9±0,86; 69,6±0,89 мкмоль/л в зависимости от срока беременности (достоверность различий показателей к группе сравнения ($p<0,001$) и к I подгруппе наблюдения ($p<0,001$). Полученные результаты СГОП и ПСГОП в сыворотке крови свидетельствует об увеличении скорости распада коллагена с ростом срока беременности и нарастанием степени тяжести ПН и ПЭ.

У всех женщин с ПН при ПЭ при исследовании морфологической структуры плаценты выявлена прямая корреляционная зависимость частоты диссоциированного типа созревания ворсин хориона ($r=+0,36$, $p<0,05$) и наличия промежуточных дифференцированных ворсин ($r=+0,41$, $p<0,05$) от тяжести преэклампсии. Установлена прямая корреляционная зависимость средней степени тяжести между выраженностью паренхиматозной дистрофии и продолжительностью ($r=+0,32$, $p<0,05$), а также тяжестью преэклампсии ($r=+0,33$, $p<0,05$). При ПН и ПЭ всегда обнаруживались псевдоинфаркты внутриворсинчатый фибриноид, отмечались массивные отложения «патологического» фибриноида.

HISTOMORPHOLOGICAL FEATURES OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PRE-ECLAMPSIA

Teteljutina F.K., Sahabutdinova E.P., Fedorova I.V.

Izhevsk Medical Academy, Russia

When assessing the status of the connective tissue metabolism in pregnant women with placental insufficiency when pre-eclampsia detected increase free hydroxyproline and peptidnosvjazannogo hydroxyproline in serum. Study of gistomorfologicheskih characteristics of placenta in these women revealed a direct correlation of the dissociated maturing type frequency vorsin Chorion and the presence of the intermediate differentiated vorsin of preeclampsia.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Эседова А.Э., Акаева Ф.С., Идрисова М.А., Гарунов Э.Г., Апандиева М.М.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский государственный медицинский университет

Изучен клинический материал от 383 женщин. В качестве клинического материала для обнаружения хламидий по чувствительности и специфичности результатов исследования целесообразно использовать соскоб эпителия цервикального канала и уретры. Кроме хламидийной инфекции у обследуемых была выделена и идентифицирована культуральным методом сопутствующая бактериальная микрофлора, в основном представленная бактериями семейства Enterobacteriaceae.

Проблемы диагностики урогенитального хламидиоза связаны с наличием микстинфекций хламидийно-уреаплазменных, хламидийно-гонококковых, хламидийно-трихомонадных, хламидийно-стафилококковых и других условно-патогенных и патогенных бактерий. Цель исследования – выявление этиологической структуры ассоциантов хламидий у пациенток с уретритами и цервицитами. Изучен клинический материал (соскобы эпителия цервикального канала, уретры и отделяемого из влагалища) от 383 женщин. Выделены 3 группы: основную группу I составили 183 женщины с «неспецифическим» эндоцервицитом; основная группа II включала 150 женщин с жалобами, проходящих обследование на ИППП. В контрольную группу включено 50 условно здоровых женщин, обратившихся по поводу ежегодного обследования на ИППП из-за специфики работы. Наиболее часто встречающийся титр антихламидийных антител в сыворотках крови пациенток основной группы I с неспецифическим эндоцервицитом составлял – 1/128 (47,4%). Поскольку для C.trachomatis показатель диагностического титра составляет 1/64, при соответствующем клинико-эпидемиологическом анализе и учете анамнестических данных выявление хламидийных антител в данном разведении может иметь диагностическое значение, даже без исследования парных сывороток. Так в основной группе I у пациенток с эндоцервицитом в 13 (7,1%) наблюдениях методы ПИФ и ПЦР показали отсутствие возбудителя хламидиоза, а в РНИФ – присутствие антител в титрах >1/128 (1/128–9 случаев, 1/256 и 1/512 – по 2 наблюдения). Это можно объяснить «высокой» локализацией патологического процесса с поражением органов малого таза. У 2 (1,0%) больных методом ПЦР была выявлена ДНК возбудителя и титры АТ составили 1/128 и 1/256, а результаты ПИФ были отрицательны. Возможно, в этом случае ПЦР выявляет ДНК некультивируемых форм хламидий. Еще у 2 (1,0%) пациенток из основной группы I титры хламидийных антител оказались ниже диагностических (<1/64), но в реакции ПИФ И ПЦР были обнаружены АГ и ДНК C. trachomatis, что свидетельствовало о наличии хламидийной инфекции и высокой чувствительности использованных методов. При исследовании клинического материала из цервикального канала, влагалища и уретры у 81 (44,3±3,1%) пациентки выявили C. Trachomatis. Наиболее часто хламидии были обнаружены в цервикальном канале – в 44 (24,0%) наблюдениях, в уретре – в 47 (25,7%) и во влагалище – в 34 (18,6%) случаях. Одновременно во всех трех образцах исследуемого материала хламидии были обнаружены у 26 (14,2%) пациенток, при исследовании клинических проб из цервикального канала и отделяемого влагалища – в 4 (2,1%) наблюдениях. В соскобах из цервикального и уретры в 9 (5,0%) наблю-

дениях, а из уретры и отделяемого влагалища – в 6 (3,3%). Следует отметить, что у 11 (6,1%) пациенток хламидии выявлены только в материале из влагалища, а у 16 (8,8%) – из уретры. В 102 (55,8%) случаях результаты обнаружения хламидий были отрицательными по всем клиническим материалам. Установлено, что в качестве клинического материала для обнаружения хламидий по чувствительности и специфичности результатов исследования целесообразно использовать соскоб эпителия цервикального канала и уретры, который содержит мало слизи и большое количество эпителиальных клеток. Отделяемое влагалища содержит большое количество слизи и разнообразных микроорганизмов, что мешает проведению диагностики при ПИФ. Была выделена и идентифицирована культуральным методом сопутствующая бактериальная микрофлора, в основном представленная бактериями семейства Enterobacteriaceae, а также грибами рода Candida. Выделенные культуры вызывали гемолиз эритроцитов: у E.coli (67,3%), Klebsiella spp. (45,2%), S.aureus (75,6%). Тест на ДНК-азу у E.coli положительным был в 42,7% случаев, у S.aureus в 98% штаммов с положительной гемолитической активностью, реже у бактерий рода Klebsiella (в 8,7%). Лецитиназная активность выявлена в 68,2% штаммов S.aureus. Плазмакоагулазу продуцировали S.aureus в 71,3%, а гиалуронидазу – большинство условнопатогенных представителей энтеробактерий. Выявлено, что в подавляющем большинстве случаев C.trachomatis (44,2%) при цервитите (эндоцервитите) встречается микст-инфекции: бактериально-бактериального, бактериально-вирусного или бактрериально-грибкового характера (K. pneumonia (19,0%), S.aureus (14,0%), E.coli (28,0%) и их ассоциации (39,0%)).

ETIOLOGICAL STRUCTURE OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

Esedova A.E., Akayev F.S., Idrisov M.A., Garunov E.G., Apandieva M.M.

Russia, Makhachkala, Dagestan State Medical University

Studied clinical data from 383 women. As clinical material for chlamydia detection sensitivity and specificity of the research results it is advisable to use the scraping of the epithelium of the cervical canal and the urethra. Also chlamydial infection in subjects has been isolated and identified in culture accompanying bacterial flora, mostly provided by the family Enterobacteriaceae bacteria.

СОСТАВ МИКРОБИОЦЕНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО БИОТОПА И ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Шахова К.А.

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Состояние «дисбиоз» на стадии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени (HSIL) связано с локальными иммунными нарушениями. Дисбиоз, будучи сопутствующим фактором, не является непосредственной причиной развития и прогрессирования цервикальной неоплазии, но на фоне снижения локальной иммунной защиты создаются условия как для дисбаланса биоты, так и для прогрессирования неопластических процессов шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией.

В настоящее время имеется достаточно данных, подтверждающих причинную связь между папилломавирусной инфекцией (ПВИ) и предраковыми заболеваниями шейки матки. Развитие заболеваний на фоне вирусной инфекции во многом определяется состоянием иммунной реактивности организма, в первую очередь, локальной зашиты репродуктивного тракта. Цель исследования: установить связь вагинального микробиоценоза с нарушениями в системе локального иммунитета и со степенью выраженности деструктивных изменений в шейке матки. По результатам цитоморфологического исследования в зависимости от наличия или отсутствия ЦИН, степени тяжести эпителиального поражения шейки матки выборочная совокупность составила 290 человек, которые представили основную группу обследуемых: латентная форма ПВИ – 32 пациентки, группа 1; факультативные заболевания шейки матки – 64 (эктопии), группа 2; плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени (LSIL) – 62, группа 3; плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени (HSIL) – 94 женщины, группа 4; рак шейки матки – 38 больных, группа 5. Для выполнения цели данного исследования, при сопоставлении клинико-морфологических данных с результатами лабораторных методов обследования были сформированы следующие исследовательские категории. Объединены группы латентная форма ПВИ и факультативные заболевания шейки матки (1 группа, n=96) – категория «ВПЧ-инфицирование» с преобладанием продуктивной формы ПВИ. Продолжено изучение группы плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени – категория «LSIL» (2 группа, n=62) и выделена объединенная группа, включающая плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени (HSIL) и рак шейки матки (3 группа, n=132) – категория «тяжелые интраэпителиальные поражения» с преобладанием интегративной формы ПВИ. Материалом для исследования были соскобы эпителиальных клеток из влагалища (заднебоковые своды), цервикального канала шейки матки. Изучение биоценоза влагалища проводили методом ПЦР-РВ с использованием реагентов Фемофлор («ДНК-Технология», Россия). Количественное исследование цитокинов ИЛ-10 проводилось

иммуноферментным методом с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест», Россия, трансформирующего фактора роста бета-1 (TGFβ1) с использованием набора компании DRG, Германия. Полученные результаты были обработаны общепринятыми методами вариационной статистики с использованием пакета статистических программ Statistica for Windows 6.0. Результаты и обсуждение. При анализе показателей установлено, что состояния «нормоценоз» и «дисбиоз» статистически значимо различаются по содержанию цитокинов ИЛ-10 и ТФР-β ($p<0,0001$), по ТФР-β различия более выражены. Изменение ИЛ-10 в объединенных группах при состоянии «нормоценоз» представлено ростом значений при развитии патологических клеточных изменений без статистически значимых различий группы LSIL и групп сравнения ($p1–2=0,059$, $p1–3=0,024$, $p2–3=0,63$). Изменение ТФР-β в объединенных группах при состоянии «нормоценоз» отмечает высокую медиану в объединенной группе HSIL + РШМ, имеют место различия группы LSIL и HSIL + РШМ ($p2–3=0,0005$). При состоянии «дисбиоз» группа LSIL по экспрессии ИЛ-10 значимо отличается от объединенных групп латентная форма ПВИ + факультативные заболевания шейки матки ($p1–2=0,034$) и HSIL + РШМ ($p2–3=0,0043$) с ростом значений в группе с тяжелой патологией шейки матки ($p1–3<0,0001$). По экспрессии ТФР-β отмечено, что группа LSIL имеет различия с группой HSIL + РШМ ($p2–3<0,0001$), в последней концентрации фактора роста выше, чем в группах сравнения ($p1–3<0,0001$). При оценке связи между ИЛ-10 и вагинальным микробиоценозом установлено, что при состоянии «нормоценоз» различия между LSIL и HSIL не значимы ($p=0,206$), при состоянии «дисбиоз» различия между этими группами статистически значимы ($p=0,006$). Экспрессия ТФР-β подтверждает связь вагинального микробиоценоза с нарушениями в системе локального иммунитета и со степенью выраженности деструктивных изменений в шейке матки. При нормоценозе и дисбиозе различия между LSIL и HSIL статистически значимы ($p=0,0002$; $p<0,0001$). Заключение. Полученные данные позволяют говорить о том, что состояние «дисбиоз» на стадии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени (HSIL) связано с локальными иммунными нарушениями. Вполне вероятно, что дисбиоз, будучи сопутствующим фактором, не является непосредственной причиной развития и прогрессирования цервикальной неоплазии, но на фоне снижения локальной иммунной защиты создаются условия как для дисбаланса биоты, так и для прогрессирования неопластических процессов шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией. Обнаруженные связи между составом микробиоценоза урогенитального биотопа и иммунологическими факторами ВПЧ-ассоциированного заболевания позволяют судить о сложных, взаимообусловленных и изменяющихся взаимодействиях в системе «вирус – клетка – ткань» на различных этапах опухолевых изменений цервикального эпителия.

COMPOSITION MICROBIOCENOSIS UROGENITAL BIOTOPES AND CHARACTERISTICS OF LOCAL IMMUNITY DEPENDING ON THE SEVERITY OF SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS

Andosova L.D., Kontorshchikova K.N., Shakhov K.A.

FGBOU IN «Nizhny Novgorod State Medical Academy» Russian Ministry of Health

The state of «dysbiosis» at the stage of squamous intraepithelial lesions of high degree (HSIL) are associated with local immune impairment. Dysbiosis, being a facilitating factor, is not a direct cause of development and progression of cervical neoplasia, but against decrease in local immune protection, both for a biota imbalance and for progression of the neoplastic processes of the cervix, associated with HPV infection, are created.

АДИПОКИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В., Успенская Ю.Б., Васильева И.В.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ,
НИО Женского здоровья, Москва, Россия

Резюме: Представлены результаты обследования женщин с нарушениями репродуктивной и менструальной функций и расстройствами жирового обмена. Выявлено, что при наличии ожирения наблюдается значимое повышение уровня лептина и снижение уровня грелина в крови.

Актуальность: Ожирение считается одним из факторов риска нарушений женского здоровья. Жировая ткань выполняет множество функций, связанных с поддержанием гомеостаза, поэтому ее избыток может негативно отразиться на эндокринных и метаболических параметрах. Вместе с тем, взаимосвязь отдельных компонентов метаболических расстройств с нарушениями функций репродуктивной системы изучены недостаточно. В частности, остается неизвестной роль дислипидемии, как независимого фактора риска нарушений менструальной и детородной функций. Цель: оценить характер расстройств менструального цикла и нарушения фертильности у женщин, страдающих ожирением и/или дислипидемиями. Материалы и методы: обследованы 150 женщин в возрасте от 18 до 37 лет (средний возраст 29,8±4,7 лет), которые были разделены на три группы в зависимости от клинических характеристик: I группа – 50 женщин с ожирением и избыточной массой тела, а также с лабораторными признаками дислипидемии (средний возраст 33,9±2,7 года), II группа – 46 женщин с ИМТ≥25 и нормальной липидограммой (средний возраст 26,8±3,4 лет); III группа – 54 женщины с ИМТ<25 и дислипидемией (средний возраст 28,6±4,1 лет). В группу контроля были включены 20 женщин с нормальным ИМТ, липидограммой и регулярным менструальным циклом (сред-

ний возраст 28,0±6,8 лет). Всем женщинам была проведена оценка менструальной и репродуктивной функций, а также стандартное клинико-лабораторное исследование и оценка уровней лептина и грелина. Результаты исследования. Снижение фертильности (бесплодие или привычное невынашивание беременности) было выявлено у 69 (75,0%) пациенток из 92 женщин, живущих регулярной половой жизнью без применения контрацепции. Среди пациенток I, II и III групп снижение фертильности наблюдалось у 31 (96,9%), 13 (41,9%) и 25 (86,2%) женщин соответственно. Нарушение ритма менструаций в виде олигоменореи/аменореи наблюдалось у 59 (39,3%%) пациенток (23 (46,0%) из I группы, 6 (13,0%) из II группы, 30 (55,6%) III группы), ациклических маточных кровотечений – у 34 (22,7%) больных (12 (24,0%) из I группы, 7 (15,2%) из II группы, 15 (27,8%) III группы). У пациенток II группы, страдавших ожирением без дислипидемии наблюдались нарушения ритма менструаций в 13 (28,3%) наблюдениях, что было достоверно реже по сравнению пациентками I и III групп ($p<0,05$). Исследования углеводного обмена показали статистическую значимую разницу ($p<0,05$) в уровнях глюкозы у пациенток I группы (5,1±0,6 ммоль/л) по сравнению с женщинами III группы, имеющими нормальный вес (4,4±0,6 ммоль/л), и величин индекса HOMA у пациенток с ожирением в I (3,3±0,9) и II (3,2±1,2) группах по сравнению с женщинами III группы (1,4±0,7). Уровень лептина у пациенток I (27,1±12,9 нг/мл) и II (28,4±16,6 нг/мл) групп был значимо выше по сравнению с пациентками III (6,3±2,8 нг/мл) и контрольной (7,5±1,8 нг/мл) групп ($p<0,05$). Выявлены различия по уровню грелина у пациенток I (765,3±25,3 нг/мл) и II (944,6±119,8 нг/мл) групп ($p<0,05$), II и III (1648,0±206,3 нг/мл) групп ($p<0,05$), а также I и III групп ($p<0,05$). Отмечена отрицательная корреляция уровня грелина с уровнем лептина ($r=-0,285$; $p<0,05$). Заключение: У женщин репродуктивного возраста на фоне клинических признаков дислипидемии в структуре нарушений репродуктивной функции превалирует бесплодие и невынашивание беременности. Дислипидемия, вне зависимости от наличия ожирения, является значимым фактором нарушений менструального цикла. Расстройства углеводного обмена связаны с избыточным весом и не зависят от дислипидемии. Наличие ожирения способствует повышению уровня лептина и снижению уровня грелина в крови, тогда как дислипидемия не оказывает влияние на данные показатели.

ADIPOKINES AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH OBESITY

Vazieva E.R., Kuznetsova I.V., Uspenskaya Yu.B. Vasilyeva I.V.

Doctor of the First MGMU them. I.M. Sechenov health Ministry,
NEO Women's health, Moscow, Russia

Abstract: Results of an evaluation of women with lipid metabolism disorders and disorders of reproductive and menstrual function are presented. Obesity is associated with a significant increase of leptin levels and decrease of ghrelin levels in plasma.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МИОМОЙ МАТКИ

Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И.

2 Отдел Патоморфологии ФГБНУ «НИИ Акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»

Резюме. Бесплодие, ассоциированное с миомой матки у пациенток репродуктивного возраста, характеризуется нарушением секреторной трансформации эндометрия, отставанием в развитии стромального компонента и гиперплазией эндометрия на фоне высокой частоты хронического эндометрита.

Актуальность. Миома матки является актуальной проблемой гинекологии и стабильно занимает второе место в структуре гинекологических заболеваний. В последние годы отметается тенденция к значительному омоложению заболевания. Этиологические факторы миомы матки до конца не изучены, а дискуссии по поводу роли миомы матки малых размеров (до 2,5 см) у пациенток с бесплодием продолжаются. Доказано, что миома матки тесно связана с гиперэстрогенемией, которая в свою очередь служит причиной гиперпластических процессов и локального эстрогензависимого воспаления в эндометрии. Целью исследования явилось изучение клинико-морфологических особенностей эндометрия у пациенток с бесплодием, ассоциированным с миомой матки. Материал и методы. В исследование были включены 135 пациенток с бесплодием, ассоциированным с миомой матки (с диаметров узлов не более 2,5 см, тип 4–7), проходивших обследование и лечение на базе ФГБНУ «НИИ АГиР имени Д.О. Отта». В I группу вошли 70 пациенток с первичным бесплодием, II группу – составили 65 пациенток с вторичным бесплодием. Всем обследуемым пациенткам проводился комплекс стандартных клинических и лабораторных методов исследования. Биопсия эндометрия была выполнена на 19–24-й день менструального цикла, длительность которого составила 28–35 дней. Гистологическое исследование эндометрия проводили по стандартной методике. Для обзорной окраски использовали гематоксилин и эозин. Для верификации хронического эндометрита иммуногистохимическим методом использовали антитела CD8+ (клон CD 8/144B), CD20+ (клон L26), CD4+ (клон 4B12) и CD138+ (клон M115) в стандартном разведении 1:50 (Dako Cytomation). Критериями постановки диагноза хронического эндометрита являлись: увеличение количества цитотоксических Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов 2 и более раза, наличие плазмоцитов.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток и возраст наступления менархе в исследуемых группах были сопоставимы и составили 31,7±0,52 год и 33,1±0,45 года, а также 12,4±0,36 лет и 12,8±0,14 лет соответственно. Длительность бесплодия в обследованных группах составила 6,5±0,6 лет и 5,8±0,7 лет соответственно. Гинекологический анамнез пациенток с вторичным бесплодием показал наличие родов в анамнезе у 24,6% (16) пациенток, самопроизвольных выкидышей I триместра у 26,1% (17) пациенток, абортов у 21 пациентки (32,3%), при этом 1 аборт был у 10 пациенток, 2 и более – у 12 пациенток. Гистологическое исследование биоптатов эндометрия выявило раннюю стадию фазы секреции у 24,3% (17) пациенток I группы и у 10,8% (7) пациенток II группы исследования, среднюю ста-

дию фазы секреции у 42,9% (30) пациенток и 47,7% (31) пациентки соответственно. У пациенток с первичным бесплодием отставание в развитии стромального компонента было выявлено в 11,4% (8) случаев, гиперплазия эндометрия диагностирована у 28,6% (20) пациенток. У пациенток с вторичным бесплодием эти показатели составили 21,5% (14) и 27,7% (18) пациенток соответственно. Во II группе исследования была выявлена поздняя стадия фазы пролиферации у 13,8 (9) пациенток. Результаты иммуногистохимического исследования биоптатов эндометрия показали наличие хронического эндометрита у 88,6% (62) пациенток I группы и у 89,2% (58) пациенток II группы. При этом преобладала умеренно выраженная воспалительная реакция с 3–4-кратным повышением количества клеток воспалительного ряда в эндометрии у 54,3% (38) пациенток с первичным бесплодием и у 67,7% (44) пациенток вторичным бесплодием. Выраженная степень хронического эндометрита у пациенток исследуемых групп диагностирована в 15,7% (11) и 13,8% (9) случаев и сопровождалась 5-кратным и более повышением количества иммунопозитивных клеток. При этом слабая степень хронического эндометрита отмечалась у пациенток с первичным бесплодием в 18,6% (13) случаев по сравнению с пациентками с вторичным бесплодием – 7,7% (5) случаев.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении морфофункционального состояния эндометрия на фоне высокой частоты хронического эндометрита разной степени выраженности у пациенток, как с вторичным, так и с первичным бесплодием. Следует отметить, что, несмотря на отсутствие внутриматочных вмешательств и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, у пациенток с первичным бесплодием выявлена высокая частота встречаемости хронического эндометрита, причиной которого может служить не только бактериально-вирусные ассоциации, но и эстрогензависимое воспаление, обусловленное миомой матки.

CLINICO-MORPHOLOGICAL FEATURES OF ENDOMETRIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH UTERINE MYOMA

Tolibova GH, Tralee TG, Tsypurdeeva AA, Kakhiani MI.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЛОКНА СПАЕК У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

Адамян Л.В., Кондратович Л.М., Козаченко А. В.

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

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

Материалы и методы: 110 пациенток были прооперированы по поводу миомы матки лапароскопическим доступом. У 34 пациенток в брюшной полости интраопе-

рационно диагностирован спаечный процесс.

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

Результаты:

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

ИГХ исследование: В тканях миомы была выявлена повышенная экспрессия маркера коллагена первого типа со стабильной структурой связей, так называемый «зрелый коллаген», а в тканях спайки выявлена повышенная экспрессия маркера коллагена третьего типа, характеризующийся нестабильными связями и изменяющейся структурой ($p < 0,05$).

Маркеры экспрессии ангиогенеза были повышены в волокне спайки по сравнению с интактной брюшиной. Соотношение маркеров матриксных металлопротеиназ к их ингибиторам в ткани миомы было смещено в сторонй матриксных металлопротеиназ, а в ткани спайки в сорону их тканевых ингибиторов, при относительно равном соотношении в волокне интактной брюшины.

Заключение: Выявленные при морфологическом и иммуногистохимическом исследованиях особенности строения волокна спайки, отражают ярко выраженные активные процессы роста и построения нового волокна у пациенток со спаечном процессом и миомой матки.

MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA REPRODUCTIVE AGE.

Adamyan L.V., Kondratovich L.M., Kozachenko A.V.

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

Conclusion: Revealed at morphological and immunohistochemical studies of the structural features of the fiber the pronounced active processes of growth and building a new fiber in patients with adhesive processes and uterine myoma.

ГЛАВА 3 / CHAPTER III

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
NEW METHODS IN DIAGNOSIS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Манухин И.Б., Захарова Т.П., Манухина Е.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Для диагностики генитального герпеса следует использовать не менее двух методов обследования (полимеразная цепная реакция и иммуноферментный анализ) одновременно, что позволит выявлять атипичные формы его течения у пациенток с рецидивирующими воспалительными заболеваниями генитального тракта.

Диагностическим критерием наличия генитального герпеса являются его проявления на коже и слизистой больших и малых половых губ, промежности, влагалища и шейки матки в виде сгруппированных везикул с серозной жидкостью, трансформирующиеся в эрозии и язвы. Столь типичное течение герпетической инфекции не представляет сложности в диагностике. В то же время, при атипичных формах отсутствует манифестный признак инфекции, что в значительной степени затрудняет не только своевременность постановки диагноза, но и сроки длительности лечения заболевания.

Значение исследования роли атипичных форм генитального герпеса в генезе воспалительных заболеваний женского полового тракта не вызывает сомнения, поскольку атипичное течение болезни характерно в значительном проценте случаев с самого начала заболевания. Следовательно, первый эпизод инфекции ретроспективно выявить трудно. Больные с жалобами на стойкий дискомфорт в области гениталий, дизурию, вульводинию, обильные бели, зуд, жжение в области промежности и уретры, лимфоаденопатию паховых узлов, метрарагии, привычное невынашивание беременности неоднократно в течение длительного времени обращаются к врачам разных специальностей (урологам, дерматовенерологам, гинекологам), которые назначают традиционное лечение, но, не получив эффекта, относят эти проявления

к болезням "неясной" этиологии, поскольку без использования специальных методов вирусологического обследования диагноз поставить невозможно.

Целью данной работы явилась вирусологическая диагностика атипичных форм генитального герпеса у пациенток с воспалительными заболеваниями генитального тракта. В ходе выполнения поставленной задачи были обследованы 136 пациенток, страдающих следующими заболеваниями: рецидивирующая патология шейки матки – 36, рецидивирующий вульвовагинит – 42, эндоцервицит – 124, хронический сальпингоофорит – 18, привычное невынашивание беременности – 47, хронический эндометриит – 12. До обследования все больные неоднократно лечились антибиотиками, однако терапевтический эффект был кратковременным. В анамнезе ни у одной из больных не было типичных клинических проявлений генитального герпеса.

Для диагностики вируса герпеса II типа проводилось вирусологическое исследование слизи цервикального канала, мочи, крови методами полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа. Полученные результаты позволили выявить экскрецию вируса простого герпеса 2 (ВПГ2) из цервикального канала у 118 пациенток, в моче – у 38 больных, а титры антител (Ig G) к ВПГ2 выявлены у всей обследованной группы. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что все обследованные страдают хронической герпетической инфекцией II типа. У 118 пациенток выявлена атипичная форма генитального герпеса с персистенцией вируса в цервикальном канале. У 28 больных на момент обследования диагностировалось обострение (Ig M) хронической герпетической инфекции по II типу, что сочеталось с клиническими проявлениями в виде рецидивирующей патологии шейки матки (11 больных) после крио– и/или лазердеструкции, рецидивирующего бактериально-кандидозного вагинита, неразвивающейся беременности (8 больных).

Таким образом, проведенные исследования указывают на необходимость проведения вирусологического обследования (не менее двух методов исследования) для своевременного выявления атипичных форм генитального герпеса у пациенток с жалобами на зуд и жжение в области гениталий, неразвивающуюся беременность, рецидивирующую патологию шейки матки, вульвовагиниты, хронические вялотекущие эндометриты и/или сальпингоофориты, не поддающиеся традиционной антибактериальной терапии.

IMPORTANCE OF IDENTIFYING ATYPICAL FORMS OF HERPES GENITALIS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

Manukhin I.B., Zakharova T.P., Manukhina E.I.

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty, Moscow State Medical and Dental University, Moscow, Russia

For the diagnosis of herpes genitelis should use at least two methods (PCR, ELISA) simultaneously, atypical forms will identify its flow in women with recurrentgenital tract inflammatory diseases.

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Токаева Э.С.[1], Оразов М.Р.[1], Барсегян Л.К.[1]

1 – Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Актуальность. Хроническая тазовая боль является одним из ведущих симптомов наружного генитального эндометриоза. Боль, индуцированная эндометриозом, отрицательно влияет на социальную и жизненную активность, снижает либидо, приводит к общему снижению качества жизни, депрессивным и тревожным состояниям.

По данным разных автором частота встречаемости хронической тазовой боли среди исследуемого контингента составила от 26 до 90%. Резидуальный и рецидивирующий болевой синдром встречается у 18–80% женщин, прошедших комбинированную терапию НГЭ. Запоздалая диагностика эндометриоза и разнообразие болевых механизмов обуславливают трудности терапии тазовой боли, индуцированной эндометриозом. Возникновение хронической тазовой боли ассоциируют с феноменом микроменструаций, проалгогенным воздействием провоспалительных цитокинов, рубцово-спаечным процессом в малом тазу, а также поражением нервных волокон. Интересно, что в эпидеомологических исследованиях за последние десятилетия была выявлена взаимосвязь между эндометриозом и другими соматическими заболеваниями, такими, как аутоиммунные болезни, астма, аллергические расстройства и сердечно-сосудистые заболевания.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение структуры экстрагенитальных заболеваний у пациенток с тазовой болью, обусловленной эндометриозом.

Материалы и методы. Исследование включало ретроспективный анализ первичной медицинской документации 100 женщин репродуктивного возраста с тазовой болью, обусловленной эндометриозом, как основную изучаемую группу. В контрольную группу было включено 50 условно-здоровых женщин аналогичного возраста. Методы исследования включали в себя изучение клинико-анамнестических данных, особенности соматического статуса у женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью.

Верификация диагноза эндометриоза была проведена на основании морфологического исследования биоптатов, полученных во время операции (выписки из историй болезни и результаты морфологического исследования).

Критериями включения в основную группу являлась эндометриоз-ассоциированная тазовая боль репродуктивного возраста. Критериями исключения служили синдром тазовой боли, обусловленный иными гинекологическими и негинекологическими заболеваниями.

Результаты исследования. Средний возраст обследуемых женщин составил 39±4 лет. Изучение соматического анамнеза продемонстрировало что количество заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, аутоиммунных заболеваний, было достоверно больше в основной группе, чем в группе контроля ($p<0,05\%$).

Анализ частоты экстрагенитальных выявил среди исследованных выявил: гипертоническая болезнь (14,8% и 2.3%, p<0,05%); атопический дерматит (2,5% и 1.2%, p<0,05%), ревматизм (9,1% и 2,1% p<0,05%), сахарный диабет (11,6% и 3,0% p<0,05%), хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (29,0% и 9,0 p<0,05%).

Вывод: таким образом, вышеупомянутые данные свидетельствуют о высокой частоте экстрагенитальных заболеваний у пациенток с тазовой болью, обусловленной эндометриозом.

THE STRUCTURE OF EXTRAGENITAL DISEASES IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN

Tokaeva E.S.[1], Orazov M.R.[1], Barsegyan L.K.[1]

1 Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia

In accordance to the WHO latest data every 10th woman in the world has endometriosis. Chronic pelvic pain is one of two main symptoms of endometriosis. Researches of recent decades demonstrated an association between endometriosis and other extragenital diseases.

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Лещенко О.Я., Аталян А.В., Маланова А.Ю.

ФБГНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»

Резюме: Предложенный метод оценки факторов риска позволяет прогнозировать и диагностировать генитальный туберкулез у женщин с репродуктивными нарушениями на амбулаторном этапе с наибольшей эффективностью.

Одним из приоритетных направлений при активном выявлении генитального туберкулеза является определение группы риска. Формирование группы риска среди женщин позволяет улучшить выявление туберкулезного процесса в несколько раз, однако отмечена потеря большой доли пациенток из группы риска на этапе обследования в противотуберкулезном диспансере. Цель исследования – выявить основные факторы риска и клинические особенности репродуктивных нарушений, ассоциированных с туберкулезом половых органов у женщин для оптимизации ранней диагностики. На первом этапе обследования за период 2012–2014 гг. было проведено рекрутирование 648 женщин с репродуктивными нарушениями с целью исключения туберкулеза женских половых органов. Специализированное обследование женщин проводили в ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер им. Г.Д. Дугаровой». Туберкулез половых органов диагностирован у 92 из 648 женщин (14,2%) пациенток (код МКБ А18.6) – основная группа наблюдения.

Из 556 женщин, у которых генитальный туберкулез не был выявлен, методом случайной выборки была сформирована группа сравнения в количестве 115 человек. На втором этапе нами проведен анализ факторов риска репродуктивных нарушений у женщин с генитальным туберкулезом. На третьем этапе проведено операционное исследование оценки эффективности метода ранней диагностики репродуктивных нарушений у женщин с генитальным туберкулезом. Исследование проведено в ГБУЗ «Городская поликлиника №4» женская консультация №4 (контрольное учреждение) и ГАУЗ «Городская поликлиника №6» женская консультация №6 (экспериментальное). Данные женские консультации были сопоставимы по количеству прикрепленного населения 38484 женщин в ГП №6 и 30837 женщин в ГП №4 и по количеству женщин фертильного возраста – 20779 и 18224 человек, соответственно. Операционное исследование включало несколько этапов: выбор стратегии или программы, проведение пре-теста, интервенция и пост-тест для оценки эффективности внедрения. Распределение женщин с репродуктивными нарушениями по группам фертильности (n=648) показало одинаковую частоту первичного и вторичного бесплодия в группах с генитальным туберкулезом и неподтвержденным половым туберкулезом, соответственно 21% и 51%. Репродуктивный анамнез (количество родов, абортов) и структура сопутствующей гинекологической патологии у женщин с репродуктивными нарушениями и генитальным туберкулезом не отличались от группы сравнения. Наиболее значимыми факторами риска репродуктивных нарушений, ассоциированных с туберкулезом половых органов, у женщин являются: принадлежность к социальной группе «Студенты» (RR=2,09, ДИ 1,33–2,68); наличие стойкого субфибрилитета (RR=1,9, ДИ 1,47–2,53); патологическая слабость, потливость (RR=2,41, ДИ 1,78–3,27); снижение веса (RR=1,60, ДИ 1,20–2,14); увеличение паховых лимфоузлов (RR = 1,79, ДИ 1,20–2,66); сопутствующий ЦМВИ, ВПГ (RR = 1,50; ДИ 1,02–2,04). Для женщин с репродуктивными нарушениями и генитальным туберкулезом нами установлены характерные рентгенологические картины при ГСГ: сегментация маточных труб в виде «бус», «четок» 34% против 19% группы сравнения (p=0,01). Напротив, булавовидно расширенные маточные трубы чаще диагностировались у женщин с бесплодием без генитального туберкулеза (p=0,03). Микст-инфекция (сочетание трихомониаза, гонореи, хламидиоза, вирусной инфекции) была характерна для женщин с генитальным туберкулезом и репродуктивными нарушениями 76% против 55% женщин, у которых туберкулез не был верифицирован (p=0,004). Установлено статистически значимое снижение уровня прогестерона, эстрадиола и свободного тестостерона в сыворотке крови у женщин с бесплодием и генитальным туберкулезом: свободного тестостерона 3,0±5,9 пг/мл против 3,4±4,8 пг/мл, (U-test, pu=0,01), эстрадиола 46,1±27,1 пг/мл против 58,9±25,7 пг/мл; U-test, pu=0,04; прогестерона 27,7±18,3 нмоль/л, против 37,7±20,0, (U-test, pu=0,01). На основании клинико-анамнестических данных метод логистической регрессии позволил прогнозировать генитальный туберкулез у женщин с репродуктивными нарушениями с точностью 73,5%. Диагностическая модель, включающая методы диагностики генитального туберкулеза такие как: диаскин тест, проба Коха, иммуноферментный анализ, лазерная флюоресценция позволила диагностировать генитальный туберкулез у женщин с репродуктивными нарушениями с процентом вероятности при построении модели с точностью 95%. Активное выявление женщин с репродуктивными нарушениями и генитальным туберкулезом (операционное исследование) при использовании новых разработанных критериев формирования факторов риска позволили диагностировать туберкулез половых органов у 14,4% женщин с репро-

дуктивными нарушениями (1,0 на 100 000 населения) против нулевой диагностики без интервенционного вмешательства в двух опытных женских консультациях.

DIAGNOSTICS AND FORECASTING OF REPRODUCTIVE DISORDERS HAVE BEEN ASSOCIATING WITH GENITAL TUBERCULOSIS IN WOMEN

Leschenko O.Ya., Atlan A.V., Malanov A.Yu.

FBGO «Research Center of 3roblems of Family Health and Human Reproduction»

Abstrct: Our method of risk assessment allows to predict and diagnose genital tuberculosis in women with reproductive disorders more effectively in the outpatient stag.

ОЦЕНКА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ ПО ДАННЫМ ИММУНОФЕРМЕНТОГО И ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦЕНТНОГО АНАЛИЗА

Салов И.А., Турлупова Т.И., Басова Т.А., Паршин А.В.

Россия, г. Саратов, ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Целью исследования стала оценка эпидемиологической значимости вирусов герпеса и цитомегалии в генезе цервицита у женщин с хроническим (n=123) и подострым (n=106) течением заболевания. При хроническом цервиците микст-инфекция ЦМВ и ВПГ была верифицирована в 82,1%, при подостром – в 67% случаев. Подострое течение цервицита обусловлено повышением репликативной активности ЦМВ, а равнозначные титры Ig G к ВПГ (95,9–92,5%) и ЦМВ (91,9–87,7%) отражают лишь давность инфицирования.

Актуальность темы. Недооценка этиопатогенетической значимости длительной персистенции вирусных агентов в очаге воспаления в случае цервицита у женщин репродуктивного возраста часто является причиной приоритетного выбора средств этиотропной терапии преимущественно с антибактериальной или антимикотической направленностью, что не позволяет добиться полного клинико-лабораторного излечения.

Материалы и методы. С целью оценки распространённости герпетической и цитомегаловирусной инфекций у женщин с цервицитом нами были проанализированы результаты исследования соскобов из цервикального канала на вирус простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирус (ВПГ) методом флюоресценции и результаты серологического контроля методом иммуноферментного анализа в отношении ВПГ и ЦМВ у 229 пациенток в возрасте 17–40 лет с клиникой цервицита. Основную группу соста-

вили 123 пациентки с вялотекущим течением цервицита и давностью заболевания более 6 месяцев, группу сравнения – 106 женщин с подострой клиникой и давностью заболевания менее 3 месяцев. Контрольную группу составили 57 здоровых женщин. Критерием исключения стало наличие у пациентки папиломавирусной инфекции. Идентификацию ВПГ 1, 2 типа и ЦМВ в мазках и соскобах со слизистых осуществляли методом прямой и непрямой иммунофлюоресценции с использованием моно– и поликлональных антител (HSV1 FITC, 30490; HSV2 FITC 30 491 и Mono Fluo Kit® CMV; Monoclonal Mouse AntiCMV – Daco-CMV-AAC-10; Daco-CMV-CCH2, Франция, США). Антимышиные FITC-коньюгаты F026102-Daco; RBA Mouse IgG/ FITC-ICC/, Daco MAT Daco CMV AAC10 и MAT Daco CMV CCH2 для повышения чувствительности метода смешивали в пропорции 1:1. Определение IgG, IgM к ЦМВ и ВПГ 1, 2 типа проводили методом ИФА на тест-системах производства ЗАО «Вектор Бест» (Новосибирск).

Результаты. В основной группе антигены ВПГ и ЦМВ были обнаружены в качестве микст-инфекции в 101 случае (82,1±3,5%). В группе сравнения антигены ВПГ были выявлены у 79 (74,5±4,2%), а антигены ЦМВ у 71 женщины (67±4,6%) в 100%-ном сочетании с ВПГ. Повышение репликативной активности ЦМВ в случае подострого воспаления было отмечено в 100% случаев, а в группе с хроническими цервицитами – у половины пациенток (52,8±4,5%). В контрольной группе антигены ВПГ обнаружены у 17 (29,8±6%), антигены ЦМВ – у 12 (21,1±5,4%), микст-инфекция вирусов – у 4 пациенток. Ig M к ВПГ и ЦМВ не были обнаружены ни у кого из обследуемых. Отсутствие достоверной разницы показателей частоты выявления Ig G к ЦМВ в группах с цервицитами (91,9±2,5% и 87,7±3,2%) и Ig G к ВПГ во всех группах (95,9±1,8%, 92,5±2,6% и 89,5±4,1%) свидетельствуют о давности инфицирования и одинаковой степени напряжения противовирусного иммунитета в исследуемых группах.

Заключение. Развитие хронического цервицита определяется наличием в воспалительном очаге микст-инфекции ЦМВ и ВПГ, при этом подострая клиника заболевания детерминирована повышением репликативной активности ЦМВ в очаге.

ASSESSMENT OF CYTOMEGALOVIRUS AND HERPES INFECTIONS IN WOMEN WITH CERVICITIS ACCORDING TO THE RESULTS ELISA AND IMMUNOFLUORESCENCE ANALYSIS

Salov I.A., Turlupova T.I., Basova T.A., Parshin A.V.

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky
Department of Obstetrics and Gynecology of the Therapeutic Faculty

The aim of the study was to assessment of the epidemiological importance of herpes viruses and cytomegalovirus in the etiology of cervicitis in women with chronic (n=123) and subacute (n=106) disease. In chronic cervicitis mixed infection with CMV and HSV were verified at 82,1%, subacute in 67% of cases. Subacute course of cervicitis caused by the increase of the replicative activity of CMV and equivalent titers of Ig G to HSV (95,9–92,5%) and CMV (91,9–87,7%) reflect the duration of infection.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНТРАСТ-УСИЛЕННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОТОКА ПРИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ МАТКИ

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

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

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

Цель исследования – изучить кровообращение при симметричных аномалиях матки с помощью динамической контраст-усиленной магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы исследования: В Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова с 2015 по 2017 оперировано 154 пациентки с симметричными аномалиями матки. Стандартная методика магнитно-резонансной томографии проведена у 44 больных для детализации анатомической формы порока. С целью оптимизации тактики оперативного лечения у 17 пациенток с симметричными аномалиями матки произведена динамическая контраст-усиленная магнитно-резонансная томография.

Результаты исследования: Нарушение репродуктивной функции отмечено у 88,2% (135) пациенток: первичное бесплодие у 37%, вторичное бесплодие у 31% и потери беременности у 43%.

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

При неполной внутриматочной перегородке наблюдается снижение кровотока во внутриматочной перегородке более чем на 40%, что коррелирует с высоким уровнем потерь беременности более чем в 72% наблюдений.

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

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

Заключение: Для определения показаний к оперативному лечению целесообразно использовать динамическую контраст-усиленную магнитно-резонансную томографию для количественной оценки кровотока в рудиментарных локусах матки (внутриматочной перегородке) при аномалиях развития, не ожидая репродуктивных потерь. В зависимости от показателей, выбрать тактику хирургического лечения и ведения беременности, а так же гемиполость с лучшими условиями кровоснабжения для переноса эмбриона в программе ЭКО у женщин с двурогой и удвоением матки.

DYNAMIC CONTRAST-ENHANCED MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DETERMINE BLOOD FLOW IN SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES

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

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

The dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging investigation in females with various uterine anomalies allows to estimate the blood flow in myometrium and in uterine septum. Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging revealed decreased blood flow within incomplete intrauterine septum much more than 40%, which correlates with high levels of pregnancy losses in 72% of observations. Surgical strategy of complete septate uterus differs: most (70%) of patients carried successful pregnancies (1 group), only 30% of them had pregnancy losses (2 group). The dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging revealed significant differences in the groups: the 1 group had normal blood perfusion in the complete septum; the 2 group had reduced blood flow much more 20%, which correlates with clinical data. Dissection of the septum by resectoscopy aims to eliminate the pure blood flow zone, preventing reproductive losses.

ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Стародубцева Н.Л., Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Бугрова А.Е., В.В Чаговец, Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

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

Актуальность: С каждым годом растет число случаев рака шейки матки (РШМ), вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ). Так, ежегодно в мире регистрируются более 400 000 новых случаев РШМ. Исследования последних лет подтвердили высокий потенциал биологических жидкостей организма, в том числе цервиковаги-

нальной жидкости (ЦВЖ), в диагностике и прогнозировании различных предраковых заболеваний. Ряд исследований показали, что анализ протеомного состава ЦВЖ может способствовать выявлению перспективных биомаркеров ранней диагностики заболеваний шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией.

Цель: Изучить протеомный состав ЦВЖ при неоплазиях шейки матки различной степени тяжести у женщин репродуктивного возраста для определения риска малигнизации.

Материалы и методы исследования: клинические, цитологическое исследование, молекулярно-генетические методы исследования (Real-time PCR), расширенная кольпоскопия, протеомное исследование цервиковагинальной жидкости, масс-спектрометрия.

Полученные результаты: В одномоментное проспективное исследование было включено 30 женщин, в возрасте от 21 до 45 лет, сформировано 4 группы в зависимости от результатов цитологического исследования: 7 пациенток (23%) – NILM (I группа – контрольная), 23 (77%) – ВПЧ-позитивные, разделены на 3 группы: II группа –11 (49%) с ASCUS, III группа – 7 (30%) с LSIL, IV группа – 5 (21%) с HSIL. Нормальная кольпоскопическая картина у 7(23%), ненормальная – 23(87%). Наиболее распространенным типами были ВПЧ у данных пациенток были: 16 (34,8%), 31 (17,4%), 52, 58, 56 (13%), 18, 35 (8,7%), остальные типы встречались менее 5%. По результатам PLS (Метод проекций на латентные структуры) было достигнуто достоверное разделение контрольных образцов (NILM) и группы с ASCUS, LSIL, HSIL. Были обнаружены 50 белков (VIP-компоненты) дифференцирующие группу NILM от других групп. При полуколичественном анализе 54% белков в ЦВЖ достоверно снижается при увеличении степени тяжести неоплазии. Выделены 9 белков, характерных для NILM (Tubulin alpha-1C chain, N-acetylmuramoyl-L-alanine amidase, Complement factor D, Galactose-3-O-sulfotransferase 4, Vitronectin, Peptidoglycan recognition protein 1, Poly(rC)-binding protein 1, Lumican, Serum paraoxonase/arylesterase 1) и 4 белка (Ig kappa chain V-I region Ni, Lymphocyte antigen 6D, Plasminogen activator inhibitor 1 RNA-binding protein, Cytochrome C) только для групп с неоплазией шейки матки. Концентрация белков теплового шока S100-A9, S100-P, S100-A11, HSPA8, а также Ацетил-CoA-связывающего белка и анексинов A1 и A2 в группах с неоплазией выше, чем в I группе.

Выводы: Выявлены белки ЦВЖ, позволяющие дифференцировать группу с нормальным эпителием шейки матки от групп с неоплазией различной степени тяжести.

PROTEOMIC ANALYSIS OF CERVICOVAGINAL FLUID DURING NEOPLASTIC TRANSFORMATION OF CERVICAL EPITHELIUM ASSOCIATED WITH HPV INFECTION

Starodubtseva N.L., Zardiashvili M.D., Nazarova N.M., Nekrasova M.E., Bugrova A.E., Chagovets V.V., Kononikhin A.S., Frankevich V.E.

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

The proteomic composition of cervicovaginal fluid from 30 patients with HPV-associated precancerous cervical diseases of varying severity is studied to determine the risk

of malignancy. 50 proteins differentiating the group with NILM from another groups with ASCUS, LSIL and HSIL were identified.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСКАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Палкина А.А., Тулупова О.Н.

ДЦ МРТ «ХЭЛС», г.Донецк, Донецкая Народная Республика, Украина

Цель работы. Оценка информативности магнитно-резонансной томографии (МРТ) по сравнению с ультразвуковым исследованием (УЗИ) при выявлении разновидностей аномалий развития матки.

Материалы и методы. В группу наблюдения вошли 40 женщин, которые в зависимости от возраста были разделены на подгруппы: до 25лет, 25–35лет, свыше 35лет. Пациентки самостоятельно обратились к гинекологу по месту жительства с жалобами на невозможность оплодотворения или невынашиваемость беременности, были направлены на УЗИ малого таза, где был выставлен диагноз седловидной или двурогой матки. В последующем все пациенты были направлены на МРТ малого таза для подтверждения диагноза.

Результаты. После УЗИ диагноз седловидной матки был поставлен 24 пациенткам (60%), двурогой – 12 (30%), матки с наличием перегородки – 4 (10%). После проведения МРТ диагноз седловидной матки был поставлен лишь 17 пациенткам (42,5%), двурогой – лишь 4 (10%), а матки с наличием перегородки – 19 (47,5%). Следует отметить, что в большинстве случаев (75%) у пациенток с поставленным после УЗИ диагнозом двурогая матка при МРТ была обнаружена либо седловидная матка (в 48% случаев), либо седловидная матка с наличием перегородки (52%). Только у 25% пациенток после МРТ был подтвержден диагноз двурогой матки. У 54,6% пациенток, которым при УЗИ был поставлен диагноз седловидной матки, после МРТ было обнаружено наличие матки с мышечной перегородкой, остальным – подтверждено наличие седловидной матки. Чаще за медицинской помощью обращались женщины второй возрастной подгруппы – 63%. В первой возрастной подгруппе оказалось 30% женщин, в третьей – 7%.

Выводы. МРТ является наиболее информативным методом при дифференциальной диагностике таких аномалий развития матки, как седловидная и двурогая. Часто отмечается гипердиагностика при УЗИ, особенно двурогой матки, из-за частой невозможности учета индивидуальной анатомии малого таза (анте-, ретрофлексио, ротации). МРТ более информативно в оценке структуры слоев стенки матки, позволяет более четко обнаружить перегородки и отличить их от седловидной матки, что не всегда достоверно при выполнении УЗИ.

МРТ является современным диагностическим методом визуализации многих заболеваний, в том числе, и внутренних женских половых органов. УЗИ не всегда точно может поставить диагноз ввиду технических особенностей исследования, в отличие от МРТ, где выполняется послойное сканирование в различных плоскостях у конкретного пациента, в зависимости от индивидуального строения и взаиморасположения органов малого таза.

REZONANSNOGO MAGNETIC TOMOGRAPHY AS A METHOD OF CHOICE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MALFORMATIONS OF THE UTERUS

Palkin A.A., Tulupov O.N.

MRI of DTS «HALS», Donetsk, Donetsk people's Republic, Ukraine

MRI is an advanced diagnostic imaging modality of many diseases, including internal female reproductive organs. Ultrasound is not always accurate diagnosis the technical characteristics of the study, in contrast to MRI, where scanning is performed layer by layer in different planes in each patient, depending on individual structures and the relative position of the pelvic organs.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯТРОГЕННЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА

Барто Р.А., Чечнева М.А.

ГБУЗ МО Московский областной институт акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Резюме. Одним из осложнений хирургических пособий в гинекологии является формирование эндометриоза рубца в отдаленном послеоперационном периоде. Проведенное исследование показало убедительную корреляцию появления данного осложнения у пациенток с наличием аденомиоза, в то время как, инфильтративные формы эндометриоза и эндометриоидные кисты, значительно реже сочетаются с эндометриозом рубцов, что свидетельствует о разном генезе распространения заболевания.

Введение. Частота эндометриоза в популяции достигает 50 процентов и более. Почти 45 процентов пациенток с впервые выявленным эндометриозом это молодые женщины в возраст 20–29 лет. Во всем мире наблюдается рост данного заболевания, его омоложение, а также увеличение распространенных форм эндометриоза. Одним из тяжелейших осложнений после хирургических пособий является эндометриоз рубцов, который возникает спустя годы после вмешательств.

Материалы и методы. Мы изучили 35 пациенток с эндометриоидными инфильтратами рубцов, которые были госпитализированы и прооперированы в МОНИИАГ с 2013–2016гг. Средний возраст составил 31 год. Все пациентки имели только одну предшествующую операцию в анамнезе. Время прошедшее после операции составило от 1 года до 5 лет. Количество пациенток с предшествующей лапаротомией составило 80% (N=28), с предшествующей лапапароскопией было 12% (N=4), после эпизиотомии 8% (N=3) пациенток. В группе больных после лапаротомии операция кесарево сечение предшествовало появлению эндометриозу передней брюшной стенки в 86%, другие лапаротомии по поводу гинекологических операций в 14% случаев соответственно. Исследование органов малого таза проводилось по стандартной методике вагинальным мультичастотным датчиком 6–8 МГц, передняя брюш-

ная стенка оценивалась конвексным мультичастотным датчиком 3–6 МГц и линейным датчиком с частотой 4–8 МГц. Измерения очагов поражения передней брюшной стенки производилось в трех плоскостях с вычислением среднего объема, производился подсчет количества очагов поражения, степень распространения в глубину ткани. После операции иссеченные очаги поражения были измерены в трех измерениях с вычислением объема образований, с последующим сравнением данными ультразвуковых исследований, произведено гистологическое исследования макропрепаратов.

Результаты. В 80% случаев эндометриоз рубца сочетался с аденомиозом 1–2 ст. У 9 пациенток (25%) было выявлено глубокое распространение эндометриоза малого таза (инфильтративный эндометриоз). Тогда как эндометриоидные кисты были только у 4 пациенток (1%). Размеры эндометриоидных инфильтратов передней брюшной стенки были от 1 до 8 см в максимальном сечении. Средний объем образований составил 13,8 мл. Изолированное поражение эндометриозом только мышечной ткани при ультразвуковом исследовании было выявлено в 65%, тогда как в подкожной жировой клетчатки обнаруживалось в 33%, а сочетание поражения и мышечной ткани и подкожной клетчатки встречалось только в 2%.

Характерными сонографическими критериями эндометриоидного инфильтрата передней брюшной стенки были:

1) структура образования: солидного или солидно-кистозного строения;

2) нечеткие неровные контуры образования;

3) отсутствие прорастания естественных барьеров (апоневроз, влагалище мышц, надкостница);

4) при использовании энергетического картирования хаотичность сосудистого рисунка, отсутствие опухолевого типа кровоснабжения образования, скудость сосудистого компонента опухоли.

При гистологическом исследовании хирургического (биопсийного) материала эндометриоз передней брюшной стенки был подтвержден в 100% случаев, однако при множественном поражении (несколько очагов поражения) корреляция с ультразвуковым методом исследования составила 96%. Таким образом в нашем исследовании чувствительность ультразвукового метода исследования составила 96%, специфичность 100%.

Выводы. Ультразвуковое исследование является чувствительным, специфичным и безопасным методом исследования эндометриодных инфильтратов рубцов после хирургических пособий разной локализации. Имеются незначительные трудности при диагностике глубокого прорастания и множественных очагах поражения.

FEATURES OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF IATROGENIC FORMS OF ENDOMETRIOSIS

Barto R.A., Chechneva M.A.

Moscow Regional Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow, Russia

Summary. One of the complications of surgery in gynecology is the formation of endometriosis scar. The study showed a convincing correlation the appearance of this complications with adenomyosis, but DIE and endometriomas much less combined with endometriosis, which indicates the different genesis of the spread of the disease.

ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАТА СИНХРОННА ВОЗРАСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЭПИФИЗА

Иванов С.В.

ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», Медицинский институт, г. Сыктывкар

Известно ингибирующее влияние эпифиза на репродуктивный гомеостат (гипоталамо-гипофизарно-гонадную ось). Реперными точками развития репродуктивного гомеостата (РГ) являются адренархе, пубертат и климакс [Иванов С.В., 2007a; 2007b]. Схематически постнатальный паттерн женского РГ иллюстрируется синусоидой, включающей «плато», приходящееся на репродуктивный отрезок онтогенеза – от пубертата до климакса. Параллельная регистрация уровня ключевого пинеального гормона мелатонина и объема эпифиза у человека по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявила синфазность биохимического и структурного функциональных маркеров органа на протяжении суточного цикла [Nölte e.a., 2009; Liebrich e.a., 2014]. То есть, циркадианные изменения объема эпифиза человека (случаи кист и «мозгового песка» дискриминированы) ковариантны и пропорциональны динамике содержания мелатонина в плазме крови и слюне. Ранее синфазность суточного ритма морфометрических и функциональных параметров эпифиза, как и их возрастного паттерна, – была установлена у кошек и белых крыс [Иванов С.В., 1987; 1990 и др.].

Ретроспективно, на основе анализа 5784 случаев диагностических МРТ-исследований области головы пациентов отделений лучевой диагностики сформирована база данных. В базу включены случаи (n=411) без церебральной, онкологической, эндокринной и другой патологии. Материал сгруппирован по времени и дате исследования, полу и возрасту в соответствии с периодизацией постнатального онтогенеза ВОЗ. Во всех случаях измерялись максимальные линейные размеры эпифиза в сагиттальной, аксиальной и коронарной проекциях. По формуле шара вычислялись объемы органов. Цифровые данные обрабатывались методами вариационной

статистики с использованием ресурсов Microsoft Excel 2010.

Установлено, что от рождения до 17–21-летнего возраста объем эпифиза возрастает, затем постепенно снижается до второго зрелого возраста, стабилизируется в пожилом возрасте. Половые различия выявленного паттерна касаются наличия «плато» стабилизации на графике, приходящееся на репродуктивный отрезок онтогенеза у женщин, но не у мужчин. Установлены нормативные показатели объемов эпифиза для восьми (из 11 по ВОЗ) возрастных групп, где выборки оказались репрезентативными. Для показателей объема эпифиза и частоты встречаемости кист в этом органе характерен пубертатный «провал», более выраженный у мужчин. На материале того же регистра, с целью тестирования климактерического периода, выделены группы мужчин (группа сравнения; n=72) и женщин (n=74) в возрасте от 38 лет до 61 года, разделенных на подгруппы с шагом в 2 года. Для оценки возможной зависимости объема эпифиза от фазы репродуктивного цикла аналогичное исследование проведено в группах женщин 1-го (n=34) и 2-го (n=41) зрелого возраста с анамнестически верифицированным регулярным циклом, разделенных на подгруппы в зависимости от фазы цикла, установленной ретроспективно по графикам базальной температуры. Выявлено достоверное ($p<0,05$) снижение объема эпифиза в овуляторную фазу, а также на протяжении перименопаузального периода. Что сопоставимо с литературными данными, где использовались биохимические маркеры структурно-функционального статуса эпифиза.

В контексте собственных и литературных данных о цикличности и возрастной динамике продукции мелатонина эпифизом, циркадианной и постнатальной синхронности структурных (объем органа) и функциональных (содержание мелатонина в плазме крови и слюне) изменений эпифиза, – предполагается его участие – как во «включении», так и в «выключении» репродуктивной функции у женщин. Возрастной постнатальный паттерн структурно-функциональных изменений эпифиза повторяет рельеф постнатальной динамики развития РГ у женщин. Оба процесса характеризуются эволюционным этапом (до 17–21 года) с незначительным «провалом» графика в период андренархе и значительным пубертатным «провалом», затем следует уникальный для женского организма период стабилизации («плато») до менопаузы, наконец – инволюционный этап. Паттерн «мужских» графиков сравниваемых процессов отличается отсутствием этапа стабилизации: сразу после максимума в 17–21 год регистрируется инволюционный этап, хотя и более «пологий», менее форсированный, чем у женщин. Для РГ мужчин и женщин описанный выше постнатальный паттерн был выявлен полвека назад В.М. Дильманом на основе физиологических и биохимических маркеров.

DYNAMICS OF POSTNATAL DEVELOPMENT OF THE REPRODUCTIVE HOMEOSTAT SYNCHRONOUS AGE-RELATED CHANGES OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATUS OF THE PINEAL GLAND

Ivanov S.V.

Syktyvkar state University after Pitirim Sorokin, Medical Institute, Syktyvkar, Russia

On the basis of original and literary data the synchronicity of age-related changes of reproductive homeostasis and the structural and functional status of the pineal gland in women. Both processes include evolutionary phase to 17–21 year, stabilization period before menopause, involutional phase. The pineal gland is involved in the processes of «inclusion» and «preparation» of the reproductive function in women.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОГОСЛОЙНОГО МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩЕГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Рахматуллина А.Р., Асатурова А.В., Шамаракова М.В., Ежова Л.С., Козаченко А.В., Адамян Л.В.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова МЗ РФ» (Москва, Россия)

Введение: Заболеваемость раком шейки матки занимает значительное место в структуре злокачественных опухолей у женщин. Гистологически рак шейки матки подразделен на две большие группы – плоскоклеточный и железистый. Плоскоклеточные поражения чаще встречаются, и методы их лечения имеют более структурированный и четко определенный подход. В то же время диагностика железистых поражений вызывает большие трудности, они имеют более агрессивное течение и требует совершенно другого клинического подхода. В связи с этим имеет место неопределенность в отношении алгоритма обследования и ведения промежуточного гистологического типа предраковых поражений шейки матки – многорядных муцинпродуцирующих интраэпителиальных поражений (SMILE). Данные поражения имеют гистологическое сходство с цервикальной интраэпителиальной неоплазией 3 степени тяжести(CIN3)/плоскоклеточным интраэпителиальным поражением шейки матки высокой степени тяжести (HSIL), однако обладают и определенными морфологическими, гистохимическими и иммуногистохимическими особенностями. В ФГБУ «НЦАГиП им.В.И. Кулакова Минздрава России» ранее не ставился диагноз «SMILE», данное поражение гистологами и цитологами принималось за HSIL из-за отсутствия общепринятых четких диагностических критериев.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости SMILE у пациенток, которым ранее был поставлен диагноз HSIL, дифференцировать морфологические особенности данного вида поражения, выявить иммунофенотипические особенности SMILE.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ФГБУ «НЦАГиП им.В.И. Кулакова Минздрава России». В исследование включены 53 пациентки с ранее установленным плоскоклеточным интраэпиетлиальным поражением шейки матки высокой степени тяжести (HSIL). Проводилось морфологическое исследование стекол, окрашенных гематоксилином и эозином, гистохимическое исследование с окрашиванием муцикармином и иммуногистохимическое исследование с использованием маркера p63.

Результаты: При морфологическом исследовании отличием SMILE от метапластических изменений эпителия явились наличие митозов и атипических клеток во всех отделах эпителиального пласта с незначительным снижением их плотности в поверхностном отделе, при этом многоядерные клетки с мономорфными ядрами и бледной цитоплазмой, свойственные доброкачественным реактивным изменениям цилиндрического эпителия должны были отсутствовать. При гистохимическом исследовании поражения, которые могут быть рассмотрены как SMILE, встречались у 7 пациенток (окрашивание муцикармином всего атипического эпителиального пласта, наличие окрашиваемых вакуолей). При этом иммуногистохимически подтверждены SMILE только у 2 из них (отсутствие интенсивного окрашивания на p63 во всей толще атипического эпителия). Таким образом, и гисто – и иммуногистохимически SMILE проявляет большее сходство с аденокарциномой in situ, несмотря на большее морфологическое свойство с HSIL. Поэтому тактика ведения при SMILE в настоящее время предполагает обследование и лечение таких пациенток аналогично больным с аденокарциномой in situ. Следует также указать, что морфологически наблюдается сочетание SMILE с цервикальной интраэпителиальной неоплазией, эндоцервикальной аденокарциномой in situ, плоскоклеточной карциномой и эндоцервикальной аденокарциномой. В связи с этим, в шеечных мазках женщин с предраковыми цервикальными изменениями преобладают плоские и железистые атипические клетки и выявление SMILE цитологическим методом не достаточно эффективно.

Выводы: Учитывая морфологические особенности SMILE, женщинам с данными патологическими изменениями цервикального эпителия рекомендуется проведение лечебных мероприятий, аналогичных пациенткам с аденокарциномой in situ, а именно петлевая эксцизия зоны трансформации шейки матки с последующей петлевой эксцизией краев резекции, обеспечивающих тотальное удаление поражения и исключение наличия сопутствующей аденокарциномы. Помимо этого, помимо морфологического исследования требуется дополнительное ИГХ-исследование, так как морфологическое и даже гистохимическое исследование может давать ложноположительные результаты (в нашем исследовании только 29% SMILE были верно интерпретированы гистохимически с использованием муцикармина).

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STRATIFIED MUCIN-PRODUCING INTRAEPITHELIAL LESION (SMILE) OF THE UTERINE CERVIX, DIAGNOSTIC CRITERIA AND CLINICAL SIGNIFICANCE

Rakhmatullina A.R., Asaturova A.V., Samorukova M.V., Ezhova L.S., Kozachenko A.V., Adamyan L.V.

The aim of the study was to assess the frequency of SMILE in patients who were previously diagnosed with HSIL, to differentiate the morphological features of this type of lesion, to identify the immunophenotypic features SMILE.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА

Петросян М.А., Морозкина С.Н., Кветной И.М., Шавва А.Г.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О.Отта», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме. Эндометриоз является широко распространенным, трудно диагностируемым и практически неизлечимым заболеванием. Современные неинвазивные методы диагностики малоспецифичны, поэтому разработка принципиально новых эффективных подходов, позволяющих выявлять заболевание на ранних этапах, представляет большую ценность.

Эндометриоз считают самым загадочным заболеванием XX века, для которого вопросы этиологии и патогенеза до сих пор остаются дискуссионными. По данным статистики, около 10% всех женщин в период репродуктивного возраста испытывают симптомы эндометриоза, в значительной степени снижающие качество их жизни. Эндометриоз не имеет одного общего вида симптомов, что в свою очередь и затрудняет своевременную диагностику этого заболевания. В некоторых случаях он вообще может себя никак не проявлять и выявляется только на основании жалоб на бесплодие, которое сопровождает эндометриоз в 40–60% случаев. К сожалению, в настоящее время неинвазивные методы диагностики эндометриоза, такие как УЗИ, МРТ, а также измерение в сыворотке крови маркера СА-125, показали низкую чувствительность и специфичность, в связи с чем, не имеют диагностической ценности. «Золотым стандартом» в диагностике и лечении данного заболевания остается лапароскопическое исследование. Однако во время его проведения глубокоинфильтративный эндометриоз может показаться минимальным, что приводит к недооценке тяжести заболевания. Гистологическое исследование может подтвердить диагноз эндометриоз, но отрицательная гистология не исключает наличие заболевания, поскольку биопсия гетеротопий в труднодоступных участках крайне затруднена.

Эндометриоз – эстрогензависимое заболевание. Нарушение регуляции биосинтеза эстрогенов даёт возможность рассматривать вовлечённые в него ферменты и ядерные рецепторы в качестве потенциальных биомаркеров. Однако на нынеш-

ней стадии исследований, чувствительность и специфичность их определения невысока.

О гиперметаболизме эндометриоза упоминалось в некоторых публикациях более 10 лет назад при использовании радиоактивной метки – 18фтордезоксиглюкозы (18FDG) в позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), при ее выполнении по другим показаниям. Действительно, при ряде доброкачественных заболеваний, связанных с воспалением, наблюдались высокие уровни гиперметаболизма. В 2011 году было проведено исследование, целью которого явилось сопоставление результатов применения 18FDG в ПЭТ и лапароскопических исследований у пациентов с эндометриозом. Авторы не наблюдали гиперметаболизма в очагах эндометриоза при использовании 18FDG в ПЭТ даже в случае выраженной стадии заболевания и показали непригодность данной тест-системы для диагностики эндометриоза, что объяснялось неспецифичностью такой метки. В то же время авторы полагали, что при использовании иной более специфичной в отношении ткани эндометрия метки могут быть получены лучшие результаты.

Действительно, для создания средств диагностики с использованием радиоактивной метки, необходимы соединения, которые специфически связываются с рецепторами, ответственными за развитие эндометриоидных гетеротопий, и таким классом соединений являются эстрогены. Именно специфическое связывание с рецепторами является ключевым условием для диагностики эндометриоза на любой, и что важно, самой начальной стадии развития заболевания.

Разработка нового подхода к диагностике эндометриоза и создание уникального радиофармпрепарата на основе эстрогена для таргетной доставки радиоактивной метки в ткани-мишени – эндометриоидные гетеротопии является крайне актуальной. Предлагаемый метод уникален и на сегодняшний день не имеет конкурентов на мировом уровне. Реализация такого проекта не простая задача и требует междисциплинарного подхода. На кафедре химии природных соединений СПбГУ накоплен значительный опыт в создании модифицированных стероидов с улучшенными биологическими свойствами. В тесном содружестве с группой фармакологии отдела патоморфологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О.Отта» более 20 лет ведутся исследования в области синтеза и изучения биологических свойств новых молекул. Разработанная и внедренная в практику экспериментальная модель эндометриоза на грызунах (крысы) позволит изучить эффективность нового радиофармпрепарата в диагностике данной патологии. С помощью новой метки на основе эстрогенного соединения, применяя ПЭТ, возможно, не только детектировать число и локализацию гетеротопий, но и их размеры, а также глубину инвазии в ткани. Наличие такой диагностической карты пациента поможет определиться с тактикой лечения больного и объемом оперативного вмешательства в случае его выбора. Успешная реализация проекта позволит разработать принципиально новый, неинвазивный и высокоспецифичный метод диагностики не только эндометриоза, но и других эстроген-зависимых патологических пролиферативных процессов женской репродуктивной системы.

NEW APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS

Petrosyan M.A., Morozkina S.N., Kvetnoy I.M., Shavva A.G.

FSBI «Scientific Research Institute Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Science Named After D.O. Ott», Saint-Petersburg, Russian Federation

Summary. Endometriosis is a common, difficult to diagnose, and almost incurable disease. Modern non-invasive diagnostic methods are non-specific, therefore, the development of innovative and effective approaches to detect the disease at early stages, is of great value.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПРИ БЕСПЛОДИИ

Пономарев В.В., Безруков А.Г., Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю.

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России, г. Краснодар
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Лечение бесплодия при сочетании гинекологических диагнозов является трудной и порой неразрешимой задачей. Определение маркеров, характеризующих поликистозные яичники и эндометриоз, позволит выбрать приоритет при лечении и повысить частоту наступления беременности.

Бесплодие на современном этапе приобретает новые черты за счет все чаще возникающей конкуренции диагнозов, приводящих к отсутствию рождения детей. Частота его в семейных парах достигла 15%, а причины многообразны. Учет данных постановки диагноза поликистозные яичники возможен при использовании ультразвуковых критериев (Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group., 2004) и клинико-лабораторных данных наличия гиперандрогении, олиго-, ановуляции (Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., 2014). Аналогично и эндометриоз имеет свои ультразвуковые маркеры и клинические проявления. Однако тактика ведения таких пациенток до конца не ясна.

Цель исследования выявить анамнестические и ультразвуковые маркеры у пациенток с бесплодием, имеющих сочетание двух диагнозов: генитальный эндометриоз (ГЭ) и синдром поликистозных яичников (СПКЯ) подтвержденных гистологически.

Материалы и методы: медицинская документация – анализ 476 историй болезни, сбор анамнеза, анализ ультразвуковых данных, определение интенсивности боли по визуально аналоговой шкале (ВАШ) для выбора тактики лечения.

Результаты: нами было проанализировано 476 историй болезни пациенток, имеющих при поступлении в гинекологическое отделение ГБУЗ ККБ№2 МЗ Краснодарского края диагноз бесплодие (первичное или вторичное). Все они поступили для проведения диагностической лапароскопии в 2013 году. Из их числа была сформирована группа для исследования с подтвержденным, путем проведения гистологического исследования, сочетанием диагнозов: ГЭ и СПКЯ. Таких пациен-

ток оказалось 57 (11,97%). Возраст обследованных составил от 21 года до 36 лет. Из 57 пациенток у 34 было первичное бесплодие (59,6%) и у 23 (40,4%) вторичное бесплодие. Важным, с нашей точки зрения, является тот факт, что из 34 пациенток с бесплодием I, у 29 (85,3%) имелась наследственная предрасположенность к развитию у них генитального эндометриоза, то есть у них болели эндометриозом родственники первой линии. Нами выявлено, что у всех этих пациенток объем яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ) был в пределах 10–12 см3, При этом жалобы они предъявляли в основном на обильные, болезненные (разной степени выраженности боли, определяемые по ВАШ в среднем 5,2±1,3 балла) менструации, часть беспокоила диспареуния (17,2%). А у 5 пациенток с бесплодием I без наследственной предрасположенности к генитальному эндометриозу (14,7%) жалобы были, наоборот, на скудные менструации, с тенденцией к задержкам, объем яичников по данным УЗИ был у них от 15 см3 и больше.

Пациентки с бесплодием II все имели в анамнезе беременности, причем роды были у 17 (73,9%) пациенток, самопроизвольные аборты у 11 (47,8%) и артифициальные аборты у 9 (39,1%). Жалобы они в основном предъявляли на бесплодие, изредка (8,7%) на болезненные менструации с оценкой по ВАШ на 3,2±0,5 балла и на умеренные менструации, у 9 (39,1%) с тенденцией к задержкам до 30 дней. Объем яичников по данным УЗИ у них различался: превалировало увеличение объема одного из яичников до 10–11 см3,а второй был в объеме 6–7 см3.

Заключение. Проведенный анализ медицинской документации, анамнеза, данных УЗИ позволяет нам сделать вывод, что чаще превалирует клиника ГЭ. Полученные данные позволяют при наличии у пациентки наследственной предрасположенности к ГЭ, болезненных (по шкале ВАШ 5 баллов и больше) и обильных менструаций, наличии объема яичников по данным УЗИ 10–12 см3, лечение бесплодия начинать с купирования клиники ГЭ. При отсутствии наследственной предрасположенности к ГЭ, объему яичников по УЗИ 15 см3 и больше, а также с оценкой болезненности менструации по шкале ВАШ 3 балла и менее, проводить каутеризацию яичников во время лапароскопии с последующей стимуляцией (при необходимости) и поддержкой второй фазы менструального цикла гестагенами.

ANAMNESTIC AND ULTRASOUND MARKERS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND GENITAL ENDOMETRIOSIS COMBINATION IN INFERTILITY

Ponomarev V.V., Bezrukov A.G., Penzhoyan G.A., Karahalis L.Y.

FGBOU IN KubGMU MOH Russia, Krasnodar
Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Infertility management in combinations of gynecological disorders is difficult and sometimes insoluble task. The estimation of specific markers for polycystic ovary syndrome and genital endometriosis, will permit to choose priorities in treatment these abnormalities and increase the pregnancy onset rate.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ЯИЧНИКОВ

Быков А.Г., Адамян Л.В., Наговицына М.Н., Щеголев А.И.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Эндометриоидное поражение яичников относится к одной из наиболее частых и тяжелых форм эндометриоза. В зависимости от степени поражения яичников и окружающих тканей выделяют четыре стадии заболевания, определяющих тактику лечения. В свою очередь, основными факторами патогенеза эндометриоза считаются имплантация и последующая пролиферация эндометриальных клеток.

Цель работы: изучить показатели пролиферации эпителиальных и стромальных клеток эндометриоидных гетеротопий яичников в зависимости от стадии заболевания.

В основу работы положен морфологический анализ биопсийного и операционного материала 32 больных наружным генитальным эндометриозом репродуктивного возраста (18–45 лет), отобранных на основании клинико-морфологических сопоставлений.

На основании интраоперационной картины и результатов морфологического исследования биопсийного материала у 8 больных имелось поражение только яичника (единичные точечные эндометриоидные гетеротопии), что соответствовало 1 стадии эндометриоза (средний возраст пациенток составил 31,14±6,2 года). У 8 больных выявлено поражение обоих яичников, а также эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на брюшине малого таза (2 стадия) (средний возраст – 30,3±4,98 года). 8 больных имели эндометриоидные кисты обоих яичников больших размеров (больше 5–6 см) в сочетании с аденомиозом или ретроцервикальным эндометриозом (3 стадия) (средний возраст – 34,3±4,87 года). Группа пациенток с 4 стадией эндометриоза включила в себя 8 пациенток с двусторонними эндометриоидными кистами яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку, аппендикс (средний возраст – 31,5±5,93 года).

Гистологическое исследование проводили на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. Оценку пролиферативной активности эпителиальных и стромальных клеток проводили на иммуногистохимических препаратах путем подсчета количества иммунопозитивных клеток с маркером пролиферации клеток Ki-67 (клон sp6, pring Bioscience).

При анализе иммуногистохимических препаратов установлено, что при 1 стадии заболевания пролиферативная активность эпителиального компонента в очагах эндометриоза составила 50,3%, при 2 стадии – 28,9%, при 3 стадии – 37,2%, при 4 стадии – 65,0% и клеток стромы 6,9%, 28,2%, 16,2%, 17,8% соответственно. Пролиферативная активность в железах эндометрия при 1 стадии составила 19,6%, 2 стадии – 21,1%, 3 стадии – 39,4%, 4 стадии – 25,2%, и 10,06% при 1 стадии, при 2 стадии – 22,5%, при 3 стадии – 19,4%, при 4 стадии – 19,5% в строме.

Исходя из выявленных данных, можно сделать вывод, что пролиферативная

активность эпителиальных и стромальных клеток эндометриоидных гетеротопий яичников и эндометрия не коррелирует со стадией заболевания, но, по всей видимости, отражает особенности его патогенеза и это необходимо учитывать при определении тактики лечения.

IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF CELLS IN ENDOMETRIOSIS OVARIAN

Bykov A.G., Adamyan L.V., Nagovitsina M.N., Shchegolev A.I.

Federal State University Scientific Center of obstetrics, gynecology and perynathology
Moscow, Russia

Proliferative activity of epithelial and stromal cells of endometrioid ovarian and endometrial heterotopias are not correlated with the stage of the disease, but, apparently, reflects the characteristics of its pathogenesis and this must be considered when determining the treatment strategy.

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Россия, г. Ставрополь, ГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России
Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО РГУ имени А.Н. Косыгина Минобрнауки России
Россия, г. Москва, ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского

Резюме: Эндометриоз в последнее время имеет явную тенденцию к омоложению и лидирует в качестве причины хронических тазовых болей у женщин (80%). На долю эндометриоза яичников в структуре генитального эндометриоза приходится по данным разных авторов от 17до 44% случаев, из которых 30% представлены пациентками с диагностированным бесплодием. Несмотря на радикальность оперативного лечения, при первично диагностированной 3–4 степени заболевания рецидив составляет 4,6%, 9,6%, 15,2%, 19,3% и 17,8% после 1, 2, 3, 4 и 5 лет, соответственно.

Обследованы пациентки с верифицированным диагнозом эндометриоидные кисты яичников до, через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Подтверждена эффективность, безопасность и хорошая переносимость долгосрочного лечения эндометриоза препаратом Визанна. Дискутируется возможность анализа состояния интерфазного хроматина как перспективного биосенсора для клинических и диагностических целей.

Цель работы – улучшение ранней диагностики рецидивирования эндометриоидных кист яичников с использованием дифференциально-диагностических критериев реактивных изменений ядерных структур клеток моноцитарно–лимфоцитарного ряда.

Пациенток (средний возраст 35,4±6,1 лет) с верифицированным диагнозом эндометриоидные кисты яичников обследовали в динамике: до хирургического лечения, а также на сроках 6 и 12 месяцев послеоперационного периода. В основной группе в комплекс реабилитационных мероприятий включали препарат диеногест (Визанна, Bayer, Германия) в качестве монотерапии. Группу контроля составили небеременные женщины фертильного возраста (средний возраст 31,3±4,7 лет), не имевших на момент обследования признаков обострения гинекологической и хронической соматической патологии, обратившиеся в клинику по вопросам контрацепции.

Визуализацию лимфоидных клеток периферической крови и перитонеальной жидкости оценивали в режиме реального времени с использованием аппаратно-программного комплекса (АПК)«Биони» (ООО «Весттрейд», Москва) для клинической и лабораторной диагностики. Данная инновационная технология позволяет изучать в режиме реального времени оптический рельеф живых клеток и их субклеточных структур с разрешением до сотой доли длины волны (1 нм), т.е. в диапазоне электронной микроскопии. Пакет программ АПК включал анализ особенностей фазового портрета клеток и субклеточных структур, редактирование файлов, инверсию, вычитание кадров, картирование флуктуаций и другие операции. В рамках исследования апробирована технология денситометрической сегментации ядер на основе цифровой обработки их фазово-интерференционных изображений, с использованием нескольких алгоритмов сегментации: кластеризация, выращивание областей, равные уровни и водораздел. В качестве информативных параметров анализировали относительную интенсивность (ΔI) как величину, обратную оптической плотности (отношение значения интенсивности для каждой сегментированной области к максимальному значению интенсивности), относительное расстояние (ΔL) между центрами сегментов (отношение медианы расстояний между центрами сегментов к максимальному значению расстояний), количество сегментов по площади ядра и периметр ядра в пикселях.

Получены новые данные по оценке морфофункционального состояния лимфоцитарного звена у больных с эндометриоидными кистами яичников; показано, что Диеногест (2 мг) является высокоэффективным средством лечения эндометриоза; предложены критерии ранней диагностики рецидивов заболевания и эффективности проведенного лечения.

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

ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS: NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS DISEASE RECURRENCE

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

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation
A.N. Kosygin Russian State University
M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI)

43 patients with verified diagnosis of endometrioid ovarian cysts were examined before and after 6 and 12 months after surgery. We suggest the efficacy, safety and well tolerated

therapeutic option for the long-term treatment of endometriosis of Visanne. Important prognostic information obtained about cell condition opens an opportunity of practical application of interphase chromatin as a prospective biosensor for diagnostic purposes.

The possibility of analysis of interphase chromatin as a promising biosensor for clinical and diagnostic purposes is discussed.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ЛИПИДОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могилина М.Н., Стебло Е.И.

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России, г. Краснодар
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

До сегодняшнего дня до конца не выяснены связи между антропометрическими данными и липидами крови, определение которых поможет снизить затраты на проводимое обследование.

Данные литературы показывают, что центральное ожирение более прочно ассоциировано с липидными нарушениями, чем общее ожирение (Terry RB. Et al., 1989; Seidell JC et al., 1991Walton C et al., 1995). При этом связи ожирения с дислипидемией, которая проявляется повышением холестерина, триглицеридов, аполипопротеина В и снижением холестерин-липопротеидов высокой плотности (Х-ЛПВП), наиболее стойкие и определенные (Howard BV, 1992; Freedman DS et al., 1997).

Цель исследования: сравнить показатели центрального ожирения: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ) и показатели липидного обмена.

Материалы и методы: Обследовано 127 пациенток с бесплодием, из которых 45 (35,4%) страдали ожирением и имели ИМТ 30 кг/м2 и больше и составили I группу; 41 (32,3%) имели повышенную массу тела, а ИМТ был от 25,0 до 29,9 кг/м2 – II группа и 41 (32,3%) имели нормальный вес и ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м2 и составили III группу. У всех проведены антропометрические измерения, включающие вес, рост и рассчитан ИМТ (кг/м2), измерена ОТ (см). Определены показатели липидного обмена: холестерин (ммоль/л), триглицериды (ммоль/л), Х-ЛПВП (ммоль/л), холестерин-липопротеиды низкой плотности (Х-ЛПНП, ммоль/л), аполипопротеин В (г/л) и рассчитан коэффициент атерогенности. Исследование было проведено с использованием биохимического анализатора Cobas Interga, Cobas Emira («Roche», Швейцария).

Результаты. ИМТ в I группе был 32,7±2,1 кг/м2 , во II группе 26,9±1,9 кг/м2 и в III группе 22,6±1,3 кг/м2. Соответственно ОТ по группам: 108,5±2,7 см; 101,8±2,9 см и 72,6±4,3 см. Уровень холестерина (ммоль/л) составил: 6,07±0,14; 5,3±0,43 и 3,02±0,65. Триглицериды (ммоль/л): 2,59±0,06; 1,73±0,03 и 0,95±0,1. Х-ЛПВП (ммоль/л): 0,94±0,003; 1,01±0,006 и 1,47±0,2. Х-ЛПНП (ммоль/л): 1,02±0,005; 1,79±0,02 и 2,4±0,03. Аполипопротеин В (г/л): 1,65±0,2; 1,08±0,08 и 1,1±0,04. Рассчитан коэффициент атерогенности, соответственно в I– во II– в III группах: 1,1±0,04; 2,5±0,9 и 1,7±0,23.

Анализ представленных данных показал, что имеется прямо пропорциональная зависимость уровня триглицеридов и ОТ (r=0,13; p<0,001), также повышается уро-

вень холестерина (r=0,11; p<0,001) и коэффициента атерогенности (r=0,12; p<0,001). Нами также выявлено, что уровень Х-ЛПВП обратно пропорционально коррелирует с ОТ (r= -0,21; p<0,001), как и уровень Х-ЛПНП (r= – 0,17; p<0,001). Похожая зависимость выявлена между ИМТ и уровнем триглицеридов (r=0,23; p<0,001); ИМТ и уровнем холестерина (r=0,17; p<0,001); ИМТ и коэффициентом атерогенности (r=0,14; p<0,001), а также ИМТ и Х-ЛПВП (r= – 0,28; p<0,001) и Х-ЛПНП (r= – 0,19; p<0,001).

Нами проведен сравнительный анализ средних показателей со средними отклонениями по группам (M±m): ИМТ достоверно различался между I и II группами (p<0,01), а также I и III группами (p<0,001), а вот между II и III группами достоверной разницы не отмечено (p>0,05). Не выявлено разницы в окружности талии между I и II группами (p>0,05), а вот при сравнении ОТ между II и III, а также I и III группами выявлена достоверная разница (p<0,001). Также достоверная разница выявлена между уровнем триглицеридов в группах I-II и I-III, а также II-III (p<0,001). Отмечено достоверное различие в уровне холестерина высокой и низкой плотности (при p<0,01). Коэффициент атерогенности различался только между I и III группами (p<0,05). А вот уровень аполипопротеина В достоверно различался между I – II и I – III группами (p<0,01).

Заключение. Таким образом, имея доказанные корреляционные связи между антропометрическими данными и показателями липидов, мы можем измеряя ОТ и рассчитывая ИМТ, прогнозировать возможные уровни липидов крови и проводить, при необходимости, соответствующее лечение, в том числе и диетотерапию.

DEFINITION OF THE RELATION OF ANTHROPOMETRIC DATA AND BLOOD LIPIDS IN PATIENTS WITH INCREASED WEIGHT AND OBESITY

Karahalis L.Yu., Penlan G.A., Mogilina M.N., The Steblou E.

FSBEI KSMU Ministry of health of Russia, Krasnodar
Department of obstetrics, gynecology and Perinatology

Until now has not been fully elucidated any connection between anthropometric data and lipids levels which estimation will help to reduce the costs.

ОЦЕНКА ВНУТРИЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Новрузова Н.Х., Давыдов А.И., В.М.Пашков

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

Цель: изучить клиническое значение энергетического допплера при патологии эндометрия. Проведено комплексное обследование 116 больных в возрасте от 34 до 54 лет с различной патологией эндометрия (простая и сложная гиперплазия,

атипическая гиперплазия, рак), верифицированной гистологическим исследованием. У больных гиперплазией эндометрия кровоток в маточных и аркуатных артериях регистрировали во всех наблюдениях, в то время как частота визуализации кровотока в радиальных и базальных артериях не превысила 82,2% и 84,6% соответственно. Различия качественных характеристик кровоснабжения эндометрия при различных морфотипах полипов слизистой не коррелируют с количественными показателями. Анализ результатов цветного допплеровского картирования (ЦДК) в группе больных раком эндометрия установил, что для злокачественной трансформации слизистой характерны определенные качественные изменения в структуре маточного эха, принципиально отличные от доброкачественных процессов. Прежде всего, для рака эндометрия характерно появление зон неоваскуляризации – множественных аномальных сигналов, хаотично разбросанных вдоль маточного эха. При этом «бедный» и умеренно выраженный кровоток с низкими цифрами индекса резистентности наблюдался у пациенток с высокодифференцированной аденокарциномой 1А стадии, а интенсивный внутриопухолевый кровоток выявлен у больных с аденокарциномой 1В-1С стадий. Кроме этого, у 100% больных раком эндометрия выявляется кровоток в артериях, непосредственно прилегающих к патологически измененному эндометрию (рассыпной тип кровоснабжения матки, по ходу сосудистого пучка, богатая васкуляризация миометрия, а также неоваскуляризация эндометрия с «мозаичной» формой картирования). Применение энергетического допплера у больных раком эндометрия обеспечивает яркую насыщенную картину в зоне патологического маточного эха.

Таким образом, достоверные (принципиальные) изменения кровотока в сравнении с данными, полученными у пациенток контрольной группы, были обнаружены только у больных раком эндометрия ($p<0,05$). Особенно эти изменения выражены в базальных артериях. Также важно выделить, что при доброкачественных процессах эндометрия отсутствует внутриэндометриальный кровоток или крайне редко он выявляется и имеет периферический характер. Злокачественная трансформация эндометрия характеризуется наличием неоваскуляризации новообразования: интенсивный центральный и периферический опухолевый кровоток, хаотичное расположение сосудов с низким уровнем периферического сосудистого сопротивления.

Резюме. Обследованы 112 больных с патологией эндометрия. Установлено, что для рака эндометрия характерно появление зон неоваскуляризации с «мозаичной» формой картирования. Применение энергетического допплера у больных раком эндометрия обеспечивает яркую насыщенную картину в зоне патологического маточного эха.

ESTIMATION OF THE INTRAENDOMETRIAL BLOOD FLOW AT PATIENTS WITH A ENDOMETRIAL PATHOLOGY

Novruzova N.H., Davidov A.I., Pashkov V.M.

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

112 patients with a pathology эндометрия are investigated. It is established that for a endometrial cancer appearance of regions neovascularizations with the "mosaic" form

of mapping is characteristic. Application of power Doppler at patients with endometrial cancer provides a bright packed picture in region a pathological uterine echo.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ

Шукуров Ф.И.

Узбекистан. г. Ташкент. Ташкентская медицинская академия
Кафедра Акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Доброкачественные структурные изменения яичников являются часто встречающейся патологией, и составляют 19,0–25% среди всех опухолей женских половых органов. Несмотря на многостороннюю изученность данной проблемы, некоторые проблемы остаются нерешенными. Актуальность проблемы заключается также в том, что лечение фолликулярных кист яичников нередко начинается с оперативного вмешательства, к тому же все оперативные методики не излечивают, и рецидивы составляют 46,6%. У 62,2% женщин с фолликулярными кистами яичников имеются в анамнезе острый или хронический сальпингоофариты. В связи с этим является целесообразным изучение роли воспаления при формировании структурных изменений яичников, выработки дифференцированного подхода к диагностике и лечению пациенток репродуктивного возраста с данной патологией. Актуальным при этом видится поиск биохимических маркеров, позволяющих выявлять воспаление при отсутствии клинических проявлений. В доступной литературе сведений о маркерах воспаления при доброкачественных структурных изменениях яичников представлено недостаточно. Научных работ посвященных изучению роли и прогностической значимости маркеров неспецифического воспаления у этой категории больных тоже недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось: изучение активности одного из ранних маркеров воспалительного процесса миелопероксидазы, у женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 72 женщины, репродуктивного возраста, с клинико-анамнестическими данными о хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза в сочетании с фолликулярными кистами яичников из них – 52 женщин, получавшие противовоспалительную рассасывающую терапию (I группа), включающую свечи Дистрептаза, (по 1 свече 3 раза в сутки 2 дня, затем по 1 свече 3 дня, и 6 суток по 1 свече в день). Группу сравнения составил 20-женщин (II группа), не получавшие противовоспалительную рассасывающую терапию. Возраст пациенток составила от 20 до 35 лет. У пациенток для исследования уровня миелопероксидазы (МПО) выполнен забор крови из локтевой вены. Активность МПО определяли спектрофотометрическим методом с использованием субстрата о-DA и специфического ингибитора МПО (гидразида 4-аминобензойной кислоты), позволяющего исключить возможный вклад гемм содержащих пероксидаз (главным образом, гемоглобина).

Результаты исследования. При гинекологичеком осмотре и клиническом обследовании пациенток диагностированы следующие нозологические формы, являющи-

еся проявлением воспалительного процесса репродуктивной системы: хронический сальпингоофорит – 23 (32,0%) случаев, хронический сальпингоофорит с формированием гидросальпинксов – 4 (5,5%), подострый сальпингоофорит – 28 (38,0%). У 10 (14,6%) пациенток имело место сочетание подострого сальнингоофорита с цервицитом, у 4 (5,5%) с вульвовагинитом, у 3 (4,0%) с дисбиозом влагалища. Исследование активности миелопероксидазы спектрофотометрическим методом дало нам следующие результаты: при исследовании активности МПО мы наблюдали, что данный показатель снижался в I-ой группе после проведения терапии и достоверно был увеличен в сыворотке крови у пациенток II-ой группы. При наличии воспаления уровень свободной МПО в крови повышается. Можно предположить, что доброкачественные структурные изменения возникают на фоне воспаления в тканях и органах репродуктивной системы, а определение активности МПО является информативным для оценки наличия и даже интенсивности воспалительных процессов. Представленный в работе способ позволяет быстро и реально определить активность МПО.

Таким образом, определение данного параметра может быть использовано в качестве маркера воспаления у пациентов, относящихся к группе риска по развитию доброкачественных структурных изменений яичников, а также даст возможность оптимизировать подходы к лече-нию у пациенток с наличием последних.

Заключение. Доброкачественные структурные изменения яичников у женщин могут являться свидетельством наличия латентного течения воспалительного процесса репродук-тивных органов. Уровни активности миелопероксидазы плазмы крови являются маркером воспалительных процессов и могут применяться на этапе амбулаторной помощи для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациентов.

Резюме: Обследовано 72 женщин, с фолликулярными кистами яичников, получавших противовоспалительную рассасывающую терапию – 52 женщин (I-я группа) и 20-женщин (II-я группа), группа сравнения не получавщих противовоспалительную рассасывающую терапию. Исследование активности миелопероксидазы показал, что данный показатель снижался в I-ой группе, и был увеличен у пациенток II-ой группы. Определение миелопероксидазы может быть использовано в качестве маркера воспаления у пациенток, относящихся к группе риска по развитию доброкачественных структурных изменений яичников.

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF BIOCHEMICAL MARKERS IN THE DIAGNOSIS OF BENIGN STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES

Shukurov F.I.

Uzbekistan, Tashkent. Tashkent Medical Academy
Department of Obstetrics and gynecology №1

Summary: Surveyed 72 women with follicular cysts of the ovaries treated with absorbable anti-inflammatory therapy – 52 women (I-st group) and 20 women (II-st group), group comparisons are not receiving absorbable anti-inflammatory therapy. The research activity of myeloperoxidase have shown that decreased in group I, and was increased in patients

of II group. Determination of myeloperoxidasecan be used as a marker of inflammation in patients at risk for the development of benign structural changes of the ovaries.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Таирова М.Б., Давыдов А.И., Стрижаков Л.А.

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

Резюме. Проведена оценка качества жизни 160 пациенток с эндометриозом яичников до и после операции. Результаты исследования по шкале NHP показали, что до операции у всех пациенток отмечено снижение показателей качества жизни. После операции отмечено повышение всех параметров качества жизни, темпы которого находятся в прямо пропорциональной зависимости от исходной тяжести клинических симптомов.

Качество жизни – совокупность объективных и субъективных характеристик человека, отражающих степень жизненного комфорта. Это понятие включает в себя психологические особенности личности, ее уровень бытовой и трудовой активности, а также физическое и сексуальное благополучие. Нами проведена оценка качества жизни 160 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом яичников до и после хирургического лечения (цистэктомия).

Возраст обследованных пациенток варьировал от 19 до 33 лет, составив в среднем 28,2+2,1 лет. Результаты исследования по шкале NHP показали, что до хирургического лечения у всех больных эндометриозом яичников отмечено снижение показателей качества жизни. При этом страдали такие показатели как энергичность (37,28), сон (27,59), эмоциональные реакции (26,88) и физическая активность (21,42). В отношении энергичности преобладала позиция «Я быстро устаю» (78,2%). В пользу постоянной усталости свидетельствовала только одна респондентка. В группе «Сон» наиболее часто звучали такие позиции как «Я плохо сплю ночью» (34,6%) и «Большую часть ночи я лежу без сна» (38,3%). «Эмоциональные реакции» также имели определенную направленность. В данной подгруппе доминировали следующие ответы: «Я забыла, когда меня что-либо радовало» (22,5%) и «В последнее время у меня легко портится настроение» (18,7%). Физическая активность была представлена только ответами «Мне тяжело подниматься и опускаться по лестнице» (12,4%) и «Мне тяжело долго стоять» (10,2%). В рубрике «социальная изоляция» констатировали лишь один пункт – «Я считаю, что ладить с людьми тяжело» – (4,3%). Уже через 3 месяца после операции наблюдали снижение (улучшение) таких параметров качества жизни, как энергичность и физическая активность. Повышение качества жизни в отношении эмоциональных реакций и социальной изоляции установлено в более поздние сроки. Спустя 6 месяцев после эндохирургического вмешательства признаки социального дискомфорта почти полностью купировались. Справедливо отметить, что эти показатели качества жизни связаны как с особенностями личности женщин, так и с тяжестью конкретной патологии. Спустя 12 месяцев после хирургического вмешательства все показатели качества жизни повысились и достоверно не отличались от таковых, зарегистрированных через 24 месяца

после операции. Следует отметить исключение из анкеты позиции «я быстро устаю», а также улучшение сна: «я плохо сплю ночью» отметили 11,1% респондентов, а «большую часть ночи я лежу без сна» – только 5,5%.

Помимо этого была изучена половая функция у 54 пациенток. Исследования проводили по специально разработанной анкете. До операции жалобы на неудовлетворенность от половой жизни предъявляли 38 (70,4%) пациенток, что, по их мнению, было связано с тазовыми болями, а также ациклическими маточными кровотечениями. Анализ сексуальной функции, выполненный спустя 6 месяцев после эндохирургического лечения, установил, что повышение удовлетворения от сексуальной жизни отмечали 23 (42,6%) женщин, снижение – 5 (9,2%). Соответственно удовлетворенность от сексуальной жизни не изменилось у 48,2% обследованных женщин. Частота сексуальных контактов осталась неизменной у 55,5%, а либидо – у 61,1%. Повышение частоты сексуальных контактов отмечали 25,9% женщин.

Таким образом, анализ проведенных нами исследований свидетельствует об исходном пониженном качестве жизни больных эндометриозом яичников. При этом наиболее выражено ухудшение таких показателей как физическая активность, энергичность, сон, эмоциональные реакции. В то же время социальное функционирование у этих пациенток находилось на сравнительно высоком уровне. Возможно, суммарные показатели данного качества оставались высокими за счет когорты молодых людей, которым проблемы со здоровьем не мешали общению с окружающими.

Тем не менее, после неосложненного хирургического вмешательства у всех женщин, отмечено повышение всех параметров качества жизни, связанного со здоровьем, темпы которого находятся в прямо пропорциональной зависимости от исходной тяжести клинических симптомов.

ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE OVARIAN ENDOMETRIOSIS

Tairova M.B., Davydov A.I., Strizhakov L.A.

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The estimation of quality of life of 160 patients with ovarian endometriosis before operation is spent. Results of research on scale NHP have shown that before operation at all patients depression of indicators of quality of life is noted. After operation rising of all parametres of quality of the life which rates are in directly proportional dependence on initial gravity of clinical symptoms is noted.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гасанова Г.Ф.[1], Аполихина И.А.[1,2]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России.
2 Институт профессионального образования Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

Резюме: при высокочастотном УЗ-сканировании кожи и слизистых оболочек наружных половых органов у женщин выявляются субклинические очаги остроконечных кондилом, невидимых невооруженным глазом, при исследовании же более крупных очагов становится возможной неинвазивная оценка глубины поражения, что в дальнейшем может позволить провести рациональную деструкцию на нужную глубину.

Цель: Оптимизировать подходы к неинвазивной диагностике и дифференциальной диагностике остроконечных кондилом, сократить число рецидивов остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин после проведения рациональной деструкции, что достижимо при реальной оценке глубины поражения.

Материалы и методы: Для оценки информативности этого метода было обследовано 69 женщин без видимых признаков ОК и 29 – с ОК. У 7 пациенток из группы пациенток без видимых признаков ОК обнаружились эхо-признаки кондилом, у 5 из них диагноз подтвердился при вульвоскопии после проведения теста с уксусной кислотой. У 3 женщин из группы пациенток с ОК эхо-признаков кондилом не выявлено.

Результаты: Диагностическая чувствительность метода составила 94%. Ложноположительный результат отмечен в 6% случаев. Специфичность метода составила 100%. Не было отмечено ни одного случая ложно-отрицательного результата. Из 31 пациентки с обнаруженными эхо-признаками ОК, у 15 диагноз был верифицирован гистологически.

Выводы. При диагностике ОК ВЧ УЗИ позволяет визуализировать комплекс изменений внутренней структуры кожи и слизистой оболочки, характерный только для данной патологии, выявлять субклинические очаги поражения, невидимые невооруженным глазом, оценивать глубину поражения, что позволяет в дальнейшем провести рациональную детрукцию и таким образом сократить число рецидивов заболевания.

Оформлена заявка на патент №078399 от 27.11.2015. Название изобретения «Метод неинвазивной диагностики остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин».

NEW DEVELOPMENTS IN DIAGNOSIS OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION

Hasanova G.F.[1] , Apolikhina I.A.[1,2]

1 Federal budget state institution «Research Centre for Obstetrics Gynecology and Perinatology n.a. V.I. Kulakov»;
2 I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Summary: when high-frequency ultrasound scanning of the skin and mucous membranes of the external genitalia in women are detected subclinical lesions of genital warts, are invisible to the naked eye, in the study of the same larger foci, it becomes possible to non-invasive assessment of the lesion depth that can let to hold a rational destruction in the desired depth.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

Таций И.Д., Гасымова Д., Горбакова Л.Ш

Российско-Немецкий центр АМЕДАКЛИНИК
НИИ скорой помощи им. Джанелидзе

Резюме. Актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов не вызывает сомнение в связи с высокой частотой встречаемости данной патологии у пациенток всех возрастных групп. Предрасполагающими факторами ВЗОМТ традиционно являются цервициты. Согласно статистике, наиболее часто инфекционные заболевания выявляются у сексуально активных женщин (репродуктивного периода), нередко и в период менопаузы. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто– и бифидобактерий), могут принимать участие в воспалительном процессе, однако главную роль играют вирулентные микроорганизмы и вирусы. Целью исследования явилось исследование микрофлоры влагалища и цервикального канала у пациенток с хроническим цервицитом.

Материал и методы. Было обследовано 25 пациенток репродуктивного возраста. Всем пациенткам проведено взятие мазков на микробиоценоз, ПЦР в режиме real-time на 13 инфекций, ВПЧ с типированием, ВПГ 1 и 2 типов, ЦМВ, посев из цервикального канала на условно-патогенную флору и жидкостная цитология. Результаты исследования. Молекулярно-биологическое исследование выявило ВПЧ типы 16, 18, 51, 53 у 36% (9) пациенток, ВПГ 44% (11), ЦМГ – 20% (5). Сочетание данных вирусов диагностировано у 24% (16) обследованных пациенток. Анализ мазков на инфекции, передаваемые половым путем, обнаружил Ureaplasma urealiticum у 32% (8). Наличие лейкоцитов в мазке свыше 20 было выявлено у 96% (24).

При цитологическом исследовании воспалительный тип мазка был выявлен у 64% (16), ASC-US (атипические клетки многослойного плоского эпителия, неясного генеза) был диагностирован у 24% (6) пациенток.

По результатам исследования всем пациенткам была проведена комплексная этиотропная терапия, которая включала в себя противовирусную, иммуномодулирующую, ферментативную и противовоспалительную терапию обоим партнерам. Через 2 месяца после проведенного лечения всем пациенткам был проведен контроль излеченности молекулярно-биологическими и цитологическими методами исследования. У пациенток с диагностированной уреаплазменной инфекцией 8%(2) повторным положительным результатом ПЦР реал тайм ниже 10 3, микробиоценоз влагалища был представлен у 96% (24).

После комплексного лечения в цитограммах преобладал нормальный тип мазка в 80% (20). Повторный ASC-US был диагностирован у 8% (2) пациенток, которые являлись носителями ВПЧ онкогенного типа, данным пациенткам было проведено расширенное кольпоскопическое исследование.

Заключение. Неадекватно или недостаточно эффективно проведенная санация нижних отделов женского полового тракта открывает путь для контаминации вирусо-бактериальной инфекцией слизистой матки с развитием подострого, а затем и хронического эндометрита со стертыми клиническими проявлениями, что приводит к нарушению репродуктивной функции. Комплексная клинико-лабораторная диагностика с выявлением этиологического фактора позволяет провести этиопатогенетически обоснованную терапию хронического цервицита.

A SYSTEMATIC APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC CERVICITIS

Tatsiy, I.D., Gasimov D., Gorbatova L. W.

The Russian-German center of MEDICLINIC
Research Institute of emergency care named by Janelidze

Absract. The relevance of female pelvic inflammatory disease is practically assured because of its high incidence among patients of all the age groups. Contributing factors of pelvic inflammatory disease are traditionally cervicitis. According to statistics, the most common infectious diseases are detected among sexually active women of reproductive age, often in menopause. Virtually all microorganisms present in the vagina excluding lactobacillus and bifid bacterium, may be involved in the inflammatory process, however, the main role is played by virulent microorganisms and viruses. The strategic aim was to study the vaginal flora as well as cervical canal among women with chronic cervicitis.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДАМИ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М., Франкевич В.Е.

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

Резюме. В ходе разработки метода неинвазивной диагностики неоплазий шейки матки был изучен протеомный и липидомный состав цервиковагиальной жидкости, тканей шейки матки и папилломы у пациенток репродуктивного возраста. Выявлены белки ЦВЖ, внесшие основной вклад в дифференциацию групп с нормальным эпителием шейки матки от групп с неоплазией различной степени тяжести. Определены липиды, дифференцирующие нормальную ткань шейки матки и ткань, подвергшуюся трансформации.

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается значительный рост ВПЧ-ассоциированных предраковых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста, исходом которых нередко является малигнизация процесса. Проведение кольпоскопии с последующей биопсией является стандартом диагностики характера патологически измененного эпителия шейки матки. Вместе с тем, гистологическое заключение, как правило, сводится к анализу структуры тканей и не может быть маркером риска дальнейшего прогрессирования процесса или его регресса.

Уже сегодня в клинической практике внедряется определение молекулярных маркеров, для оценки риска озлокачествления процесса. Канцерогенез связан с нарастанием числа молекулярно-генетических и метаболических повреждений эпителия шейки матки. Некоторые продукты этого процесса можно использовать как диагностические и прогностические маркеры опухолевой прогрессии в скрининговых программах или при разработке таргетной терапии. и Сравнительный анализ молекулярного состава цервиковагинальной жидкости (ЦВЖ) и ткани шейки матки-при неопластической трансформации может дать важную информацию о патогенезе многочисленных гинекологических заболеваний, в первую очередь – хронических воспалительных процессов нижнего отдела генитального тракта, ассоциированных с наличием ВПЧ.

Цель. Целью данной работы было исследование протеомного и липидомного состава цервиковагиальной жидкости, тканей шейки матки у пациенток репродуктивного возраста с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями.

Материалы и методы. В одномоментное проспективное исследование было включено 30 женщин, в возрасте от 21 до 45 лет (средний возраст 30,5 лет), обратившихся в научно-поликлиническое отделение ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России по поводу наличия патологии шейки матки.

В стандартное обследование пациентов были включены клинические методы исследования, цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, протеомное исследование цервиковагинальной жидкости, анализ липидного состава тканей шейки матки(ткани с неоплазией и окружающей здоровой ткани).

Результаты. По результатам клинических и цитологических исследований сформировано 4 группы, включающие 7 пациенток (23%) – NILM (I группа – контрольная) и 23 (77%) – ВПЧ-позитивные, разделенные на 3 группы: II группа –11 (49%) с ASCUS, III группа – 7 (30%) с LSIL, IV группа – 5 (21%) с HSIL. Нормальная кольпоскопическая картина наблюдалась у 7 (23%) пациенток, ненормальная – 23 (87%). По полуколичественному анализу протеомного состава ЦВЖ было выявлено достоверное разделение контрольных образцов (NILM) и ВПЧ-позитивных групп (ASCUS, LSIL и HSIL). Концентрация белков теплового шока S100-A9, S100-P, S100-A11, HSPA8, а также Ацетил-CoA-связывающего белка и анексинов A1 и A2 в группах с неоплазией оказались на порядок выше, чем в контрольной группе. Многофакторный анализ протеомных данных пациентов был выполнен метод OPLS. Построенная статистическая модель позволила достоверно разделить группы с низким риском развития и прогрессии цервикальной дисплазии и группы высокого риска.

OPLS анализ результатов исследования липидома тканей шейки матки продемонтрировал возможность идентификации типа ткани на основании масс-спектрометрических данных. Значительное различие уровней в нормальной и измененной ткани выявлено для следующих липидов: TG 46:6, PE 38:2, PC O-34:3, DG 35:3, SM 38:3, PE O-40:6, DG 44:6, DG 44:5, PE O-38:4, TG 49:4, PC O-36:1, PC O-36:0, DG 42:3, TG 61:5.

Заключение. Выявлены белки ЦВЖ, внесшие основной вклад в дифференциацию групп с нормальным эпителием шейки матки от групп с неоплазией различной степени тяжести. Определены липиды, дифференцирующие нормальную ткань шейки матки и ткань, подвергшуюся трансформации.

Исследования были выполнены при поддержке гранта Министерства образования Российской Федерации №МК-8484.2016.7.

NON-INVASIVE DIAGNOSTICS OF CERVICAL NEOPLASIA BY MASS SPECTROMETRY

Chagovets V.V., Starodubtseva N.L., Kononikhin A.S., Bugrova A.E., Zardiashvili M.D., Nekrasova M.E., Nazarova N.M., Frankevich V.E.

Federal budget state institution «Research Centre for Obstetrics Gynecology and Perinatology n.a. V.I. Kulakov

Proteomic and lipidomic composition of cervicovaginal fluid together with normal cervical and papilloma tissues from patients of reproductive age has been studied in the course of developing a method of non-invasive diagnostics of cervical neoplasia. Proteins differentiating the groups with normal cervical epithelium and groups with varying degrees of severity of neoplasia in cervicovaginal fluid were identified. Lipids giving the highest impact to differentiation of normal cervical tissue and the tissue subjected to transformation were found.

This work was supported by grant of the MERF № MK-8484.2016.7.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЙОДОМ ДЕВУШЕК – СТУДЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Денисов М.С., Герасимова Л.И., Сидорова Т.Н., Денисова Т.Г.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии,
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Резюме. Несбалансированное питание способствует увеличению частоты заболеваний эндокринной системы, и обусловливает развитие нарушений менструальной функции. Изучена обеспеченность йодом по показателям экскреции йода с мочой у девушек-студенток с нарушениями менструального цикла. Значения показателей экскреции йода с мочой у девушек-студенток с нарушениями менструальной функции варьировали в широком диапазоне – от 18 до 109 мкг/л. Медиана экскреции йодурии была ниже существующей нормы и составила 74,8 мкг/л.

Ключевые слова: йоддефицитные состояния, нарушения менструального цикла, девушки-студентки, факторы риска, профилактика йоддефицитных заболеваний.

Состояние репродуктивного здоровья девушек, вступающих в фертильный возраст, оказывает прямое влияние на демографические процессы. Из общего числа факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье, приоритетными являются стресс и нарушение правил питания, к числу которых относят и йоддефицитные состояния, которые могут обусловить развитие нарушений менструальной функции. Население, проживающее в эндемичной зоне, относится к группе повышенного риска развития йоддефицитных заболеваний. Мы изучили обеспеченность йодом в период завершения формирования репродуктивной системы у девушек –студенток.

Цель нашей работы – изучить у девушек-студенток с нарушениями менструального цикла обеспеченность йодом по показателям экскреции йода с мочой.

Материалы и методы. Было проведено исследование мочи в двух группах девушек-студенток: 1 – с альгодисменорей – 34 наблюдения; 2 – с физиологичным менструальным циклом – 30 наблюдений. Сбор образцов мочи проводился в утренние часы в одноразовые стаканчики с нумерацией. Содержание йода в моче определяли с помощью потенциометрического метода с использованием ионоселективных электродов на иодид ион. В связи с высокой амплитудой колебаний индивидуальных концентраций йода в моче для суждения о степени выраженности йодного дефицита использовалась средняя величина концентрации йода в моче – медиана. Сравнение уровней йодурии проводилось в двух группах девушек. Для суждения об обеспеченности йодом была использована шкала средней величины концентрации йода в моче – йодурия, рекомендованная МЗ РФ (норма > 100 мкг/л; легкий дефицит 50–100 мкг/л; средний дефицит 20–50 мкг/л; тяжелый дефицит < 20 мкг/л.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы Statisticafor Windows (версия 6.1) методами параметрической и непараметрической статистики (критерии Стьюдента, Манна – Уитни).

Результаты исследования. Известно, что более 80% йода выводится из организма почками, а концентрация йода в моче достаточно точно отражает величину его потребления с пищей. У девушек-студенток с физиологичным менструальным циклом нормальные показатели экскреции йода с мочой (100 и более мкг/л и выше)

выявлены у 86,7%, легкий дефицит – у 13,3%, среднее значение йодурии составило 118,5 мкг/л. Необходимо отметить, что среди девушек-студенток с физиологичным менструальным циклом большая часть принимала витаминно-минеральные комплексы, содержащие в своем составе йод,

Значения показателей экскреции йода с мочой у девушек-студенток с нарушениями менструальной функции варьировали в широком диапазоне – от 49 до 109 мкг/л. Медиана экскреции йодурии была ниже существующей нормы и составила 72,8 мкг/л. Нормальные показатели экскреции йода с мочой обнаружены у 14,7%, причем это были девушки с умеренно выраженной альгоменорей, легкий дефицит – у 61,8%, средний дефицит йода в моче обнаружен у 17,3%, тяжелый дефицит йода в моче – у 5,8%.

С целью выявления зависимости недостатка йода и нарушений менструальной функции нами проведен корреляционно-регрессионный анализ. Установлено наличие положительной по направлению прямой средней связи между йодурией и нарушениями менструальной функции ($r = 0,46$ при $p < 0,00001$).

Выводы. Выявлено что у девушек-студенток с нарушениями менструальной функции поступление йода с рационом питания недостаточно, о чем свидетельствуют результаты биологического тестирования – медиана экскреции йодурии была ниже существующей нормы и составила 74,8 мкг/л. Возможно применение препаратов йода при нарушениях менструального цикла улучшит функционирования гипоталямо-гипофизарно-яичниковой системы.

Обнаружено наличие положительной по направлению, прямой средней связи между йодурией и нарушениями менструальной функции, ($r = 0,46$).

IODINE PROVISION OF FEMALE STUDENTS WITH MENSTRUAL IRREGULARITIES

Denisov M.S., Gerasimova L.I., Sidorova T.N., Denisova T.G.

GAU DPO «Institute of improvement of doctors» health Ministry of Chuvashia,
FGBOU VPO «Chuvash state University n.a. I.N. Ulyanov»

Key words: iodine deficiency, menstrual disorders, female students, status, risk factors, prevention of iodine deficiency diseases.

Abstract: An unbalanced diet increases the frequency of the endocrine system disorders, that causes the development of menstrual dysfunction. The following has been studied iodine provision in terms of iodine excretion in female students with menstrual disorders. Due to the high amplitude vibrations of iodine individual concentrations in the urine for judging the severity of iodine deficiency it has been used an average concentration of iodine in urine – median. The content of urinary iodine excretion in female students with menstrual function disorders varied from 18 to 109 mg / l.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ХОДА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

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

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

Цель исследования: создание нового метода неинвазивной визуализации хода хирургической операции, направленной на прогнозирование, диагностику и лечение гинекологических патологий (эндометриоз, доброкачественные и злокачественные новообразования органов женской репродуктивной системы).

Разработка новой стратегии ведения хирургического вмешательства в гинекологии с использованием высокотехнологичного оффлайн и онлайн мониторинга патологических изменений тканей, а также предоперационной диагностики на основе молекулярного профилирования биологических жидкостей (плазма крови/перитонеальная жидкость/моча) и тканей. Молекулярный анализ ткани непосредственно во время хирургической операции является новым подходом для высокочувствительного контроля хода операции, названным «умной хирургией». Моментальная дифференцировка тканей позволяет врачу точно определять границы необходимого хирургического вмешательства.

Предварительные данные

Показана возможность дифференцировки биологических тканей по различию в молекулярном составе при хирургической операции по поводу распространённого эндометриоза. Самообучающая компьютерная программа позволяет преобразовывать информацию о молекулярном составе ткани в доступные для хирурга данные.

Заключение

Молекулярный анализ эндометриоидных тканей позволяет показать возможность он-лайн хирургии как нового подхода к диагностическим методам, предложить новые способы лечения, нацеленные на патофизиологические механизмы.

Исследования были выполнены при поддержке гранта №16–14-00029 РНФ.

MS BASED TECHNOLOGICAL PLATFORM FOR BIOLOGICAL TISSUE DIFFERENTIATION

Frankevich V.E., Starodubtseva N.L, Kononikhin A.S, Chagovets V.V, Borisova A.V, Kozachenko A.V, Adamyan L.V.

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

Endometriosis is a gynecological disorder characterized by presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The usual method of therapy is complete removal of endometriosis foci by surgical methods. It is not so easy for surgeon to visualize the border of the healthy tissue. Mass spectrometry (MS) is the method of choice for this purpose.

СОМАТИЧЕСКИЕ МУТАЦИИ ГЕНА MED12 У ЖЕНЩИН С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Согоян Н.С., Адамян Л.В., Кузнецова М.В., Трофимов Д.Ю.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль, которую диагностируют у 40–50% женщин репродуктивного возраста, чаще в позднем репродуктивном и пременопаузальном периодах. У 80% пациенток с данной патологией определяется множественная миома матки.

По мере развития методов молекулярной биологии стали активно проводиться поиски факторов генетической предрасположенности к развитию миомы матки с использованием современных технологий. Наиболее значимым открытием последних лет в этой области стало описание соматических мутаций в гене MED12, который кодирует одну из субъединиц медиаторного комплекса РНК-полимеразы II.

Цель исследования: оценка частоты встречаемости соматических мутаций гена MED 12 у женщин с множественной миомой матки и определение изменчивости вышеуказанного экзона в разных узлах у пациенток с данной патологией.

Материалы и методы исследования: сбор образцов тканей миом от 25 пациенток (от 2 до 5 миоматозных узлов от каждой), а также аликвоты крови всех пациенток. Выделение ДНК и амплификация экзона 2 гена MED 12. Проведение ПЦР-реакции с праймерами на участке экзона 2 гена MED12 с определением последовательностей фрагментов путем секвенирования методом Сенгера с последующим анализом соматических мутаций – однонуклеотидных замен и делеций в экзоне 2 гена MED 12.

Результаты исследования: различные варианты соматических мутаций в экзоне 2 гена MED 12 были обнаружены у 68% пациенток с множественными узлами (у 17 пациенток из 25), доля миоматозных узлов с мутациями составила 57% (44 узла из 77), при этом 80% этих мутаций были представлены однонуклеотидными заменами, и лишь в 20% узлов были обнаружены делеции.

Наибольший интерес представляет тот факт, что у женщин с множественными миомами одновременно встречались несколько вариантов замен в разных узлах, а также сочетание замен с делециями.

Заключение: полученные нами данные подтвердили распространенность соматических мутаций в гене MED12 у женщин с множественной миомой матки, и доказали возможность обнаружения различных замен и делеций в разных узлах у одной пациентки.

Ключевые слова: миома матки, множественная миома, ген MED 12, соматические мутации, однонуклеотидные замены, делеции.

SOMATIC MED12 GENE MUTATIONS IN WOMEN WITH MULTIPLE UTERINE FIBROIDS

Sogoyan N.S., Adamyan L.V., Kuznetsova M.V., Trofimov D.Yu.

Academician V. I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Healthcare of the Russia, Moscow

Uterine fibroids are the most frequent benign tumor, which is diagnosed in 40–50% of women of reproductive age, more frequently in late reproductive and eligibility periods. 80% of patients with this pathology is determined by multiple uterine fibroids.

Our data confirmed the prevalence of somatic mutations in the gene MED12 in women with multiple uterine fibroids, and proved the possibility of detection of different substitutions and deletions at different sites in one patient.

Key words: uterine fibroids, multiple uterine fibroids, gene MED 12, somatic mutations, single nucleotide substitutions, deletions.

РАЗРАБОТКА ОНТОЛОГИИ БОЛЕЗНЕЙ И СИМПТОМОВ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФЕНОТОТИПИРОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Бурджалиева К.И.[1], Гайдук М.В.[1], Черных В.Б.[2,3,4], Угаров И.В.[1,4]

1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, г. Москва
2 ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», г. Москва
3 ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава РФ, г. Москва
4 ООО «Экс Джен Сайбернетикс», г. Москва

Создана информационная база о нозологиях, синдромах и симптомах при поражении органов репродуктивной системы для дальнейшего встраивания в экспертную систему. Сформирована онтология фенотипа для максимально подробного описания нарушений репродуктивной системы в формализованном виде. В информационную базу интегрированы сведения о хромосомных и генных мутациях, и полиморфизмах с патогенным эффектом на органы репродуктивной системы и фертильность.

Актуальность: Современная классификации симптомов и болезней, такие как Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Каталог наследственных менделирующих заболеваний и признаков (Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM), онтология болезней и фенотипа не обеспечивают формализованное и глубокое описание фенотипа, необходимое для дифференциальной диагностики заболеваний, в том числе репродуктивной системы. В результате развития генетики и репродуктивной медицины резко возрос объем информации, получаемой при обследовании, что требует разработки систем автоматизации интерпре-

тации данных – экспертных систем, использующих специализированные компьютерные программы.

Цель исследования: сформировать онтологию – систематизировать информацию о нозологиях, синдромах и симптомах поражения органов репродуктивной системы, для ее дальнейшего встраивания в экспертную систему с целью повышения эффективности дифференциально-диагностического поиска и интерпретации результатов генетического обследования в репродуктивной медицине.

Материалы и методы: Для формирования онтологии использованы доступные генетические базы данных (OMIM и другие), а также статьи из реферируемых российских и зарубежных научных журналов по репродуктивной генетике. В качестве основы подробного описания фенотипа пациентов в формализованных терминах применена онтология фенотипа человека, значительно переработанная и дополненная клиническими и генетическими терминами, результатами клинико-лабораторных исследований. Семейный анамнез, представленный в виде древа заболеваний, включающий хромосомные, моногенные и полигенные нозологические формы, разработанные на основе общепринятых классификаций и онтологии заболеваний человека.

Результаты: Разработанная онтология включает более 100 генетических заболеваний репродуктивной системы и более 350 симптомов. В онтологию встроена информация о 1695 генах и более 3000 мутаций с патогенным эффектом для репродуктивной системы. В онтологии сформированы следующие связи "ген-ген" для описания межгенного взаимодействия, "ген-мутация", "мутация-заболевание", "ген-симптом" для описания клинико-генетических связей между нозологическими формами и этиологическими причинами. Для учета влияния хромосомных перестроек, в том числе микроделеций/микродупликаций, использована информация из баз данных ISCA и ECARUCA, а также об описанных в информационно-поисковой диагностической системе CHRODYS хромосомных мутаций с проявлениями в виде нарушений репродукции.

Заключение: Созданная онтология позволит решать не только научно-исследовательские задачи, но и практические вопросы в области медицинской генетики и репродуктивной медицины. Использование созданной онтологии при разработке экспертной системы обеспечивает интеграцию и использование разнородных данных, лучшее понимание предметной области пользователями компьютерной программы.

THE DEVELOPMENT OF THE ONTOLOGY OF DISEASES AND SYMPTOMS FOR DEEP PROTOTYPENBAU GENETICALLY DETERMINED DISEASE OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

Nurgalieva K.I.[1], Hayduk M.V.[1], Chernykh V.B.[2,3,4], Ugarov I.V.[1,4]

1 Moscow State Medical Dental University. A. I. Evdokimov»
2 Medical Genetic Research Center», Moscow
3 Russian National Research Medical University Named After N. I. Pirogov, Moscow
4 OOO «Ex Jen Cybernetics», Moscow

There was created information base of nosology, syndromes and symptoms in reproductive pathology for further integration in an expert system. The phenotype ontology was formed for developing a detailed formalized description of the reproductive system disorders. The database also includes information about chromosomal and gene mutations, and polymorphism with pathogenic effects on the reproductive organs and fertility.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРФУЗИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ БЕСПЛОДИИ И ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Филипенкова Т.Е., Щербакова Л.Н., Панина О.Б.

ГБУЗ ЦПСиР ДЗМ, Москва
ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

С целью прогнозирования наступления беременности в зависимости от показателей внутриматочной перфузии и наличия маркеров дисплазии соединительной ткани при бесплодии различного генеза и привычном невынашивании беременности было обследовано 89 пациенток. Наиболее часто дефицит кровоснабжения эндометрия наблюдался у пациенток с невынашиванием беременности и с бесплодием неясного генеза.

В настоящее время одним из потенциально значимых прогностических факторов успеха наступления беременности являются показатели допплерометрии в сосудах, кровоснабжающих матку. Однако, несмотря на доказанную роль дефицита внутриматочной перфузии при неудачных исходах беременности, значение аномальных показателей допплерометрии сосудов у пациенток с бесплодием до настоящего времени изучено мало. Среди потенциальных причин нарушения маточной гемодинамики в литературе описана возможная роль признаков генерализованной дисплазии соединительной ткани.

С целью изучения особенностей маточного кровообращения и значимости маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ) было обследовано 89 женщин в возрасте от 24 до 41 года, планирующих беременность. В первую группу (17 пациенток) – контрольную, были включены здоровые пациентки, у которых беременность наступила в течение 6 месяцев после проведенного обсле-

дования. Вторую группу (55 пациенток) составили пациентки с бесплодием неясного генеза и трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Третью группу (17 пациенток)– пациентки с невынашиванием беременности.

Всем пациенткам проводились стандартное УЗИ органов малого таза в период «окна имплантации», на 5–8 день после овуляции, дополнительно оценивались параметры гемодинамики в маточных артериях (МА), радиальных артериях (РА), базальных артериях (БА) и спиральных артериях (СА). Оценка степени тяжести нДСТ производилась на основании шкалы балльной оценки клинических маркеров, предложенной Кадуриной Т.И.

Обнаружено, что значения М-эхо были минимальными у обследованных с самопроизвольными абортами в анамнезе и бесплодием по сравнению с контрольной группой (у 43,6%, 52,9% и 17,6% пациенток менее 8 мм соответственно). Дефицит кровоснабжения эндометрия и субэндометриальной зоны наиболее часто отмечался в группе невынашивания – у 82,3% пациенток. Дефицит кровоснабжения эндометрия выявлен у 17,6% пациенток в контрольной группе и у 52,7% с бесплодием. При допплерометрии средние значения ИР в БА составили: в группе контроля 0,51, в группе бесплодия 0,52, в группе невынашивания 0,53. При этом РА регистрировались у всех пациенток, БА регистрировались у всех пациенток в первой группе и не регистрировались у 10,9% в группе бесплодия и у 11, 7% в группе невынашивания. СА не регистрировались у 11,7% пациенток в первой группе, у 36,4% в группе бесплодия и у 52,9% в группе невынашивания. При значении М-эха менее 8 мм более чем в 70% наблюдений отмечалась скудная его васкуляризация. У пациенток из группы контроля, только у одной выявлен "тонкий" и плохо кровоснабжаемый эндометрий. При этом наибольшая частота нарушений кровоснабжения эндометрия при его нормальной толщине отмечалась у пациенток с бесплодием – 35,4% по сравнению контрольной группой (14,3%) и при невынашивании беременности (14,3%).

Частота встречаемости нДСТ средней и тяжелой степени была примерно одинаковой в группах контроля и бесплодия (29,4% и 25,4% соответственно) и несколько выше среди пациенток с невынашиванием – 47,1%. Частота обнаружения качественных нарушения внутриматочной гемодинамики зависела от степени тяжести проявлений нДСТ: при средней степени тяжести нДСТ у 65% процентов пациенток выявлено нарушение кровоснабжения матки, при тяжелой нДСТ (4 пациентки)– у 100% обследованных. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Таким образом, наиболее часто дефицит кровоснабжения эндометрия наблюдался у пациенток с невынашиванием беременности и с бесплодием неясного генеза. При этом, толщина эндометрия коррелировала со степенью его васкуляризации у пациенток с самопроизвольными абортами в анамнезе и у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, в отличие от обследованных с бесплодием неясного генеза, у которых при нормальном значении М-эха отмечался дефицит кровоснабжения эндометрия. Наибольшая частота нДСТ средней и тяжелой степеней отмечалась в группах бесплодия и невынашивания, при этом у всех пациенток с тяжелой нДСТ обнаружены нарушения гемодинамики матки.

INTRAUTERINE PERFUSION AND CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA INFERTILITY AND HABITUAL MISCARRIAGE

Filipenkova T.E., Shcherbakova L.N., Panina O.B.

GBUZ CFPR DMD, Moscow
FFM MSU. MV Lomonosov

To detect whether ultrasonographic parameters, Doppler analysis of uterine blood flow and features of undifferentiated connective tissue disease can be of value in the prediction of pregnancy in infertile female patients and patients with recurrent miscarriage 89 women were included. Incidence of absent endometrial/subendometrial blood flow was higher in infertile female patients and patients with recurrent miscarriage than in control group.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фазлеева Э.Р., Тетелютина Ф.К., Копысова Е.Д.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, г. Ижевск, Россия

При изучении психоэмоционального состояния у беременных с врожденными пороками сердца в условиях развития плацентарной недостаточности были выявлены высокий риск реактивной и личностной тревожности, а также ипохондрический и тревожный типы отношения к болезни у женщин с декомпенсированным кровообращением, а также достоверная прямая зависимость между уровнем реактивной тревожности и стадией недостаточности кровообращения.

Для современной медицины становится все более актуальным исследование биологических характеристик больного в связи их с индивидуальным психологическим и социальным статусом (О.Н. Безрукова, 1998). Взаимовлияние психического состояния и нарушений репродуктивной функции, общепризнанна, более того репродуктивная функция оценивается как «имеющая высокий риск психосоматических нарушений, особенно в период беременности и родов» (D.G. Didden at all, 2001).

Целью исследования явилось изучение психоэмоционального состояния и типов отношения к болезни у беременных с врожденными пороками сердца (ВПС) в зависимости от тяжести течения основного заболевания и стадии недостаточности кровообращения.

Материалы и методы исследования. С этой целью мы предлагали пациенткам заполнить тест Спилберга-Ханина, и личностный опросник Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева в сроке беременности 36–40 недель. Исследование проведено у 62 беременных группы наблюдения, которые нами были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – беременные с ВПС с компен-

сированным кровообращением и 2 подгруппа – беременные с ВПС с декомпенсированным кровообращением и у 50 женщин группы сравнения. При интерпретации показателей теста Спилберга-Ханина использовали следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 30–44 балла – умеренная, 45 и более – высокая. При оценке типов отношения к болезни диагностировались только те типы, в отношении которых было набрано число баллов, которое достигало или превышало минимальное диагностическое число для данного типа.

Результаты исследования. По шкале Спилберга-Ханина у большинства опрошенных, как подгруппы наблюдения, так и группы сравнения выявлен низкий уровень реактивной тревожности (РТ): 60,5%, 29,2% и 72,0%, соответственно. Средний уровень РТ был отмечен у 39,5% опрошенных 1 подгруппы, у 50,0% – 2 подгруппы; высокий уровень был выявлен только у пациенток 2 подгруппы. Полученные различия в показателях РТ статистически достоверны ($n'=1$, $\chi^2=6,7$, $p<0,01$ в 1 подгруппе и $n'=2$, $\chi^2=42,2$, $p<0,001$ в 2 подгруппе). Высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) был отмечен у 60,5% беременных в 1 подгруппе и у 70,8% – в 2 подгруппе; умеренный – у 36,9% и 29,2% соответственно; низкий уровень встречался только у женщин 1 подгруппы и составил 2,6%. Различия в уровнях ЛТ в группах были статистически значимыми ($n'=2$, $\chi^2=6,7$, $p<0,05$ в 1 подгруппе и $n'=2$, $\chi^2=34,7$, $p<0,001$ в 2 подгруппе). При корреляционном анализе нами были выявлена достоверная ($p<0,01$) прямая зависимость между уровнем реактивной тревожности и стадией недостаточности кровообращения ($\rho=+0,56$).

По результатам личностного опросника Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева мы выявили, что у беременных 1 подгруппы наблюдения преобладающими типами реакции на болезнь явились: эргопатический («уход от болезни в работу») – 26,3%, анозогнозический («активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях») – 18,4% и гармоничный («трезвая оценка своего состояния») – 10,5%. Гораздо реже отмечались тревожный – 7,9% и ипохондрический – 5,3%. У беременных 2 подгруппы преобладающим типом отношения к болезни оказался ипохондрический («сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях») и встречался у каждой третьей пациентки (29,2%). У каждой пятой (20,8%) беременной был выявлен тревожный тип отношения к болезни. Так же достаточно часто диагностировался и эргопатический тип в 12,5% случаев. Различия в типах отношения к болезни в группах были статистически достоверными ($n'=5$, $\chi^2=13,7$, $p<0,05$).

Из проведенного обследования можно сделать вывод, что патологическое течение беременности ассоциируется с нарушением психоэмоциональных показателей и личностных особенностей. Степень этих нарушений зависит от тяжести порока сердца и сердечно-сосудистой недостаточности. Наименее благоприятный профиль имеет место у беременных с врожденными пороками сердца в стадии декомпенсации порока (НК IIА-Б).

PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DISEASE IN TERMS OF DEVELOPMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY

Fazleeva E.R., Teteljutina F.K., Kopysova E.D.

FGBOI VO IGMA Minzdrava Rossii, department of obstetrics and gynecology of FPK and software, Izhevsk, Russia

When studying the psycho-emotional state of pregnant women with congenital heart disease in terms of development of placental insufficiency identified high risk of reactive and personal anxiety, as well as the hypochondriac and disturbing types of attitude to the disease in women with decompensated circulation, as well as reliable a direct correlation between the level of reactive anxiety and circulatory failure

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

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

Резюме. Проведен сравнительный анализ данных трехмерной эхографии 6 пациенток с подозрением на беременность в интерстициальном отделе маточной трубы. У двух пациенток выявлена интерстициальная беременность, у двух – беременность в маточном углу, угроза прерывания прерывания, у двух – впервые диагностированные миоматозные узлы в маточном углу, симулирующие эктопическую нидацию в сочетании с другими причинами нарушений менструального цикла (НМЦ). Проведен анализ данных трехмерной эхографии, выявлены диагностические критерии.

Актуальность. Беременность в интерстициальном отделе маточной трубы –одна из редких форм эктопических нидаций. Данная патология обладает повышенным риском жизнеугрожающих кровотечений. Редкая встречаемость, сложное топическое расположение затрудняют своевременную диагностику данного заболевания, каждое клиническое наблюдение заслуживает отдельного описания.

Целью данного исследования является описание диагностических критериев трехмерной эхографии беременности в интерстициальном отделе маточной трубы.

Материалы и методы: Нами проведен сравнительный анализ данных трехмерной эхографии 6 пациенток репродуктивного возраста с подозрением на беременность в интерстициальном отделе маточной трубы. Все обследованные предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла, незначительные боли в нижних отде-

лах живота без четкой локализации. У двух пациенток выявлена интерстициальная беременность, у двух – беременность в маточном углу на фоне угрозы прерывания, у двух – впервые диагностированные миоматозные узлы в области маточного угла, симулирующие эктопическую нидацию на фоне НМЦ (в одном наблюдении вызванном неразвивающейся маточной беременностью, в другом – персистенцией фолликула). Всем пациенткам выполнена трехмерная эхография с использованием трансвагинального датчика, Logiq E9 (GE, США) на базе ГКБ 31. Срок гестации составил: у пациенток с беременностью в интерстициальном отделе маточной трубы 5–6 и 8–9 недель; у пациенток с беременностью в маточном углу 5–6 недель; у пациенток с миоматозными узлами задержка менструации составила 7 и 12 дней. Пациенткам с интерстициальной беременностью произведена лапароскопия, тубэктомия с иссечением маточного угла. «Золотым стандартом» диагностики у пациенток с миоматозными узлами явилась диагностическая лапароскопия, у одной из обследованных произведено выскабливание полости матки по поводу неразвивающейся беременности, с гистологическим подтверждением диагноза.

Полученные результаты. Интерстициальная беременность при 3D УЗИ имела четкие критерии диагностики: интактная правильная треугольная форма полости матки; эксцентричное расположенное плодное яйцо; толщина миометрия в области латерального полюса плодного яйца менее 5 мм; наличие «интерстициальной» (или «промежуточной») линии между полостью матки и плодным яйцом; единый наружный контур миометрия; увеличение поперечного размера тела матки, деформация в области эктопической нидации (наличие и выраженность признаков зависит от срока гестации); выраженная васкуляризация трофобласта, а также маточного угла со стороны поражения. Использование режимов мультипланарной реконструкции (МПР), «ниши», томографии (Тг) и ангиографии дало возможность более точно определить расположение плодного яйца по отношению к полости матки и маточным сосудам. Расстояние от латерального полюса плодного яйца до серозного покрова матки у двух пациенток с беременностью в маточном углу было >5 мм, измерение производилось в трех перпендикулярных плоскостях (МПР), полость матки во фронтальном срезе была правильной треугольной формы. Данный параметр мог быть использован даже при наличии тонуса матки и появлении «ложной интерстициальной линии». У двух пациенток с впервые выявленными миоматозными узлами в области маточного угла, симулирующими беременность в интерстициальном отделе маточной трубы при трехмерной реконструкции (МПР и Omni-view) нами выявлена деформация единого наружного контура миометрия в области маточного угла, увеличение поперечного размера матки, полость матки была правильной треугольной формы. Истончения «наружного слоя миометрия» не выявлено, четко определялась структура, напоминающая «интерстициальную линию». Использование 3D УЗИ способствовало четкому пространственному определению взаиморасположения миоматозного узла, полости и стенок матки, изучению его структуры.

Заключение. Перечисленные диагностические критерии трехмерной эхографии способствуют дифференциальной диагностике и снижению количества неоправданных оперативных вмешательств.

THREE-DIMENSIONAL SONOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PREGNANCY IN THE INTERSTITIAL PART OF THE FALLOPIAN TUBES

Shishkina, T. Yu., Krasnova I.A., Aksenova V.B.

Russian National Research Medical University n.a. N.A. Pirogov, Moscow

Summary. Comparative analysis of three-dimensional ultrasound 6 patients with suspected pregnancy in the interstitial part of the fallopian tube. Two patients revealed interstitial pregnancy, two pregnancies in the fallopian corner, the threat of termination of interruption, the two – newly diagnosed fibroids in the fallopian corner, simulating ectopic nicacio in combination with other causes of menstrual cycle (NMC). The analysis of data of three-dimensional ultrasound revealed diagnostic criteria.

ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гуламмахудова Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Введение: одной из наиболее частых причин нарушений репродуктивной функции и здоровья женщин в репродуктивном возрасте является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Данная патология находится под пристальным вниманием врачей в различных странах, в том числе и в нашей республике.

CURRENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AT WOMEN AT THE REPRODUCTIVE AGE

Dilobar Valijanovna Gulammahmudova

Republican specialized scientific-practice medical center of obstetrics and gynecology

Introduction: One of the most frequent reasons of infringements of reproductive function and health in women at the reproductive age is polycystic ovary syndrome (PCOS). According to, the given pathology is under steadfast attention of doctors in the various countries, including, and in our republic.

Aim: Estimate of the feature of reproductive function, structure of clinical phenotype at PCOS at women of the reproductive age.

Materials and methods: We had been surveyed 126 women in the reproductive age from 21 up to 35 years addressed the advisory help to a polyclinic of the Republican specialized

scientific-practice medical center of obstetrics and gynecology of Tashkent, with complaints of infringements of menstrual cycle, infertility and skin displays hyperandrogenemia. For a definition of PCOS phenotype all patients were exposed to objective, hormonal, ultrasound research.

The results: Androgenic phenotype of PCOS diagnosed in 73% (92) women with USI full type of androgenic phenotype of PCOS was diagnosed in 64% (at 65) women, ovulate – at 12% (at 11), and at 34% (at 31) anovulate type. For an estimation of features of clinical current PCOS of all women with androgenic phenotype of PCOS distributed in two groups: the basic group was made by women (52%) with an ovarian form of PCOS, and 44 (48%) with an ovarian form of PCOS have noted women as a comparison group. Body mass index was authentically higher in women from comparative group. Research superfluous hirsute in androgen depending zones at women with PCOS has shown considerable excess of all its parameter control values. The greatest excess of value among the given indicators belonged to hormonal number which in 14 and 15 times was more in comparison control. After it on an intensity of excess it has appeared hirsute numbered, and increase of its values above control has noted in 7 times. Indifferent number was exceeded in 2,8 and 2,6 times control values. Femoral and abdominal adiposity type is revealed in similar frequency at every 6th patient. Strium in great degrees has been expressed in patients with an anovarian form of hyperandrogenia, and every fifth patient from this group had acantosis nigricans. Acne vulgaris with equal frequency came to light at women of both groups, on the average in 3,5 times more often in comparison with the control group. Hyperandrogenemia at the expense of an increase of the total testosterone it is found out in 72,5% surveyed, which was significantly increased in women from both clinical groups. At patients of the basic group average concentration LG were above a similar indicator in 2,5 times, and in patients from comparison group the given indicator was similar to the control group. Estradiol level in relation to healthy at patients of both clinical groups was considerably low. More than half of women with PCOS had infringement of menstrual functions on type oligomenorrea which have noted in 1,5 times more often in comparison of patients with other forms hyperandrogenia. Every third patient with an anovarian forms of hyperandrogenia had kept menstrual cycle, secondary and primary amenorrhea has noted at each 5th and 10th patient from the comparison group. In a part of patients the period regular menstruation, alternating with various forms infringement of the menstrual cycle is marked. The analysis of anamnesis data on reproductive health has revealed that women with various forms SGA have practically identical age menarche. Thus gynecologic disease in patients with SGA irrespective of the disease from practically three times more often above in comparison with control group. At women with PCOS the patient from the basic group has shown the analysis of somatic disease that at every 4th, at every 5th of comparison group somatic disease accompanied. And dominating among them there was a pyelonephritis and obesity.

Conclusion: Among of women in the reproductive age with PCOS the greatest relative density (73%) makes its androgenic phenotype which in its structure the full type dominates. Thus, the most frequent symptom PCOS at the given category of patients is infringements menstrual cycle on type oligoamenorrea.

ОБ ОЧАГАХ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Морева Ж.Г.[1], Миронов А.Ю.[1], Васильев М.М.[2], Сащенко В.П.[3]

1 ФБУН МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Москва, Россия
2 ФГБУ ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Москва, Россия
3 НУЗ Отделенческая больница на станции Иваново ОАО «РЖД» Иваново, Россия

В структуре нозологических форм венерических заболеваний на долю урогенитального трихомониаза приходится 37,9%. Трихомониаз является общим заболеванием всего организма человека (П.П. Семенов, 1972). В пользу этого свидетельствует высокая инвазивность Trichomonas vaginalis в ткань (A. Escario, 2010), попадание в периферическую кровь (Ж.Г. Морева, 2013), длительная персистенция трихомонад в крови, инфицирование верхних отделов урогенитального тракта, а также других органов. О системном поражении организма трихомонадами свидетельствуют многочисленные экспериментальные исследования (Ю.Х. Терас, 1954; М.М. Васильев, 1990), касающиеся заражения лабораторных животных чистыми культурами влагалищных трихомонад, у животных наблюдалось появление серозного и серо-фибринозного перитонита, гиперплазии селезенки, гепатита, некрозов в печени, образование гранулем, трихомонады выделялись из перечисленных органов, а также из желудка и надпочечников. Трихомонады, находящиеся в различных системах организма, раздражают их слизистые оболочки (рецепторы), от которых идут сигналы к коре головного мозга. Патологические изменения, возникающие под влиянием инфекционного агента в воротах инфекции, влияют на морфофункциональное состояние рецепторов половых органов. При возникновении подобных изменений в рецепторах возможно неадекватное восприятие раздражений и патологическая афферентация в отделы ЦНС, в свою очередь из ЦНС поступают измененные ответные реакции в виде сигналов к внутренним органам, что вызывает расстройство комплекса систем организма: половой, эндокринной, пищеварительной и других. Исследования показали влияние трихомонадной инфекции на различной степени выраженности функциональные расстройства ЦНС у больных трихомониазом, которые нормализовались после соответствующего лечения (И.В. Топорницкий, 1991). У женщин с наличием урогенитальных возбудителей, которые чаще всего находятся в составе микст-инфекции, включая и T.vaginalis, значительно ухудшается качество жизни (Е.Г. Сычева, 2016). Все эти данные свидетельствуют о системности поражения организма урогенитальными трихомонадами и как следствие, их допустимое нахождение, особенно в осложненных случаях патологического процесса, в различных органах и тканях макроорганизма, далеко за пределами их естественного места обитания. В настоящее время не вызывает сомнений наличие множества очагов трихомонадной инфекции в наружных и внутренних половых органах. По данным ряда авторов (М.Н. Швелидзе, 1988; Р.А. Абдумаликов, 1995; Б.В. Клименко, 2001 и др.) T.vaginalis была выделена одновременно из вульвы и влагалища в 49% случаев, из бартолиновых желез – в 14%, из вестибулярных желез – в 1,6%, из влагалища – в 12–95%, из цервикального канала – в 12–33%, из маточных труб и яичников при их совместной патологии – в 9%, из тканей матки – в 1%. В настоящее время имеется мало сравнительных экспериментальных данных по изучению распространенности T.vaginalis в различных биотопах урогенитального тракта, однако, встречаются следующие сообщения. Трихомонады были выявлены в 12,1% случаев при микроско-

пии у женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки с другими ИППП (С.Е. Ваганова, 2010), трихомонадные эрозии в 90-е годы выявлялись в 17% случаев. На долю цервицитов трихомонадной этиологии приходится 23,1% (С.А. Леваков, 2013). Установлено, что обильная условно-патогенная микрофлора влагалища при наличии дисбиоза в 90% случаев находится в состоянии биопленок (О.И. Летяева, 2016), это оказывает определенное влияние на трихомонады, вызывая усиление их патогенных свойств, в частности, способностъ к инвазии в ткань. Вирус папилломы человека и T.vaginalis вызывают хронические изменения шейки матки воспалительного характера, что является факторами риска CIN различной степени тяжести (В.И. Прилепская, 2013). Трихомонады обнаружены из биоптата маточных труб, из области спаек у женщин с ВЗОМТ и трубной беременностью (Л.И. Мальцева, 2010, С.О. Дубровина, 2013); из ткани яичника у женщины с поликистозом яичника и первичным бесплодием (В.В. Чеботарев, 2000); из полости матки у больных с ВЗОМТ после преждевременного прерывания беременности (Т.Ю. Пестрикова, 2011). Трихомонады обнаруживаются в органах и железах выделительной системы: в уретре в 39% случаев, в скеневских железах – в 5%, в парауретральных ходах – в 4,5%, в мочевом пузыре – в 9%, в почках при пиелонефрите – в 2% (Р.А. Абдумаликов, 1995). Причиной рецидивов трихомонадного цервицита нередко является сохранение T.vaginalis в уретре (Б.А.Теохаров, 1959). Нами при обследовании 61 женщины в возрасте 18–52 лет (средний возраст – 35,6 л.) с гинекологическими заболеваниями, преимущественно воспалительного характера, на обнаружение трихомонад в различных биотопах урогенитального тракта были получены следующие результаты: микроскопическим методом T.vaginalis выявлялась из влагалища в 49,18%, из цервикального канала – в 47,54%, из уретры – в 16,39%, в прямой кишке трихомонады не были обнаружены.

Известны случаи экстрагенитального нахождения влагалищных трихомонад: в 5,2% случаев в прямой кишке (L.A. Cosertino, 2012), в ткани молочной железы при фиброзно-кистозной мастопатии (S. Krvavac, 1998), в области соска молочной железы при раке Педжета (Б.В. Клименко, 2001), в глоточных миндалинах (И.С. Анчупане, 1980), в легких новорожденных (D.G. Kramer, 1984), при желудочно-кишечных заболеваниях: гастритах и колитах (G. Gsonka, 1971), в 12,5% случаев в аппендиксе (Б.С. Пойзнер, 1960).

Таким образом, приведенные литературные данные, а также результаты собственных исследований авторов позволяют сделать вывод о значительной распространенности T.vaginalis в различных местах в макроорганизме. Покидая свое естественное место обитания – слизистые оболочки мочеполовых органов, трихомонады проявляют свойства ткане и кровепаразитов, обуславливая не типичное протекание патологического процесса при трихомониазе.

Резюме: мочеполовой трихомониаз является общим заболеванием организма человека. Трихомониаз является многоочаговым заболеванием мочеполовых органов. Из литературных данных известно нахождение трихомонад не только на слизистых оболочках, но и в тканях матки и молочных желез. Было проведено обследование женщин с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов на обнаружение влагалищных трихомонад в отделах урогенитального тракта. Выявлено, что трихомонады выделялись в 49,18% из влагалища, в 47,54% – из цервикального канала, в 16,39% – из уретры.

CONCEMING THE NIDI OF T.VAGINALIS INFECTION IN WOMEN

Moreva Zh.G.[1], Mironov A.Y.[1], Vasiliev M.M.[2], Saschenko V.P.[3]

1 The Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after G.N. Gabrichevsky Moscow, Russia
2 State Research Centre of Dermatovenerology Moscow, Russia
3 Ivanovo Railway Station Hospital Ivanovo, Russia

Summary:

Urogenital trichomoniasis is a common disease of the human body. Trichomoniasis is a multifocal urinary system disease. It is known in published reports that T. vaginalis is found not only on mucus membranes but also in tissue of the uterus and the mammary glands. The examination of women with urogenital inflammatory diseases for T. vaginalis in the urogenital tract has been conducted. It has been revealed that T. vaginalis was detected by microscopic method in 49,18% of cases in the uterus, in 47,54% in the cervical canal, in 16,39% in the urethra.

ГЛАВА 4 / CHAPTER IV

ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
THE CONSERVATIVE THERAPY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

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

Матрасулова Д.М., Юлдашов Ж.А.

Кафедра подготовки ВОП Лечебного факультета Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Республика Узбекистан

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

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

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

Материалы и методы. Обследованы 32 женщины 28–42 лет после операций на поло-вых органах. Все обследованные получали унифицированную антибиотикотерапию и физиотерапию. Из них сформировали 2 группы с идентичным объ-

емом оперативного вмешательства. В течение 3 сут после операции 17 пациенткам (I группа) в комплекс лечебных мероприятий включили индивидуальные занятия ЛГ. Это общеразвивающие и специальные физические упражнения динамического характера с элементами дыхательной гимнастики. А остальные 15 человек (II группа) – указанных занятий не получали. С целью объективизации полученного эффекта исследовали динамику общего состояния пациенток и психоэмоционального статуса с помощью медико-психологического тестирования (шкалы Спилбергер 1, Спилбергер 2, САН).

Результаты. Все пациентки I группы занятия ЛГ переносили хорошо, реакция на лече-ние была адекватной. При тестировании по шкале Спилберга на 3 сут после операции отмечено снижение ($p< 0,05$) показателей ситуационной тревожности с 40,2±2,4 до 20,2±1,2, а личностной – с 36,2±2,4 до 20,2±1,7, что соответствовало параметрам здорового человека. По шкале САН повышение ($p<0,05$) показателей уровня «самочувствия» отмечено с 2,8±0,2 до 5,7±0,1; «активности» с 2,5±0,3 до 5,8±0,3 и «настроения» с 3,9±0,3 до 6,01±0,2 у.е. Показатели категорий САН указывали на значения «отдохнувшего» человека. У женщин II группы результаты были менее значимы. Так, отмечено только снижение ($p\geqslant0,05$) показателей ситуационной тревожности с 39,3±2,6 до 31,2±2,9, а личностной – с 35,9±2,5 до 30,2±2,2. Повышение ($p<0,05$) показателей «самочувствие» с 2,7±0,2 до 4,1±0,4; «активность» с 2,5±0,2 до 4,2±0,2; «настроение» с 2,6±0,2 до 4,3±0,1. При этом надо отметить, что на 3 сут после операции по тесту САН количественная оценка категорий между сравниваемыми группами имела статистическую разницу ($p<0,05$). У пациенток II группы результаты тестирования указывали на благоприятное течение послеоперационного периода, тогда как у пациенток I группы – соответствовали нормативным значениям. У пациенток I группы после комплекса профилактических мер в послеоперационном периоде, включающих ЛГ, отмечено полное восстановление изучаемых показателей до нормативных значений, в то время как у женщин II – наблюдали лишь позитивные сдвиги. Таким образом, наиболее выраженная коррекция психоэмоционального состояния у женщин наблюдалась под влиянием курса послеоперационного восстановительного лечения, включающего занятия ЛГ, что, по-видимому, связано с более активным влиянием на функционирование вегетативной нервной системы и устранением напряжения регуляторных механизмов.

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

Matrasulov D.M., Joldasov J.A.

Medical faculty of Urgench branch of Tashkent medical Academy. The Republic Of Uzbekistan

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

МЕТОД АРТ-ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гайдарова А.Х., Гигинеишвили Г.Р., Котенко Н.В., Гаршина О.В.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, Москва

Целью исследования явилось определение копинг-стратегий, уровня тревожности и депрессивных расстройств при оценке эффективности арт-терапии творческим выражением женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы. В группе арт-терапии было выявлено достоверное изменение показателей ситуативной и личностной тревожности, копинг-стратегий.

Интегративный подход в психотерапии пациенток, после мастэктомии по поводу рака молочной железы, является эффективным способом медицинской реабилитации при работе с аффективными расстройствами, с отдельными симптомами, алекситимическими расстройствами. Клинико-психологическая помощь методами творческого самовыражения в форме арт-терапии является оптимальной в условиях программы восстановительного лечения.

Целью клинического исследования стало определение копинг-стратегий, уровня тревожности и характера депрессивных расстройств, при оценке эффективности арт-терапии творческим выражением женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы на различных реабилитационных периодах.

Исследование проводилось на базе ФГБУ РНЦ «МР и К» МЗ РФ. В рамках клинического исследования изучались психологические аспекты личности, акцентуации, копинг-стратегии 29 женщин, больных раком молочной железы I и II стадии, средний возраст которых составил 37,4±6,2 лет. Всем пациенткам была проведена мастэктомия, адъювантная химиотерапия, гормонотерапия, срок давности оперативного лечения был не более 3 месяцев.

Пациентки были разделены на две группы методом рандомизации. В первой группе женщин (n=15) проводились групповые занятия арт-терапии творческим самовыражением по методике изотерапии, во второй группе женщин (n=14) психотерапии не было – контрольная группа исследования.

Методами психодиагностического обследования были: опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (копинг-тест), шкала Спилбергера-Ханина для определения ситуативной и личностной тревожности, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности СМОЛ-тест (Mini-mult).

В качестве психотерапевтического метода применялась арт-терапия творческим выражением. Групповые занятия включали лечебное воздействие средствами изобразительного искусства (изотерапия): рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством. Для изображения были выбраны ресурсные темы образов природы, отдельных объектов, символических образов.

В результате исследования выявлено, что пациентки, перенесшие мастэктомию по поводу рака молочной железы в качестве копинг-стратегий наиболее часто используют «планирование разрешения проблемы» в качестве стратегии совладающего с заболеванием поведения. В обеих группах превалирует такая реакция на травматическое событие как «бегство-избегание».

В обеих группах общими чертами можно отметить развитие тревожно-депрессивного состояния за счет своего физического здоровья, эмоциональной значимости своих соматических ощущений, демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации, высокая значимость вытеснения как способа устранения тревоги.

В ходе оценки эффективности арт-терапии творческим выражением на ресурсные темы выявлены достоверные улучшения показателей уровня личностной тревожности в первой группе исследования (до 63±3,5 баллов, после 46±3,8 баллов, $p<0,05$) и снижения ситуативной тревожности в группе раннего реабилитационного периода (до 60±5,2, после 42±5,8 баллов, $p<0,05$). Достоверно изменялись показатели негативных копинг-стратегий в сторону их коррекции (до лечения по критерию «бегство-избегание» показатели составили 2,88±0,23 баллов, после арт-психотерапии 1,34±0,4 баллов, $p<0,05$).

Арт-психотерапия творческим самовыражением в виде изобразительного творчества достоверно снижает показатели личностной и ситуативной тревожности, изменяет негативные копинг-стратегии у женщин после рака молочной железы и может эффективно применяться в программе медицинской реабилитации у данной категории пациенток.

METHOD ART PSYCHOTHERAPY IN THE COMPLEX REHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS AFTER MASTECTOMY ABOUT BREAST CANCER

Gaydarova A.H., Gigineishvili G.R., Kotenko N.V., Garshina O.V.

State Organization «Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Health Resort» Health Ministry, Moscow

The aim of the study was to determine the coping strategies, the level of anxiety and depressive disorders in assessing the effectiveness of art therapy, creative expression of women after a mastectomy for breast cancer. In the art therapy group had found a significant change in indicators of situational and personal anxiety, coping strategies.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Токаева Э.С.[1], Оразов М.Р.[1], Барсегян Л.К.[1]

1 – Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Актуальность. Эндометриоз – доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, при котором за пределами границ нормального расположения слизистой матки происходит разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свой-

ствам подобной эндометрию. Эндометриоз – это воспалительное состояние, которое характеризуются такими симптомами, как хроническая тазовая боль и бесплодие. Данным заболеванием страдают 176 миллионов женщин репродуктивного возраста по всем земному шару. В России эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологических заболеваний. В среднем, по данным разных авторов, с начала появления заболевания проходит от 7–10 лет до его диагностики. Опрос, проведенный Международной ассоциации по эндометриозу показал, что среди пациенток с лапароскопически подтвержденным эндометриозом примерно у 50% женщин симптомы возникли в возрасте ⩽ 24 лет, у 21% —до 15 лет, у 17%—в возрасте от 15 до 19 лет.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение ментального статуса пациенток с тазовой болью, обусловленной эндометриозом.

Материалы и методы. Исследование включало изучение качества жизни 100 женщин репродуктивного возраста с тазовой болью, обусловленной эндометриозом, как основной изучаемой группы. В контрольную группу было включено 50 женщин аналогичного возраста, с не отягощенным гинекологическим и соматическим анамнезом.

Оценку качества жизни проводили на основании шкалы Бека (Beck Depression Inventory). Данная шкала разработана американским психиатром А.Т. Беком для измерения выраженности депрессивного синдрома и отдельных его компонентов. Высокая чувствительность шкалы к изменениям тяжести депрессии позволила ей найти широкое применение среди клиницистов в оценке динамики депрессивного состояния и эффекта от проводимого лечения. Кроме верифицирующей депрессивные проявления шкалы, опросник включает две субшкалы: когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии. Опросник состоит из 21 вопросов, каждый вопрос содержит 4–5 утверждения. Обработка полученных результатов проводилась, суммируя общее число баллов по всем симптомам, и на основе получившегося числа дается оценка тяжести депрессии: 0–9 баллов – депрессия отсутствует, 10–15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 баллов – умеренная депрессия, 20–29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести), 30–63 баллов – тяжелая депрессия.

Критериями включения в группу являлся установленный диагноз эндометриоза, наличие хронического тазового болевого синдрома, репродуктивный возраст. Критериями исключения были синдром тазовой боли и иные гинекологические и негинекологические причины, сопровождающиеся синдромом тазовой боли.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 35±3 лет

Оценка качества жизни продемонстрировала, что 30% (30) женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью и 4% (2) женщин в контрольной группе имели легкий уровень депрессии ($p<0,05$), 14% (14) женщин в I группе и 2% (1) во II группе – умеренный уровень депрессии ($p<0,05$). Средний и тяжлый уровень депрессии в I группе отмечен у 12% (12) и 2% (2) соответственно, во II группе ни у одной пациентки указанных уровней депрессии выявлено не было ($p<0,05$). У 42% (42) женщин в изучаемой и у 94% (47) женщин в контрольной группе депрессивные состояния отмечены не были ($p<0,05$).

Вывод. Таким образом, вышеизложенные данные результаты исследования продемонстрировали высокий уровень ментальных расстройств у пациенток с тазовой болью, обусловленной эндометриозом.

MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS – ASSOCIATED PELVIC PAIN

Tokaeva E.S.[1], Orazov M.R.[1], Barsegyan L.K.[1]

1 – Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia

Endometriosis is an estrogen-dependent benign inflammatory disease. In endometriosis, ectopic endometrium survives, causing a disease characterized by implantation of endometrial tissue outside the uterus. Endometriosis is considered as a disabling condition that may significantly affect women's everyday life, social relationships, sexuality and mental health.

ЛОКАЛЬНАЯ БАРОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ СОСТОЯНИЙ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Чураков А.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ

Частота врожденных аномалий влагалища, требующих оперативного лечения, составляет около 1% среди других видов гинекологической патологии. Наличие стриктур и как, следствие, стеноза в нижней и средней трети влагалища у молодых женщин являются следствием перенесенного хирургического вмешательства или механических травм. Хирургические манипуляции во влагалище являются прерогативой госпитального этапа лечения, задача же отсроченного, постгоспитального этапа – предупреждение развития повторного сужения влагалища и обеспечение безболезненных половых контактов.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования локальной баротерапии после операций по поводу стеноза средней и нижней трети влагалища у женщин.

Материалы и методы. Нами обследованы 17 молодых женщин в возрасте 20–27 лет, которым выполнены хирургические вмешательства с целью коррекции порока развития (или посттравматического осложнения) влагалища. Все пациентки предъявляли жалобы на ноющие боли во влагалище и затрудненные половые контакты через 6 месяцев после корригирующей операции. Всем пациенткам проведено по 10 процедур гинекологического пневмовибромассажа (аппарат МКВ-01 «Ивавита») с использованием внутриполостного проводника энергии. Для оценки эффективности физиолечения до начала лечения и на 7 день следующего менструального цикла после лечения проведено медико-психологическое тестирование: по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); Мак-Гилловскому опроснику боли; по самооценке

тревожности Ч.Д. Спилберга (в модификации Ю.Л. Ханина); реография сосудистого бассейна малого таза; определение концентрации кортизола в сыворотке крови.

Результаты. Все пациентки физиопроцедуры переносили хорошо, реакция была адекватной. На 7 день в следующем менструальном цикле после физиотерапии уровень интенсивности боли по ВАШ снизился ($p \leqslant 0,05$) с 2,62±0,09 до 0,69±0,03 баллов, а коэффициент обезболивающего действия составил 0,76±0,01 усл. ед., что соответствовало выраженному болеутолению. С помощью Мак-Гилловского опросника боли была оценена ее структура. Так, выбор дескрипторов в сенсорной и аффективной шкалах было равным, и составил 1,1±0,2 усл.ед., однако процент выбора слов-определителей составил 9 и 19% соответственно. Величина суммы рангов в сенсорной и аффективной шкале опросника боли, составила 1,4±0,2 и 1,0±0,1 усл.ед. соответственно. При этом выбор суммы рангов в сенсорной и аффективной шкале составил 2 и 6%. Следовательно, молодые пациентки чаще всего характеризовали боль с точки зрения ее эмоционального восприятия.

Динамику самооценки уровня тревожности определяли с помощью теста Спилберга. Исходные, до баротерапии, высокие показатели ситуационной (50,7±2,9) тревожности у пациенток указывали на эмоциональную лабильность и «невротизацию». Снижение показателя ($p \leqslant 0,05$) ситуационной тревожности, определяющего непосредственно состояние женщин, до 29,6±3,0, на фоне личностной тревожности в пределах 28,6±3,3 (норма для здорового человека), определяющей устойчивость эмоционального состояния, до после проведенного немедикаментозного лечения соответствовали параметрам здорового человека. При этом все пациентки отмечали улучшение настроения, повышение активности и безболезненные половые контакты.

Повышение концентрации кортизола в сыворотке крови с 248,6±23,3 до 388,6±19,9 нмоль/л до среднего нормативного значения в следующем менструальном цикле у пациенток свидетельствовало об отсроченном влиянии гинекологического пневмовибромассажа на глюкокортикоидную активность коры надпочечников при исходном снижении последней.

Нормализация содержания кортизола и рефлекторное действие баротерапии в зоне раздражения рефлекторных зон J.H.Bucheit (1986 г.) во влагалище положительно влияют на регионарную гемодинамику. Так, количественный анализ показателей реограммы в бассейне малого таза показал, что величина сосудистого сопротивления снизилась ($p<0,05$) с 128,6±4,7 до 98,3±4,2%. Уменьшение ($p<0,05$) показателя венозного оттока с 32,9±2,7 до 22,0±1,2% свидетельствовало об облегчении его. При этом амплитуда реографической волны возросла ($p<0,05$) с 0,008±0,001 до 0,016±0,001 ом, а скорости кровотока – с 0,027±0,001 до 0,039±0,001ом/с. Полученные результаты указывали на устранение ригидности артериального русла в сосудистом бассейне малого таза, снижении тонуса крупных и мелких артерий и улучшении кровенаполнения тканей.

Выводы. Таким образом, применение локальной баротерапии в виде процедур гинекологического пневмовибромассажа (аппарат МКВ-01 «Ивавита») у женщин на постгоспитальном этапе после корригирующей операции стеноза средней и нижней трети влагалища является клинически эффективным. Рефлекторное воздействие процедур обеспечивает болеутоление вследствие улучшения кровообращения в сосудистом бассейне малого таза и устранения признаков гипоксии тканей, улучшение психо-эмоционального состояния и качества жизни у молодых женщин.

Резюме. Частота врожденных аномалий влагалища, требующих оперативного лечения, составляет около 1% среди других видов гинекологической патологии. Наличие стриктур и как, следствие, стеноза в нижней и средней трети влагалища у молодых женщин являются следствием перенесенного хирургического вмешательства или механических травм, делают практически невозможной половую жизнь. Применение локальной баротерапии в виде процедур гинекологического пневмовибромассажа у женщин на постгоспитальном этапе после корригирующей операции стеноза средней и нижней трети влагалища является клинически эффективным.

LOCAL BAROTHERAPY IN MEDICAL REHABILITATION AFTER SURGICAL CORRECTION OF THE ANOMALIES OF THE VAGINA IN WOMEN STATES

Ipatova M.V., Malanova T.B., Churakova A.A.

Summary. The frequency of congenital anomalies of the vagina, requiring surgical treatment is about 1% in other types of gynecological pathology. The presence of strictures and as a consequence, stenosis in the lower and middle third of the vagina in young women are the result of suffering a surgery or mechanical injury, making it virtually impossible sex life. The use of local barotherapy as gynecological procedures «pneumovibromassage» women in the post-hospital stage after corrective surgery of stenosis of the middle and lower third of the vagina is clinically effective.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН НАКАНУНЕ ОПЕРАТИВНОГО СИМУЛЬТАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Симрок В.В., Желтоножская Ю.Б., Симрок-Старчева Д.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», город Луганск

Нами ранее была изучена адаптивная реактивность гинекологических больных при выполнении симультанных операций по уровню эндогенных иммуномодуляторов. Проведенные исследования показали, что у пациенток с лейомиомой матки еще до операции существует напряжение в системе цитокинов, которое проявляется повышением уровня ИЛ-1 и ФНО-α. Также зарегистрированы высокие концентрации цитокинов как при симультанном, так и монооперативном вмешательстве, что позволяет утверждать о состоянии "иммунного стресса" у женщин при оперативном, и особенно при симультанном вмешательстве. Кроме этого, мы изучали у этих пациенток уровень тревожности исходя из шкалы самооценки по тесту Спилбергера – Ханина, и установили наличие тревожности различной степени у этих пациенток.

Целью нашего исследования была клиническая оценка эффективности Эрготона (настойка травы овса посевного) в профилактике психологического напряжения у женщин накануне оперативного симультанного вмешательства.

Женщинам возрастной группы от 42 до 50 лет, готовящимся к оперативному симультанному вмешательству за 7 дней до операции проведена субъективная оценка ситуационной и личностной тревожности по методике Спилбергера –Ханина, затем пациентки были разделены на 2 группы, в основную группу вошли 73 пациентки, которые получали профилактические мероприятия, направленные на улучшение психоэмоционального состояния женщин (ОГ), в группу сравнения (ГС) вошли 75 женщин, которым в профилактические мероприятия не был включен препарат Эрготон (настойка травы овса посевного). Ожидаемое действие препарата обусловлено особенностями компонентов, которые входят в состав травы овса посевного с наличием индольного алколоида авенина, который оказывает антидепресантный, адаптогенный и седативный эффекты. Настойку назначали по 20 капель трижды в сутки за тридцать минут до еды за 7 дней до операции. После проведенной терапии вновь оценивали степень тревожности.

Проведенные исследования показали, что из 148 пациенток, готовящихся к операции, только 8 имели низкую тревожность, 42 имели среднюю тревожность и 90 имели высокий уровень тревожности. Так как группы формировались методом слепой выборки, то в обе группы вошли женщины с различной степенью тревожности. Исследования накануне операции показали, что применение Эрготона имело положительный эффект относительно психоэмоционального состояния женщин. В основной группе всего лишь у 2 (2,7%) пациенток сохранялся высокий уровень тревожности, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 74,8% (56 пациенток), средняя тревожность отмечена у 36 (49,3%) пациенток основной группы и 13 (17,3%) группы сравнения. Остальные пациентки имели низкую тревожность.

Таким образом, пациентки, готовящиеся к симультанному оперативному вмешательству, имеют высокий уровень психоэмоциоеального напряжения, что требует предварительного назначения накануне операции профилактического лечения. Применение настойки овса посевного имеет положительный терапевтический эффект в отношении психоэмоционального состояния женщин и снимает психологическое напряжение накануне операции.

Резюме. Установлено, что пациентки, готовящиеся к симультанному оперативному вмешательству, имеют высокий уровень психоэмоциоеального напряжения, что требует предварительного назначения накануне операции профилактического лечения. Применение настойки овса посевного имеет положительный терапевтический эффект в отношении психоэмоционального состояния женщин и снимает психологическое напряжение накануне операции.

PREVENTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN WOMEN BEFORE OPERATIVE SIMULTANEOUS INTERVENTION

Simrok V.V., Zheltonozhskaya Y.B., Simrock-Starceva D.V.

SE «Luhansk state medical University», Lugansk city

It is established that a patient preparing for a simultaneous surgical intervention, have a high level psihoemotsyonalnoe voltage, which requires the prior appointment before surgery preventive treatment. Application of tincture of oat has a positive therapeutic effect on the emotional state of women and relieves psychological tension before surgery.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИТАМИНА D ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЬГОМЕНОРЕИ

Герасимова Л.И., Денисов М.С., Денисова Т.Г.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», кафедра акушерства и гинекологии

Резюме. Витамин D играют решающую роль в различных биологических процессах и большую роль приобретает в спектре патологических процессов. Поскольку рецепторы к витамину D и 1а-гидроксилазы обнаружены в репродуктивных тканях, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, напрашивается ассоциация витамина D с функционированием репродуктивной системы. У девушек с нарушениями менструальной функции выявлен дефицит витамина D.

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, дефицит витамина D.

В настоящее время принято считать, что дефицит витамина D является всемирной проблемой здравоохранения, которая затрагивает широкий спектр острых и хронических заболеваний. Активные формы витамина D (1a, 25 (OH) 2D3) играют решающую роль в различных биологических процессах, включая регуляции клеточного роста, дифференцировки и метаболических модуляции. Поскольку рецепторы к витамину D и 1а-гидроксилазы обнаружены в репродуктивных тканях, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, напрашивается ассоциация витамина D с функционированием репродуктивной системы. Существуют доказательства ряда возможных неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья женщин, связанных с низкой обеспеченностью витамином D.

Цель исследования – определить уровень витамина D в периферической крови девушек с нарушениями менструальной функции.

Материалы и методы. Материалом исследования явилась периферическая кровь девушек с альгоменорей (24 пациенток), контрольную группу составили девушки с физиологическим менструальным циклом (30 пациентки). Было решено изучить уровень витамина D. Исследование уровня витамина D проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы BIOMEDICAGRUPPE (Германия). Признанный критерий оценки экзогенной обеспеченности витамином D – уровень 25-OH D в крови: нормальное содержание в крови – 20–35 нг /мл, недостаток – 10–20 нг/мл, дефицит – гиповитаминоз – 10 нг/мл и ниже, авитаминоз – ниже 5 нг/мл, гипервитаминоз D – выше 70 нг/мл.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы StatisticaforWindows (версия 6.1) методами параметрической и непараметрической статистики (критерии Стьюдента, Манна – Уитни).

Результаты исследования. Нами было выявлено что у девушек с альгоменорей обнаружен низкий уровень витамина D – 14,7 ± 1,7 нг /мл; у девушек с физиологичным менструальным циклом уровень витамина D в пределах нормальной экзогенной обеспеченности и составил 22,5 ± 1,8 нг/мл ($p \geqslant 0{,}01$).

Девушкам с альгоменорей был рекомендован прием витамин D в дозе 3000 ед. в течении 4–6 месяцев. По истечении 6 месяцев был определен уровень витамина

D – он составил 24,7 ± 1,8 нг/мл (p ⩾0,01). Кроме того часть девушек – 62,5% отмечали значительное уменьшение болезненных проявлений во время менструаций, они на момент исследования отказались от приема анальгетиков в дни менструации. А у 37,5% девушек боли в критические дни не наблюдаются.

Таким образом, согласно результатам нашего исследования назначение витамина D, по видимому, участвующего в физиологическом функционировании репродуктивной системы, девушкам с альгоменорей и дефицитом витамина D, оказалось эффективным в лечении болезненных проявлений в дни менструации. что указывает на целесообразность назначения препаратов витамина D.

Исследований влияния дефицита витамина D на здоровье – большой потенциал для снижения уровня заболеваний, в том числе нарушений менструального цикла, что может иметь огромное влияние на стратегию общественного здравоохранения в профилактике серьезных заболеваний.

Вывод. У девушек с альгоменорей выявлен дефицит витамина D, назначение витамина D снижает болезненные проявления в дни менструации и улучшает качество жизни девушек, что указывает на целесообразность назначения препаратов витамина D девочкам и девушкам в период становления менструальной функции.

THE USE OF VITAMIN D IN THE PREVENTION OF ALGOMENOREE

Gerasimova L.I., Denisov M.S., Denisova T.G.

GAU DPO «Institute of improvement of doctors» of the Ministry of health of the Chuvash Republic, Department of obstetrics and gynecology
FGBOU VPO «Chuvash State University. n.a. I.N. Ulyanov», Department Of Obstetrics and Gynecology

Abstract. Vitamin D is essential for various biological processes and in spectrum of pathological processes. Since vitamin D and 1a-hydroxylase receptors are detected in reproductive tissues, including the ovaries, uterus, placenta, testicles and pituitary gland, it leads to the association of vitamin D and reproductive system functioning. In the girls with menstrual dysfunction it has been detected vitamin D deficiency.

Key words: menstrual dysfunction, vitamin D deficiency,

ВАГИНАЛЬНЫЙ ЭСТРИОЛ И ИНЪЕКЦИИ АУТОПЛАЗМЫ (PLASMOLIFTING) ЭФФЕКТИВНО УМЕНЬШАЮТ СИМПТОМЫ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ

Лещенко О.Я.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»

Цель работы – оценить эффективность применения Plazmolifting (инъекции аутоплазмы) и вагинального эстриола ОВЕСТИН® (OVESTIN) у женщин с тяжелыми сим-

птомами вульвовагинальной атрофии (ВВА), крауроза, лейкоплакии и хронического зуда вульвы. Дизайн: проспективное исследование, проведенное в период с апреля 2015 года по октябрь 2016 года на базе клиники ФБГНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Иркутск. Критерии включения в исследование: женщины климактерического возраста, с отсутствием менструации в течение > = 12 месяцев с симптомами вульвовагинальной атрофии, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: использование гормональной терапии в течение 6 месяцев до включения в исследование; выпадение органов малого таза > = II степени, острые или рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, генитальные инфекции, предшествующие реконструктивные хирургические вмешательства, любые острые или хронические соматические заболевания, которые могли помешать исследованию, психические расстройства. Plasmolifting ™ – это коммерческое название инъекционного метода введения аутоплазмы в ткани, применяющийся с целью регенерации. Женщины получали инъекции аутоплазмы за одно посещение. Обезболивание проводили кремом с Lidocainum 25,0 мг + Prilocainum 25,0 мг. 5–10 г. крема наносили на всю поверхность слизистой оболочки, включая складки слизистой оболочки на 10 мин. Инъекции аутоплазмы проводили внутрикожно папулами на всей поверхности половых губ, вульвы, слизистой влагалища, перианальной области с минимальными интервалами 5–7 мм. Процедура была выполнена в амбулаторных условиях, не требуя какого-либо специфического препарата, аналгезии или анестезии. Далее, мы рекомендовали вводить эстриол вагинальный гель ОВЕСТИН® (OVESTIN) 1 мг/1 г: туба 15 г. в комплекте с аппликатором (рег. №: П N013327/02 от 20.12.07) 1 доза / день в течение первой недели (максимум 4-х недели), далее поддерживающая доза (1 аппликация 2 раза в неделю) в течение 1 месяца и далее при необходимости. Крем рекомендовали вводить во влагалище с помощью калиброванного аппликатора на ночь (перед сном). 1 аппликация (аппликатор, заполненный до кольцевой отметки) содержит 500 мг крема, что соответствует 500 мкг эстриола. Мы оценивали клинический результат через два месяца с момента первого визита. В исследование были включены 30 пациенток. Средний возраст 57,8 лет. На момент начала исследования 18 женщин (60%) были сексуально активны, в то время как 12 (40%) не имели половых актов в связи с тяжестью вульвовагинальной атрофии. После проведенного лечения 11 пациентов (91,7%) возобновили сексуальную активность. Мы наблюдали полное исчезновение зуда, трещин сухости наружных половых органов и вульвы у 28 (93.3%) женщин. Симптомы дизурии, учащенного и болезненного мочеиспускания из 24 прекратились у 21 (87,5%) женщин. У 8 (26,7%) пациенток были жалобы на частые обострения геморроя. Эти пациентки жаловались на дискомфорт и болезненность в перианальной области в момент первого обращения. В результате проведенного лечения симптомы геморроя купировались у всех пациенток. Мы наблюдали хороший эффект улучшения цвета, тургора, увлажненности слизистой вульвы и кожи половых губ у 26 (86,7% женщин). Положительные эффекты лечения сохранялись у 81% женщин более 1 года. У остальных отмечено возобновление исходных симптомов спустя 1 год после проведенного лечения, но меньшей интенсивности.

VAGINAL ESTRIOL AND INJECTIONS OF AUTOPLASMA (PLASMOLIFTING) REDUCE THE SYMPTOMS OF VULVOVAGINAL ATROPHY

FGBU Research Center of Family Health Problems and Reproduction

The effectiveness of the combination Plasmolifting and vaginal gel OVESTIN® was 92% in postmenopausal women with severe vulvovaginal atrophy symptoms, leukoplakia and kraurosis. Positive treatment effects were maintained for more than 1 year in 81% of women.

ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ, СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шнейдерман М.Г

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

This article presents a new model of gynecological and obstetrical pessary for treatment of pelvic organ prolapse, elimination of symptoms of stress urinary incontinence, preventive care and treatment of cervical insufficiency and habitual abortion.

Среди эффективных консервативных средств лечения опущения органов малого таза, стрессового недержания мочи и истмико-цервикальной недостаточности широкое применение находят акушерско-гинекологические пессарии.

Новая модифицированная модель акушерско-гинекологического пессария доктора Шнейдермана, разработанная в ФГБУ "НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова" Минздрава России имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности, а также предупреждает опущение стенок влагалища, предотвращает стрессовое недержание мочи. Разработанный новый вид акушерско-гинекологического пессария выполнен из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности.

Внутренняя часть пессария изготовлена из силиконовой резины с твердостью по Шору А-60 ед., а наружная часть из силиконовой резины с твердостью по Шору А–10 ед., причем отношение толщины наружного слоя к толщине внутреннего слоя составляет 1:3, наружный слой имеет четыре продольных углубления шириной равной диаметру поперечного сечения кольца и глубиной равной толщине наружного слоя.

Использование в наружном слое силиконовой резины с твердостью 10 оказывает минимальное давление на окружающие ткани, не вызывая их раздражение,пролежни, эрозии и растяжения. Принципиально новым в последней модификации акушерско-гинекологического пессария является наличие четырех вертикальных силиконовых "крылышек", исходящих от нижней поверхности кольца, которые препятствуют смещению пессария. К четырем симметричным вырезам с наружной поверхности пессария присасываются стенки влагалища и пессарий прочно стоит в первоначальном положении.Кроме этого через наружные вырезы происходит свободный отток влагалищного отделяемого (профилактика кольпитов) Испытание нового вида пессария проводилось на 32 женщинах с пролапсом гинеталий и стрессовым недержанием мочи и показало,что новая модель пессария доктора Шнейдермана надежно предупреждает опущение стенок влагалища, предотвращает стрессовое недержание мочи.

Весьма важную роль играют акушерско-гинекологические пессарии при истмико-цервикальной недостаточности-состоянии при котором происходит преждевременное раскрытие шейки матки у беременных женщин и,как следствие,преждевременные роды.

Принципиально новым в последней модификации пессария доктора Шнейдермана является наличие четырех выпуклостей с внутренней поверхности кольца, которые сжимают шейку беременной матки и препятствуют прогрессированию истмико-цервикальной недостаточности, а четыре вертикальных "крылышка", исходящих от нижней поверхности кольца не дают пессарию сместиться или развернутся в неправильную позицию.

Первые предварительные испытания модифицированной модели пессария доктора Шнейдермана на 64 беременных женщинах показали их высокую надежность и эффективность.Применение нового вида пессария позволило сохранить беременность у всех женщин.

Преимущество новой модели акушерско-гинекологического пессария доктора Шнейдермана перед существующими образцами состоит в следующем:

1. За счет наружных вырезов и вертикальных “крылышек” происходит дополнительная надежная фиксация кольца во влагалище.

2. Благодаря четырем выпуклостям, расположенным по внутренней поверхности кольца, предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности.

3. За счет четырех полукруглых вырезов на наружной поверхности кольца уменьшается площадь соприкосновения и давления пессария на слизистую влагалища, понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.

4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через четыре наружных выреза.

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

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 до 37 недель беременности, после чего пессарий удаляется. При пролапсе гениталий пессарий устанавливается на 20–25 дней, после чего извлекается самой женщиной, моется теплой водой и снова вставляется.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОКСИФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Даминова К.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра предметов терапевтического направления №2

РЕЗЮМЕ

Для своевременной коррекции пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста.

необходимы лекарственные средства, быстро купирующие причину и проявления заболевания. Для этого нами исследована эффективность современного фторхинолона – моксифлоксацина. Больные принимали Мофацин (моксифлоксацин) по 0,4 мг (по одной таблетке) один раз в сутки в течение семи дней. Проведенное лечение приводило к улучшению состояния больных по субъективным и объективным проявлениям заболевания.

В последние годы отмечается повышение заболеваемости пиелонефритом у женщин репродуктивного возраста, что может приводить к тяжелым осложнениям со стороны мочеполовой системы и ухудшать качество жизни больных. Серьезной проблемой при лечении воспалительных процессов является селекция в результате антибактериальной терапии резистентных к антибиотикам микроорганизмов с образованием штаммов, производящих β-лактамазу. Для своевременной коррекции данного заболевания необходимы лекарственные средства, быстро купирующие причину и проявления заболевания. Для этого нами исследована эффективность современного фторхинолона – моксифлоксацина. Моксифлоксацин характеризуется широким антимикробным спектром (грамположительные и грамотрицательные аэробные бактерии и анаэробы, атипичные микроорганизмы), благоприятными фармакокинетическими свойствами (высокая биодоступность, хорошее проникновение в ткани, длительный период полувыведения), позволяющими дозировать препарат 1 раз в сутки, хорошей переносимостью и отсутствием серьезных нежелательных явлений, отмеченных при применении других фторхинолонов.

Цель: оценить эффективность моксифлоксацина в комплексной терапии часто рецидивирующего пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 32 женщины фертильного возраста с клинически установленным диагнозом «хронический пиелонефрит в стадии активного воспаления», находившиеся на лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III клиники ТМА. Для оценки эффективности лечения с моксифлоксацином изучали следующие параметры: динамика субъективных и объективных проявлений болезни, лабораторных показателей (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), анализ мочи по Нечипоренко, уровни С-реактивного белка (СРБ), мочевины и креатинина в крови, бактериологический посев мочи). Комплексное лечение пациентов включало: Мофацин (моксифлоксацин) 0,4 мг (по одной таблетке) один раз в сутки в течение семи дней, Канефрон по две капсулы три раза в день, дезинтоксикационная терапия, по пока-заниям спазмолитики и противогрибковые препараты. Побочных эффектов от проводимой терапии

не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 ± 0,82 дня.

Результаты. Как показали результаты исследования, в посеве мочи у обследованных больных были выявлены следующие микроорганизмы: Escherichia coli (59,5%),Pseudomonas aeroginosa (18,5%), Staphylococcus aureus (17,6%), Enterobacter spp. (11,1%), Streptococcus faecalis (2,3%), Providencia rettgeri (2,1%). В 86% случаев микроорганизмы оказались высокочувствительными, в 14% – чувствительными к моксифлоксацину.

Заключение. Проведенное лечение приводило к улучшению состояния больных по субъективным и объективным проявлениям заболевания со второго-третьего дня лечения, с купированием большинства клинических проявлений болезни к девятому-десятому дню, что коррелировало с положительной динамикой лабораторных параметров (нормализация лейкоцитов и снижение скорости оседания эритроцитов до субнормальных и нормальных значений в ОАК, исчезновение СРБ крови, уменьшение или исчезновение протеинурии с одновременным резким снижением интенсивности лейкоцитурии в ОАМ).

Выводы

1. Возбудители хронического пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста в нашем регионе проявляют достаточно высокую чувствительность к моксифлоксацину.

2. Применение моксифлоксацина в комплексной терапии хронического пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста приводит к эффективному купированию в короткий срок основных клиниколабораторных проявлений болезни.

EFFICIENCY OF MOXIFLOXACIN IN THE TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Daminova K.M.

Tashkent State Institute of Dentistry, Department of subjects therapeutic areas number 2

RESUME

For the timely correction of pyelonephritis in women of reproductive age. needed drugs quickly relieves symptoms and the cause of the disease. To do this, we investigated the effectiveness of modern fluoroquinolones – moxifloxacin. Patients took Mofatsin (moxifloxacin) 0.4 mg (one tablet) once daily for seven days. The treatment resulted in improvement of the patient by subjective and objective manifestations of the disease.

ИННОВАЦИИ В КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н.

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

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) являются наиболее популярным методом гормональной контрацепции. В настоящее время их используют более 150 млн человек во всем мире. КОК применяется не только с целью предотвращения нежелательной беременности, но и с целью лечения невынашивания беременности, нарушений менструального цикла и профилактики различных заболеваний репродуктивной систем (рака эндометрия, яичников, колоректального рака, хориокарциномы, функциональных кист яичников, миомы матки и остеопороза). В связи с этим возникла необходимость создания КОК, основанных на различных механизмах действия и в сочетании нескольких компонентов: КОК с добавлением фолатов, натуральные оральные контрацептивы (НОК) и КОК во флекс-картридже.

В настоящее время установлена медицинская необходимость в создании дополнительных стратегий, которые обеспечат достаточный уровень потребления фолатов у женщин репродуктивного возраста. На совещании FDA (управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств) в 2003 г. было выдвинуто предположение, что КОК могут служить обоснованным методом доставки фолатных добавок женщинам детородного возраста. Таким образом, был разработан новый КОК с добавлением фолатов, для обеспечения восполнения дефицита фолиевой кислоты у женщин, планирующих беременность. Доказано, что риск возникновения дефекта нервной трубки (ДНТ) плода снижается при повышении концентрации фолатов в крови. При анализе результатов проведенных рандомизированных исследований был выявлен явный протективный эффект применения КОК с фолиевой кислотой в профилактике ДНТ (при приеме КОК с метафолином частота ДНТ снижалась на 23,7–31,4% по сравнению с приемом обычных ОК). После 24 недель применения у 95% женщин уровень фолатов в эритроцитах был выше 906 ннмоль/л, что ассоциировано с низким риском патологии нервной трубки плода.

Разработаны два новых комбинированных оральных контрацептива с добавлением фолатов: в состав которых входит этинилэстрадиол 20 мкг, дроспиренон 3 мг, метафолин (левомефолат кальция) 451 мкг (Джес Плюс) и препарат с составом: этинилэстрадиол 30 мкг, дроспиренон 3 мг, Метафолин 451 мкг (Ярина Плюс).

Таким образом, принимая только КОК с фолатами, женщина может получать достаточную дозу фолатов для последующего зачатия здорового ребенка, что является ценным вкладом в здоровье будущих детей для профилактики врожденных пороков развития, связанных с ДНТ.

У современной женщины число менструаций, сопровождающихся значительными изменениями уровня гормонов гораздо больше, чем у женщин предыдущих поколений. Это связано с тем, что снизилось число рождаемости. Но кроме демографических проблем это может приводить к ряду заболеваний, например эндометриоза, анемии, миомы матки, рака яичников и эндометрия. Для предотвращения подобных состояний было решено разработать КОК, позволяющий снижать количество менструаций и облегчающий состояния, к которым они приводят. В начале 2000х гг FDA одобрило применение нового КОК с пролонгированным режимом

приема, специально разработанного для уменьшения общего числа менструаций. В связи с этим было решено создать КОК с гибким режимом дозирования, где женщина может сделать 4-х дневный гормональный интервал в любое удобное для нее время с 25-го по 120-й день цикла. Кроме того был разработан специальный гаджет Клик (Clyk), который напоминает женщине принимать препарат в одно и то же время, информирует в случае пропуска таблетки. При анализе результатов проведенных многоцентровых исследований препарата Джес® пролонгированного режима (ЭЭ 20 мкг + дроспиренона 3 мг) в Европе и Америке по эффективности и безопасности дали положительные результаты. Таким образом, Джес® в гибком режиме дает женщинам возможность планировать время и число менструаций, не причиняя вред ее здоровью и не ставя под сомнение репродуктивные планы.

Несмотря на разнообразие КОК, в настоящее время разрабатываются препараты, обладающие наиболее близким сродством с натуральными гормонами. Одним из инновационных контрацептивов является препарат, содержащий эстрадиола валерат и диеногест (Клайра) – это первый КОК, содержащий в своем составе естественный эстрадиол, идентичный натуральному. Содержание активных веществ в препарате варьирует в соответствии с секрецией гормонов в нормальном цикле здоровой женщины, благодаря чему достигается высокая контрацептивная эффективность (индекс Перля: 0,42–0,79). Он обладает высокой биодоступностью и биологической активностью при низком содержании стероидов, в виду чего оказывает минимальное системное влияние на параметры гемостаза и обмен веществ. Кроме контрацептивного эффекта, данный препарат стимулирует снижение интенсивности и продолжительности менструаций.По результатам многочисленных исследований, проведенных в США и Европе, КОК с естественным эстрадиолом, идентичным натуральному,обладая минимальным системным эффектом, обеспечивает регулярный менструальный цикл и не влияет на метаболизм. Дополнительными возможностями препарата являются: профилактика маточных кровотечений и лечение менорагий, что оказывает положительный эффект на общее и физическое состояние женщины.

Таким образом, инновации в контрацепции способны не только сохранять репродуктивное здоровье женщины, снижать число абортов и их осложнений, но и позволяет найти индивидуальный подход, заметно улучшая качество жизни женщин.

INNOVATIONS IN CONTRACEPTION

Prilepskaya V.N.

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

Innovations in contraception are good not only for preserving women reproductive health, reducing the number of abortions and their complications, but also it allows to find an individual approach, what significantly improves the quality of women life. In this regard, it was needed to create COC based on different mechanisms of action and the combination of several components: COC with the addition of folate, the natural oral contraceptives (NOC) and the COC in flex-cartridge.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Прилепская В.Н.

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

Известно, что в основе многих поведенческих, психоэмоциональных, вазомоторных и других симптомов климактерического периода лежит снижение продукции эстрогенов с одновременным повышением секреции ЛГ и ФСГ, падением уровня нейротрансмиттеров. Климактерический синдром(КС) – комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания гормональной функции яичников и общей возрастной инволюции организма. Наиболее распространены ранние проявления климактерического синдрома – вегето-сосудистые симптомы встречающиеся у 40–80% женщин. Менопаузальная гормональная терапия играет значительную роль в лечении КС, улучшая качество жизни женщины, способствуя профилактике целого ряда осложнений со стороны различных органов и систем. Однако, менопаузальная гормонотерапия помимо обоснованных показаний имеет ряд существенных противопоказаний к её применению. Абсолютными противопоказаниями МГТ являются: кровотечение из половых путей неясного генеза, рак молочной железы и эндометрия, острый гепатит, острый тромбоз глубоких вен, острая тромбоэмболия, аллергия к ингредиентам МГТ, кожная порфирия; относительными противопоказаниями являются: миома матки и эндометриоз, венозный тромбоз и эмболия, семейная гипертриглицеридемия, желчно-каменная болезнь, эпилепсия, рак яичников в анамнезе (R.J. Baber et al. IMS Reccommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. 2016). Методы лечения КС в основном направлены на восполнение дефицита эстрогенов, нормализацию функции гипотоламо-гипофизарно-яичниковой системы и чаще всего применяются длительно, как правило, в течение 2–10 лет.Ученые давно задумывались о возможности создания препарата, который бы воздействовал на различные звенья репродуктивной системы, был бы безопасным, чем МГТ, и обладал свойством «удержания эффекта», чтобы применение его было значительно более краткосрочным, но не менее эффективным. Основываясь на значительной роли мелатонина в регуляции функции репродуктивной системы, возникла идея о создании препарата на основе мелатонина, главным источником которого является эпифиз, расположенный сопряжено с гипоталамусом в области головного мозга. Механизм регуляции ГнРГ во многом зависит от эндогенного мелатонина, влияющего на репродуктивное поведение, а основным источником эндогенного мелатонина является эпифиз (шишковидная железа). Гонадотропин ингибирующие нейроны (GnIH) стимулируются эндогенным мелатонином, рецепторы к которому расположены на поверхности GnIH нейрона. Открытие GnIH коренным образом изменило наше представление о функции гипоталамуса. Исследования продемонстрировали, что модулированние GnIH происходит с помощью эндогенного мелатонина, который действуют непосредственно на GnIH через специфические рецепторы. Изучение воздействия специфических полипептидов (PPG) на секрецию эндогенного мелатонина открыло новые возможности в создании препаратов нового класса для лечения КС. Эта идея

была воплощена в России в г. Санкт-Петербурге, где был синтезирован комплекс низкомолекулярных водорастворимых полипептидных фракций, выделенных из эпифиза крупного рогатого скота. Было установлено влияние полученного комплекса на репродуктивную систему, выражающееся в незначительном повышении секреции эстрадиола снижении психоэмоционального напряжения и вегето-сосудистых нарушений, что особенно значимо для женщин менопаузального возраста с симптомами КС. Синтез комплекса PPG, был воплощен в создании нового оригинального препарата «Пинеамин» – комплекс водорастворимых полипептидных фракций эпифиза крупного рогатого скота не старше 12-месячного возраста(лиофилмзат – активное вещество, полученное по современной высокотехнологичной программе, используемое для приготовления раствора для внутримышечного введения 10 мг). Пениамин – оптимизирует взаимоотношение гормонов в головном мозге, нормализует функцию передней доли гипофиза и баланс гонадотропных гормонов, обеспечивает центральные механизмы нейроэндокринной регуляции организма. Результаты многоцентрового исследования по изучении эффективности PPG препарата в 3-х клинических центрах (ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздрава России, ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов) выявили его высокую эффективность и безопасность при применении у пациенток с климактерическим синдромом, преимущественно при вегето-сосудистых и психо-неврологических нарушениях. Результаты исследования показали, что преимуществом данного средства является быстрое купирование нейровегетативных симптомов КС, безопасность, низкая частота побочных реакций(2,4%), отсутствие негативного влияния на нервную, кроветворную, сердечно – сосудистую системы, обмен веществ. Следует отметить, что отсутствует пролиферативное действие на органы– мишени (молочные железы и шейку матки) даже при длительном применении препарата. Безопасность в отношении пролиферативного эффекта Пинеамина оценивалась по влиянию на толщину эндометрия, цитологию шейки матки в начале исследования и через 180 дней терапии в сравнении с группой, получающей плацебо. Толщина эндометрия статистически не увеличивалась в группах, получавших исследуемый препарат, то есть Пинеамин не активизировал гиперпластические процессы в эндометрии. Таким образом, Пинеамин является безопасным в отношении эндометрия у пациентов с КС. Клинически значимых отклонений в состоянии эндо– и экзоцервикса по данным мазков шейки матки по Папаниколау не выявлено ни у одной из пациенток в ходе исследования. Таким образом, препарат пептидной структуры Пинеамин® является эффективным средством для облегчения тяжести климактерического синдрома у женщин в менопаузе, установлена его высокая терапевтическая активность в лечении нейровегетативных проявлений климактерического синдрома – улучшении качества жизни, снижении индекса Купермана. Следует подчеркнуть, что Пинеамин можно использовать в сочетании с другими методами менопаузальной гормональной терапии, в том числе в комбинации с МГТ. Не установлено его отрицательного взаимодействия с какими-либо лекарственными средствами. Таким образом, в арсенале врачей появилось новое средство, нового класса, с новыми возможностями.

CLIMACTERIC SYNDROME. NEW OPPORTUNITIES IN MENOPAUSAL THERAPY

Prilepskaya V.N.

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

The study about effects of specific polypeptides (PPG) on the secretion of endogenous melatonin has opened up new possibilities in the creation of a new class of drugs for the treatment of climacteric syndrome. Results of a multicenter study abot the effectiveness of the drug with PPG in 3 clinical centers have revealed its high efficiency and safety when it used in patients with climacteric syndrome, mainly in the vegetative-vascular and psycho-neurological disorders.

ФАРМАКОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Крамарский В.А., Трусов Ю.В., Хышиктуев Л.В., Файзуллина Н.И.

Россия, г. Иркутск, ГБОУ ДПО ИГМАПО

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является одной из основных медико-социальных проблем, существенно снижающих качество жизни пациентов (Fenton B.W. et al., 2013), выступает одной из наиболее распространенных причин амбулаторного обращения к врачу (Манухин И.Б. и др., 2013; Stav K. et al., 2010) и широко распространён в женской популяции, встречаясь у 3,8% – 4,7% жительниц европейских стран и США (Pate G. et al., 2012; Vandermeer F.Q. et al., 2010). В России СХТБ в 73% случаев рассматривают как симптом гинекологических заболеваний, в 22% – экстрагенитальных, в 1% – психических нарушений, в 1,5% случаев он имеет самостоятельное нозологическое значение (Подзолкова Н.М. и др., 2010).

Несмотря на мультимодальность подхода к решению проблемы СХТБ (Bauer H.W., 2013), в настоящее время все еще нет четких диагностических критериев и рациональных схем лечения СХТБ, что приводит к длительному течению заболевания (Grotle M. et al., 2012).

Учитывая трудности в достижении оптимальной эффективности рутинных лечебных технологий в блокировании СХТБ было решено определить эффективность местного использования антигомотоксического препарата траумеля и нестероидного противовоспалительного препарата кетонала в достижении стойкого анальгетического эффекта.

В открытое клиническое сравнительное исследование были включены 42 женщины с СХТБ в возрасте 36,4±2,7 (от 27 до 55) лет, наблюдавшиеся в течении 2–7 лет. Все больные консультированы неврологом, урологом и хирургом. У всех женщин выборки проведены ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография органов малого таза, диагностическая лапароскопия, у 32 – гистероско-

пия, обследование на инфекции методами полимеразной цепной реакции, иммуноферментным и бактериологическим методами для исключения гинекологической, урологической и неврологической патологии. В процессе наблюдения и лечения пациентки получали нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, физиотерапию. У 3 больных проведена тотальная гистерэктомия без достижения анальгетического эффекта.

Основными клиническими проявлениями патологии были жгучие боли в области малого таза, иррадиирующие в соответствующие органам малого таза зоны Захарьина –Геда, усиливающиеся в ночное время, диспареуния. При влагалищном исследовании у всех женщин определялись локальная болезненность костей таза, в том числе в проекции выхода крестцовых нервов, спастическое состояния мышц, поднимающих задний проход, грушевидных мышц, болезненных при пальпации. У всех обследованных установлен диагноз тазовой невралгии и уточнённого болевого состояния, связанного с женскими половыми органами (N94.8 по МКБ 10).

В зависимости от типа лекарственного агента, который использовался для локальных инъекций, больные разделены на 2 группы: у 12 пациенток первой группы применялся антигомотоксический препарат (АГТП) траумель 2,2 мл, у 30 пациенток второй группы – нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) кетонал 2,0 мл. Каждая больная первой группы была информирована о традиционном характере проводимого лечения. Все больные дали согласие проведение фармакопунктуры.

Препараты разводили с помощью 0,25% раствора новокаина в количестве 15–20 мл. Полученные растворы через стенку влагалища вводили в болевые точки миофасциальных структур тазового дна и у стенок малого таза повторно с интервалом 3 суток. Курс лечения состоял из 8 процедур.

Боли в области малого таза были редуцированы у всех больных после третьей процедуры. В катамнезе (через 14 месяцев после проведенного курса фармакопунктуры) рецидив болей в первой группе у пациенток не наблюдался, в то время как во второй группе у 2 (6,7%) и у 4 (13,3%) возврат болевых ощущений имел место, соответственно, через 6 и через 14 месяцев. Клиническая эффективность фармакопунктуры траумелем и кетоналом на выбранном интервале времени составила, соответственно, 100% и 80%.

Таким образом, фармакопунктура антигомотоксическим препаратом траумель проявила себя как более эффективный метод лечения ХТБ.

Резюме. Проведено сравнительное исследование клинической эффективности фармакопунктуры АГТ траумелем и НПВП кетоналом болевых точек миофасциальных структур тазового дна и у стенок малого таза при СХТБ. Установлен более стойкий противорецидивный эффект фармакопунктуры с траумелем.

PHARMACOPUNCTURE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN

Kramarski V.A., Trusov, Y.V., Khyshiktuyev L.V., Faizullin N. And.

Russia, Irkutsk, GBOU DPO IGMAP

Summary. A comparative study of the clinical efficacy of Traumeel pharmacopuncture and Ketonal pharmacopuncture of pain points myofascial structures of the pelvic

floor and pelvic wall with chronic pelvic pain syndrome. Established more lasting effect of a Traumeel pharmacopuncture.

ЛИНЕЙНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Овчинников Р.И., Гамидов С.И., Попова А.Ю., Ижбаев С.Х.

Отделение андрологии и урологии ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова» Минздрава России

Терапия эректильной дисфункции (ЭД) ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) эффективна в среднем в 70% случаев. Наиболее трудной формой для лечения остается ЭД тяжелой степени и, по разным данным, остается до 42–57% больных, не реагирующих на лечение ингибитороам и ФДЭ-5. Для эффективной передачи ударных волн половому члену была разработана линейная ударно-волновая терапия (ЛУВТ), предназначенная специально для лечения ЭД.

Целью нашего исследования являлась оценка влияния ЛУВТ на эректильную функцию у больных с неэффективностью ингибиторов ФДЭ-5 в анамнезе.

В условиях отделения андрологии и урологии ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздрава России в исследование были включены 36 больных с ЭД различной этиологии в возрасте 37–73 лет (в среднем 53,1±13,8 лет). Все больные в течение 1–3 мес. до включения в исследование безуспешно принимали различные ингибиторы ФДЭ-5 в максимальной дозе. После анкетирования с помощью опросника «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ), фармакодопплерографии и электромиографии полового члена, больным была проведена ЛУВТ: 4 сеанса с интервалом в 1 нед. на протяжении 1 мес. Контрольное обследование проводилось по окончании, через 1 и 3 мес. после лечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Вилкоксона ($p<0,05$). Средний возраст больных составил 53,1±13,8 лет (37–73 лет), из них: в возрасте менее 35 лет – 6 больных, 36–55 лет – 18 больных, более 55 лет – 12 больных. Возможные этиологические факторы ЭД (и их сочетания) были анамнестически выявлены у 24 больных: эссенциальная артериальная гипертензия – у 13, тазовая венозная болезнь – у 12, нейродегенеративные вертеброгенные заболевания позвоночника (остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника) – у 5, сахарный диабет – у 4, ишемическая болезнь сердца – у 3, синдром хронической тазовой боли – у 3, болезнь Паркинсона – у 1 больного. У 12 больных установить этиологию выявленных органических нарушений не удалось. При анкетировании МИЭФ выяснилось, что ЭД по степени тяжести была умеренной у 15 (41,7%) больных, тяжелой – у 21 (58,3%). По результатам комплексного андрологического обследования ЭД в зависимости от превалирующего патогенеза являлась артериогенной – у 23 (63,9%) больных, вено-окклюзивной – у 11 (30,6%), нейрогенной – у 2 (5,6%) больных. Показатель «эректильная функция» МИЭФ увеличился с исходных 9,7±1,6 до 15,2±2,2, 16,6±1,9 и 17,8±2,2 баллов, по окончании ЛУВТ, через 1 и 3 мес., соответственно ($p<0,05$). Положительный результат ЛУВТ при ЭД был получен у 23 (63,9%) больных. У 16 (44,4%) больных после проведенных 4 сеансов ЛУВТ усилилась чувствительность к ингибиторам ФДЭ-5 и стало возможным применение этого вида терапии ЭД, который ранее не был эффективен. Наибольшая

эффективность была получена в группе больных с артериогенной ЭД, более низкая – у больных с вено-окклюзивной ЭД. Побочных эффектов за время лечения ЭД при помощи ЛУВТ зафиксировано не было.

Таким образом, применение ЛУВТ для лечения ЭД является эффективным и безопасным методом терапии. Неинвазивность, отсутствие побочных эффектов, быстрое улучшение эректильной функции без необходимости применять какие-либо медикаменты (в некоторых случаях), возможность использования в амбулаторных условиях без анестезии являются несомненными преимуществами данного вида лечения. ЛУВТ позволяет улучшить эректильную функцию у больных с тяжелой формой ЭД, в т.ч. при неэффективности предшествующей терапии ингибиторами ФДЭ-5.

РЕЗЮМЕ

Линейная ударно-волновая терапия эректильной дисфункции (ЭД) является эффективным и безопасным методом лечения, в т.ч. тяжелой ЭД. Неинвазивность, отсутствие побочных эффектов, быстрое улучшение эректильной функции без необходимости применять какие-либо медикаменты, возможность использования в амбулаторных условиях без анестезии являются несомненными преимуществами данного вида лечения.

LINEAR SHOCK WAVE THERAPY OF ERECTILE DYSFUNCTION

Ovchinnikov R.I., Gamidov S.I., Popova A.Yu., Izhbaev S.H.

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

Linear shock wave therapy of erectile dysfunction (ED) is an effective and safe treatment, including severe ED. Non-invasive, no side effects, rapid improvement of erectile function without the need for any medication, the use of an outpatient basis without anesthesia are undoubted advantages of this type of treatment.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКО ДОЗИРОВАННЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ОРАЛЬНЫМИ КОНТРАЦЕПТИВАМЫ

Рихсибаева Л.Н., Пахомова Ж.Е., Каюмова Д.Т.

Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Эндометриоз характеризуются выраженным болевым синдромом у 45–70% женщин, из них с наружно-внутренним генитальным эндометриозом – у 60%, наружным генитальным эндометриозом – у 35% что значительно снижает качество жизни женщин.

Целью исследования было проведение оценки выраженности болевого синдрома у женщин с разными формами эндометриоза до и после лечения низко дозированными комбинированными оральными контрацептивамы в течение 6 месяцев.

Материалы исследования. Исследованы 60 женщины с диагнозом Эндометриоз, из них 1 группа, (n=40) с наружно-внутренним генитальным эндометриозом, 2 группа, (n=20) с Наружным генитальным эндометриозом.

Методы исследования – субъективные и объективные данные, УЗИ малого таза, гистеросальпингография, диагностическая лапароскопия, гистероскопия, анализ амбулаторных карт и историй болезни, проведение анкетирования у женщин с диагнозами: Наружно-внутренний генитальный эндометриоз, Наружный генитальный эндометриоз по Визуально аналоговой шкале (ВАШ), которая отмечалась самостоятельно пациентками после предварительного консультирования по ее заполнению.

Полученные результаты исследования по Визуально аналоговой шкале, показали, что у женщин до лечения – 1 группы с Наружно-внутренним генитальным эндометриозом оценка составила 6,5+2,2 баллов, 2 группы Наружным генитальным эндометриозом 4,5+1,8 баллов; после лечения – 1 группы с Наружно-внутренним генитальным эндометриозом оценка составила 3,5+1,4 баллов, 2 группы Наружным генитальным эндометриозом 2,25+0,9 баллов

Выводы:

1. Основная группа больных с эндометриозом страдает от болевого синдрома в 97% случаев.

2. По нашим исследованиям основную группу с болевыми симптомами составляют больные с распространенными инфильтративными формами и у этих больных после лечения низко дозированными комбинированными оральными контрацептивами выраженность болевого синдрома снизилась на 48%.

3. Кроме патогенетического лечения, пациенткам с эндометриозом и выраженным болевым синдромом можно назначать и обезболивающую терапию с целью повышения их качества жизни.

ASSESSMENT OF SEVERITY OF PAIN IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS AFTER TREATMENT OF LOW DOSE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE

Rihsibaev L.N.

Tashkent medical Academy
Department of obstetrics and gynecology №2

Supervisors: J. E. Pakhomov, Professor, Kayumova D. T. PhD, associate Professor

Endometriosis are characterised by the expressed painful syndrome. Carrying out of an estimation of expressiveness of a painful syndrome was a research objective. 60 women with different forms of an endometriosis are investigated. Research methods – subjective and objective data. The received results have shown – after treatment by low dosed out combined oral contraceptives expressiveness of a painful syndrome has decreased on 48%.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАСТНОГО МАССАЖА И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ МОСКОВСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Гайдарова А.Х., Котенко Н.В.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, Москва

Проведено рандомизированное слепое клиническое исследование применения сочетанной методики контрастного массажа и ультразвуковой кавитации Московской минеральной водой у женщин с хроническим эндометритом. Выявлены достоверные улучшения показателей клинического обследования, гемодинамики маточного кровотока.

Объектом исследования стали 48 гинекологических пациенток позднего репродуктивного возраста (средний возраста 36±2,5 лет), с диагнозом хронический эндометрит. Проводилось рандомизированное контролируемое клиническое исследование с распределением по 3-м группам лечения. 1 группа (n=14) – контрольная; 2 группа (n=16) – в которой применялся метод контрастного массажа, основанный на сочетании применения холода и тепла; 3 группа (n=18) – применение контрастного массажа в сочетании с методом ультразвуковой кавитации в виде влагалищных орошений минеральной водой.

Методика контрастного массажа (по Кузнецову О.Ф.) проводилась с применением отдельных приемов ручного массажа (растирания, разминания) и криомассажа с помощью криопакета температурой –23°С-21°С. На курс 10 ежедневных процедур.

В третьей группе исследования применялась разработанная методика использования слабоминерализованных сульфатно-кальциево-магниевых вод «Московской минеральной воды» из собственных подземных источников ФГБУ РНЦ «МР и К» МЗ РФ. Курс воздействия – 10 ежедневных процедур ультразвуковой кавитации минеральной воды, 250 мл на процедуру в концентрации 20г/л.

Все физиопроцедуры были проведены с 5–7 дня менструального цикла. Обязательным требованием для проведения исследований было применение барьерной контрацепции в текущем менструальном цикле.

Отмечалось улучшение показателей физического компонента здоровья во 2 и 3 группе по опроснику качества жизни SF-36 (до лечения 51,4±3,8 и 48,7±3,5 баллов после 64,4±5,5 и 65,9±4,5 баллов соответственно, $p<0,05$). При определении выраженности болевого синдрома по ВАШ в результате лечения снизилось количество пациенток с умеренно выраженной болью (6 баллов) с 45% до 10%, со слабой болью (2 балла) осталось 25%, и увеличилось число пациенток, не испытывавших боль с 30% до 65%.

При трансвагинальном УЗИ отмечалось улучшение показателей 52% во 2 группе и 65% пациенток 3 группы по косвенным признакам: уменьшилась неровность эндометрия и нечеткость его контура, за счет гиперэхогенных утолщений стенок эндометрия, асимметрии стенок эндометрия.

Было выявлено, что методика контрастного массажа в сочетании с ультразвуковой кавитацией обладала восстанавливающим действием на внутриматочный крово-

ток. В третьей группе исследования увеличился показатель М-эхо более чем на 50%, во второй на 15%, тогда как в группе сравнения данных изменений не наблюдалось. Показатели допплерометрии изменялись в группе применения контрастного массажа с ультразвуковой кавитацией минеральной водой. Частота визуализации цветовых сигналов сосудов матки, степень перфузии эндометрия и симметричность васкулляризации миометрия более эффективно менялась в третей группе в 86% случаев, в то время как во второй группе в 17%. Достоверно изменились индексы резистентности на уровне сосудов мелкого калибра в группе контрастного массажа с ультразвуковой кавитацией (радиальные артерии 0,61+/-0,02 до 0,51+/-0,02, спиральные артерии 0,5+/-0,01 до 0,4+/-0,01, p<0,05) и группе контрастного массажа (радиальные артерии 0,7+/-0,02 до 0,55+/-0,01, базальные артерии 0,71+/-0,02 до 0,43+/-0,02, p<0,05), по сравнению с группой контроля, в которой достоверных изменений не было.

Улучшение клинических данных, гемодинамических показателей маточного кровотока, выявление более выраженного эффекта сочетанного применения контрастного массажа с ультразвуковой кавитацией минеральной водой, позволяют рекомендовать применение разработанной методики в программе медицинской реабилитации пациенток с хроническим эндометритом и подготовки эндометрия в программах планирования беременности.

THE USE OF CONTRAST MASSAGE AND ULTRASONIC CAVITATION MOSCOW MINERAL WATER IN PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

Gaydarova A.H., Kotenko N.V.

FGBI «RRC Medical Rehabilitation and Health Resort» MZ RF, Moscow

A randomized blind clinical trial of combined technique of contrasting massage and ultrasonic cavitation Moscow mineral water in women with chronic endometritis. Significant improvement of indicators of clinical examination, hemodynamic uterine blood flow.

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

Исмоилова Д.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аутоиммунный тироеоидит(АИТ) является наиболее часто встречаемой эндокринной и аутоиммунной патологией у женщин репродуктивного возраста, оказывающая негативное влияние на репродуктивное здоровье. Результаты многочислен-

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

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

Материалы и методы:в исследование были включены 40 женщин с АИТ, находящихся на заместительной гормональной терапии Л-тироксином. Критерии включения:женщины с АИТ репродуктивного возраста с 18–45 лет, нуждающиеся в контрацепции, не имеющие противопоказания к назначению гормональной контрацепции по критериям ВОЗ (2009 г.). Применялись общеклинические, клинико-лабораторные (показатели АТ ТПО, АТ ТГ, ТТГ, Т4св) и статистические методы обследования. Наряду с этим был проведен анализ по «ПМС – дневникам» пациенток для оценки степени тяжести предменструального синдрома. Тяжесть симптомов (колебания настроения, депрессия, головная боль и др.) оценивалось по балльной шкале от 1 до 3, как незначительная, умеренная, выраженная.

Результаты: средний возраст пациенток составил 28±3 лет. У всех пациенток менструальный цикл был овуляторным. В результате обследования у пациенток с АИТ установлена: дисменорея у 26 (65%) женщин, овуляторные боли у 21 (52%), симптомы предменструального синдрома(плаксивость, раздражительность, депрессия и др) у 21 (55%), ПМС легкой степени – у 17(42%) пациенток, у 4 (10%) – ПМС средней степени тяжести. Оценка результатов проводилась в динамике наблюдения через 6 и 12 мес. В течение 12 месяцев наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая беременности. Нежелательные побочные явления, такие как межменструальные кровянистые выделения были установлены у 11 (14%), тошнота у 5 (12%) пациенток. Через 6 месяцев от начало приема препарата жалобы на симптомы ПМС (раздражительность, плаксивость, депрессия) наблюдалось только у 12 (30%) женщин, дисменорея сохранялось у 1 пациентки. Ни у одной женщины не были зарегистрированы овулятор-ные боли. В динамике наблюдения к 12 месяцу от начала приема препарата остальные паци-ентки отметили значительное улучшение. У 2 пациенток сохранились симптомы ПМС (раздражительность) легкой степени тяжести. На протяжении всего периода наблюде-ния нами не было выявлено отрицательного влияния контрацептива на уровень ТТГ, Т4св. Ни в одном случае врач-эндокринолог не увеличивал дозу Л-тироксина. Уровень АТ ТПО и АТ ТГ к концу наблюдения достоверно снизились. До приема КОК средние значения АТ ТПО составляли 1020±154, АТ ТГ – 2015±388. К концу наблюдения – АТ ТПО 880±34, АТ ТГ 1050±58.

Выводы. Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона является высокоэффективным и безопасным контрацептивным препаратом, обладающим лечебным эффектом при предменструальном синдроме, овуляторных болях, дисменорее у женщин с АИТ. Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы. Обладает супрессивным эффектом на антитела к ткани щитовидной железы, что нами был расценен, как терапевтическое влияние на течение АИТ.

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

Ismoilova D.U.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Combined oral contraceptive containing 30 μg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone is a highly effective and safe contraceptive agent that has a therapeutic effect in premenstrual syndrome, ovulatory pain, dysmenorrhea in women with AIT. Combined oral contraceptive containing 30 μg ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone has no negative impact on the level of thyroid hormones. Has a suppressive effect on antibodies to thyroid tissue that the us was regarded as a therapeutic influence on the course of AIT.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Логинова К.Б., Доброхотова Ю.Э.**, Дюкова Г.М.***

** Кафедра акушерства и гинекологии Российского Национального Исследовательского Медицинского Университета имени Н.И. Пирогова
* Кафедра неврологии постдипломного профессионального образования врачей Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова.
Москва, Россия

Предменструальный синдром (ПМС) это сложное циклическое психонейроэндокринное расстройство, отражающееся на эмоциональном, физическом и социальном благополучии женщин репродуктивного возраста и нарушающем качество жизни. Тяжелой формой ПМС является Предменструальное Дисфорическое Расстройство (ПМДР), критерии которого описаны в DSM V (2013), от 3–8% женщин соответствуют строгим критериям ПМДР. По данным Halbreich U (2003), распространенность ПМДР от 13 до 18% женщин репродуктивного периода. По нашим данным у 18,3% опрошенных женщин Российской Федерации обнаружено наличие ПМДР (не менее 5 из 9 пунктов предложенных DSM -IV).

Цель исследования: оценить степень распространенности ПМС и ПМДР среди женщин Российской Федерации, выявленной на основе общепринятых критериев диагностики ПМС (ACOG, 2000) и ПМДР (DSM V, 2013), разработать принципы дифференцированного подхода терапии ПМС, изучить эффективность медикаментозной терапии эстроген-гестагенными препаратами (КОК), селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) при различных степенях тяжести предменструального синдрома.

Материал и методы. 1326 женщинам Москвы и других регионов России (Ростовская область, Уральский регион, Новосибирск) проведено анонимное анкетирование с помощью анкеты, специально разработанной, учитывающая социо-демо-

графические данные, гинекологический и репродуктивный анамнез.

203 женщинам репродуктивного периода с ПМС проведено комплексное обследование, включающее клиническое, биохимическое, гормональное и определение катехоламинов (серотонин, адреналин, норадреналин), с проспективным ведением менструальных календарей, опросника Бэка. В последующем они были на разделены на группы в зависимости от степени тяжести ПМС, необходимости в контрацепции, с последующим лечением. 76 женщин с ПМС легкой и средней степени тяжести, не нуждающихся в контрацепции, проводилась немедикаментозная коррекция состояния, 78 женщин, живущих регулярной половой жизнью и нуждающихся в контрацепции, принимала КОК (20 мкг ЕЕ+ 3 мг ДРСП), 49 женщин ПМДД получала СИОЗС (флуоксетин 20 мг) в двух режимах: непрерывном и циклическом.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что 74% женщин репродуктивного периода страдают ПМС (т.е. не менее 1 соматического симптома различной степени тяжести из списка, предложенного ACOG), при этом в 18,3% наличие ПМДР (не менее 5 из 9 пунктов предложенных DSM -IV).Эффективность лечения была во всех трех группах от 67–87%. Дифференцированный подход к терапии ПМС в показал, что эффективность и приверженность к лечению выше в группе, принимающих КОК (ЕЕ+ДРПС), чем в группе, принимающих СИОЗС через 6 и 12 месяцев терапии, при этом прием СИОЗС производился как в циклическом, так и в постоянном режимах (87% ,72%, 67%), так как побочные проявления терапии были больше в группе, принимающих СИОЗС.

Выводы: Ключевым аспектом в выборе метода лечения пациентов с ПМС должны быть степень тяжести ПМС, необходимость контрацепции. Коррекцию состояния необходимо начинать с немедикаментозных методов лечения или проводить сочетанную немедикаментозную и медикаментозную коррекцию с целью уменьшения побочных проявлений медикаментозной коррекции и улучшения качества жизни.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS PREMENSTRUAL SYNDROME. PREMENSTRUAL SYNDROME. STRATEGY AND TACTICS

Loginova K., DobrochotovaY.**, Dukova G.***

** Department of Obstetrics and Gynecology of the Russian National Research Medical University named N.I. Pirogov.
* Department of Neurology postgraduate professional education of doctors of the Moscow State Medical University named I.M. Sechenov. Moscow, Russia

Premenstrual syndrome involves a combination of emotional and physical symptoms that result in significant functional impairment. The epidemiological study in a representative population of 1323 Russian women showed 74% PMS, 18,3% PMDD. The conservative treatment options such as lifestyle and stress management, other non-antidepressant treatments, or the eliminate ovulation altogether, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are emerging as the most effective treatment option

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Бегова С.В., Махтибекова П.А.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский государственный медицинский университет

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) второй по частоте «маркер» наступления климактерия. Обследовано 58 женщин в постменопаузальном периоде с главным клиническим признаком метаболического синдрома – абдоминальным ожирением. Установлено, что формированию климактерического синдрома (КС) у данной категории женщин предшествует нарушение процессов метаболической адаптации, существование которой на фоне ранее приобретенных хронических заболеваний, наследственных и социальных факторов, усугубляет течение КС.

ГУМС – комплекс вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта. В свою очередь, менопауза и ранняя постменопауза с пиком в 50–59 лет – время для дополнительных прибавок массы тела. Цель исследования заключалась в изучении влияния ожирения на показатели ГУМС и климактерического синдрома у женщин.

Обследовано 58 женщин в постменопаузальном периоде с главным клиническим признаком метаболического синдрома – абдоминальным ожирением. Возраст пациенток составил 40–70 лет с физиологической постменопаузой длительностью более 2 лет. Масса тела – от 62 до 115 кг (средняя 79,7±1,8 кг). Прибавка массы тела у женщин к началу исследования составила от 4 до 25 кг (в среднем 7,7±0,76 кг). Избыточная масса тела (ИМТ (индекс массы тела) > 25 кг/м2) выявлена у 27 (46,2%), ожирение (ИМТ > 30 кг/м2) – у 31 (53,8%) исследуемых женщин, причем у 6 (10%) из них – резко выраженное ожирение (ИМТ > 35 кг/м2). У всех обследованных женщин был выявлен абдоминальный тип ожирения (ОТ (объем талии) / ОБ (объем бедер) ⩾0,8). Нарушение толерантности к глюкозе было отмечено у 37 (64%) пациенток. При изучении семейного анамнеза выраженные проявления климактерического синдрома у матери отмечали 16 (28,2%) женщин. Социально-бытовые условия обследованных пациенток показали следующее: материально-бытовые условия оценивали как хорошие 36 женщин (62%), удовлетворительные – 18 (31%) женщин, неудовлетворительные 5 (8%) женщин. 48 женщин (82%) состояли в браке. При изучении экстрагенитальной патологии у женщин с ММС было выявлено наличие гастрита у 39 пациенток (66,6%), гипертонической болезни – 37 (64%), варикозного расширения вен нижних конечностей – 24 (41%), ишемической болезни сердца у 9 пациенток из 58 обследованных (15%), склонность к запорам отмечали 39 (67%) женщин, впервые выявленные в потсменопаузальном периоде аллергические реакции отметили 27 (46,2%) пациенток. При изучении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний малоподвижный образ жизни отмечали 27 пациенток (46%), курение было отмечено у 7 (13%) женщин. В группе обследованных женщин была проведена оценка состояния эстрогензависимых органов. Средняя величина М-эхо в 69% случаев не превышала 4±0,4 мм, атрофические изменения в эндометрии выявлены у 18 (31%) женщин. Комплексное обследование молочных желез установило наличие фиброзно-кистоз-

ной болезни у 40 (69%) обследованных, из них у 3 (6%) женщин в анамнезе было оперативное вмешательство на молочной железе; у 18 (31%) женщин – возрастные инволютивные процессы. Тяжесть КС оценивалась с помощью индекса Куппермана. КС легкой степени тяжести выявлен у 18 обследованных женщин (31%), средней тяжести – у 34 (59%) и тяжелой степени выявлен у 6 (10%). Частота и распространенность симптомов КС, протекающих в умеренной и тяжелой форме, представлена следующим образом: нейровегетативные – у 40 пациенток (69%), метаболические – у 37 (64%), психоэмоциональные – у 32 (56%). Анализ показал, что наиболее частыми были жалобы на головную боль – 53 (92%) женщин, жалобы на потливость и приливы жара – 49 (84%) женщины, жалобы на сердцебиение в покое – 45 (77%). ГУМС у женщин с КС в постменопаузе включал комплекс осложнений, связанных с развитием атрофических процессов в эстрогензависимых органах. Атрофический вагинит характеризовался сухостью и зудом во влагалище у 26 из 58 обследованных женщин (44%). Дизурическими расстройствами страдало 28 (49%) женщин, у 40 пациенток была отмечена стрессовая инконтиненция мочи, что составило 69%.

Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин с ММС в постменопаузе показал широкую распространенность метаболического синдрома. Формированию КС у данной категории женщин в условиях гормонального дефицита, характерного для данного возраста, предшествует нарушение процессов метаболической адаптации, существование которой на фоне ранее приобретенных хронических заболеваний, наследственных и социальных факторов, усугубляет течение КС и требует дальнейшего изучения ММС и возможных путей коррекции данной патологии.

PECULIARITIES OF GENITOURINARY MENOPAUSAL SYNDROME IN WOMEN ON A BACKGROUND OF OBESITY

Esedova A.E., Idrissova M.A., Begova S.V., Bakhtibekova P.A.

Russia, Makhachkala, Daghestan state medical University

Genitourinary menopausal syndrome (Gums), the second most common "marker". The study involved 58 postmenopausal women with the main clinical feature of metabolic syndrome – abdominal obesity. It was established that the formation of the climacteric syndrome (CS) in this category of women is preceded by a violation of the metabolic processes of adaptation, the existence of which is against the background of previously acquired chronic diseases, genetic and social factors, exacerbates the CS.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Пеганова О.Н., Тугушев М.Т., Обухова А.В., Герасименко Н.А.

Медицинская компания ИДК группа компаний Мать и Дитя, Самара, Самарский Государственный Медицинский Университет, Россия

Актуальность: Россия остается страной с высоким уровнем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным ВОЗ 2014 г., 60% всех смертей в России составляют фатальные кардиоваскулярные события. В последние годы большое внимание уделяется гендерным различиям сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на то, что ССЗ у женщин развиваются на 7–10 лет позднее, чем у мужчин, смертность от ССЗ остается высокой, особенно, в группе молодых женщин (до 65 лет). Особый интерес заслуживает Синдром поликистозных яичников (СПКЯ). В настоящее время СПКЯ рассматривается не только как патология репродуктивного аппарата, это заболевание имеет сложные системные нарушения, приводящие к метаболическим изменениям и имеет выраженные последствия со стороны сердечно-сосудистой системы. В общей популяции женщин репродуктивного возраста распространенность СПКЯ составляет от 6–9% до 19,9%. Многие клинические исследования подтвердили связь СПКЯ с риском ССЗ. Учитывая, что СПКЯ развивается в молодом возрасте, его можно рассматривать как независимый фактор риска ССЗ, влияющий на качество жизни женщин.

Резюме Кардиоваскулярные заболевания занимают лидирующую позицию в структуре смертности среди всех хронических неинфекционных заболеваний. СПКЯ приводит к метаболическим изменениям в организме женщины и может рассматриваться как независимый фактор риска ССЗ, влияющий на качество жизни женщин. Молодые женщины имеют низкую мотивацию для оценки кардиоваскулярных рисков. Необходимо создать комплексный мультидисциплинарный подход для решения данной проблемы.

Целью настоящего исследования является изучение осведомленности молодых женщин о факторах риска ССЗ на примере изучения приверженности женщин с СПКЯ к исследованию метаболического профиля.

Материалы и методы исследования: Проводилась ретроспективная оценка 179 амбулаторных карт женщин, наблюдающихся у акушера-гинеколога, которым был поставлен диагноз СПКЯ и которые посетили акушера–гинеколога 2 и более раз. Всем женщинам был назначены следующие лабораторные тесты: глюкоза крови, инсулин, индекс HOMA, холестерин, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) триглицериды, а также измерялось Артериальное давление (АД), пульс, рост, вес, индекс массы тела (ИМТ).

Результаты: Средний возраст женщин составил 29,30,5±3года.

Даже в такой небольшой группе молодых женщин у 3 женщин был выявлен сахарный диабет, 4 женщины страдали артериальной гипертензией.

Все женщины были разделены на 2 фенотипические группы по ИМТ. Группы были сопоставимы по возрасту и росту. Оказалось, что 46% (n=82) женщин имели различные степени нарушения жирового обмена (ИМТ 25 и более) и 54% (n=97) были нор-

мовесными (ИМТ менее 25). Уровень глюкозы измерили 73% (n=55) женщин в группе повышенного ИМТ и 43% (n=38) в группе ИМТ <25. Уровень инсулина определили 66% (n= 50) женщин в группе с ИМТ > 25 и только 25% (n= 22) в группе с ИМТ <25. А индекс HOMA 45% (n= 34) и 15% (n= 14) соответственно. Исследование холестерина провели только 21% (n= 16) женщин в группе повышенной массы тела и 12% (n= 11) женщин в группе с нормальной массой тела. А уровень триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП исследовали 9% (n= 7) женщин с избыточным весом и всего 5% (n= 4) женщин с нормальной массой тела.

Заключение: Женщины молодого возраста имели низкую приверженность к оценке основных факторов риска ССЗ, возможно, из-за недостаточной информированности об основных причинах смерти, ведущих кардиоваскулярных рисках, но высокой мотивацией на решение проблем, связанных с репродукцией. Тем не менее, в группе с ИМТ > 25 женщины проходили обследование охотнее, поскольку ожирение отягощает проблемы репродуктивного здоровья и мотивация таких женщин на обследование оказалась результативнее. Таким образом, для проведения эффективных профилактических мероприятий среди женщин, страдающих СПКЯ, необходимо междисциплинарное взаимодействие акушеров-гинекологов, эндокринологов, терапевтов. Только правильное глубокое понимание сложности данной проблемы позволит найти необходимые пути ее решения.

CVD OCCUPY THE LEADING POSITIONS IN THE DEATH STRUCTURE AMONG CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES. POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS) IS A DISEASE LEADING TO METABOLIC CHANGES

PCOS can be considered as an independent risk factor of CVD influencing the quality of female life. Young women have got low motivation cardiovascular risks estimation.

A complex multidisciplinary approach to this problem is necessary.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ РИСКИ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Иванова Н.Е.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт– Петербург, Россия

Резюме. Исследованы клинические характеристики эпилепсии как факторы риска репродуктивных нарушений в когорте из 155 женщин в возрасте от 16 до 45лет с разделением на 3 группы: моно-, политерапия и не принимающие антиэпилептические препараты. Обоснована необходимость ежегодного мониторинга репродуктивного здоровья у женщин, страдающих эпилепсией.

Эпилепсия относится к заболеваниям с четко выраженной социальной значимостью. Среди больных эпилепсией около трети составляют женщины детородного возраста. Проблема репродуктивного здоровья вышла за рамки чисто медицинской проблемы и приобрела огромную значимость во всем мире в связи с резко обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения. При эпилепсии на репродуктивное здоровье оказывает влияние множество факторов. Отрицательное действие на функционирование гипоталамо – гипофизарно-гонадной системы оказывают и антиэпилептические препараты, и само заболевание. Становление представлений о нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции человека началось в начале 20 века и послужило развитию нового направления науки – нейроэндокринологии (Herzog A.G., 2009). Изменения социальных условий в обществе, современные достижения эпилептологии, изменение репродуктивных стратегий женщин с эпилепсией диктуют необходимость дополнительных научных исследований в этой области.

Цель: анализ клинического полиморфизма эпилепсии у женщин репродуктивного возраста с позиции факторов риска нарушений репродуктивного здоровья

Материалы и методы. Настоящее исследование является частью проспективного наблюдательного исследования по изучению побочных эффектов антиэпилептических препаратов (АЭП) на репродуктивное здоровье при моно – и политерапии женской эпилепсии. В исследование включено 155 женщин репродуктивного возраста от 16 до 45 лет. По типу терапии АЭП выделены 3 группы: 1гр – монотерапия АЭП, 2гр – политерапия, 3 гр.– неполучавшие АЭП. Исследованы клинические характеристики заболевания в группах и в когорте: форма эпилепсии, тип, частота и тяжесть припадков, возраст начала и длительность заболевания по данным первичного обращения, частота репродуктивных нарушений. Проведен анализ репродуктивных рисков при различных вариантах течения эпилепсии.

Результаты Количественное распределение по группам: 1гр. – 68 пациенток (44%), 2гр – 67 (43%), 3гр.– 20 женщин (13%). Длительность заболевания составила в среднем 12 лет, без достоверного различия в группах. Распределение по формам эпилепсии: генерализованные эпилепсии -35%, фокальные – 65%, что соответствовало данным мировой статистики. Длительность заболевания является важной характеристикой заболевания, так как увеличивается риск побочных эффектов при длительном лечении антиэпилептическими препаратами. При генерализованных формах эпилепсии риск развития репродуктивных нарушений (РН) во многом связан с использованием вальпроатов как препаратов первой линии лечения, применение которых часто осложняется патологией со стороны репродуктивной системы. В общей структуре эпилепсии доминировала височная форма– 49%, с максимумом во 2 группе-61%. Преобладание височных форм эпилепсии увеличивает риск развития РН, связанный с близостью структур височной доли с центрами регуляции репродуктивной функции. В половине случаев у пациенток наблюдался 1 вид приступов. В большинстве случаев первично – или вторично – генерализованные приступы, в основном тонико-клонические. На 2 месте – сложные парциальные приступы. Почти четверть больных имели сочетание различных типов приступов. Кинематика приступов при женской эпилепсии характеризует не только форму и тяжесть заболевания, но и является фактором риска гормональных изменений (генерализованные судорожные приступы повышают уровень пролактина). Очень частые приступы отмечались у 29% с преобладанием во 2 группе (54%), что являлось основанием для политерапии. В 3 группе максимальная частота приходилась на спорадические при-

ступы (70%). Различия в частоте приступов по группам статистически достоверны (p<0,001). Частые и тяжелые приступы снижают социальную адаптацию больных, определяют необходимость применения политерапии в лечении, что увеличивает риск РН. Показателем активности эпилепсии являлось отсутствие контроля над приступами. В когорте лишь 27% пациентов не имели приступов, Контроль над приступами чаще отмечался в 1 группе (47%). Достижение ремиссии особенно важно для женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность.

Заключение. Клинический полиморфизм эпилепсии у женщин определяет тяжесть заболевания, применение политерапии антиэпилептическими препаратами, а так же риск развития репродуктивных нарушений. Необходим ежегодный мониторинг репродуктивного здоровья у женщин, страдающих эпилепсией

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15–06-10816.

REPRODUCTIVE RISKS AND CLINICAL POLYMORPHISM OF FEMALE EPILEPSY

Odintsova G.V., Chugunova A.A., Ivanova N.E.

Federal North-West medical research centre named after V.A. Almazov,
Saint Petersburg, Russia

Summary. Clinical features of epilepsy were investigated as risk factors of reproductive disturbance in a cohort from 155 women aged from 16 up to 45 years. 3 groups were allocated: mono – polytherapy and not accepting antiepileptic drugs. Annual monitoring of reproductive health in women with epilepsy was proved as need.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖНЩИН ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ

Умаханова М.М., Торчинов А.М., Цидаева М.М., Белецкая А.А., Юрина Е.В.

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

При изучения психологического статуса женщин с самопроизвольным абортом выявлены нарушения в процессе онтогенеза материнской сферы, тревожное и конфликтное отношение к собственному материнству.

По данным коллегии МЗ РФ, ежегодно в стране почти каждая пятая желанная беременность завершается самопроизвольным абортом, составляя 15–20% всех желанных беременностей. Максимальное число нарушенных беременностей (75–80%) приходится на I триместр. Каждая неудачная беременность ухудшает условия для вынашивания будущей.

Причины самопроизвольного прерывания беременности настолько разнообразны, что до сих пор создание единой классификации затруднено.

Выделяют ряд этиологических факторов: генетические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, тромбофилические, анатомические, токсические. Несмотря на проведение реабилитационных мероприятий и лечение угрозы прерывания беременности, частота самопроизвольных выкидышей практически не снижается, что свидетельствует о недостаточной изученности этиологических факторов и патогенетических механизмов прерывания беременности. Вопросы выявления причин самопроизвольного прерывания беременности, отражающих системную неготовность организма женщины к вынашиванию беременности, изучение психологических особенностей женщин с самопроизвольным абортом, характеризующих их неготовность к материнству, определение взаимосвязи этих особенностей с социальными и соматическими факторами, являются актуальными.

Целью нашего исследования явилось изучение и оценка психологического статуса пациенток с самопроизвольным абортом в I триместре. Для реализации поставленной цели нами обследовано 66 пациенток, находившихся на стационарном лечении с самопроизвольно прерывавшейся беременностью. Помимо полного клинико– лабораторного обследования, удаления остатков плодного яйца, проведения антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии был изучен и проанализирован психологический статус с помощью интервью, включающее в себя усовершенствованные анкеты, опросники, рисуночные тесты, индивидуальные консультации с психотерапевтом. Данные методики проводятся для сбора данных об отношении женщины к беременности, готовности к материнству и восприятии своей жизненной ситуации. Обработка данных интервью позволила нам оценить индивидуальное отношение женщины к беременности и факторам, негативно влияющим на ее психическое состояние. В ходе обработки полученного материала были получены следующие результаты: Женщины с невынашиванием беременности не испытывают выраженной неудовлетворенности собственным телом (средний балл 8, выраженное недовольство своим телом – 13 баллов и более). У всех женщин выявлен средний уровень напряженности копинг стратегий. Адаптивный потенциал личности находиться в пограничном состоянии. Выраженной дезадаптации не выявлено. Из чего можно сделать вывод, что женщины с самопроизвольным абортом вполне успешно справляются с проблемами, используя защитные механизмы. Особо следует отметить, что все женщины с невынашиванием беременности в абсолютном большинстве довольны своим здоровьем и физическим/эмоциональном состоянием. У всех женщин отмечается низкий уровень стресса, так же высокое субъективное качество жизни. При анализе онтогенеза материнской сферы были получены следующие результаты:62% женщин имели хорошие отношения с собственной мамой в детстве, только 33% женщин усвоили положительные представления о беременности в детстве, 40% женщин имели достаточный опыт игры в куклы (сформированную мотивацию на материнство), 57% получили достаточный опыт няньчания в детстве, у 50% сформировано подростковое доверие к маме. Как видно из этой методики, у женщин с невынашиванием беременности в процессе онтогенеза материнской сферы недостаточно сформировались основы для успешного материнства. По опроснику тип привязанности к маме в детстве надежный, однако по рисуночной методике только 15% женщин имели благоприятные отношения с собственно мамой в детстве, у 26% выявлены незначительные симптомы тревоги и конфликтности, 34% имели выраженную тревогу в отношениях с собственной мамой, у 23% отмечается конфликтные отношения с мамой в детстве. Разногласие в результатах опросника и рисуночной методики означает, что есть

неосознаваемый конфликт в отношениях с матерью в детстве. По рисуночной методике "Я и мой ребенок" только у 15% женщин выявлена благоприятная ситуация в отношении собственно материнства, у 21% – незначительные признаки тревоги и конфликтности, у 34% -выраженная тревога в отношении собственного материнства, 28% имеют конфликт с ситуацией родительства.

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что женщины с невынашиваем беременности достаточно хорошо справляются с жизненными трудностями, вполне удовлетворены качеством своей жизни, у них выявлен низкий уровень стресса. Однако выявлены нарушения в процессе онтогенеза материнской сферы, а также тревожное и конфликтное отношение к собственному материнству.

THE MAIN ASPECTS OF THE STUDY AND EVALUATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF WOMEN AFTER SPONTANEOUS ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER

**Umahanova M.M., A.M., Tsidaeva M.M., Beletskaya, A.A., Yurina E.V.
Torchinov A.M., Umahanova M.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanov S.R.**

Russia, Moscow, MSMSU named after A.I. Evdokimov

In the study of the psychological status of women with spontaneous abortion revealed violations during ontogeny of maternal sphere, anxious and conflicted attitude to their own motherhood.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Гасанова Г.Ф.[1] , Аполихина И.А.[1,2]

1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России.
2 – Институт профессионального образования Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

Резюме: для профилактики рецидивов остроконечных кондилом после проведения деструктивной терапии пациентки получали в основной группе а-интерферон в сочетании с индол-3-карбинолом, в группе сравнения только а-интерферон, в контрольной группе проводилась только деструктивная терапия. В основной группе отмечено статистически значимое снижение частоты рецидивов остроконечных кондилом, элиминация ВПЧ, снижение реинфицирования. Сочетание индол-3-карбинола и а-интерферона показало более высокую эффективность чем стандартное использование лишь а-интерферона.

Цель: Оптимизировать подходы к профилактике рецидивов остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин после проведения деструктивной терапии.

Материал и методы: Проведено бицентровое рандомизированное открытое контролируемое сравнительное исследование в 3 параллельных группах. Включены 93 пациентки с остроконечными кондиломами (ОК) наружных половых органов, которые после деструкции CO2 лазером были разделены на три группы. В основной группе (n=31) проводилась комбинированная терапия a2-интерфероном (a-IFN) в виде ректальных суппозиториев в течение 10 дней в сочетании с приемом внутрь таблеток индол-3-карбинола (I3C) в течение 6 месяцев. В группе сравнения (n=31) для профилактики рецидивов ОК пациентки получали только стандартную иммуномодулирующую терапию a-IFN в виде ректальных суппозиториев. Пациенткам контрольной группы (n=31) фармакотерапия не назначалась.

Проводились фотофиксация ОК, качественные тесты на вирус папилломы человека (ВПЧ) методом ПЦР.

Результаты: Частота рецидивов ОК после проведенного лечения через 6 месяцев после деструкции в основной группе составила 6,5%, в группе сравнения – 25,8%, в контрольной группе 32,3% (p=0,010). Спустя 12 месяцев от начала лечения ни в одной из групп рецидива ОК не выявлено. По данным ПЦР-диагностики ВПЧ (общий качественный тест) элиминация вируса после проводимой терапии при наблюдении в течение 12 месяцев в основной группе составила 85,7%, в группе сравнения 66,66% , в контрольной группе – 54,54%. Элиминация ВПЧ 6,11 типов спустя 12 мес. от начала лечения в основной группе составила 87,5% , в группе сравнения 85,7% и в контрольной группе 75,0%. ВПЧ 31, 33 типов элиминировал в основной группе в 83,3% случаев, в группе сравнения и контрольной группах в 80% и 100% случаев соответственно. Элиминация высокоонкогенных ВПЧ 16,18 типа составила в основной группе 100%, в группе сравнения 83,3%, в контрольной группе – 0%.

Выводы: Таким образом, нами было отмечено статистически значимое снижение частоты рецидивов ОК наружных половых органов у женщин, элиминация ВПЧ, снижение реинфицирования, в особенности высокоонкогенными ВПЧ 16, 18 типов на фоне применения комбинированной терапии I3C и a-IFN. Сочетание I3C и a-IFN показало более высокую эффективность чем стандартное использование лишь a-IFN.

COMBINED PREVENTIVE TREATMENT OF GENITAL WARTS EXTERNAL GENITALIA IN WOMEN

Hasanova G.F.[1], Apolikhina I.A.[1,2]

1 Federal budget state institution «Research Centre for Obstetrics Gynecology and Perinatology n.a. V.I. Kulakov»;
2 I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Summary: for prevention of recurrence of genital warts after destructive therapy the patients received in the primary group a-interferon in combination with indole-3-carbinol, in the comparison group only a-interferon, in the control group was conducted only destructive therapy. In the main group there was a statistically significant reduction in relapse rate of genital warts, elimination of HPV, the reduction of reinfection. The combination of indole-3-carbinol and interferon showed higher efficiency than standard use only a-interferon.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОБАРОТЕРАПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ИММУНИТЕТА

Махалова Г.О., Кшнясева С.К., Жеребятьева О.О., Михайлова Е.А.

ФГБОУ ВО«Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Резюме: Было проведено исследование уровней ИЛ-1ß и γ-IFN в цервикальном отделяемом женщин с постинфекционными воспалительными явлениями до и после курса гипобаротерапии. Установлено, после курса гипобарогипокситерапии (22-двухчасовых ежедневных сеанса) концентрации изученных цитокинов снижались до уровня нормы: 17,3±2,8 пг/мл – ИЛ 1ß, и 6,9±1,3 пг/мл – γ-IFN, что свидетельствует в пользу применения данного метода в комплексном противовоспалительном лечении пациенток в рамках прегравидарной подготовки.

Не вызывает сомнения тот факт, что нарушения микробного баланса слизистой оболочки репродуктивного тракта женщин, вызванное как специфическими, так и неспецифическими микробными агентами, далеко не безобидное состояние. Даже после элиминации патогена сохраняющиеся нарушения в микробиоценозе оказывают разрушительное влияние на репродуктивное здоровье, увеличивая риск послеродовых осложнений, не вынашивание и недонашивание беременности. Длительное микробное воспаление может привести кгипоплазии эндометрия и, как следствие, нарушению имплантации эмбриона. Современные методы профилактики самопроизвольного прерывания беременности направлены в первую очередь на исключение причин, спровоцировавших выкидыш.

Пациенток обязательно обследуют на ИППП и в случае необходимости проводят антимикробную терапию. Вместе с тем, при уже развившихся осложнениях необходимо обеспечить гормональный и цитокиновый баланс, полноценное кровоснабжение матки. Поэтому вместе с медикаментозной терапией показана специальная лечебная гимнастика, массаж, правильный режим питания. С точки зрения возможности реабилитации компрометированного хроническим микробным воспалением эндометрия и мукозального иммунитета. Наше внимание привлек такой метод восстановительной терапии как гипоксибаротерапия.

Цель: оценить уровень цитокинов в цервикальном отделяемом женщин до и после гипобаротерапии.

Было обследовано 87 женщин стоящих на учёте в женской консультации областного перинатального центра на базе ГАУЗ ООКБ №2 из которых 35 пациенток получили стандартное лечение в рамках подготовки к запланированной беременности, а 42 женщины получали гипобарическую гипокситерапию.

Исследования уровней ИЛ-1ß и γ-IFN, проведенное с помощью реагентов фирмы «Цитокин» методам иммуноферментного анализа, показано, что у женщин, получавших стандартную прегравидарную подготовку уровень ИЛ-1ß в цервикальном отделяемом составил 41,1±3,0 пг/мл, а уровень гамма – интерферона – 46,3±2,4 пг/мл, что выше аналогичных показателей у здоровых пациентов. После курса гипобарогипокситерапии (22-двухчасовых ежедневных сеанса) уровень изученных цитокинов снижался до 17,3±2,8 пг/мл – ИЛ 1ß, и 6,9±1,3 пг/мл – γ-IFN, что свидетельствует

в пользу применения гипобарогипокситерапии в комплексном противовоспалительном лечении пациенток.

APPLICATION HYPOBAROTHERAPY PREGRAVID PREPARATION IN WOMEN WITH POST-INFECTIOUS IMMUNITY DISORDERS

Makhalova G.O., Kshnyaseva S.K., Zherebyateva O.O., Mikhailova E.A.

FGBOU «Orenburg State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation
Department of Microbiology, Virology, Immunology

Summary: The research of the IL-1ß and γ-IFN levels in cervical separated women with the postinfectious inflammatory phenomena before and after a hypobarotherapy course was conducted. It is established, after a gipobarogipoksitherapy course (22-two-hour daily a session) concentration of the studied cytokines decreased to norm level: 17,3 ±2,8 pg/ml – IL 1ß, and 6,9±1,3 pg/ml – γ-IFN that testifies in favor of use of this method in complex antiinflammatory treatment of patients within pregravidarny preparation.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С УЧЕТОМ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Сонова М.М., Мельниченко К.А.

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

Актуальность исследования: эндометриоз – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста. У большинства женщин эндометриоз протекает с выраженным болевым синдромом. Лечение эндометриоза включает оперативное лечение и последующую длительную терапию. До настоящего времени послеоперационное лечение эндометриоза включает длительную и дорогостоящую гормональную терапию.

Цель исследования: повышение эффективности лечения эндометриоза и оптимизация тактики ведения пациенток с выраженным болевым синдромом при наружном генитальным эндометриозе с учетом экономических показателей.

Материалы и методы: исследование было произведено на базе ГКБ №50 г. Москвы. В исследуемую группу вошли 100 пациенток репродуктивного возраста с болевым синдромом разной степени тяжести при различных формах наружного генитального эндометриоза. Критериями включения в исследование являлись отсутствие воспалительных заболеваний гениталий, злокачественных новообразований, тяжелой хронической экстрагенитальной патологии, системных заболеваний, воспалительных заболеваний урогенитального тракта в течение последнего года, возраст не старше 45 лет.

Данным пациенткам было проведено оперативное лечение наружного генитального эндометриоза.

В послеоперационном периоде одна группа пациенток получала в течение 6 мес. диеногест 2 мг в сутки в непрерывном режиме, другая группа – лечение аГнРг с интервалом 28 дней.

Результаты: отсутствие болевого синдрома было отмечено у всей группы пациенток, принимавших диеногест. У пациенток, которые лечились аГнРг, отмечалось стойкое снижение болевого синдрома у более 78% пациенток. Было отмечено, что нежелательных побочных действий на фоне приема диеногеста было на 64% меньше, в сравнении с применением аГнРГ.

Экономическая выгода в применении диеногеста составила более 50% от стоимости аГнРГ.

Заключение: таким образом, при сопоставимых клинических результатах применения диеногеста и аГнРг в послеоперационном восстановительном лечении больных наружным генитальным эндометриозом экономическая эффективность диеногеста существенно выше. Кроме прочих факторов, это обстоятельство целесообразно учитывать при выборе средств послеоперационной реабилитации указанной категории больных.

TREATMENT OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS CONSIDERING THE ECONOMIC INDICATORS

Sonova M.M., Melnichenko K.A.

Russia, Moscow, MSMSU named after A.I. Evdokimov

The aim of the study was to improve the quality of endometriosis management in patients with severe pain syndrome in respect to economic indicators. The study was conducted on the basis of Moscow hospital №50. There were involved 100 patients of reproductive age with different severity of pain in various types of external genital s. Economic benefit in group of dienogest was more than 50% vs. GnRHa group. Scientific novelty: This is the first study that estimates the cost effectiveness of endometriosis treatment.

ОЦЕНКА ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОК, РАНЕЕ ИМЕВШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Муханова Ж.Е., Пасман Н.М.

Новосибирский национальный исследовательский университет, Новосибирск, Россия

Резюме. Важным вопросом на сегодняшний день является фертильность женщин, имевших ранее внематочную беременность (ВБ), так как данное осложнение является одной из главных причин бесплодия трубно-перитонеального генеза, что существенно уменьшает вероятность наступления последующей маточной беременности. Таким образом, разработка комплекса методов лечения на основе фактических данных, повышающих вероятность наступления последующей маточной

беременности, является актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценить эффективность современных методов диагностики и лечебно-реабилитационных мероприятий, а также фертильность пациенток, ранее имевших внематочную беременность.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток медицинского центра «Клиника профессора Пасман» г. Новосибирска по ВБ за 2014–2015 гг. Оценивался комплекс диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в клинике. Анализировались результаты исследования крови на содержание бета-субъединицы хорионического гонадотропина (ХГЧ) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза и брюшной полости, гистологическое исследование, а также результаты диагностической лапароскопии, проводимой в сомнительных случаях.

Результаты исследования. Обследовано 43 пациентки репродуктивного возраста: от 26 до 40 лет. Средний возраст составил 31,9±1,2 года. Репродуктивная функция женщин с ВБ: 65,1% ранее не имели беременности, 55,8% с первичным бесплодием, 25,6% – с вторичным. Артифициальные аборты в анамнезе были выполнены у 39,5%. Повторная ВБ в противоположной трубе выявлена у 11,6% пациенток. Воспалительные заболевания внутренних половых органов имели 90,7% пациенток. Среди наиболее часто встречающихся заболеваний отмечены: хронический сальпингоофорит – 51,2%, эндометриоз – 30,2%, эрозия шейки матки – 44,2%, хронический эндометрит – 27,9%. Основными жалобами при поступлении в клинику являлись: маточные кровотечения – 74,4%, боли в нижних отделах живота – 67,4%, задержка менструации – 53,5%. Следует отметить, что характерной клиники не имела почти треть пациенток, что характеризует течение ВБ как «стертое». Средний уровень β-ХГЧ в сыворотке крови при поступлении составлял 1101,53±249,96 МЕ/л. При проведении УЗИ размер плодного яйца варьировался в пределах от 1,3 см до 7,5 см, средний размер – 3.6 ±0.5см. В сомнительных случаях применялся метод диагностической лапароскопии для постановки окончательного диагноза и определения локализации плодного яйца – у 14 пациенток (32,6%).

При лапароскопии сальпингэктомия выполнена у 74,4% пациенток, милкинг (выдавливание плодного яйца)– у 23,8%, лапаротомия (резекция правого яичника) у одной пациентки по поводу яичниковой беременности. Решение о сохранении или удалении маточной трубы принималось на основе результатов визуального осмотра во время операции: при выраженных макроскопических изменениях трубы органосохраняющая тактика не применялась, во всех случаях нарушение функциональных свойств маточных труб и грубые анатомические изменения подтверждены морфологическими методами исследования.

После оперативного лечения назначалась антибактериальная терапия, комбинированные оральные контрацептивы со дня удаления маточной трубы в течении 3–6 месяцев, ранние физиотерапевтические мероприятия – КВЧ, гирудотерапия, озонотерапия, фотодинамическая терапия со 2–3 дня после хирургического лечения. В предгравидарной подготовке проводились: скрининг половых гормонов, обследование на перинатальные инфекции, фолликулометрия для определения овуляции, эхогистеросальпингоскопия.

В результате после проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий маточная беременность наступила у 90,1% женщин после органосохраняющей опе-

рации, у 57,1% после сальпингэктомии. Повторная ВБ в оперированной трубе наступила у 4,7% пациенток в естественном цикле.

Заключение. При реабилитации пациенток после хирургического лечения внематочной беременности обоснованными методами лечения являются: рациональная контрацепция, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний, физиотерапия, которые приводят к полному восстановлению репродуктивной функции, проходимости маточных труб, а также обеспечивают высокую частоту наступления беременности.

FERTILITY OUTCOME AFTER ECTOPIC PREGNANCY TREATMENT AND REHABILITATION

Mukhanova Zh.Y., Pasman N.M.

Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russia

Summary. Women fertility after ectopic pregnancy is a key problem today, because this acute accident leads to sterility of tuboperitoneal genesis. That is why after surgical treatment it is vital to provide rehabilitation: rational contraception, treatment of chronic persistent inflammatory diseases, physiotherapy, which lead to the full restoration of reproductive function of the Fallopian tubes and provide a high pregnancy rate.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН

Малинина О.Ю., Воропаев А.А., Котенко Н.В., Гайдарова А.Х.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, Москва

Проводилось клиническое исследование 23 пациенток в возрасте от 30 до 55 лет с синдромом хронической тазовой боли. По результатам клинико-нейрофизиологического и психологического исследования выявлена высокая эффективность неинвазивной транскраниальной нейромодуляции в лечении хронической тазовой боли.

В ходе клинического исследования обследовано и проведено лечение 23 пациенткам с синдромом хронической тазовой боли. У всех пациенток отмечались различной степени выраженности психосоматические расстройства в виде: ухудшение сна, головные боли напряжения, невроза с астеническими, истерическими, депрессивными проявлениями. Возраст женщин, составляющий всю группу исследования от 30 до 55 лет. Помимо общеклинического исследования всем пациентам проводилась оценка реактивной и личностной тревожности по методу Стилбергера-Ханина, эмоционального фона по ВАШ (визуально-аналоговая шкала), болевого синдрома по ВАШ, исследовались вегетативные нарушения, которые оценивались с помощью "вегетативного опросника" А.М.Вейна (1998г.), по диагностическому опроснику синдрома центральной сенсибилизации.

В зависимости от терапевтической тактики, пациенты были распределены на 2 группы: первая группа была представлена 13 пациентками, которым был проведен курс комплексной терапии с неинвазивной транскраниальной нейромодуляцией с помощью аппарата «ТЭТОС» (ТСС). Курс лечения составил 10–20 сеансов, продолжительностью 35–40 минут, без учета фазы менструального цикла ежедневно или через день. Во 2-ой контрольной группе, состоящей из 10 пациенток, был проведен курс комплексной терапии, включающая в себя: НПВП, препараты противоэпилептической группы, магнитотерапия, БОС-терапия.

В результате проведенного лечения в основной группе исследуемых женщин отмечались более значительные улучшения субъективных и объективных показателей (уменьшения реактивной и личностной тревожности, увеличения общего фона настроения, уменьшения выраженности болевого синдрома).

Пациентки I группы (n=13) отмечали, что после проведения транскраниальной электротерапии у них снижалась интенсивность тазовой боли, улучшалось качество сна, снижалось эмоциональное напряжение, раздражительность, повышалось настроение. Отмечено отсутствие нарушений сердечного ритма, снижение показателей артериального давления (на 10–20 мм. рт. ст.), практически проходили субъективные жалобы, такие как сердцебиение и боли в области сердца. Выраженность болевого синдрома в процессе лечения по данным ВАШ у I группы пациентов составила 6,7 ±0,9 до лечения и 1,8± 0,6 ($p < 0,05$) после проведенного курса ТЭС. Стабильное улучшение состояния регистрировалось у пациенток обеих групп через 10–20 сеансов. Снижались явления астении, раздражительность, слезливость, потливость, головные боли, кардиалгии, частота и тяжесть приливов, эмоциональные нарушения, улучшалось качество сна. Заметные положительные изменения наблюдались в первой и во второй группах по показателям реактивной и личностной тревожности по данным теста Стилбергера-Ханина, которые выражались в нормализации психосоматического состояния. Во II группе данные изменения носили менее выраженный, нестабильный характер. Применение ТЭТОС–терапии приводило к стабилизации психосоматического состояния у 86,50% женщин и у 91,67% женщин через три месяца после лечения.

В ходе исследования выявлено, что неинвазивная нейромодуляция является обоснованным методом лечения у женщин с синдромом хронической тазовой боли. При соблюдении методики применения и параметров воздействия метод не вызывает побочных эффектов, полностью сочетается с другими методами, в том числе медикаментозными. В некоторых случаях (наличии абсолютных либо комплекса относительных противопоказаний или нежелании женщины принимать препараты ЗГТ, лекарственная непереносимость) ТЭС является методом выбора в лечении хронической тазовой боли. Улучшение синдрома центральной сенсибилизации выражалось в полном купировании или значительном уменьшении интенсивности боли, повышении устойчивости к стрессам (уменьшении эмоциональной лабильности). Влияние проводимой терапии создавало объективные условия для улучшения качества жизни.

APPLICATION OF NON-INVASIVE NEUROMODULATION IN TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN

Malinina O. Yu., Nikolaev A.A., Kotenko N. In. Gaydarova A.H.

«Russian scientific center of medical rehabilitation and balneology», Moscow

Conducted clinical study included 23 women aged 30–55 years with chronic pelvic pain syndrome. The study revealed the effectiveness of physiotherapy techniques according to clinical, neurophysiological and psychological examination – non-invasive transcranial neuromodulation

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

Высокая частота инфицирования вирусом простого герпеса (ВПГ-1 и ВПГ-2) гениталий молодых женщин, вероятность вертикальной передачи вируса от матери к плоду представляют серьезную медико-социальную проблему. Учитывая постоянную репликацию и выброс ВПГ-1 и ВПГ-2 у женщин с генитальным герпесом (ГГ), постоянные рецидивы заболевания, несостоятельность иммунной системы у таких пациенток, мы изучали уровень Т– и В-клеток, сывороточные IgA, IgM, IgG. Фагоцитарный индекс и резерв секреции фагов, а также ряд цитокинов: ИЛ-2, ИЛ-8, ФНО-α. Под нашим наблюдением находилось 49 пациенток с ГГ вне периода беременности. Возраст больных варьировал от 19 до 39 лет. Рецидивы случались у 100% обследуемых. Клинические симптомы включали: субфебрилитет, отечную эритему, многочисленные везикулярные элементы. Вирусоносительство ВПГ-1 подтверждено у 9 пациенток, ВПГ-2 – у 40. Исследование проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Иммунограмма исследовалась методом проточной цитофлюрометрии с использованием моноклональных антител. Найдено снижение уровня Т-клеток (CD3), а также NK-клеток (CD16, 56). Уровень В-клеток был в норме. Со стороны сывороточных иммуноглобулинов найдено снижение IgG и повышение IgA, IgM. Показатели фагоцитоза: НСТ-тест и резерв секреции фагов были угнетены, как и уровень ИЛ-2, ИЛ-8 и ФНО-α.

Пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа (25 женщин) получала ацикловир – аналог пуриновых нуклеозидов, обладающий противовирусной активностью. Доза составляла 200 мг per os 5 раз в сутки в течение 10 дней. Вторая группа (24 женщины) принимали амиксин (тилорон) – противовирусный препарат, индуктор синтеза интерферонов в организме. Роль интерферонов чрезвычайно важна, они предотвращают инфицирование незараженных клеток, создают барьер для дальнейшего продвижения ВПГ-1 и ВПГ-2, подавляют синтез вирусоспецифических белков и внутриклеточное размножение вирусов.

В первые 2 дня доза составляла 125 мг в сутки per os, затем по 125 мг через день. Курсовая доза – 2,5 гр. Уже через сутки терапии у больных первой и второй групп отмечалось уменьшение неприятных ощущений. Прекращалось появление свежих высыпаний. Далее наблюдалось затухание эритемы, эпителизация эрозивных дефектов.

Клиническая симптоматика у женщин получавших амиксин купирована на 6–7 сутки лечения, что на 3±0,5 дня быстрее, чем у пациенток, получавших ацикловир. В тоже время амиксин активнее восстанавливал и нормализовал параметры иммунной системы, способствовал увеличению ИЛ-2 на 70% ($p<0,05$), ИЛ-8 на 50% ($p<0,05$), ФНО-α на 63% ($p<0,05$).

В группе пациенток, лечившихся ацикловиром, показатели иммунитета также улучшались, отмечался рост ИЛ-2, ИЛ-8, ФНО-α, но недостоверно.

При дальнейшем наблюдении в первой группе уже через два месяца у шести (24%) женщин возник рецидив ГГ.

Во второй группе рецидив возник только у трех (12,5%) пациенток и имел место через шесть месяцев после окончания курса лечения амиксином.

Таким образом, избежать рецидива ГГ не удалось. В каждой из групп рецидивы ГГ возникали, хотя результаты лечения амиксином (тилороном) были более эффективными и обнадеживающими.

Резюме: представлены результаты обследования 49 женщин с генитальным герпесом. Верификация диагноза проводилась на основании ИФА и ПЦР. Выявлены дефекты в клеточном, гуморальном и фагоцитарном звеньях иммунитета, недостаточная активность провоспалительных интерлейкинов. Все пациентки разделены на две группы. Терапия ацикловиром проводилась в первой группе, во второй – амиксином. Доказана более высокая эффективность терапии амиксином, по сравнению с ацикловиром.

AMBULATORY TREATMENT OF GENITAL HERPES IN WOMEN

Tsiguleva O.A., Harutyunyan N.S.

Altai State Medical University, Barnaul, Russia

Summary.The results of the survey 49 women with genital herpes. Verification of the diagnosis was based on ELISA and PCR. Revealed defects in cellular and phagocytic immunity, insufficient activity of interleukins. All patients were divided into 2 groups. Acyclovir therapy was carried out in the first group, the second – Amixin. Proved higher efficiency Amixin therapy compared with Acyclovir.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНУТРИЕНТОВ ДЛЯ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Шодиев Б.В.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

В статье приводятся доказательные данные о том, что наилучшей стратегией борьбы с микронутриентной недостаточностью является массовая профилактика методом фортификации пищевых продуктов и методом саплементации. Например, исследования, проведенные по оценке эффективности фортифицированной муки в пилотных регионах Киргизии и Казахстана, показали, что число женщин с анемией уменьшилось соответственно на 12,32 и 14,65%.

Анемия наносит колоссальный социально-экономический ущерб – это высокая общая заболеваемость среди матерей и детей, высокая материнская и детская смертность, инвалидность, снижение интеллектуального и физического развития детей и молодежи, снижение работоспособности взрослого населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) на земном шаре анемией страдает более 2 миллиардов людей, в основном это дети, молодежь, женщины детородного возраста. Известно, что дефицит таких пищевых микронутриентов как железо, йод, витамин А, фолиевая кислота, цинк и др., является причиной 80% всех заболеваний человека.

ВОЗ/ЮНИСЕФ рекомендуют, что в тех странах, где с распространенность анемии среди детей и матерей превышает 30%, необходимо предпринять срочные меры по предотвращению анемии на национальном уровне.

Международный опыт по борьбе с анемией показал, что самым экономичным, безопасным, доступным, долговременным методом профилактики дефицита железа является обогащение пищевых продуктов профилактической дозой железа. Каждая страна выбирает такой продукт, который наиболее часто употребляется в питании населения и который наиболее доступен всем слоям населения, особенно уязвимым группам. Таким продуктом в Узбекистане, несомненно, является мука и мучные продукты.

Доказано, что наилучшей стратегией борьбы с микронутриентной недостаточностью является массовая профилактика методом фортификации пищевых продуктов и методом саплементации.

До настоящего времени мировой наукой не доказано отрицательное воздействие фортифицированной муки на здоровье человека, если дозы фортификанта соответствуют рекомендация ВОЗ, хотя есть отдельные специалисты выступающие против фортификации муки. Однако, их мнение не подкреплено достоверными научными данными в соответствии с принципами доказательной медицины.

Благодаря фортификации продуктов, многие развивающиеся страны достигли значительного снижения анемии и соответственного прогресса в социально-экономической сфере, а также улучшения показателей здоровья матерей и детей. Почти во всех этих странах принят Закон о фортификации, что обеспечивает устойчивость борьбы с анемией.

Так, в Камбодже фортифицировали рыбный соус железом и другими микроэлементами. Школьники получали ежедневно 30 г. этого соуса в течение 2-х месяцев, при этом уровень гемоглобина возрос на 17 г/л. В Никарагуа женщины и дети

в течение 4х лет употребляли фортифицированную мучную продукцию, уровень анемии среди женщин снизился на 12,4%, среди детей на 16,5%. В Непале 75% женщин страдало ЖДА, программа фортификации муки позволила снизить уровень анемии на 23% в течение 5 лет. Употребление фортифицированного соевого соуса среди 50 млн детей в 7 провинциях Китая снизило уровень анемии на 30% в течение 5 лет. В пилотных районах Северо-Восточной Бразилии дети 6–24 месяцев получали фортифицированную детскую пищу (спринкалс) 2 раз в неделю в течение 4 месяцев, при этом уровень гемоглобина повысился на 14г/л. Исследования, проведенные по оценке эффективности фортифицированной муки в пилотных регионах Киргизии и Казахстана, показали, что число женщин с анемией уменьшилось соответственно на 12,32 и 14,65%.

Таким образом, мировой опыт по фортификации продуктов железом и микронутриентами показал, что это самый эффективный, безопасный, экономичный метод массовой профилактики дефицита железа.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF MICRONUTRIENTS FOR MASS PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA

Shodiev B.V.

Bukhara state medical Institute. Uzbekistan.

Evidential data that the best strategy of fight against micronutrient insufficiency is mass prevention by method of fortification of foodstuff and by method of a saplementation are provided in article. For example, the researchers conducted on an efficiency evaluation of fortification flour in pilot regions of Kyrgyzstan and Kazakhstan showed that the number of women with anemia decreased respectively by 12, 32 and 14,65%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОК И ПРОГЕСТИНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Юлдашева Д.Ю., Каюмова Д.Т., Усманова А.О.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская медицинская академия кафедра Акушерства и гинекологии №2

В структуре гинекологических заболеваний аномальные маточные кровотечения (АМК) занимают одно из лидирующих мест. Данная патология встречается, как правило, в подростковом и пременопаузальном периодах. В этих возрастных периодах аномальные маточные кровотечения являются самой частой причиной обращения к гинекологу, в 50% случаев аномальные маточные кровотечения встречаются среди пациенток в возрасте от 40 до 50 лет [Роузвиа С.К. Гинекология. М.: МЕД пресс-информ, 2004.].Риск гиперпластических процессов обусловливает необходимость

проведения противорецидивной терапии пациенткам пременопаузальном возрасте.

Целью исследования явилось определить эффективность комбинированных оральных контрацепцивов и прогестинов для профилактики рецидивов ДМК в пременопаузе.

Нами были обследованы 93 пациентки в пременопаузальном периоде в возрасте от 40–55 лет, средний возраст составил 47,9 ± 5,1 лет. Исследование проводилось на базе акушерско-гинекологического комплекса II клиники Ташкентской медицинской академии в отделении гинекологии №I, в период с января 2015 года по июнь 2016 года. Все пациентки разделены на 2 группы: 1 группа (основная) – 20 женщин с рецидивирующими АМК; 2 группа (сравнительная) – 73 женщины с АМК без рецидивов. На диагностическом этапе проводились общеклинические, инструментально-лабораторные и гистоморфологические методы исследования пациенток с АМК.

Нами выявлено, что 57 (61,3%) женщин пременопаузального возраста принимали антирецидивирующую терапию, 36(38,7%) женщин лечения не получали. В большей степени антирецедивирующую терапию получили женщины основной группы 15 (75%) по сравнению со сравнительной группой – у 42 (57,5%) женщин. Все женщины принимавшие КОКи составили 43% (40), что в 2,34 раза больше, чем женщины которые принимали норгестрел – 17(18,3). В основной группе КОК был назначен 9 (60%) женщин, что в 1,4 раза выше чем в группе сравнения, норгестрел был назначен 6 (40%) женщинам основной группы, что в 2,64 раза выше группы сравнения 11 (15,1%).

Выше изложенные данные показали, что женщины имевшие рецидивирующие АМК в пременопаузальном периоде (получавшие и не получавшие гормональную терапию), возможно нуждаются в выработке современных методов диагностики и алгоритма ведения данной категории женщин.

EVALUATION EFFICIENCY COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES AND PROGESTIN AS PREVENTIVE TREATMENT ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PREMENOPAUSAL

Yuldashev D.Yu, Kayumova D.T, Usmanov A.O.

Uzbekistan. Tashkent. Tashkent Medical Academy, Department of Obstetrics and Gynaecology №2

SUMMARY: The analysis in 93 premenopausal women with AUB has shown that despite the hormone therapy has no effect on the incidence of recurrence of the AUB.

KEY words: AUB, premenopausal, recurrent AUB.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

Таций И.Д.

Резюме. В настоящее время в связи с увеличением выявляемых воспалительных заболеваний женских половых органов особое значение приобрели диагностика и лечение инфекций, вызывающих реактивные изменения влагалища и шейки матки.

Актуальность. Согласно статистике, наиболее часто инфекционные заболевания выявляются у сексуально активных женщин (репродуктивного периода), нередко и в период менопаузы у пациенток наблюдают хронический цервицит. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто– и бифидобактерий), могут принимать участие в воспалительном процессе, однако главную роль играют вирулентные микроорганизмы.

Целью исследования – явилось изучение хронического цервицита, которому свойственен преимущественно латентный, скрытый период своего развития. По опыту наблюдения пациенты, страдающие этим заболеванием, обычно характеризуются отсутствием жалобы. Но при осмотре выявляется гиперемия шейки матки с явным изменением состава, цвета, количества выделений и присутствием запаха. Важно отметить, что еще до появления дискомфорта во влагалище, инфекция уже существовала на протяжении довольно длительного срока, что и обусловило хронизацию процесса.

Материал и методы. В качестве исследовательского инструментария применялись: 1. Жидкостная цитология и 2. ПЦР real time.

Результаты исследования. При проведении расширенной кольпоскопии и выявлении изменения на шейке матки был осуществлен целый ряд диагностических исследований: взятие мазков на микробиоценоз, ПЦР реал-тайм на 13 инфекций, типирование папилломовирусной инфекции, ПЦР на Вирус простого герпеса и цитомегаловируса, жидкостная цитология, посев на условнопатогенную флору из цервикального канала.

По результату мазков и данных анамнеза, диапазон исследований расширился до взятия клинического анализа крови, авидности вируса простого герпеса на IgM, IgG, авидности CMV IgM, IgG, ПЦР крови реал-тайм HS, CMV. Согласно этой информации, нами была проведена корреляция и сопоставление полученных влагалищных анализов и данных ИФА крови.

Мы в синергии с врачами-инфекционистами проводили комплексную этиотропную терапию, которая включала в себя терапию противовирусную, иммуномоделирующую, ферментативную и противовоспалительную. При заборе жидкостной цитологии в группе из 25-ти человек диагноз ASC-US был поставлен 6-ти пациентам. Анализ мазков на инфекции, передаваемые половым путем, обнаружил Yreaplasma yrealiticum , высокую авидность простого герпеса 1, 2. Кроме того, штаммы 16, 18, 51, 53 были получены посредством типирования папилломовируса, а мазки на микробиоценоз выявили свыше 20-ти лейкоцитов шейки матки.

Параллельно по инфекциям, передаваемым половым путем, проводилось лечение с учетом специфики микроорганизмов и их влияния на организм человека. При ярко выраженном воспалении пациенты получали безотлагательное лечение. После контрольных отрицательных мазков производилась контрольная жидкостная цитология. Появилась возможность наблюдать за положительной динамикой лечения пациентов с точки зрения разных специалистов: гинекологов, инфекционистов, патоморфологов и других. И в этом несомненный эффект синергетики как возможности более глубокого проникновения в суть изучаемых явлений.

Следует сказать, что хронизация процесса воспаления шейки матки выявлялась почти у каждого второго пациента. Неадекватно или недостаточно эффективно проведенная санация нижних отделов женского полового тракта открывает путь для контаминации условно-патогенной флоры слизистой матки с развитием подострого, а затем и хронического эндометрита со стертыми клиническими проявлениями, а

потому патологический процесс в матке может протекать годами. Дальнейшему распространению инфекции способствуют менструации, роды, аборты, в том числе и другие провоцирующие факторы, которые ослабляют защитные функции эндометрия.

Особое значение проблема цервицитов приобретает при беременности. При наличии хронического цервицита высока вероятность невынашивания беременности, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода, послеродовых гнойно-септических осложнений.

Заключение. В амбулаторной практике при обследовании пациентов весьма позитивен индивидуальный подход. Он может сократить или увеличить эффект лечения воспалительных заболеваний влагалища, шейки матки и матки в целом. Главное – вовремя купировать острый процесс в соответствии с выявленным возбудителем воспалительных изменений у женщин. Назначить подготовительные, профилактические препараты такие, как сорбентная влагалищная терапия, иммуномодуляторы, гепатопротекторы, лакто-бифидобактерии. Необходимо также привлекать к процессу лечения супружескую пару.

Обращаем внимание на важность планирования совместной деятельности с врачами смежных направлений, что несомненно отразится на успешном комплексном лечении пациентов с хроническим цервицитом.

SYSTEMATIC APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HRONIC CERVICITIS

Tatsiy I.D.

Abstract. Due to the growth of vulva inflammatory diseases, diagnosis and treatment of infections, which are causing a reactive transformation in vagina and cervix uteri, have obtained a particular importance.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО ПРОБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Абашова Е.И., Мишарина Е.В., Рулев В.В., Шалина М.А.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта», (директор – з.д.н. академик РАМН Э.К.Айламазян) Санкт-Петербург, Россия

Введение. Бактериальный вагиноз является одним из распространенных, часто рецидивирующим заболеванием у женщин. Принято считать, что гипоэстрогенемия является одним из факторов, провоцирующим развитие бактериального вагиноза. Длительное применение агонистов ГнРГ вызывает медикаментозную гипоэстрогенемию, что может увеличивать рецидив бактериального вагиноза.

Цель. Оценить эффективность применения интравагинального пробиотика «Лактожиналь» в пролонгированном режиме (в течение 7 недель) для лечения реци-

дивирующего бактериального вагиноза у больных НГЭ, применяющих терапию агонистами Гонадотропин Рилизинг Гормона (аГнРГ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 46 женщин в возрасте от 21 года до 37лет (средний возраст составил 26,7±4,3года), у которых рецидивировал бактериальный вагиноз (по клиническим и микроскопическим данным) во время применения аГнРГ по поводу лечения НГЭ. Все обследованные женщины были с НГЭ I-IV степени), получали терапию аГнРГ («Бусерелин», «Диферелин») в течение 6 месяцев. Диагноз НГЭ был верифицирован лапароскопически, интраоперационно выполнено удаление очагов эндометриоза. У всех женщин имелась медикаментозная гипоэстрогенемия в результате применения аГнРГ. Уровень эстрадиола до лапароскопии на 2–3 день менструального цикла составил 205,7 ± 86,3пмоль/л. После операции, во время применения аГнРГ («Бусерелин», «Диферелин») уровень эстрадиола оценивали после 3 и 6 инъекции аГнРГ, который составил 88,4 ± 32,1 пмоль/л и 65,2 ±17,4 пмоль/л соответственно, и достоверно не отличался от вида применяемого аГнРГ.

Диагноз бактериального вагиноза ставили на основании рекомендаций R.Amsel et al. (1983 г.), также использовался тест на урогенитальный биоценоз «Фемофлор 16». Эффективность лечения бактериального вагиноза оценивали через 1 и 3 месяца после основного лечения. По данным микроскопии (мазок на микробиоценоз) до начала лечения ключевые клетки выявлены в 97,8% больных с рецидивом бактериального вагиноза. По данным теста «Фемофлор 16» доля лактобацилл в общей бактериальной массе была низкой (от 1% до 10% от общей бактериальной массы. При исследовании (по тесту «Фемофлор 16») до начала лечения обнаружено: у 41 женщины (89,1%) – Gardnerella vaginalis; у 39 женщин (84,8%) – Mobiluncus spp.; у 12 женщин (23,6%) выделена Atopobium vaginae.

Для лечения бактериального вагиноза все больные использовали интравагинально 2% клиндамицина фосфат («Далацин», Pfizer) в течение 7 дней, с последующим применением интравагинального пробиотика («Лактожиналь», Besins Healthcare) по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дней. Данный вид лечения считали основным для всех пациенток. После основного курса лечения 22 пациентки из общей группы далее препараты для профилактики рецидивов бактериального вагиноза не применяли. Вторую группу составили 24 женщины, которые продолжили использовать интравагинальный пробиотик «Лактожиналь» в пролонгированном режиме 2 раза в неделю в течение 7 недель. Эффективность терапии оценивали через 1 месяц и через 3 месяца после этиотропного лечения в обеих группах. Критериями излеченности были – отсутствие жалоб и клинических проявлений бактериального вагиноза при объективном осмотре, а также отрицательные результаты контрольных лабораторных исследований. Рецидив бактериального вагиноза рассматривали как отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Результаты. Эффективность терапии через 1 месяц после основного лечения у всех больных оставалась высокой и составила 84,8%. Однако, через 3 месяца эффективность лечения у больных без пролонгированного применения «Лактожиналя» снизилась на 31,9%. В этой группе больных бактериальный вагиноз рецидивировал у 54,5% больных. У больных с пролонгированным (в течение 7 недель) интравагинальным использованием пробиотика «Лактожиналь» бактериальный вагиноз выявлен лишь у 25% больных. У 40,9% женщин (без пролонгированного использования пробиотика) – выделена Atopobium vaginae. Эффективность проводимой терапии бактериального вагиноза у больных достоверно ($p<.0,01$) зависела от продолжительности применения интравагинального пробиотика ($r=0,82$).

Таким образом, длительная гипоэстрогенемия (в течение 6 месяцев), обусловленная применением аГнРГ является фактором риска возникновения рецидива бактериального вагиноза: у 39,1% больных заболевание рецидивировало в течение 3 месяцев от начала этиотропного лечения. Применение интравагинального пробиотика «Лактожиналь» в пролонгированном режиме (дважды в неделю в течение 7 недель) для комплексного лечения бактериального вагиноза позволяет избежать рецидива у 75% больных НГЭ, длительно использующих аГнРГ.

THE CLINICAL EFFICACY OF EXTENDED INTRAVAGINAL APPLICATION OF PROBIOTIC IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS

Abasova E.I., Misharin E.V., Rulev V.V., Shalina A.M.

Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology. D.O. Ott» Saint Petersburg, Russia

Long hypoestrogenemy (over 6 months), due to the use of GnRHa is a risk factor for recurrence of bacterial vaginosis: in 39.1% of patients the disease recurred within 3 months of starting treatment etiotrop. The use of intravaginal probiotic "Laktozhinal" in prolonged mode (twice a week for 7 weeks) for the integrated treatment of bacterial vaginosis to avoid recurrence in 75% of patients with EGE, long-term use GnRHa.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Манухин И.Б., Невзоров О.Б., Царькова М.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Многие клиницисты расценивают БВ как неспецифический вагинит и рекомендуют различные методы лечения, чаще всего антибактериальный, который у большинства пациенток не только не приводит к желаемому результату, но и усугубляет течение патологического процесса. С этих позиций актуальной становится проблема создания и использования препаратов – эубиотиков, содержащих представителей нормального микробиоценоза влагалища с целью восстановления колонизационной резистентности среды.

Нормальная бактериальная флора влагалища препятствует инвазии эндогенных условно-патогенных и патогенных микроорганизмов в слизистую влагалища. Изменения микробиоценоза определяют тяжесть послеродовых и послеоперационных осложнений, т. к. инфекционная патология у больных в современных условиях

обусловлена, главным образом, смешанной инфекцией. Поэтому БВ является одной из причин возникновения таких осложнений, как хорионамнионит, эндометрит, преждевременные роды, воспалительные заболевания половых органов. Ввиду этого разработка и внедрение наиболее эффективных методов терапии БВ может явиться реальной профилактикой этих осложнений.

Цель исследований– повысить эффективность лечения бактериального вагиноза.

Материалы и методы: В исследовании участвовали пациентки в возрасте от 18 до 45 лет. Необходимо отметить, что у 65% больных БВ сочетался с различными инфекционными заболеваниями нижнего отдела полового тракта (хламидиоз, кандидоз, трихомониаз, ЦМВ, ВПГ). Интересным является тот факт, что среди обследованных женщин 42,7% имели в анамнезе хламидиоз или трихомониаз. У 39,9% пациенток с дисбиотическими нарушениями вагинальной микрофлоры выявлены различные заболевания шейки матки (фоновые и предраковые состояния шейки матки, ПВИ инфекция). Среди гинекологических заболеваний выявлен значительный процент эндокринной патологии репродуктивного тракта (19,8%). При анализе эндокринной патологии у наших пациенток с БВ можно отметить достаточно высокий процент женщин с НОЭС. Мы пытались найти связь между частотой той или иной эндокринной патологии и БВ. Известно, что значительная роль в поддержании нормального биоценоза влагалища отводится эстрогенам, которые ответственны за синтез гликогена, а он в свою очередь за выработку молочной кислоты. Эндокринная патология среди наших пациенток не сопровождалась выраженным дефицитом эстрогенов, поэтому мы не можем считать ту или иную патологию риском развития БВ. Значительный процент сопутствующей эндокринной патологии у наших пациенток можно рассматривать как неблагоприятный фон в развитии БВ, но не основную причину.

Другой гинекологической патологией, встречавшейся у 14% наших пациенток, были воспалительные заболевания органов малого таза, и генитальный эндометриоз у 8,4%.

Всех пациенток разделили на 2 равные группы. Первая группа получала препарат Вагинорм_С по 1 свече 1 раз в день 6 дней. Вторая группа – препарат Далацин, по 1 свече 1 раз в день 3 дня. Эффективность лечения в первой группе составила 85,8%, во второй группе 75%. Рецидив заболеваний в 1 группе через 3 месяца составил 8%, во второй группе 45%. Препарат Вагинорм-С, который снижает pH влагалища, тем самым разрушает биопленки, ингибирует рост бактерий, которые не могут размножаться при pH , равном 4,3 и ниже. В то же время лактобактерии могут размножаться при подобном показателе pH. Таким образом, при снижении pH влагалища в течение нескольких дней происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий и восстановление нормальной флоры (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus gasseri). При пероральном применении препарата метронидазола или клиндамицина, целесообразно назначение Вагинорма-С одновременно с системной антибактериальной терапией. Метронидазол по 0,5 г. 2 раза в день 5 дней и Вагинорм-С по 1 свече на ночь 6 дней.

При использовании интравагинальных форм метронидазола или клиндамицина, Вагинорм-С необходимо применять до и после их применения: по 1 таблетке на ночь во влагалище за 3 дня до начала терапии местными антибиотиками и на 3–6 дней после завершения местной антибиотикотерапии.

Выводы:

Комбинированная терапия (метронидазола или клиндамицина, Вагинорм-С) способствует восстановлению микробиоценоза влагалища и снижает число рецидивов БВ.

Резюме: Многие клиницисты расценивают бактериальный вагиноз как неспецифический вагинит. Традиционная терапия антибиотиками не приводит к стойкому положительному результату. Применение эубиотиков является актуальным в комплексной терапии заболевания. Однако, частые рецидивы заболевания являются причиной поиска новых подходов к лечению данного заболевания, воздействуя на различные звенья этиопатогенеза, в том числе и восстановления колонизационной резистентности среды.

COMPREHENSIVE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENCE OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Manukhin I.B., Nevzorov O.B., Tsarkova M.A.

Doctor of MSMSU n.a. A.I. Evdokimov Ministry Of Health Of Russia

Many clinicians regard as bacterial vaginosis nonspecific vaginitis. Traditional antibiotic therapy does not lead to a persistent positive result. The use of eubiotikov is relevant in the treatment of disease. However, frequent relapses of the disease are the reason of search of new approaches to the treatment of this disease, affecting different stages of pathogenesis, including recovery of colonization resistance of the medium.

ГЛАВА 5 / CHAPTER V

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ
ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY

ИННОВАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАНЕЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНОЙ ТРУБНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ

Асатурова А.В., Адамян Л.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М., Санникова М.В., Хабас Г.Н.

ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России» (Москва, Россия)

Актуальность проблемы: Серозные карциномы тазовой области (яичника, маточной трубы и брюшины) являются наиболее распространенными и смертоносными среди злокачественных эпителиальных опухолей данной локализации. В качестве основных источников их возникновения рассматриваются серозные интраэпителиальные карциномы маточной трубы (СТИК), поэтому своевременная и точная диагностика СТИК является приоритетной задачей для патологов во всем мире. Однако применяемый в настоящее время алгоритм R. Vang и соавт. в некоторых случаях не позволяют достоверно верифицировать СТИК в связи с особенностью экспрессии p53 и Ki-67.

Цель исследования: изучение экспрессии p16, stathmin1 и laminin-gamma1 в качестве дополнительных маркеров для разработки более чувствительной диагностической панели для верификации СТИК

Материалы и методы: 70 пациенток с серозной карциномой яичника высокой степени злокачественности (125 маточных труб). Для верификации СТИК проводилось три этапа исследования: морфологический, ИГХ-исследование с маркерами p53 и Ki-67 и ИГХ-исследование с маркерами p16б stathmin11 и laminin-gamma1. Для статистической обработки использовались точный тест Фишера и критерий χ^2.

Результаты: СТИК была диагностирована по алгоритму R.Vang и соавт. в 32%. В неизменном эпителии маточной трубы отмечена слабая экспрессия p53 и низкая экспрессия Ki-67. Умеренная и/или сильная экспрессия p53 в >75% атипических клеток отмечалась в 77% СТИК, в 23% – негативная экспрессия p53, экспрессия Ki-67 от 10% до 60%. В неизменном эпителии экспрессия stathmin11 и laminin-gamma1

не отмечалась, в то время как p16 экспрессировался в отдельных клетках, как секреторных, так и реснитчатых. Положительная экспрессия p16, stathmin11 и laminin-gamma1 была выявлена в 85%, 77,5% и 90% СТИК соответственно. Выявлено 3 случая, в которых положительным был только 1 из исследуемых дополнительных маркеров, ни в одном случае не встречалось негативной экспрессии сразу всех дополнительных маркеров.

Заключение: Продемонстрирована высокая экспрессия маркеров p16, stathmin1 и laminin-gamma1 в области СТИК как при позитивной, так и при негативной экспрессии p53 в атипических клетках. Во всех случаях хотя бы два маркера из данной панели проявляли положительное окрашивание, что позволяет рекомендовать ее применение в случае отрицательной или пограничной экспрессии p53, а также при пограничной экспрессии Ki-67.

INNOVATIVE DIAGNOSTIC PANEL OF IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF SEROUS TUBAL INTRAEPITHELIAL CARCINOMA

Asaturova A.V., Adamyan L.V., Ezhova L.S., Fayzullin N.M., Sannikov M.V., Habas G.N.

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

Conclusion: Demonstrated a high expression of markers P16, stathmin1 and laminin-gamma1 in the field STICK with positive and negative p53 expression in atypical cells. In all cases, at least two markers from this panel showed positive staining, which allows to recommend its application in the case of a negative or edge of p53 expression, and also at the border of expression of Ki-67.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКРЕТОРНЫХ КЛЕТОК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКА ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ: ИННОВАЦИОННАЯ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Асатурова А.В., Адамян Л.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М., Хабас Г.Н., Санникова М.В.

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

Цель: исследование возможности диагностики серозной карциномы яичника высокой степени злокачественности(СКЯВСЗ) с помощью оценки экспансии секреторных клеток (пролиферации секреторных клеток (ПСК) и разрастания секреторных клеток (РСК) в зависимости от возраста пациенток.

Материалы и методы: 287 пациенток с доброкачественной экстра яичниковой патологией(n=70), серозными цистаденомами/цистаденофибромами яичника (n=75),серозными пограничными опухолями яичника (n=73)и СКЯВС3 (n=69). Исследованы 287 маточных труб (3–4 фрагмента фимбриального отдела) морфологическим, иммуногистохимическим (маркеры PAX2 и bcl2) и статистическим(критерии Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, метод парной линейной регрессии с оценкой тесноты корреляционной связи по коэффициенту Пирсона, метод дискриминантного анализа).

Результаты: Для ПСК и РСК была выявлена утрата экспрессииPAX2 и усиленная экспрессия bcl2. Количество ПСК и РСК, выявленные с помощью световой микроскопии и иммуногистохимического окрашивания достоверно не различалось($p>0,05$). Увеличение ПСК и РСК с возрастом было отмечено для всех исследуемых патологий($p<0,001$),хотя количество ПСК во всех группах было выше, чем количество РСК и корреляция между возрастом и количеством для ПСК была сильнее, чем для РСК (коэффициент Пирсона 0,86 и 0,35соответственно). При сравнении групп пациенток с различными патологиями было выявлено, что количество ПСК и РСК в группе пациенток с СКЯВС3 было значительно выше, чем в остальных группах ($p<0,001$). Разработана прогностическая формула СКЯВС3 = 0,22*ПСК + 0,055*РСК –0,068*ВОЗРАСТ + 0,72). При значении функции СКЯВС3 более 1,663 женщина относилась к группе высокого риска серозных карцином яичника, при значении функции менее1,663 – относилась к группе низкого риска. Для избегания ложноотрицательных результатов возрастной порог для применения данной формулы предложено считать равным47 годам.

Заключение: в результате полученных данных мы делаем вывод о том, что возраст является важным независимым фактором риска развития СКЯВС3. Кроме того, в качестве изолированного маркера ПСК обладает большей эффективностью, чем РСК, однако, наибольшей эффективностью обладает совместная оценка ПСК, РСК и возраста пациенток, что и было продемонстрировано в настоящем исследовании с помощью предложенной прогностической формулы. Общий процент верно классифицированных по предложенной формуле исходных наблюдений(диагностическая эффективность)составил 98,2%.Чувствительность используемой функции составила92,8%, специфичность– 100,0%

THE STUDY OF SECRETORY CELLS OF THE FALLOPIAN TUBE IN THE DIAGNOSIS OF SEROUS CARCINOMA AND OVARIAN HIGH-GRADE: INNOVATIVE PREDICTIVE MODEL

Asaturova A.V.,Adamyan L.V., Ezhova L.S., Faizullin N.M.,Habas G.N., Sannikov M.V.

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

Conclusion: as a result of the obtained data we conclude that age is an important independent risk factor for the development of HGSOC. In addition, as a stand-alone marker of PSK is more efficient than the RSC, however, the greatest efficiency has a joint

estimation of PSK, RSK and age of patients, which was demonstrated in the present study using the proposed prognostic formula. The overall percentage classified correctly by the proposed formula of the original observations (diagnostic efficiency) was 98.2%. The sensitivity of the used functions was 92,8%, specificity was 100.0%

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Некрасова М.Е., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Зардиашвили М.Д., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Шешко П.Л., Трофимов Д.Ю.

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

Актуальность. ВПЧ высокого онкогенного риска является основным этиологическим фактором развития плоскоклеточного интраэпителиального поражения (SIL) и рака шейки матки. Однако чаще проводится определение типов ВПЧ, к которым имеются вакцины – 6, 11, 16, 18, при этом использовавшиеся ранее методы гибридизации и ПЦР в настоящее время утратили свою информативность, так как в биоматериале определяется лишь факт наличия ВПЧ без его типирования. Широкое внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ двадцати одного типа методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени позволяет определить другие высокоонкогенные типы вируса и оценить их роль в развитии предраковых поражений эпителия шейки матки и рака шейки матки.

Цель исследования. Изучить встречаемость типов ВПЧ у пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки различной степени тяжести и РШМ.

Материал и методы. В исследование было включено 145 женщин в возрасте от 18 до 49 лет. Обследование состояло из сбора жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, были проведены цитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, использовались молекулярно-генетические методы исследования (Real Time PCR для количественного определения и типирования двадцати одного типа ВПЧ), гистологическое исследование биопсийного материала. По результатам обследования было сформировано 5 групп, включающих 145 женщин: I группа – 31 (21,3%) пациентка с NILM (здоровые), II группа – 30 (20,6%) пациенток с хроническим цервицитом (подтвержденным гистологическим методом), III группа – 37 (22,7%) пациенток с LSIL, IV группа – 31(21,3%) пациентка с HSIL и V группа – 14 (9,6%) пациенток с РШМ (плоскоклеточный рак).

Результаты. Наиболее часто встречающимися типами ВПЧ явились 16,31,33,52,58 типы. ВПЧ 16 типа (30,7%) достоверно чаще выявлялся в группах HSIL и РШМ по сравнению с группой II (хронический цервицит) и группой III (LSIL). ВПЧ 31 (14%) и 33 (8,7%) типов чаще встречался в группе HSIL. LSIL, обусловленная ВПЧ 52 и 58 типов, встречалась в 10,8% случаев. ВПЧ 58 типа был выявлен у 6,2% пациенток с гистологическим диагнозом HSIL. При РШМ в 13,3% случаев выявлялся ВПЧ 52 типа. По результатам исследования, во II группе наиболее часто встречались 16 (16,7%) и 31 (13,3%) типы ВПЧ; при LSIL – ВПЧ 31 (18,9%), 16 (16,2%), 44 (13,5%), 52, 58

(10,8%), 39, 51 (8,1%) типов; при HSIL достоверно чаще выявлялся ВПЧ 16 (56,2%), 33 (18,7%), 31 (15,6%) типов. У женщин с РШМ также достоверно чаще встречался 16 тип ВПЧ (40%) и ВПЧ 52 (13,3%). По нашим данным, наблюдается достоверное преобладание ВПЧ группы А9 у пациенток с LSIL, HSIL и РШМ по сравнению с группой II. При LSIL помимо ВПЧ группы А 9 выявлена частая встречаемость ВПЧ групп А7, А10, А5.

Заключение: Таким образом, полученные результаты исследования демонстрируют преобладающую роль ВПЧ группы А9 в развитии как плоскоклеточных интраэпителиальных поражений различной степени тяжести, так и рака шейки матки.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, хронический цервицит, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, рак шейки матки, ПЦР в режиме реального времени.

PREVALENCE OF DIFFERENT HPV TYPES IN PATIENTS WITH CEVICAL PRECANCEROUS DISEASES AND CERVICAL CANCER

Nekrasova M.E., Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Sycheva E.G., Zardiashvili M.D., Bourmenskaya O.V., Dovletkhanova E.R., Sheshko P.L., Trophimov D.Y.

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

This prospective study included 145 women aged 18 to 49 years. 5 groups were formed: 31 patients (21,3%) – NILM (I group), 30 patients (20,6%) – chronic cervicitis (group II), 37 patients (22,7%) – LSIL (III group), 31 patients (21,3%) – HSIL (IV group) and 14 patients (9,6%) – cervical cancer (V group). The most frequent HPV types were 16, 31, 33 and 51 types. Our results demonstrate the key role of A9 HPV group in the development of premalignant and malignant cervical disease.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКО ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Некрасова М.Е., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

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

Цель: выявить изменения уровня экспрессии мРНК генов человека у пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, для прогнозирования риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 225 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 31,6 ± 0,5 г). Экспрессию мРНК

генов MKI 67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BCL2, BAX, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN определяли методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени относительно экспрессии референсных генов TBP, B2M и GUSB.

Результаты. Сформированы 5 групп: 45 (20%) – ВПЧ-негативные (I группа – контрольная), II группа –56 (24.9%) с субклиническими формами ПВИ, III группа – 50 (22.2%) с LSIL, IV группа – 55 (24.4%) с HSIL, V группа -19 (8.5%) с РШМ. По результатам исследования во II группе выявлено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,8 раза (p=8,3 x 10–3), CDKN2A (P16) в 1,6 раза (p=4,6 x 10–2), CTSL2 в 1,5 раза (p=3,2 x 10–2) по сравнению с контрольной группой. В III группе отмечено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,5 раза (p=4,4 x 10–2) и CDKN2A (P16) в 2,9 раза (p=2,2 x 10–4) по сравнению с контрольной группой. В IV группе выявлено достоверное повышение MKI67 (KI67) в 2,5 раза (p=5,7 x 10–6), CDKN2A (P16) в 5,9 раза (p=1,2 x 10–7) по сравнению с контрольной группой. В IV группе повышение экспрессии мРНК еще более существенно: MKI67 (KI67) в 10,3 раза (p=1,6 x 10–7), CDKN2A (P16) в 11 раз (p=1,7 x 10–5). При этом отмечается снижение BCL2 в 3,6 раза (p=2,2 x 10–4), SCUBE2 в 2,5 раза (p=2,5 x 10–2), BAG1 и BAX в 1,9 раза (p=7,5 x 10–3 и p=1,6 x 10–2 соответственно), PTEN в 1,4 раза (p=1,4 x 10–3). Значительно (в 25 раз) снижается рецепторный аппарат клеток – ESR1и PGR (p=3,2 x 10–4 и p=3,2 x 10–5 соответственно), по сравнению с контрольной группой.

С целью разработки способа определения образцов с высоким риском малигнизации тканей был выполнен регрессионный анализ (бинарная логистическая регрессия). Уравнение регрессии имело вид: Z=0,8* ln(KI6/PGR)+ 1,6*ln (P16/BCL2) – 4, где KI67, PGR, P16 и BCL2 – уровень экспрессии м-РНК соответствующих генов. На основании полученной функции для каждого образца была рассчитана вероятность развития неопластической трансформации эпителия шейки матки. В группу высокого риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки попали 29 пациенток: 5 (8.9%) – из II группы, 9 (18%) – из III группы, 15 (27.3%) – из IV группы. Частыми типами ВПЧ у пациенток группы риска являлись: 16 (65%), 58(24%), 31(13%), 33(13%), 39(10%), 52(6,8%), в 65.5% случаях выявлено наличие 2 и более типов ВПЧ. С точки зрения прогнозирования течения неопластического процесса, пациентки II и III группы были обследованы в динамике через 6 и 12 месяцев. Обследование включало цитологическое исследование мазков с шейки матки, определение ВПЧ и вирусной нагрузки, кольпоскопию.

Во II группе через 12 месяцев у всех пациенток ВПЧ сохранялся, с вирусной нагрузкой более 5 lg/100 тыс. клеток. Во всех случаях цитологический диагноз изменился на более неблагоприятный: ASCUS у 20%, LSIL – 80% (p=5 x 10–10), при кольпоскопии ухудшений не было ни в одном случае. В III группе через 12 месяцев ВПЧ выявлялся у всех пациенток, при цитологическом исследовании диагноз LSIL – у 6 (66,6%), изменился на HSIL – у 3(33,3%) (p=6.3 x 10–4), не нормальная кольпоскопическая картина у 44,4%. Всем пациенткам III группы выполнена биопсия и эксцизия шейки матки.

У пациенток II группы, которые не попали в группу высокого риска, элиминация ВПЧ произошла в 24 (54,5%) случаев, в 20(45,5%) случаях ВПЧ сохранялся, цитологические заключения были нормальными. У пациенток III группы, которые не попали в группу высокого риска, через 12 мес. диагноз LSIL у 16 (39%), у 25 (61%) – цитологические заключения NILM, элиминация ВПЧ произошла в 20 (50%) случаев. По результатам цитологии и кольпоскопии ухудшения не было выявлено ни в одной из этих групп.

Выводы: Многофакторный анализ позволяет определить группу повышенного риска развития и прогрессии неопластического процесса шейки матки по изменению уровня экспресии мРНК человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2).

Исследование уровня экспресии мРНК генов человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2) может быть использовано в прогнозе развития и прогрессирования ВПЧ-ассоциированных заболеваний. При уровнях указанных показателей выше порогового значения, следует отдавать предпочтение более активным методам лечения или сокращать интервалы динамического наблюдения. Данную модель мы можем использовать для оценки риска SIL у пациенток с персистенцией ВПЧ и прогрессии LSIL.

MOLECULAR GENETIC MARKERS OF INCREASED RISK OF NEOPLASTIC TRANSFORMATION ASSOCIATED WITH PAPILLOMA VIRUS DISEASES OF THE CERVIX

Bourmenskaya O.V., Nazarova N.M., Sycheva E.G., Nekrasova M.E., Bestaeva N.V., Zardiashvili M.D., Ovodenko D.L., Trofimov D.Y.

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

To identify features of changes in the level of mRNA expression of human genes in patients with HPV-associated diseases of the cervix to predict the risk of development of cervical neoplasia. This prospective study included 225 women, aged from 18 to 60 years (the average age of 31.6 ± 0.5 g). Of mRNA expression of genes MKI 67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BAX, BCL2, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN was determined by a method of quantitative OT-PCR method with detection results in real-time concerning the expression of the reference genes TBP, B2M and GUSB.

The multiple-factor analysis allows to define group of the high-risk development and progression of cervical intraepithelial neoplasia by determination of level mRNAs (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR and BCL2).

The research of level expression of mRNA (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR and BCL2) can be used in the forecast of development and progressing HPV-associated diseases.

At levels of the stated indicators above of threshold value, it is necessary to give preference to more active methods of treatment or to reduce intervals of dynamic observation.

When levels of these indicators is above a threshold, preference should be given to more active methods of treatment or decrease intervals of dynamic observation. This model we can use to assess the risk of SIL in women with HPV persistence and progression of LSIL.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аминодова И.П., Посисеева Л.В.

«Клиника Современной Медицины», глав.врач, к.м.н. Петрова О.А., г. Иваново РУДН, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, зав.кафедрой Заслуж.деятель науки РФ, проф. Радзинский В.Е.

В последние годы отмечается повышение заболеваемости раком шейки матки в мире и в России, особенно в возрастной группе от 20 до 40 лет. Существующая тактика лечения пациенток не обеспечивает снижения частоты инвазивного рака. Для повышения эффективности терапии необходима комплексная реабилитация репродуктивного здоровья женщин.

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексной терапии CIN у пациенток разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 196 пациенток с тяжелой дисплазией шейки матки. В комплекс диагностических мероприятий включены: расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, тест ФЕМОФЛОР-17, ПЦР на ВПЧ ВКР, исследование гормонального статуса, УЗИ, морфологическое исследование биопсийного материала. На первом этапе лечения произведена РВХ-эксцизия. На втором этапе (101 пациентка) проведена противовирусная терапия с применением ФДТ (56 женщин) и/или иммунокорригирующих препаратов (45 женщин), а также гормональная и таргетная терапия на протяжении 6 месяцев. В контрольной группе (95 женщин) лечение ограничивалось эксцизией (LEEPили LLETZ).

Повторное обследование проводилось через 6 месяцев по окончании лечения, оценка отдаленных результатов – спустя один и 3 года.

Результаты.

Через 6 месяцев после лечения нормативная цитограмма и нормальная кольпоскопия у женщин основной группы диагностировались чаще по сравнению с контрольной (78,2% и 52,6% соответственно, $p<0,01$ и 91,1% против 84,6%, $p<0,05$). Признаки воспаления отмечались чаще в группе контроля (38,9% и 16,8%, $p<0,01$). Аномальная КСК типа LSIL в контрольной группе диагностировалась несколько чаще (11,6% и 7,9%), а типа HSIL – достоверно чаще по сравнению с основной группой (8,4% и 1,0%, $p <0,05$).

У женщин моложе 36 лет после завершения лечения нормативные цитограммы отмечены у 76,9% основной и у 57,6% группы контроля. Клетки ASCUS выявлены только в контроле – 11,5%. Противовирусная эффективность составила 100,0% в основной группе, в контрольной у 19,3% больных отмечен положительный тест на ВПЧ. У пациенток от 36 до 45 лет нормативная цитограмма диагностировалась достоверно чаще в основной группе (79,3% и 52,0%, $p < 0,05$), воспалительная – чаще в контрольной (37,1% и 14,9%, $p<0,05$). Противовирусный эффект чаще регистрировался в основной группе (87,2% и 62,8% $p<0,05$). У пациенток старше 45 лет нормативная цитограмма после лечения также чаще отмечалась в основной группе (77,8% и 50,0% соответственно, $p<0,05$), а признаки воспаления – в группе контроля (38,2% против 13,8%, $p<0,05$). Противовирусный эффект при проведении комплекс-

ной терапии был несколько выше в основной группе (83,2% и 67,6%, p>0,05).

Через 1 год после лечения в группе моложе 36 лет отрицательный ПЦР на ВПЧ ВКР сохранялся у 92,3% основной и у 73,1% группы контроля (p>0,05). НМФ диагностированы у 3,8% женщин основной группы, что реже по сравнению с группой контроля (23,1%, p<0,05), где данный показатель не различался с исходным (21,1%). ГПЭ в основной группе не диагностировались (0% против 24,2% исходно p<0,01), в контрольной группе составила 11,5%. Спустя 3 года атипия при цитологическом исследовании отмечена достоверно чаще в контрольной группе (30,7% против 11,5%, p<0,01). Отрицательный ПЦР на ВПЧ ВКР сохранялся у 92,3% основной групп, в контроле – 65,4%, p<0,05). В основной группе НМФ диагностированы у 2 пациенток (7,6%), в контрольной – у 8 (30,7%), p<0,05. ГПЭ в основной группе не диагностировались, в контрольной у 23,6% выявлены повторно, p <0,05. В группе пациенток 36–45 лет через год после лечения атипичная цитограмма диагностирована у 7,7% основной и у 25,7% контрольной групп (p<0,05). Отрицательные показатели ПЦР на ВПЧ ВКР в основной группе регистрировались чаще, чем в контрольной (89,7% и 62,8%, p<0,01). НМФ в основной группе отмечены у 10,3% женщин (против 31,1% исходно, p<0,01), в контрольной – у 22,8% (различия с исходными недостоверны). ГПЭ диагностированы после проведения терапии у 2,5% пациенток основной и у 17,1% контрольной групп, p<0,05, мастопатия – соответственно у 33,3% и 77,1%, p<0,01. ГПЭ через 3 года после лечения чаще диагностирована в контрольной группе (31,4% и 10,3% , p<0,05). Частота мастопатии после лечения снизилась в основной группе до 41,0%, в группе контроля – не различалась по сравнению с исходной (79,2% и 62,9%, p> 0,05). Частота НМФ в основной группе имела тенденцию к снижению (с 31,1% до 23,1%), в контрольной группе отмечено повышение до 37,1%. Среди женщин старше 45 лет через 3 года рецидив CIN выявлен у 7 (10,0%), в т. ч. тяжелые формы CIN – у 18,6% больных. В данной возрастной группе ГПЭ спустя 3 года повторно диагностированы у 5,6% женщин основной и у 11,7% контрольной группы, что реже по сравнению с исходными показателями (30,0%), p<0,01 и p<0,05 соответственно.

Выводы. Наиболее высокой эффективность лечения была у пациенток в возрасте до 45 лет, частота рецидивов 3 года 10,8%, в группе старше 45 лет – 29,7% (p<0,01 по сравнению с первой и p<0,05 – со второй возрастной группой). Лучшие показатели отмечались в группах женщин, прошедших после оперативного лечения комплексную противовирусную и гормональную терапию Показатели репродуктивного здоровья улучшались после комплексного лечения во всех возрастных группах.

THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF WOMEN OF DIFFERENT AGE PERIODS WITH SEVERE CERVICAL DYSPLASIA

Aminodova I.P., Posiseyeva L.V.

The aim of the research evaluation of the effectiveness of a multipurpose therapy CIN II–III, depending on age.

Materials and methods. The examination and treatment of 196 patients with severe cervical dysplasia: first group to 35, the second – from 36 to 45 years, and the third – over 45y.o. All patients performed LEEP / LLETZ cervix. In the control group – 95 women – made

only excision, in the main – 101 people – additional antiviral (drug and PDT), and hormone therapy for 6 months.

Results. Related gynecological pathology was diagnosed in most women. Papilloma vulva and vagina often observed in group 1, a mastopathy – in the 2nd and 3rd group, atypical endometrial hyperplasia -only older 35 years.

The highest efficiency of complex treatment occurred among patients under 45 years, the antiviral effect – in women younger than 35 years, the relapse rate – in the group older than 45 years. Pregnancy rates patients under 35 years was significantly higher, and the frequency of births – lower than older women of reproductive age.

In the control group CIN recurrence rate is highest in the group over 45 years. In 35.3% of them required surgical treatment, including on the comorbidity. Pregnancy rates in women over 36 years, the last phase of rehabilitation is significantly lower, and reproductive losses higher compared with patients under 35 years.

Conclusions. Complex therapy with hormonal component to the rehabilitation stage increases the effectiveness of treatment CIN II-III, ensures the implementation of childbirth, especially in mature patients of reproductive age.

Keywords: CIN, hormonal therapy, reproductive function

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЯИЧНИКОВ У НОСИТЕЛЬНИЦЫ BRCA2 МУТАЦИИ: ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МРТ

Алипов В.А., Солопова А.Е.

ФГБУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Резюме: Носительницы мутаций в гене BRCA имеют высокий риск развития синхронных опухолей молочной железы и яичников. Использование комплексного диагностического алгоритма с включением МРТ позволило своевременно диагностировать и правильно оценить распространение рака молочных желез и рака яичников. В результате применения препаратов платины у пациентки был отмечен ответ обоих опухолей на проводимую терапию, подтвержденный гистологически.

Введение: Носители BRCA1 и BRCA2 мутаций имеют повышенный риск развития наследственного рака молочных желез (РМЖ) и рака яичников (РЯ). В случаях отягощенного семейного анамнеза риск может достигать 87% для РМЖ и 44% для РЯ. Одновременное развитие двух первичных опухолей встречается редко, а большинство подобных случаев ошибочно диагностируют как метастатические поражения, что приводит к неадекватной лечебной тактике.

Для визуализационной диагностики используется ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография. Современные методики МРТ позволяют оценить как морфологические характеристики опухоли, так и ее функциональные характеристики (перфузию, ограничение диффузии жидкости), однако их применение в клинической практике ограничено.

Материалы и методы: Представлен клинический случай 63-летней пациентки с синхронным раком молочных желез и яичников, носительницы BRCA2 мутации. Семейный анамнез был отягощен случаем РМЖ у матери в 53 года. Было прове-

дено комплексное клинико-лучевое исследование, включавшее в себя ультразвуковое и комплексное МРТ молочной железы и органов малого таза.

Результаты: С помощью МРТ с внутривенным динамическим контрастированием было выявлено одиночное образование в левой молочной железе, имевшее следующие признаки злокачественности: накопление контраста в виде кольца, гетерогенность структуры и особенности кривой накопления контраста (КНК). КНК характеризовалась быстрым насыщением в первую с вымыванием в третьей фазе. Согласно BI-RADS образование молочной железы имело 5 категорию злокачественности, соответствующую РМЖ. Биопсия подтвердила наличие протоковой аденокарциномы.

На диффузионно-взвешенной МРТ малого таза и брюшной полости было выявлено двустороннее образование яичников и множественные импланты в брюшину со сниженным измеряемым коэффициентом диффузии, что характерно для злокачественных образований. Биопсия асцитической жидкости подтвердила наличие аденокарциномы яичников. Основываясь на данных лучевой диагностики, клинических данных и данных иммунно-гистохимического анализа был поставлен диагноз РМЖ стадии IIA (T1,N1,M0) ER-, ER-, HER2-, РЯ IIIC стадии (T3 N0 M0). Проведена химиотерапия препаратами платины. Обе опухоли имели ответ на проводимую терапию согласно RECIST со снижением уровня CA-125, впоследствии подтвержденный гистологически.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует редкое сочетание двух первичных опухолей локализующихся в молочных железах и яичниках. Применение комплексного клинико-лучевого исследования с использованием функциональных методов МРТ позволило провести своевременную диагностику и начать адекватную терапию.

CASE, MULTIFOCAL BREAST CANCER AND OVARIAN CANCER IN CARRIERS OF BRCA2 MUTATIONS: THE USE OF A COMPREHENSIVE MRI

Alipov V.A., Solopova A.E.

FGBU OV «First MGMU name IM Sechenov».

Summary: Carriers of mutations in the BRCA gene have a high risk of synchronous tumors of the breast and ovaries. The use of complex diagnostic algorithm with the inclusion of MRI enabled a timely diagnosis and correctly assess the spread of breast cancer and ovarian cancer. The result of the application of platinum drugs the patient had marked response of both tumors on the therapy, confirmed histologically.

ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА, КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ДИСПЛАЗИИ И РАКОВЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ИНФИЦИРОВАНЫ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Козуб А.В., Козуб К.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ОНМедУ, г. Одесса, Украина

Резюме. Патология шейки матки является одной из распространённых гинекологических заболеваний. Изменение эпителия шейки матки увеличивает риск развития диспластических и раковых процессов. Это заболевание у всех странах мира чаще возникает у женщин молодого репродуктивного возраста. Причины моложения патологии шейки матки неизвестны. Среди распространенных гипотез первое место занимает ранняя половая жизнь и, соответственно, раннее заражение вирусом папилломы человека. Также акцентируют внимание на большом количеству абортов, травм при родах, не адекватному лечении патологии шейки матки. В развитии дисплазии шейки матки, ассоциированы с вирусом папилломы человека, значительную роль играет ко-инфекция – вирус простого герпеса второго типа, наличие его у женщины обуславливает высокою степень повреждения эпителия. Соединение вирус папилломы человека и вируса простого герпеса второго типа оказывает онкогенную трансформацию эпителия, что приводит к онкопатологии шейки матки.

Патология шейки матки есть одной с актуальных тем в современной медицине, т.к требует внимание не только акушеров-гинекологов, а и онкологов, дерматовенерологов, иммунологов и других специалистов. Длительное течение, часты рецидивы, не адекватное лечение может привести к развитию диспластических процессов шейки матки. Особенностью проблемы то что заболевание имеет тенденцию к распространению среди женщин молодого репродуктивного возраста. Герпетическая инфекция является агрессивной к эпителию влагалища и шейки матки. ВПГ – один из распространенных в мире, что обуславливает высоким восприятие человека ВПГ 1 и 2 типов. Контакт с этой инфекцией происходит у людей. Он подтверждает выявление антител к ВПГ 1 и 2 типов у 80–90% взрослого населения. Это обуславливает разнообразие путей передачи и способностью вируса к длительной персистентности в клетках нервной системы.

Современным методом диагностики является – исследование неопластических изменений клеток эпителия цервикального канала шейки матки женщин иммуноцитогистохимическим методом для определения уровня экспрессии белка P-16 INK4a.

Является проблемой то, что отсутствие жалоб и четкой клинической картины. Клинические проявления генитального герпеса могут меняться при иммунодефицитных состояниях, при соединении вирусного поражения, что меняет клиническую картину заболевания.

При тяжелой дисплазии шейки матки, которая соединяется с герпетическим поражением многослойного плоского эпителия, наблюдается активация антиаппоптозных программ, которые ускоряют развитие патологических изменений. Дополнительными факторами, которые способствует пуску механизмов вирусного канцерогенеза, есть снижение общего иммунитета, частая смена половых партне-

ров, инфекции передающийся половым путем, травмы шейки матки с образованием зон трансформации, ранее начало половой жизни, курение.

Канал шейки матки покрыт цилиндрическим эпителием, а вагинальная поверхность шейки матки – многослойным плоским эпителием. Важное клиническое значение имеет так званое зона трансформации, которая находится между многослойным плоским и цилиндрическим эпителиями. В этой области находится наибольшая адгезия инфекционных агентов, и в ней чаще всего развиваются диспластические и опухолевые процессы шейки матки.

Опасность развития инвазивного рака заставляет докторов прибегать к чрезмерному хирургических вмешательств у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями. Но только хирургическое вмешательство не устраняет причину заболевания, и на протяжении следующих 2–5 лет возникает рецидив. Чтобы избежать рецидива, нужно подействовать непосредственно на фактор. Учитывая отрицательную роль обоих вирусов (ВПГ и ВПЧ) в возникновении цервикальных интраэпителиальных неоплазий. Лечение должно быть направлено не отдельно на каждый вирус, а на вирусную ассоциацию (ВПГ + ВПЧ).

Несмотря на существование многочисленных гипотез биологические закономерности неопластической трасформации у женщин с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями на фоне сочетание герпетической и папилломавирусной инфекции остаются дискуссионными.Таким образом, консорциум ВПЧ и других вирусов, в частности ВПГ, еще изучаются и тема является чрезвычайно актуальной для дальнейших исследований.

HERPES SIMPLEX VIRUS, AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF DYSPLASIA AND CANCEROUS PROCESSES OF THE CERVIX IN WOMEN INFECTED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Kozub A.V., Kozub K.V.

Department of Obstetrics and Gynecology of the ONMU, Odessa, Ukraine

Summary. Pathology of the cervix is a common gynecological diseases. The change in the cervical epithelium increases the risk of developing dysplastic and cancerous processes. The disease in all countries of the world occurs more often in young women of reproductive age. Causes of polojenia cervical pathology is unknown. Among the popular hypothesis the first place is early sexual activity and, therefore, early infection with human papillomavirus. Also focus on the large number of abortions, injuries during childbirth, not adequate treatment of cervical pathology. In the development of cervical dysplasia associated with human papillomavirus, a significant role is played by co-infection – herpes simplex virus of the second type, its presence in women causes a high degree of damage to the epithelium. The connection the human papilloma virus and herpes simplex virus of the second type exerts oncogenic transformation of the epithelium, leading to cancer of the cervix.

РОЛЬ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ РС-10 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЭКСЦИЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПВИ

Симонова Т.В., Царькова М.А., Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Колесов А.А., Чобанян А.Г., Максимова О.В., Фириченко С.В., Семенцова Н.А., Невзоров О.Б., Петров А.Н., Завалишина Л.Э., Андреева Ю.А., Франк Г.А.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ им.А.И.Евдокимова
Отделение патоморфологии опухолей МНИОИим.П.А.Герцена. Москва. Россия

Рак шейки матки занимает второе место среди злокачественных опухолей органов женской репродуктивной системы. В настоящее время доказана вирусная этиология рака аногенитальной области. Развитие рака шейки матки не является молниеносным процессом и занимает 10–15лет. Остается актуальным активное выявление пациенток, которым необходимо хирургическое лечение при наличии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Цель: разработать научно обоснованный подход для проведения эксцизии шейки матки с помощью моноклональных антител РС-10,как маркера пролиферативной активности.

Материалом послужили 30 биоптатов шейки матки с повреждениями многослойного плоского эпителия шейки матки низкой и 20-высокой степени, 40 биоптатов с кондиломатозом.

Материал фиксировали 10% нейтральным формалином 24 часа, заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5мкм на специальные сиалинизированные предметные стекла(DAKO).В качестве специфических антител были использованы мышиные антитела к пролиферативному ядерному антигену(DAKO-PCNA,PC-10) в разведении 1:70.После проведения реакции срезы заключали в водорастворимую среду «Aqavatex».

Результаты исследований показали, что пролиферативная активность обнаружена во всех случаях, с локализацией в ядрах койлоцитов плоскоэпителиального покрова эндоцервикса. Наиболее интересным явилось обнаружение высокой степени пролиферации у 11% с персистенцией ПВИ и слабая пролиферативная активность в 3 биоптатах с гистологической картиной CIN2–3. После проведения эксцизии пролиферативная активность обнаруживалась в 2 биоптатах с CIN2–3,что клинически соответствовало остаточным повреждениям в зоне резекции.

Проведенное исследование продемонстрировало необходимость изучения пролиферативной активности клеток для правильного отбора пациентов, которым необходима эксцизия шейки матки при интраэпителиальных поражениях ПВИ.

THE ROLE OF A MARKER OF PROLIFERATIVE ACTIVITY OF PC-10 TO DETERMINE THE INDICATIONS FOR CERVICAL EXCISION IN LESIONS OF PVI

Simonova T.V., Tsarkova M.A., Minkina G.N., Manuhin I.B., Kolesov A.A., Chobanyan A.G., Maksimova O.V., Firichenko S.V., Sementsova N.A., Nevzorov O.B. Petrov A.N., Zavalishina L.E., Andreev Y., Frank G.A.

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty, Moscow State Medical and Dental University, Moscow, Russia

Conclusions: We suppose that our investigations on definition of proliferative activity in biopsies of the uterien cervix epithelium by PC-10 will allow to forecast transition in neoplastic process at PSNA high levels. HPV with combination PSNA high level could be used as unfavourable prognostic criterium.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Исмоилова Д.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

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

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

Цель исследования: выявить морфологические особенности ПЭ в репродуктивном периоде и в постменопаузе. Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи: 1. Провести морфологическое сравнение ПЭ у женщин в репродуктивном возрасте и в постменопаузе. 2. Выявить имуногистохимические критерии оценки риска малигнизации ПЭ.

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

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

Результаты. Железистые полипы у пациенток репродуктивного возраста встречались в 21,7% (ДИ 7,1–41,6%) и не встречались у пациенток в постменопаузе (ДИ 0,0–7,4%), $p<0,05$. При данном варианте полипов мы отмечали резкое преобладание железистого компонента над стромальным. При окраске по Ван Гизону строма была представлена рыхлой соединительной тканью бедной коллагеновыми волокнами. А с использованием альцианового синего при pH 2,5 выявлялись гликозаминогликаны. Железисто-фиброзные ПЭ встречались в 100% случаев (ДИ 92,6–100,0%) у пациенток постменопаузального и 78,3% (ДИ 58,4–92,9%) в репродуктивном возрасте, $p>0,05$. В этих случаях выявлялось преобладание стромального компонента над железистым. В большинстве случаев ПЭ в постменопаузе развивались на фоне атрофии эндометрия. При окраске по Ван Гизону количество клеточных элементов в этих ПЭ было уменьшено, выявлялось много коллагеновых волокон, в некоторых случаях отмечался гиалиноз стромы. Окраска альциановым синим была позитивной лишь в единичных случаях и в единичных железах, то есть альцианофилия не выявлялась. Определение экспрессии Ki – 67 выявило практически ее отсутствие в железистых ПЭ и умеренную очаговую пролиферативную активность в железисто-фиброзных ПЭ. Одновременно определялись высокие и умеренные антиапоптотические маркеры с использованием экспрессии Bcl-2 как при наличии железистых, так и фиброзных ПЭ у всех пациенток.

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

MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR RISK OF MALIGNANCY ENDOMETRIAL POLYPS

Ismoilova D.W.

Urgench branch of Tashkent medical Academy

Operating material in 48 patients (23 of them were in reproductive age, 25 – in postmenopausal women) has been investigated. Hysteroresectoscopy surgery involving resection of endometrial polyps was performed. It has been shown that adenofibrouse endometrial polyps are typical morphological kind in these age periods. The risk of malignancy in all age periods should be measured by the ratio of Bcl-2 and Ki 67 expression in the cellular elements of endometrial polyps.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

Солопова А.Е.[1], Алипов В.А.[1], Сдвижков А.М.[2], Терновой С.К.[1]

1 ФГБУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ.
2 ГБУЗ «ОКД №1 ДЗМ»

Резюме. 62-м пациенткам с подозрением на рак яичников выполнено клинико-лучевое исследование, включавшее измерение уровня СА-125, ультразвуковое исследование (УЗИ), мультисрезовую компьютерную томографию (МСКТ) и диффузионно-взвешенную магнитно-резонансную томографию (ДВ-МРТ) брюшной полости и полости таза. Проведена сравнительная оценка диагностических возможностей и ограничений МСКТ и ДВ-МРТ в оценке местного распространения, перитонеальной сальниковой имплантации в рамках стадирования злокачественных новообразований яичников (ЗНО).

Актуальность. ЗНО занимают пятое место среди причин женской смертности от онкологических заболеваний и первое среди злокачественных образований органов малого таза. Причиной высокой смертности пациенток с ЗНО является поздняя диагностика примерно в 70% случаев на стадиях III-IV, когда имеет место метастазирование опухоли по брюшине. При распространенном поражении уменьшается вероятность полного удаления опухоли, увеличивается риск рецидива и вероятность развития химиорезистентности. Пятилетняя выживаемость пациенток с ЗНО варьирует от 92% на стадии I-II до 27% на поздних стадиях. ЗНО представляют собой серьезную проблему в плане дифференциальной диагностики, стадирования и выбора оптимального лечения.

Целью данного исследования был сравнительный анализ диагностических возможностей диффузионно-взвешенной МРТ (ДВ-МРТ) и МСКТ в оценке местного распространенности в рамках стадирования ЗНО яичника.

Материалы и методы. По результатам УЗИ малого таза, клиническим данным и повышенному уровню СА-125 было отобрано 62 пациентки с подозрением на ЗНО, которым были проведены МСКТ и МРТ таза и брюшной полости. С помощью этих методов были получены данные о наличии опухолевой имплантации в различные области брюшины и сальника, в соответствии с которыми для каждой пациентки была определена стадия опухолевого процесса. Полученные данные верифицировались на внутриоперационной лапаротомии. Для каждого метода была подсчитана чувствительность и специфичность обнаружения опухолевых очагов в определенных диагностически значимых областях брюшины, а также точность определения стадии злокачественного процесса. Проанализированы средние значения измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) для первичных очагов опухоли и вторичных очагов брюшной полости и малого таза.

Результаты. У большинство пациенток (N = 57, 91,2%) была по результатам биопсии операционного материала была диагностирована серозная аденокарцинома, у 3 пациенток (4,8%) была обнаружена муцинозная аденокарцинома, по одной пациентке (1,6%) имели светлоклеточную карциному и эндометриоидную карциному. Чувствительность ДВ-МРТ (87%) превосходила КТ (69%), специфичность составила 78,5% у ДВ-МРТ и 75,4% у КТ.

Чувствительность ДВ-МРТ и МСКТ для отдельных областей составила соответственно: брыжейка тонкого кишечника 100% и 67%, брыжейка толстого кишечника 83% и 50%, имплантация в сальник 92,5% и 95,2%, паравезикальная/параметральная клетчатка 100% и 82,4%, сумка Моррисона 69,2% и 53%, диафрагма слева 85,7% и 73,3%, диафрагма справа 90,5% и 61,9%, поверхность печени 77,8% и 60%.

Специфичность составила ДВ-МРТ и МСКТ: брыжейка тонкого кишечника 71% и 94%, брыжейка толстого кишечника 76% и 93%, имплантация в сальник 67% и 33,3%, паравезикальная/параметральная клетчатка 91% и 70%, сумка Моррисона 77% и 64%, диафрагма слева 91,7% и 75%, диафрагма справа 100% и 100%, поверхность печени 54,4% и 74%. Точность определения стадии опухолевого процесса для ДВ-МРТ была около 84%, у КТ 72%.

ИКД во вторичных опухолевых очагах был достоверно ниже (969.5±188.5 х 106 мм2/с в сальниковых очагах, 890.9±103.7 х 106 мм2/с в перитонеальных имплантах), чем в первичных (1,045.5±214.7 х 106 мм2/с в яичниках), что может говорить о процессах дедифференцировки и фенотипических изменениях при метастазировании.

Выводы. ДВ-МРТ превосходит МСКТ по диагностическим возможностям в оценке местного распространения и сальниковой имплантации ЗНО, позволяя с высокой точностью определить стадию опухолевого процесса.

COMPLEX MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EVALUATION OF LOCAL SPREAD OF OVARIAN CANCER

Solopova A.E.1, Alipov, V.A.[2], Zdzvizhkou M.A., Ternovoy S.K.[1]

First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov
2 SBH «OKD NO. 1 DZM»

DW-MRI is superior to MSCT in the diagnostic possibilities in the assessment of local spread and omental implantation, and malignant ovarian neoplasms allowing with high accuracy to determine the stage of cancer.

ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯШИЕ К РАЗВИТИЮ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Юлдашева Д.Ю., Аскарова У.Ж., Ахмедова Г.А.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская Медицинская Академия,
Кафедра Акушерства и гинекологии по подготовке ВОП

Рак шейки матки (РШМ) занимает третье место в мире по частоте встречаемости после рака молочной железы и прямой кишки. Несмотря на современные методы диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки матки, ежегодно в мире регистрируются 470 тыс. новых случаев рака шейки матки (РШМ), из которых 233 тыс. заканчиваются смертельным исходом. Вместе с тем более 15% случаев РШМ диагностируется в возрасте от 20 до 34 лет, что обосновывает необходимость

поиска новых скрининговых методов исследования для раннего выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и РШМ в этой возрастной группе. Так, заболевания шейки матки, ассоциированные с вирусом папилломы человека (ВПЧ), встречаются у 50–80% населения и в 99,7% случаев подтвержденного РШМ.

Целью нашего исследования явилось изучить анамнез и определить отягощающие факторы риска в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Нами было обследованы 225 женщин в возрасте от 19 до 55 лет, в ЦЖЗ II клиники ТМА. Верификация диагноза проводилась на основании клиники и лабораторно-инструментальных исследований (анамнез, ПАП-мазок, кольпоскопия, ПЦР-диагностика на ВПЧ).

Исследованные 225 женщины с ЦИН составили основную группу и были разделены на 2 возрастные группы: в I группу вошли, женщины репродуктивного возраста (n=173) с 19 до 45 лет, средний возраст 34,1±6,2 лет, а во II группу женщины перименопаузального возраста (n=52) с 45 до 55 лет, средний возраст которых составил 49,1±4,0 лет.

Контрольную группу составили женщины без патологии шейки матки(n=50), у которых результатом цитологического исследования была «цитограмма без особенностей», которые соответственно были разделены на 2 группы: I группа, (n=30) – женщины репродуктивного возраста с 21 до 45 лет, средний возраст 33,9±7,1 лет и II группа, (n=20) – перименопаузального возраста с 45 до 55 лет, средний возраст 49,9±3,2 лет.

Большинство женщин основной группы в анамнезе имели частые беременности (4 и более) – 126 (56%) женщин и большое количество родов в 1,8 раза чаще (2–3-е) у женщин основной группы по сравнению с контрольной группой. Среди акушерско-гинекологического анамнеза имели место травмы промежности и шейки матки в родах – у 67 (29,8%) женщин основной группы, эрозия шейки матки 2,1 раза чаще, воспалительные процессы, как хронический аднексит 11 раз чаще по сравнению с контрольной группой, а хронический цервицит вообще наблюдался только у 113(50,2) женщин основной группы, аборты 1,6 раза чаще наблюдалось у женщин основной группы по сравнению с контрольной.

Таким образом ВПЧ носительство на фоне ко-факторов усугубляет развитие интраэпителиальных неоплазий шейки матки.

SUMMARY AGGRAVATING FACTORS PRIVODYASHIE TO THE DEVELOPMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Yuldasheva D.Y., Askarova U.J., Akhmedova G.A.

The analysis from the 225 surveyed women with CIN showed that women who had confounding risk factors, such as frequent pregnancy and childbirth, perineal trauma during childbirth, background cervical diseases, inflammation, made abortion exacerbates the development of intraepithelial cervical neoplasia in women with HPV carriage.

Keywords: CIN, PAP smear, colposcopy, HPV.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЯИЧНИКОВ У НОСИТЕЛЬНИЦЫ BRCA2 МУТАЦИИ: ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МРТ

Алипов В.А., Солопова А.Е.

ФГБУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Резюме: Носительницы мутаций в гене BRCA имеют высокий риск развития синхронных опухолей молочной железы и яичников. Использование комплексного диагностического алгоритма с включением МРТ позволило своевременно диагностировать и правильно оценить распространение рака молочных желез и рака яичников. В результате применения препаратов платины у пациентки был отмечен ответ обоих опухолей на проводимую терапию, подтвержденный гистологически.

Введение: Носители BRCA1 и BRCA2 мутаций имеют повышенный риск развития наследственного рака молочных желез (РМЖ) и рака яичников (РЯ). В случаях отягощенного семейного анамнеза риск может достигать 87% для РМЖ и 44% для РЯ. Одновременное развитие двух первичных опухолей встречается редко, а большинство подобных случаев ошибочно диагностируют как метастатические поражения, что приводит к неадекватной лечебной тактике.

Для визуализационной диагностики используется ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография. Современные методики МРТ позволяют оценить как морфологические характеристики опухоли, так и ее функциональные характеристики (перфузию, ограничение диффузии жидкости), однако их применение в клинической практике ограничено.

Материалы и методы: Представлен клинический случай 63-летней пациентки с синхронным раком молочных желез и яичников, носительницы BRCA2 мутации. Семейный анамнез был отягощен случаем РМЖ у матери в 53 года. Было проведено комплексное клинико-лучевое исследование, включавшее в себя ультразвуковое и комплексное МРТ молочной железы и органов малого таза.

Результаты: С помощью МРТ с внутривенным динамическим контрастированием было выявлено одиночное образование в левой молочной железе, имевшее следующие признаки злокачественности: накопление контраста в виде кольца, гетерогенность структуры и особенности кривой накопления контраста (КНК). КНК характеризовалась быстрым насыщением в первую с вымыванием в третьей фазе. Согласно BI-RADS образование молочной железы имело 5 категорию злокачественности, соответствующую РМЖ. Биопсия подтвердила наличие протоковой аденокарциномы.

На диффузионно-взвешенной МРТ малого таза и брюшной полости было выявлено двустороннее образование яичников и множественные импланты в брюшину со сниженным измеряемым коэффициентом диффузии, что характерно для злокачественных образований. Биопсия асцитической жидкости подтвердила наличие аденокарциномы яичников. Основываясь на данных лучевой диагностики, клинических данных и данных иммунно-гистохимического анализа был поставлен диагноз РМЖ стадии IIA (T1,N1,M0) ER-, ER-, HER2-, РЯ IIIC стадии (T3 N0 M0). Проведена химиотерапия препаратами платины. Обе опухоли имели ответ на проводимую терапию согласно RECIST со снижением уровня CA-125, впоследствии подтвержденный гистологически.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует редкое сочетание двух первичных опухолей локализующихся в молочных железах и яичниках. Применение комплексного клинико-лучевого исследования с использованием функциональных методов МРТ позволило провести своевременную диагностику и начать адекватную терапию.

CASE, MULTIFOCAL BREAST CANCER AND OVARIAN CANCER IN CARRIERS OF BRCA2 MUTATIONS: THE USE OF A COMPREHENSIVE MRI

Alipov V.A., Solopova A.E.

FGBU OV «First MGMU name IM Sechenov».

Summary: Carriers of mutations in the BRCA gene have a high risk of synchronous tumors of the breast and ovaries. The use of complex diagnostic algorithm with the inclusion of MRI enabled a timely diagnosis and correctly assess the spread of breast cancer and ovarian cancer. The result of the application of platinum drugs the patient had marked response of both tumors on the therapy, confirmed histologically.

ГЛАВА 6 / CHAPTER VI

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND THE POSTPARTUM PERIOD

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ТЕЛОЦИТОВ ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Крылова Ю.С.[1],Козонов Г.Р.[1], Барам Д.В.[2]

1. ФГБНУ «НИИ Акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»
2. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

ТЦ являются специализированным типом интерстициальных клеток миометрия. Наша цель состояла в том, чтобы оценить роль ТЦ при ДРД. Материалом для исследования послужили образцы ткани миометрия от роженицы, родоразрешенных в экстренном порядке путем операции кесарева сечения в связи с ДРД и при не осложненном течении, по соматическим показаниям. ТЦ определяли с помощью ИГХ путем выявления CD-117.В группе исследования было определено наибольшее количество ТЦ 4,34±0,29, тогда как в группе контроля 2,14±0,13. При этом было отмечено увеличение и тучных клеток в группе ДРД что составило 23,35±0,21 против контрольной группы 16,03 ±0,15. Наше исследование продемонстрировало увеличение количества ТЦ и тучных клеток при ДРД, что может быть одним из патогенетических механизмов развития аномалии сократительной деятельности матки в родовой деятельности.

Сократительная деятельность матки является ведущим механизмом обеспечивающим течение родовой деятельности и исход родов. Аномалии сократительной деятельности матки в родовой деятельности приводят к многообразию неблагоприятных последствий как для матери так и для плода. Основой для развития родо-

вой деятельности является состояние сократительной активности миометрия. Исследований посвященных гладкомышечным компонентам миометрия и их участию в родах достаточное количество, а роль соединительнотканного компонента в акте сокращения и расслабления матки практически не изучена. В соединительнотканном компоненте миометрия располагаются интерстициальные клетки открытые в 1893 г. известным нейрогистологом Сантьяго Рамоном-и-Кахальем, затем получившие название «телоциты» (ТЦ). ТЦ – клетки вытянутой веретеновидной формы имеющие 2–5 длинных отростка. В миометрии ТЦ образуют трехмерную сеть с развитыми длинными отростками в интерстициальной соединительной ткани между слоями гладкомышечных клеток. ТЦ обладают широким спектром функций, это и пейсмекерная активность, следовательно, регулировать механизм сокращения миометрия во время родов. Они являются сенсорами половых гормонов – на их мембран располагаются рецепторы прогестерона и эстрогена. Целью нашей работы стало исследование роли ТЦ в ДРД. Материалом для исследования послужили образцы ткани миометрия от 15 рожениц, родоразрешенных в экстренном порядке путем операции кесарева сечения в связи с ДРД в латентной фазе родов, которые составили основную группу. Контрольную группу составили образцы ткани миометрия 15 рожениц с не осложненным течением беременности в латентной фазе родов, родоразрешенных по соматическим показаниям. Фрагменты миометрия объемом 1 см3 обрабатывали по стандартной методике с получение парафиновых блоков. Морфологическое исследование проводили на срезах окрашенных гематоксилином и эозином для исключения патологического процесса. ИГХ проводили на тонких 4–5 мкм депарафинизированных срезах, с применением первичных антител CD117/c-kit (Thermo scientific, RB-1518-P0,1:100). Для визуализации использовали систему детекции Ultravision detection system (Anti-polyvalent, HRP/DAB,Thermo scientific). Оценку результатов проводили путем подсчета количества c-KIT-позитивных клеток в 10 полях зрения, выбранных случайным образом с последующим подсчетом среднего значения. Нами были получены следующие результаты. Экспрессия трансмембранного поверхностого рецептора c-KIT характерна для ТЦ и тучных клеток в миометрии. В группе контроля наблюдалось небольшое количество позитивных клеток расположенных среди гладкомышечных клеток или около сосудов. ТЦ имеют характерную морфологию – это маленькие веретеновидные клетки с скудной цитоплазмой и крупным плоским ядром, имеющие цитоплазматические выросты от полюсов. Тучные клетки так же позитивны для c-Kit, но отличаются крупным округлым ядром и зернистой цитоплазмой. В группе исследования было определено наибольшее количество ТЦ в миометрии 4,34 ± 0,29, тогда как в группе контроля количество ТЦв составило 2,14 ± 0,13. При этом было отмечено увеличение и тучных клеток в группе ДРД что составило 23,35 ± 0,21 против контрольной группы 16,03 ± 0,15. Функция ТЦ в миометрии остается спорной, предполагают что они могут обладать пейсмекерной активностью и влиять на процесс родов. ТЦ также участвуют в межклеточной сигнализации в том числе и с иммунными клетками. Наше исследование продемонстрировало увеличение количества ТЦ и тучных клеток при ДРД, что может быть одним из патогенетических механизмов развития аномалии сократительной деятельности матки в родовой деятельности.

THE ROLE AND IMPORTANCE IN TELOTSITOV DISCOORDINATION LABOR

Krylova Y.S.[1], Kozonov G.R.[1], Baram D.V.[2]

1. FGBNU «Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproduction them named after D.O. Ott»
2. Saint Petersburg State Pediatric Medical University

TC is a specialized type of interstitial cells of the myometrium. Our aim was to evaluate the role of the TC at DCA. The material for the study is based on samples of myometrium tissues from childbirth, delivery of urgency by cesarean section due to the DCA and not complicated course, the somatic reasons. TC was determined by using IHC detection of CD-117.VThe greatest number was determined TC 4.34 ± 0.29, whereas in the control group 2.14 ± 0.13. At the same time there was an increase, and mast cells in the group that DCA was 23,35 ± 0,21 contra control group 16,03 ± 0,15. Our study demonstrated an increase in the number of TC and mast cells with the DCA, which may be one of the pathogenetic mechanisms of development of abnormalities of uterine activity in labor.

АПОПТОЗ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ТРОМБОФИЛИЯХ

Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р.

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

В исследовании на основе изучения активности апоптоза выявлено повышение цитометрических и биохимических маркеров поражения эндотелиальных клеток у беременных с различными формами тромбофилии.

На сегодняшний день огромное внимание науки обращено на исследование нарушений микроциркуляции, главная роль в которых отводится генерализованной эндотелиальной дисфункции. Изучение повреждений сосудистой стенки при тромбофилиях у беременных – интереснейший аспект исследования в этом направлении. Доказано, что поражение эндотелиоцитов опосредовано апоптозом. В литературе убедительно доказано участие апоптоза в патогенезе АФС. АФА связываются с поверхностью эндотелиальных клеток, подвергшихся апоптозу, а также сами инициируют апоптоз. Имеются данные об активации апоптоза эндотелиоцитов при гипергомоцистеинемии. Кроме того, при повреждении эндотелия нарушается его антикоагулянтная функция, что сопровождается изменением активности фактора Виллебранда, факторов II, V, t-PA, PAI-1 и др. Участие тромбофилических нарушений в инициации механизма апоптоза эндотелиальных клеток может иметь ключевое значение в развитии патологии беременности при тромбофилиях.

Цель исследования: оптимизация ранней диагностики нарушений маточно-плацентарного кровотока для улучшения течения и исхода беременности, протекающей на фоне тромбофилии.

Нами обследовано 60 женщин с неразвивающейся беременностью сроком от 7 до 12 недель. Все исследуемые находились на лечении в отделениях гинекологии ГБУЗ ГКБ №13 г. Москвы. В основную группу вошли 30 беременных, у которых при лабораторном исследовании выявлены маркеры той или иной формы тромбофилии. У всех обследованных проводилась оценка эндотелиальной дисфункции с помощью подсчета количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в периферической крови, согласно методике Hladovec J., 1978. С целью оценки уровня активности апоптоза у обследованных иммуноферментным методом определялась концентрация в сыворотке крови белка апоптоза p53. Известно, что поражение эндотелиоцитов при эндотелиальной дисфункции опосредовано апоптозом. В процессе поражения клетка проходит стадии сжатия, конденсации хроматина и формирования апоптозных телец. При этом изменяется диаметр и площадь пораженной клетки. При высокой степени эндотелиальной дисфункции большая часть ДЭ фиксируется в стадии блеббинга и апоптозных телец, что отражается на уменьшении среднего диаметра и площади измененных клеток. С целью оценки уровня поражения эндотелия у всех беременных проводилась компьютерная цитометрия ДЭ периферической крови. Полученные результаты подвергались статистическому анализу.

Средний возраст у беременных не имел достоверных отличий в исследуемых группах и составил 32,1+8,4 лет в основной группе и 31,36+12,1 лет – в контрольной. В основной группе мутации тромбофилии выявлены у 21 пациентки (70%), из них PAI I у 14 человек, F2 у двух беременных, F5 у трех беременных, мутации фолатного ряда выявлены у 16 беременных основной группы. Антикардиолипиновые антитела в диагностических титрах выявлены у 40% беременных основной группы (12 человек). Статистически достоверных различий при исследовании других заболеваний в исследуемых группах выявлено не было. При сравнении показателей среднего количества десквамированных эндотелиоцитов в исследуемых группах получено увеличение в два раза количества эндотелиоцитов в группе беременных с маркерами тромбофилий: 12,45x10^4 кл/100мл в основной группе и 6,06x10^4 кл/100мл – в контрольной группе. При цитометрическом исследовании средний диаметр ДЭ контрольной группы составил 44,5+0,91мкм, что в 1,5 раза выше данного показателя основной группы 31,58+0,84 мкм. Средняя площадь ДЭ составила в контрольной группе 1463+64,5 мкм^2 и 828,96+50,3 мкм^2 – в основной группе. Для оценки состояния уровня апоптоза у женщин в изучаемых группах был оценен уровень белка апоптоза p53. Разрушение молекулы ДНК является ключевым моментом в патогенезе апоптоза. При отсутствии повреждений генетического аппарата белок p53 находится в неактивном состоянии, а при появлении повреждений ДНК белок P53 переходит в активную форму, и его концентрация в сыворотке крови возрастает. Показатели концентрации белка p53 дают характеристику активности процессов апоптоза в организме. Концентрация белка p53 в сыворотке крови у женщин с неосложненным течением первого триместра беременности составила 0,0069 Ед/мл, в основной группе этот показатель составил 0,0145 Ед/мл.

Таким образом, в нашей работе выявлено повышение цитометрических и биохимических маркеров поражения эндотелиальных клеток у беременных с той или иной формой тромбофилии. Исследование процессов апоптоза эндотелиоцитов может являться перспективным направлением в изучении патогенеза эндотелиальной дисфункции.

APOPTOSIS OF ENDOTHELIAL CELLS IN THE PATHOGENESIS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THROMBOPHILIA

Torchinov A. M, Umahanova M.M., Mironov A.V., Osmanov S.R.

Russia, Moscow, MSMSU named after A.I. Evdokimov.
In the research using the method of cytomorphometry evaluated endotheliopathy of pregnant women with different forms of thrombophilia.

ПРЕДРОДОВАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА

Силаев К.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

В последние годы ввиду внедрения современных медицинских технологий практическая система родовспоможения подверглась значительным изменениям. При это снизился интерес к психопрофилактической подготовке к родам и личности женщины в период беременности. На сегодняшний день во многих родильных домах и женских консультациях система психопрофилактической подготовки к родам или проводится в сокращенном варианте, или вовсе отсутствует. К тому же, не достаточно научных данных исследований, соответствующих современным стандартам доказательной медицины, которые бы достоверно показали эффективность психопрофилактической подготовки к родам. У беременных имеется целый ряд изменений в психологическом состоянии, которые имеют специфический характер и в определенных условиях нуждающихся в соответствующей коррекции и подготовке. Кроме того, физиологическое течение родового акта во многом определяется психологическим состоянием женщины перед родами. Осложнения родов, например, такие как аномалии родовой деятельности, связанная с ними гипоксия плода и многие другие обусловлены эмоциональными или психологическими факторами, напрямую зависящими от психологической подготовленности беременной к родам. Эмоциональное напряжение, страх, тревога у роженицы ухудшают исход беременности как для матери, так и для плода. Психопрофилактика уменьшает страх за исходы беременности и, формируя доминанту в родах, снижает частоту дискоординированной родовой деятельности и гипоксии плода, уменьшает показания к абдоминальному родоразрешению, способствуя улучшению исходов родов в целом и, как следствие, послеродового периода.

Цель исследования – изучить эффективность применения программы психопрофилактической подготовки беременных на дородовом этапе.

Материалы и методы. В исследование было включено 94 первородящих женщин с физиологической беременностью в сроке от 33 до 36 полных недель. Средний возраст участниц исследования составил 27,5±2,3 года. Случайном образом они были разделены на две группы: группа 1–50 пациенток проходили курс дородовой психопрофилактической подготовки; группа 2–44 пациентки наблюдались врачом

согласно стандартной общепринятой акушерской практики. Исследование состояло из следующих периодов: I период –скрининг, II период – период психопрофилактической дородовой подготовки (4–6 занятий за 4–5 недель до предполагаемой даты родов) и III период – период наблюдения (до выписки из роддома после родов). Во время каждого периода проводилась оценка течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Использовались такие методы, как опрос беременной, физикальный осмотр, акушерско-гинекологическое обследование, ультразвуковое и доплерографическое исследование, наружная кардиотокография, определение биофизического профиля плода, лабораторное обследование. Из психологических методик использовались такие, как краткий опросник восприятия беременности, опросник эмоционального реагирования на беременность, опросник переживания беременности, опросник восприятия социальной поддержки, интегративный тест тревожности, опросник выраженности психопатологической симптоматики (шкала «депрессия»). В программу психопрофилактической подготовки вошли: отработка техники поведения, дыхания, расслабления мышц во время родов; беременным предоставляться краткие сведения о течении беременности, механизме родов, обязательных и возможных манипуляциях во время родов. База данных с указанием свойств каждой изучаемой количественной и/или качественной переменной формировалась для статистической обработки данных в программе IBM SPSS 23.

Полученные результаты. В ходе исследования было установлено, что психопрофилактическая подготовка способствует физиологическому течению родов и уменьшает необходимость применения медикаментозного обезболивания ($p<0,05$). Сочетание психопрофилактической подготовки с различными медикаментозными методами обезболивания повышает комфортность в родах (согласно психологическому анализу), улучшает исходы родов, на что указывают меньшая частота асфиксий у новорожденных ($p<0,05$). В исследуемой группе по сравнению с контрольной достоверно реже выявлялись случаи акушерского травматизма, реже применялись хирургические и дополнительные медицинские вмешательства ($p<0,05$).

Заключение. Психопрофилактическая подготовка женщин к родам позволяет существенно улучшить психологическое состояние беременной, положительно воздействовать на отношения с партнером, убрать отрицательный эмоциональный фон, страх родов. Значение психопрофилактической подготовки при этом сводится не только к облегчению процесса рождения, но и вносит вклад в профилактику акушерских и неонатальных осложнений.

Резюме. Ведение беременности и подготовка к родам с медицинской и с психопрофилактической точки зрения является одним из актуальных вопросов современного акушерства. Психологическое состояние женщины, ее подготовленность к процессу родов во многом определяет физиологическое течение родового акта. Психопрофилактическая подготовка беременной позволяет добиться минимизации и устранения этих факторов, являясь эффективным средством предупреждения осложнений и улучшения исходов родов.

PSYCHOPROPHYLACTIC PREPARATION FOR CHILDBIRTH

Silaev K.A.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia

Summary. The management of pregnancy and preparation for childbirth with medical and psycho-prophylactic point of view is one of the most urgent problems of modern obstetrics. The psychological state of the woman, her readiness for the birth process largely determines the physiological childbirth. Many psychological and emotional factors cause complications of childbirth, contribute to the deterioration of obstetric and perinatal outcomes. Psychoprophylactic of pregnant preparation allows for the minimization and elimination of these factors, as an effective means of preventing complications and improving birth outcomes.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОК С РЕАЛИЗОВАННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D

Васильева Э.Н., Герасимова Л.И., Мальцева Л.И., Денисова Т.Г., Гунин А.Г., Орешников Е.В.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии. ФБГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Резюме. Проведен анализ метаболических сдвигов у пациенток с преэклампсией. У пациенток с преэклампсией тяжелой степени выявлены повышение уровня холестерина, липопротеидов низкой плотности, снижение уровня липопротеидов высокой плотности и общего белка, отмечено повышение уровня мочевой кислоты и трансаминаз в крови на фоне дефицита витамина D.

Ключевые слова: преэклампсия, дефицит витамина D, метаболические сдвиги, биохимические параметры.

ПЭ остается одной из основных причин материнской смертности. Проведенные исследования заставляют обратить внимание на возможности применения витамина D для снижения риска ПЭ. С дефицитом витамина D связывают повышение риска развития сахарного диабета, ожирения, аутоиммунных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить метаболические сдвиги и уровень витамина D у пациенток с ПЭ.

Материалы и методы исследования. Обследованы 35 пациенток на сроках 34–37 недели беременности с ПЭ: оценены состояние углеводного, жирового и белкового обмена. В сыворотке крови определяли содержание витамина D. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы Statistica for Windows (версия 6.1).

Результаты исследования. У пациенток с ПЭ были отмечены неблагоприятные изменения в липидном обмене: повышение уровня холестерина и ЛПНП, коэффициент атерогенности составил 3,7; в белковом обмене у при ПЭ отмечены снижение уровня общего белка и высокий уровень мочевой кислоты (352±6,5 мкмоль\л) на фоне дефицита витамина D (10,67±1,2 нг\мл); отмечена гипогликемия.

Назначение препарата витамина D и кальция благотворно влияет на углеводный, белковый и липидный обмен, обеспечивая нормализацию метаболических процессов и более благоприятное течение беременности и перинатальные исходы.

PECULIARITIES OF METABOLIC PROCESSES IN PATIENTS WITH IMPLEMENTED PREECLAMPSIA ON THE BACKGROUND OF DEFICIENCY OF VITAMIN D

Vasilyeva E.N., Gerasimova L.I., Maltseva L.I., Denisova T.G., Gunin A.G., Oreshnikov E.V.

GAU DPO «Institute of improvement of doctors». Ministry Of Health Of The Chuvash Republic. FBGOU VPO «Chuvash state University. I.N. Ulyanov»

Key words: pre-eclampsia, a deficiency of vitamin D, metabolic changes, biochemical parameters.

Abstract. The following has been analyzed metabolic changes in patients with pre-eclampsia. In patients with severe preeclampsia it has been detected increase of cholesterol levels, low density lipoprotein, decreased levels of high density lipoprotein cholesterol and total protein it was noticed an increase in uric acid levels and transaminase in the blood with vitamin D deficiency.

EARLY DIAGNOSIS OF MICROCEPHALY

Kamalidinova S.H., Azimova G.

Republican Screening Center Tashkent Institute Of Advanced Medical

Keywords: fruit, coccyx-size parietal, fronto-mandibular size, the thickness of the nuchal translucency, nasal bone, microcephaly

The paper describes two cases of prenatal diagnosis microcephaly identified in the ultrasound screening in the population I trimester of pregnancy. In all cases diagnosed prenatally, microcephaly is not combined with other anomalies. The diagnosis was verified after delivery. Proposed ultrasound markers of early diagnosis of microcephaly.

INTRODUCTION

Not so long ago ultrasound in the I trimester of pregnancy screening operation was considered an impossible task. However, over the years it has done a great job of the FMF and domestic experts. Today is not difficult assessment of fetal anatomic structures like the bones of the cranial vault, nasal bones, spine, stomach, anterior abdominal wall, bladder, limbs and measurement TVP. But there are many fetal malformations difficult to diagnose in the early stages of pregnancy. [1]

Microcephaly – one of the most difficult diagnosed prenatally malformations. Difficulties of prenatal ultrasound diagnosis related to the lack of clear criteria for this common disease. As diagnostic criteria in different years proposed reducing the size of the circumference of the head of the fetus, or a change in the ratio of head circumference less than the 5th percentile, or the change in the ratio of head circumference to the length of the femur than 2.5 percentile. [2]

The average time of diagnosis of microcephaly is large enough and is 26–28 weeks of pregnancy. On average, the sensitivity of ultrasound in prenatal diagnosis of microcephaly is only 67.4%. [3]

MATERIALS AND METHODS

Microcephaly was suspected during ultrasound screening of pregnant women, screening is held in the center in 11–14 weeks of pregnancy. Ultrasonography was performed on the scanner PHILIPS HD 11 XE with Convex probe. In addition to the study of anatomical structures, measured the thickness of the nuchal translucency (RTA) and the presence of the nasal bone, was also carried out fetometry and biometrics. The description of 2 cases of prenatal ultrasound diagnosis of microcephaly in the I trimester of pregnancy. We discuss the ultrasound markers of this vice, as defined in 11–14 weeks of pregnancy. In these cases, direct visualization was available a careful study a decrease in fronto-mandibular size. The term of 30–31 weeks, we saw a clear picture of the characteristic microcephaly. (Fig. 2, Fig. 4)

RESULTS

Observation 1. Pregnant A., 22 years old. Hereditary anamnesis is not burdened. This first pregnancy. When ultrasound screening

tion study in 12 weeks 6 days (coccyx-parietal size – 60.7 mm; TVP – 1.5 mm, nasal bone – 2.1 mm) showed a decrease in fronto-mandibular size (less than 5 – percentile, 15mm), biochemical tests were within normal limits.

Repeated ultrasound examination in term 31 weeks, it was revealed a decrease in the numerical values of the head, ie, 31 weeks gestation BDP – 58 mm, this corresponds to 24 weeks, thigh length – 60 mm, which corresponds to 31 weeks. Other intra– and extracranial changes have been identified.

Observation 2. Pregnant I., 26 years old, with a family history. This second pregnancy. The first pregnancy ended in urgent delivery female weighing 3200 grams. Already at the first screening ultrasound at 13 weeks 6days (coccyx-parietal size – 72 mm; TVP – 1.2 mm, 1.6 mm nasal kost-), fronto-mandibular size below the 5th protsetilya 19 mm. The combined risk of taking into account the results of biochemical screening of serum proteins in Down syndrome was in the normal range. Pregnant 30 weeks, a detailed dynamic ultrasound monitoring. Repeated ultrasound examination, it was revealed fetometrichekih lagging indicators. BPR– 54,8mm, which corresponds to 23 weeks, DB -. 59.2 mm, which corresponds to 30 weeks gestation.

DISCUSSION

Microcephaly (synonym: microcephaly) is a clinical syndrome for which the typical decrease in head circumference on the background of neurological disorders and impaired mental development.

The frequency of this disease is 0.1%, which is more consistent with epidemiological studies and tasks of determining pathology: to identify children at high risk of mental development backlog. Despite the fact that the circumference of the head is correlated with the mass and volume of the brain, this pattern is not expressed in the true microcephaly, in which volume reduction occurs top of the skull above its base [4]. This explains

the difficulties and errors in the diagnosis of microcephaly, if the expert is based solely on the size of head circumference. In this connection it is necessary to take into account and fronto-mandibular head size. The pathology occurs with a frequency of 1.6 per 1,000 live births. Microcephaly are divided into two categories, with associated abnormalities and those without. The most susceptible to the defeat of the forebrain. Associated anomalies are common and include asymmetry, makrogiriyu, pachygyria and atrophy of the basal ganglia. In some cases the lateral ventricles enlarged as a result of atrophy of the cortex.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОЦЕФАЛИИ

Камалидинова Ш., Азимова Г.

Республиканский Скрининговый-Центр Ташкентского Института Усовершенствования Врачей

ИММУННОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДНК-РАСПОЗНАЩИХ РЕЦЕПТОРОВ В СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ВОРСИНАХ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Куликова Г.В., Хлестова Г.В., Наговицына М.Н., Низяева Н.В., Баев О.Р., Щеголев А.И.

ФБГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва

DAI-1 рецепторы (от англ. DNA-dependent activator of IFN-regulatory factors – ДНК зависимый активатор интерферон-регуляторных факторов; син. DLM-1/ZBP-1) цитоплазматические рецепторы врожденного иммунитета относятся к классу рецепторов противовирусного иммунитета, лигандами которых являются фрагменты ДНК вируса.

Цель исследования заключалась в изучении экспрессии рецепторов DAI-1 (DLM-1/ZBP-1) в промежуточных ворсинах плаценты при ранней и поздней преэклампсии.

Исследование было выполнено на образцах плаценты от 43 женщин репродуктивного возраста, 25–39 недель гестации, подвергнутых оперативному родоразрешению, из которых у 11 пациенток диагностировали тяжёлую преэклампсию и у 12 беременных – раннюю преэклампсию; группы сравнения составили 10 женщин: 10 – с физиологическим течением беременности доношенного срока гестации (поздняя группа сравнения – ПН) и 10 – с преждевременными оперативными родами на сроке 26–33 недель гестации (ранняя группа сравнения– РН). Критериями включения в исследование явились для ПЭ – уровень белка в моче ⩾ 0,3 г/ в сутки, АД – от 140/90 мм.рт.ст. На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм было выполнено гистологическое исследование (окраска гематоксилином и эозином), а также и иммуногистохимическое исследование с применением первичных моноклональных антител к DAI-1 (1:1000; Thermo Fisher Scientific; USA). В качестве вторичных антител использована смесь противомышиных и противокроличьих антител со стрептовидин-биотиновым комплексом (SBK

KIT DAKO, Дания). Интенсивность иммуногистохимической реакции оценивали в усл. ед. в цитоплазме синцитиотрофобласта (СЦТ) промежуточных ворсин плаценты при помощи системы анализа изображения на базе микроскопа Nikon Eclipse с использованием программного обеспечения (NIS-Elements). Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программ «Statistica for Windows v. 8». Различия оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

В результате исследования микропрепаратов плаценты, выявлено что в СЦТ образцов плаценты группы ранней ПЭ показатели мембранного и цитоплазматического окрашивания составили 0,12+ 0,02, а в группе сравнения соответствующих сроков гестации 0,18+0,04. Наряду с этим, при поздней ПЭ экспрессия в СЦТ составила 0,23+0,06 и, а при физиологической норме доношенных сроков гестации – 0,10+0,02. Нами отмечено, что в группе РН окрашивание было выше, чем при доношенных сроках гестации ($p=0,002$); но при ранней ПЭ экспрессия была ниже, чем в группе сравнения ($p=0,01$). Кроме того, при поздней ПЭ окрашивание было достоверно выше, чем в группе сравнения, как для цитоплазматического окрашивания ($p=0,005$). Таким образом, выраженная экспрессия DAI-1 показывает важность противовирусной защиты в плаценты. Для ранней ПЭ характерно более тяжёлое течение заболевания, можно предположить, что сохранение экспрессии рецепторов DAI-1 (или усиление их экспрессии) коррелирует с лучшим прогнозом ПЭ и более поздними сроками родоразрешения.

Ключевые слова: плацента, преэклампсия, синцитиотрофобласт, DAI-1

РЕЗЮМЕ:

Цель исследования: изучение экспрессии ДНК-распознающих рецепторов врожденного противовирусного иммунитета DAI-1 (DLM-1/ZBP-1) в синцитиотрофобласте (СЦТ) плаценты при умеренной и тяжелой преэклампсии (ПЭ). В результате исследования установлено, что в группе ранней ПЭ присутствовало снижение окрашивания ($p=0,01$), а при поздней ПЭ отмечалось значимое повышение экспрессии ($p=0,005$) по сравнению с группой сравнения соответствующих сроков гестации. Наши данные показали корреляцию между снижением экспрессии рецепторов DAI-1 и тяжестью преэклампсии.

IMMUNOHYSTOCHEMICAL FEATURES OF DNA-RECOGNITION RECEPTORS IN SYNCYTIOTROPHOBLAST OF INTERMEDIATE PLACENTA VILLI IN EARLY– AND LATE-ONSET PREECLAMPSIA

Kulikova G.V., Khlestova G.V., Nagovitsyna M.N., Nizyaeva N.V., Baev O.R., Shchegolev A.I.

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

The aim of the study is revealed expression DNA recognition receptors DAI-1 (DLM-1/ZBP-1) in syncytiotrophoblast (STB) of placenta villi in cases of early and severe preeclampsia (PE). The study showed correlation between loss expression of DAI-1 and severity of PE.

Key words: DAI-1, placenta, preeclampsia, syncytyotrophoblast.

РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТА ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хлестова Г.В.[1], Низяева Н.В.[1], Куликова Г.В.[1], Ляпин В.М.[1], Сухачева Т.В.[2], Серов Р.А.[2], Логинова Н.С.[1], Баев О.Р.[1], Щеголев А.И.[1]

1 ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва

Преэклампсия (ПЭ) – это мультисистемное патологическое состояние, развивающееся при беременности, с частотой распространения в популяции от 4 до 6% (Roberts, 2001). Данная патология характеризуется повышением артериального давления выше 140/90 мм. рт. ст., отеками и протеинурией более 0,3 г. в сутки, признаками эндотелиальной дисфункции. Кроме того, по данным ряда автором (Shen F, 2014), для преэклампсии характерно повышение клеточного debris в плазме крови матери, однако причины этого до конца не ясны.

Цель исследования заключалась в изучении морфологических особенностей синцитиотрофобласта промежуточных ворсин плаценты при тяжёлой и умеренной преэклампсии. Материалы и методы: исследовано 36 плацент от женщин после оперативных родов на сроке 26–39 недель гестации: 11 пациенток страдали умеренной ПЭ; 15 женщин – тяжелой ПЭ, группу контроля составили 10 женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ) 36–39 недель гестации. Критерии включения в исследование: для умеренной ПЭ – уровень белка в моче ⩾ 0,3 г/ в сутки, АД – от 140/90 мм.рт.ст., для тяжелой ПЭ – выше 160/100 мм.рт.ст., уровень белка в моче ⩾ 0,5 г/ в сутки). На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм было выполнено гистологическое исследование (окраска гематоксилином и эозином). Ультратонкие срезы ткани плаценты (15 образцов) были контрастированы уранилацетатом и цитратом свинца для изучения их с помощью электронного трансмиссионного микроскопа «Philips CM100». Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программ «Statistica for Windows v. 8». Различия оценивались как статистически значимые при $p<0,05$. В результате исследования посредством электронной микроскопии в группе ФТБ на поверхности СЦТ визуализировались микроворсинки (по типу щеточной каемки). В группе умеренной ПЭ микроворсинки сохранены, хотя местами зафиксировано их слущивание, кроме того, в цитоплазме СЦТ отмечено появление множественных округлых вакуолей, часть из них с электронно-плотным содержимым (диаметр вакуолей превышал размер вакуолей при ФТБ более 6–10 раз) ($p<0,05$). СЦТ за счёт вакуолей выглядел набухшим, высота его была больше в 1,3 раза. Наряду с этим, при тяжёлой ПЭ присутствует повреждение апикального слоя СЦТ, слущивание микроворсинок, наличие множественных вакуолей неправильной формы, хаотично расположенных, местами сдавливающих друг друга, (диаметр их был выше, чем при ФТБ в 4–8, местами 8–10 раз) ($p<0,05$); очагово СЦТ был десквамирован, присутствовали апоптотические тельца, высота СЦТ была в 1,5 раза ниже, по сравнению с ФТБ. Ядра СЦТ подверглись кариопикнозу. При слущивании СЦТ образуется большое количество клеточных обломков (cell debris) обладающих прокоагулянтным, провоспалительным, иммуностимулирующим, антиангиогенным дей-

ствием, поэтому попадание их в системный кровоток матери может способствовать развитию эндотелиальной дисфункции и системного воспалительного ответа. Таким образом, слущивание СЦТ является причиной клеточного debris, обуславливая снижение газообмена, нарушение функции гемато-плацентарного барьера и усиление гипоксии, при этом уровень повреждения СЦТ коррелирует с тяжестью заболевания. Кроме того, клеточный debris может явиться причиной повышения свободной ДНК в плазме крови, а слущивание синцитиотрофобласта повышает возможность проникновения фетальной ДНК в системный кровоток.

Ключевые слова: плацента, преэклампсия, синцитиальные почки, синцитиотрофобласт, клеточный debris

Цель исследования: изучение морфологических особенностей синцитиотрофобласта (СЦТ) плаценты при умеренной и тяжелой преэклампсии. В результате исследования установлено, что тяжесть заболевания коррелировала со степенью повреждения СЦТ. При тяжелой преэклампсии присутствовало слущивание микроворсинок на поверхности СЦТ, а также повреждение апикального слоя, выраженная вакуолизация клеток. Фрагменты СЦТ, попадая в системный кровоток матери, могут вызвать эндотелиальную дисфункцию и развитие системного воспалительного ответа.

THE ROLE OF SYNCYTIOTROPHOBLAST IMPAIRMENT OF PLACENTA VILLI IN THE PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA

Khlestova G.V.[1], Nizyaeva N.V.[1], Kulikova G.V.[1], Lyapin V.M.[1], Logynova N.S[1]., Sukhacheva T.V.[2], Serov R.A.[2], Baev O.R.[1], Shchegolev A.I.[1]

1 Federal State Budget Institution «Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation
2 Federal State Budget Institution «A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery» Ministry of Healthcare of the Russian Federation

The aim of the study is detection the morphological features of syncytiotrophoblast (SCT) of placenta villi women suffering from moderate and severe pre-eclampsia (PE). The study showed the correlation between severity of PE and SCT damage. In cases of severe PE were detected shedding microvilli localized on the SCT surface, and loss apical SCT layer; vacuolization and swelling of SCT were revealed as well. Fragments of the SCT, getting into the mother`s blood stream and can cause systemic inflammatory response.

Key words: placenta, preeclampsia, syncytial knotes, syncytiotrophoblast, cell debris.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБВИТИЯ ПУПОВИНЫ

Данькина И.А., Джеломанова С.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии

Обвитие пуповины вокруг частей тела плода является нередким осложнением беременности. По разным данным, частота его колеблется от 15% до 38%. Неблагоприятные перинатальные последствия при обвитии пуповины встречаются в 2–10%. Данное состояние является причиной асфиксий новорожденных в 7,7–21,4% случаев и в 1,5–1,6% – постнатальной смертности. Согласно данных Joura E.A. (1998), признаки хронической гипоксии выявляются в 2 раза чаще, а признаки острой гипоксии – в 11 раз чаще у детей, которые родились с тугим обвитием пуповины. Поэтому антенатальная диагностика данного осложнения и прогнозирование риска для плода позволяет уменьшить перинатальные потери. Целю нашей работы было провести анализ эффективности и возможностей ультразвукового сканирования и допплерографии в антенатальной диагностике обвития пуповины, а также выбор оптимального способа родоразрешения. Нами ретроспективно проанализированы 1411 историй родов, которые прошли в отделении акушерской и экстрагенитальной патологии Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Обвитие пуповины в родах отмечено в 341 случае, что составило 24,2% от общего количества родов. Среди них обвитие пуповины вокруг шеи плода до родов было установлено только в 35% случаев, что практически соответствует количеству беременных, прошедших ультразвуковое обследование за неделю – две до родов. В других случаях (65%) обвитие пуповины было выявлено только при рождении плода. Согласно этому беременные были разделены на 2 группы: 1 (основная) группа – беременные, у которых обвитие пуповины было диагностировано перед родами за данным ультразвукового исследования (120 пациенток), 2 (контрольная) – пациентки, у которых обвитие было диагностировано при рождении ребенка. Наличие в анамнезе абортов и их осложнений является предпосылкой к возникновению обвитие пуповины, общая частота их составила 43,5%. При анализе факторов, которые влияют на точность диагностики обвития пуповины установлено, что существенное влияние для определения данного осложнения беременности имеет кратность обвития, количество околоплодных вод, а также отмечена прямая зависимость от временного фактора. Оперативные вмешательства, а именно кесарево сечение в нижнем сегменте у беременных 1 группы составил 30,7%, а у пациенток 2 группы – 15,4%. Частота асфиксий новорожденных разной степени тяжести в контрольной группе составила 85,2%, а в основной – 40,3%, что в 2 раза меньше. Последствия родов в сравниваемых группах существенно отличаются в основной группе перинатальных потерь не наблюдалось, а в контрольной группе имели место 3 случая интранатальной гибели плода. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что эффективная антенатальная диагностика обвития пуповины вокруг частей тела плода позволяет существенно улучшить перинатальные исходы для новорожденных.

Резюме. В данной работе нами проведен анализ эффективности и возможностей ультразвукового сканирования и допплерографии в антенатальной диагно-

стике обвития пуповины, а также выбор оптимального способа родоразрешения. Установлено, что эффективная антенатальная диагностика обвития пуповины вокруг частей тела плода позволяет существенно улучшить перинатальные исходы для новорожденных.

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC ASPECTS OF THE ANTENATAL DIAGNOSIS OF UMBILICAL CORD ENTANGLEMENT

Denikina I.A., Gilmanova S.A., Denikina V.V., Chistyakov A.A.

Donetsk national medical University. M. Gorky
Department of Obstetrics and Gynecology

Abstract. In this paper, we analyzed the efficiency and capabilities of ultrasound and Doppler scanning in antenatal diagnosis of cord entanglement, as well as the choice of the optimal mode of delivery. It was found that the effective antenatal diagnosis of cord entanglement around the fetal body parts could significantly improve perinatal outcomes for newborns.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кузибаева Р.К., Гранатович Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, Тула, Россия

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) относятся к медико-социальным проблемам, актуальным для большинства стран, и выходят на первое место среди причин, влияющих на смертность новорожденных. Недоношенность формирует 60–70% ранней неонатальной смертности. Научно-практический интерес представляет поиск эффективных методов профилактики ПР.

Цель исследования. Изучить эффективность прегравидарной подготовки женщин, перенесших воспалительные заболевания гениталий, в профилактике ПР.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 167 женщин, которые до беременности перенесли воспалительные заболевания половых органов, имеющие одноплодную беременность, неотягощенные ПР и потерей беременности в анамнезе. Сформированы II группы: I группа (n=85) женщины с прегравидарной подготовкой и запланированной беременностью, II группа (n=82) женщины без прегравидарной подготовки.

Результаты собственных исследований. В I группе (n=85) женщин, которым была проведена прегравидарная подготовка, 83 (97,6%) доносили беременность до срока >37 недель (в среднем срок гестации 37±2). У 1 женщины (1,2%) произошел самопроизвольный выкидыш в первом триместре беременности. Преждевременные роды

имели место в одном наблюдении (1.2%). Во II группе 71 (86,6%) женщин доносили беременность до 37 недель, у 1 (1,2%) имела место внематочная беременность, у 2-х (2,4%) – замершая беременность (в сроках 11 и 13 недель соответственно), преждевременные роды имели место у 8 (10,1%). В I группе укорочение шейки матки (менее 25 мм) в 18–20 недель беременности, по данным трансвагинального ультразвукового исследования, наблюдалось у 9 (10,5%). Клиника угрозы невынашивания беременности у 5 женщин (5,9%), в связи с чем потребовалась их госпитализация. Во II группе укорочение шейки матки (менее 25 мм) в 18–20 недель беременности, наблюдалось у 22 пациенток (27,8%). Клиника угрозы невынашивания беременности развилась у 32 (40,5%), им проводилось стационарное лечение. Течение беременности осложнилось анемией у 10 женщин (11,7%) I группы, во II группе анемия выявлена у 22 пациенток (27,8%).

Заключение. Проведение прегравидарной подготовки женщин, перенесших воспалительные заболевания половых органов в анамнезе, позволяет снизить частоту угрозы невынашивания беременности с 40,5% до 5,9% (OR-10,6; 95%; (CI 3,9–29,5); P<0,001), анемию беременных с 25,3% до 11,7% (OR-2,5; 95% (CI 1,1–5,8); P<0,05), уменьшить риск преждевременных родов в 8,4 раза (OR-9,4; 95%; (CI 1,1–76,6); P<0,05).

Исследование показало высокую эффективность прегравидарной подготовки в профилактике преждевременных родов.

PRECONCEPTION CARE IN THE PREVENTION OF PRETERM BIRTH

Kuzibaeva R.K., Granatovich N.N.

Tula State University, Medical Institute, Department of obstetrics and gynecology Tula, Russia

This prospective study included 167 women with a singleton pregnancy who had history of inflammatory diseases of genitals, which were divided into 2 groups. I (main) – past pregravid preparation II (control) – without pregravid preparation.

In women of the main group noted a reduction in the frequency of the threat of miscarriage, from 40.5% to 5.9% (OR in 10.6; 95%; (CI 3.9 to 29.5 in); P<0.001), anaemia in pregnant women from 25.3% to 11.7% (OR of 2.5; 95%; (CI 1,1–5,8); P<0.05), reducing the risk of preterm birth at 8.4 times (OR-9,4; 95% (CI 1.1 to 76,6); P<0.05) compared with the control group.The study showed high efficiency of pregravid preparation in the prevention of premature birth.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРЕДИКЦИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Никитина Н.А., Сидорова И.С.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва

Гипертензивные расстройства во время беременности, включая преэклампсию, являются актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой в связи со стабильной частотой развития указанных гестационных осложнений, возможностью неблагоприятных ближайших и отдаленных исходов беременности и родов как для матери, так и для плода, сложностью прогнозирования, отсутствием эффективных мер профилактики и лечения преэклампсии.

Целью исследования явилась разработка и научное обоснование предиктивной системы ведения беременных с факторами риска развития преэклампсии.

Материалы и методы: проведено проспективное когортное исследование 150 беременных группы риска развития преэклампсии: у 42 в последующем развилась преэклампсия (у 18 – ранняя, у 24 – поздняя), у 108 беременность протекала без преэклампсии. Проведен многофакторный сравнительный анализ анамнестических, клинических и функциональных особенностей у беременных, у которых в последующем развивалась преэклампсия. Прослежена динамика биомаркеров эндотелиальной, плацентарной дисфункции и нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) – TNF-α, VCAM, ICAM, VEGF, PIGF, sFlt-1, NSE и GFAP. Исследование перечисленных показателей проводилось в сроки 1 пренатального скрининга (10–14 недель) и в 18–24 недели (время проведения скринингового УЗИ). Для определения вероятности возникновения преэклампсии у беременных был использован метод бинарной логистической регрессии.

Результаты: в сроки 10–14 недель наиболее значимые изменения выявлены в отношении PIGF, sFlt-1 и их соотношения. Наибольшей чувствительностью (88,1%) и специфичностью (96,3%) обладает метод определения соотношения PIGF/sFlt-1, который имеет также максимальные точность (94%) и отрицательное прогностическое значение (95,4%). Последнее не менее важно в медицинских исследованиях, так как нормальные показатели PIGF/sFlt-1 у беременных в 10–14 недель с вероятностью 95,4% свидетельствуют об отсутствии риска развития преэклампсии. В сроки беременности 18–24 недели наибольшей прогностической точностью обладают методы определения PIGF/sFlt-1 (95,3%), а также нейроспецифических белков NSE (92,7%) или GFAP (92,7%), что также обосновывает применение этих биомаркеров для построения модели прогноза преэклампсии. Получены достоверные математические модели прогноза преэклампсии:

– модель прогноза развития преэклампсии в сроки 10–14 недель: p=1/1+e-Z, где z = 2,5–139,8×(PIGF/sFlt-1) + 34,8×PI a.u. (z – значение классификационной функции; PIa.u. – значение пульсационного индекса в маточных артериях ⩾ 95 процентиля (1-есть, 0–нет);

– модель прогноза преэклампсии в сроки 18–24 недели: p=1/1+e-Z, где z = -31,2–20,1×(PIGF/sFlt-1) + 2,8×NSE – 0,2×VEGF + 22,2×PI a.u., z – значение классификационной функции; PI a.u. – значение пульсационного индекса в маточных артериях ⩾ 95 процентиля в 18–24 нед (1-есть, 0–нет);

Заключение: патофизиологические изменения, предшествующие клинической манифестации преэклампсии, позволяют прогнозировать ее развитие уже с конца первого триместра беременности.

SCIENTIFIC BASIS OF PREDICTION OF PRE-ECLAMPSIA

Nikitina N.A., Sidorova I.S.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia

Pathophysiological changes prior to clinical manifestation of preeclampsia, allow to predict its development since the end of the first trimester of pregnancy.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЕДИНСТВЕННОЙ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКОЙ

Додхоева М.Ф., Рахимова Ш.С., Умарова З.И., Парвонаева Дж. С.

Республика Таджикистан, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, ЦРЗ №9

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности у пациенток с единственной почкой.

Были исследованы 75 пациенток с единственной функционирующей почкой, в том числе был проведен ретроспективный анализ 22 историй родов, произошедших в городском родильном доме №3 и родильном отделении Городского медицинского центра города Душанбе за 2008–2012 гг, проспективное наблюдение и исследование 53 беременных за 2012–2016 годы, состоявшихся на учете в Центрах репродуктивного здоровья г. Душанбе (основная группа), а также 42 беременных со здоровыми почками в качестве группы сравнения.

При распределении беременных в зависимости от этиологии единственной функционирующей почки выяснилось, что больше оказались беременные с единственной почкой после нефрэктомии – 47 сл. (62,7%). Беременных со сморщенной почкой было 15 сл. (20,0%), с врожденной единственной функционируюшей почкой 13 сл. (17,3%), причем в 3-х случаях из них врожденная аномалия почки сочеталась с аномалией развития матки – в одном случае двойная матка и в 2-х -седловидные матки.

Беременные женщины с единственной функционирующей почкой на антенатальном уровне наблюдались и обследовались по Национальному стандарту (2008). Средний возраст беременных в основной группе составил 25,0±0,8 года, в группе сравнения – 24,3±0,9 года.

Статистическая обработка полученных результатов проведена на ПК с помощью программы «Statistica 6.0» (StatSoft, США). Дисперсионный анализ для нескольких независимых групп проводили с помощью ANOVA Крускала-Уоллиса, для независимых пар использовали U-критерий Манна-Уитни, а для относительных величин – критерий χ^2 с поправкой Йетса. Различия между группами считались статистическими значимыми при $p<0,05$.

Результаты анализа течения настоящей беременности показали следующее: наблюдалась высокая частота рвоты беременных пациенток с единственной функционирующей почкой (p<0,001), угрозы невынашивания беременности – 18 сл. (33,9%), т.е. у каждой третьей беременной (p<0,05), лечение которым было проведено в условиях стационара. В одном случае лечение было неэффективным, и произошёл самопроизвольный выкидыш в 16 нед. беременности. В одном случае произведено прерывание беременности в раннем сроке из-за гломерулонефрита и хронической почечной недостаточности. У 16 (31,3%) пациенток наблюдались различные проявления гипертензивных нарушений (p<0,001), терапия которых проведена согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений (2008) на антенатальном уровне и в стационаре в зависимости от тяжести осложнения.

Кроме того, заслуживала внимания высокая частота показателей внутриутробного страдания плода, которые были выявлены путем проведения гравидограммы, ультразвуковой фетометрии и допплерометрии кривых скоростей кровотока в системе мать-плацента-плод. Внутриутробная задержка развития плода установлена в 20,7% (p <0,01), нарушение кровотока зарегистрировано в 11,7% случаев против 2,3% в группе сравнения (p<0,01). Частота многоводия особо не отличалась от показателей группы сравнения.

Анализ частоты осложнений беременности с учетом причины единственной почки показал, что угроза прерывания беременности вплоть до выкидыша наблюдается наиболее часто при врожденной единственной почке, гипертензивные нарушения – при вторично сморщенной почке и врожденной единственной почке, внутриутробная задержка развития плода – также при вторично сморщенной почке и врожденной единственной почке.

Анализ полученных данных показал, что при присоеденении пиелонефрита к единственно функционирующей почке беременность чаще осложнялась гипертензивными нарушениями и исходы беременности и родов для плода оказывались более неблагоприятным, именно у этих пациенток наблюдалась антенатальная и ранняя неонатальная смертность.

Таким образом, особенностью течения беременности у пациенток с единственной функционирующей почкой явилась высокая частота рвоты беременных (32,0%), угроза невынашивания (33,9%), гипертензивные нарушения (31,3%), также внутриутробная задержка развития плода (20,7%) и нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод (11,7%). Наряду с этим удалось установить, что осложнения беременности были более выражены при вторично сморщенной почке и врожденной единственной почке, особенно если к ним присоединялся пиелонефрит.

COURSE FEATURES PREGNANCY IN PATIENTS WITH A SINGLE FUNCTIONING KIDNEY

Dodhoeva M.F., Rakhimova S.S., Umarova Z.I, Parvonaeva J. pp.

The Republic of Tajikistan, Tajik State Medical University. Abu Ali ibn Sino, RPC №9

The most common complications of pregnancy among patients with only one functioning kidney were: high incidence of vomiting when pregnant (32.0%), the threat of miscarriage (33.9%), hypertensive disorders (31.3%), intrauterine growth retardation (20.7%) and blood

flow disturbance in the mother-placenta-fetus (11.7%). Complications of pregnancy were more pronounced at the secondary contracted kidney and congenital single kidney, especially if they were joined with pyelonephritis.

ОСОБЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии

Гиперфункция щитовидной железы относится к распространенным состояниям, которые осложняют течение беременности. Прерывание беременности в сроки до 12 недель или субтотальная резекция щитовидной железы не являются оптимальными вариантами решения данной проблемы. В настоящее время многочисленными исследованиями показано, что гиперфункция щитовидной железы у беременных ведет к различным обменным расстройствам, которые проявляются, в том числе, нарушением гормонального статуса фетоплацентарного комплекса. Учитывая то обстоятельство, что при беременности есть противопоказания к назначению целого ряда препаратов, целесообразно изучить возможность дополнительной фармакологической коррекции эндокринных нарушений у данного контингента беременных. Целью исследования было улучшение эндокринной функции фетоплацентарного комплекса у беременных с гиперфункцией щитовидной железы. Проведено обследование 160 беременных: 30 с нормальной функцией щитовидной железы (контрольная группа) и 130 – с гиперфункцией щитовидной железы (основная группа). Беременные с гиперфункцией щитовидной железы разделены на две группы: I группа – 30 беременных, которым проводилась общепринятая при гиперфункции щитовидной железы терапия и II группа – 100 беременных, которым назначалась разработанная комплексная терапия. Женщинам основной группы, начиная с 7-й недели беременности, назначалась базисная терапия – 15–20 мг мерказолила в сутки в 3–4 приема, а также поливитаминный препарат "Прегнакеа" по 1 таблетке в день. Лечение продолжалось до 36 недели беременности. В качестве дополнительной комплексной терапии в те же сроки женщинам II группы назначали а-токоферола ацетат 100 мг в сутки, гепабене по 1 капсуле в сутки, милдронат по 0,25 2 раза в сутки и глицин по 100мг 3 раза в сутки. Для подтверждения клинического диагноза тиреотоксикоза в начале лечения у беременных исследовались уровни тиреотропного гормона гипофиза, трийодтиронина и тетрайодтиронина. В процессе лечения в сроки 6–13 и 29–36 недель у беременных исследовались уровни эстриола, эстрадиола, прогестерона, плацентарного лактогена и хорионического гонадотропина. Результаты лабораторного исследования вполне подтвердили клинический диагноз тиреотоксикоза. Полученные данные показывают, что у беременных контрольной группы в первом триместре беременности соотношение между уровнями гормонов фетоплацентарного комплекса имело типичный характер (эстриол – 21,3±2,0 нмоль/л, эстрадиол – 3,06±0,20 нмоль/л, прогестерон – 10,04±0,16 нмоль/л, плацентарный лактоген

– 3,20±0,86 мкг/мл и хорионический гонадотропин – 80,47±4,20 нмоль/л). В начале третьего триместра беременности у беременных отмечалось физиологическое снижение уровня хорионического гонадотропина до 35,12±4,30 нмоль/л и повышение уровня эстриола, эстрадиола, прогестерона и плацентарного лактогена до 36,2±3,10 нмоль/л, 12,04±0,32 нмоль/л, 14, 11±1,22 нмоль/л и 6,34±0, 19 мкг/мл соответственно. Обращало на себя внимание, что у женщин I группы уже в первом триместре беременности имела место тенденция к гипоэстрогенемии (уровни эстриола и эстрадиола 19,3±1,90 нмоль/л и 2,87±0,20 нмоль/л соответственно). Кроме того, имела место тенденция к снижению содержания прогестерона, плацентарного лактогена и хорионического гонадотропина первом триместре беременности (9,87±0,34 нмоль/л, 79,86±5, 12 нмоль/л и 2,86±1,2 мкг/мл соответственно). В сроки 29–36 недель беременности у женщин I группы уровни эстриола, эстрадиола, плацентарного лактогена и прогестерона были достоверно ниже, чем у беременных с нормальной функцией щитовидной железы, а уровень хорионического гонадотропина – достоверно выше. Заметно, что уже в первом триместре беременности у женщин II группы имела место гипоэстрогенемия (уровни эстриола и эстрадиола 18,1±2,03 нмоль/л и 2,67±0,13 нмоль/л соответственно). Кроме того, имела место тенденция к снижению содержания прогестерона, плацентарного лактогена и хорионического гонадотропина в первом триместре беременности (8,43±0,12 нмоль/л 2,91±0,75 мкг/мл и 75,26±3,95 нмоль/л соответственно). В третьем триместре беременности показатели гормонов фетоплацентарного комплекса составили: эстриол – 39,3±1,98 нмоль/л, эстрадиол – 13,47± 0,56 нмоль/л, прогестерон – 15,45±0,67 нмоль/л, плацентарный лактоген – 5,98± 0,23 мкг/мл, хорионический гонадотропин – 40,12±6,16 нмоль/л и не отличались от таковых в группе женщин с нормальной функцией щитовидной железы. Повышенное содержание в крови трийодтиронина и тетрайодтиронина при тиреотоксикозе приводит к угнетению выработки гормонов фетоплацентарного комплекса. Изменение уровней гормонов данного комплекса в крови от первого до третьего триместров у женщин с нормальной функцией щитовидной железы отражает естественную адаптацию организма беременной к гестации и родовой деятельности. Дополнительная комплексная терапия позволяет нормализовать функцию фетоплацентарного комплекса у женщин с гиперфункцией щитовидной железы в третьем триместре беременности.

Резюме. В данной работе выявлено, что повышенное содержание трийодтиронина и тетрайодтиронина приводит к угнетению выработки гормонов фетоплацентарного комплекса. Предложенная комплексная терапия позволяет улучшить эндокринную функцию данного комплекса.

FEATURES IMPROVE THE FUNCTION OF THE FETOPLACENTAL COMPLEX AT THYROID GLAND HYPERFUNCTION

Dankin I.A., Dankin V.V., Chistyakov A.A.

Donetsk State Medical University.
Department of Obstetrics and Gynecology

Abstract. In this study, we showed that the high content of triiodothyronine and tetraiodothyronine leads to inhibition of the production of hormones of the fetoplacental complex. The proposed combined therapy can improve the endocrine function of the complex.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Магзумова Н.М., Хатамов Х.М.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская Медицинская Академия. Кафедра Акушерства и Гинекологии №2

Возможность снижения уровня перинатальных потерь на сегодняшний день увеличивает частоту оперативных родов, который приводит к тяжелым последствиям в послеоперационном периоде, вызывая гнойно-септические осложнения, что является актуальной в структуре материнской заболеваемости и смертности. По данным различных авторов, развитие послеродового эндометрита при вагинальных родах составляет 6–12%, а после операции кесарево сечения этот показатель достигает 20–30% (Щукина Н.А., Благина Е.И., Баринова И.В. 2015 г.). По данным литературы и различных авторов, в структуре развития гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке превалировали воспалительный процесс органов малого таза в анамнезе (34–36%); воспалительные заболевания органов дыхания (17–20%); локализация плаценты в области рубца (23–29%); резкое истончение нижнего сегмента (15–21%); бесплодие в анамнезе (12–17%); неполноценный гемостаз во время операции (6–9%); длительность оперативного вмешательства более 2 часов (3–4,5%); патологическая кровопотеря (7–9%). Высокий процент септических осложнений связан непосредственно с самой операцией кесарева сечения, т.е. травмой матки (это набухание, ишемизация, разрушение тканей в области операционного разреза), кровопотеря, использование шовных материалов (Landon, 2010).

Целью нашего исследования явилось изучение факторов риска развития гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке после родов и после операции кесарева сечения, и исходя из полученных данных выработать тактику рационального ведения родов.

Проведен ретроспективный и проспективный анализы истории родов 120 женщин с рубцом на матке и роды у 56 женщин с рубцом на матке, возраст составил от 20 до 37 лет, средний возраст 25,6±2,4 лет. Из них 2-ая беременность была у 37,2% женщин, 3-ья беременность – у 31,8%, 4-ая – у 20,4% и 5-ая беременность – у 10,6% женщин. Роды через естественные родовые пути были у 7% ретроспективной группы и превентивное повторное кесарево сечение было у 93% беременных, а в группе проспективного анализа составило соответственно 15% и 85%. У 17,4% женщин ретроспективной группы наблюдалось развитие послеродового эндометрита, в то же время в группе проспективного анализа этот показатель составил 11,4%, что достоверно ниже, чем в группе ретроспективного анализа ($p<0,05$). Послеродовый эндометрит наблюдался в обеих группах только у женщин после операции кесарева сечения. Анализ факторов риска развития септического процесса показал, что на 1-ом месте стоит воспалительный процесс органов малого таза (27,4%), на 2-ом – воспалительные заболевания органов дыхания (21,2%), далее внутриматочные манипуляции в предыдущих родах – РОПМ, постплацентарное введение ВМС и др. (14,4%), неполноценное восполнение кровопотери (12,8%), длительность операции более 1,5 часа (10,2%), патологическая кровопотеря 1000 мл и более (7%), резкое истончение и неполноценность нижнего сегмента (7%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, о том, что развитие гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у женщин с рубцом на матке происходят на фоне имеющегося воспалительного процесса организма, который усугубляется оперативным вмешательством, соматической патологией и внутриматочными манипуляциями. Поиск и выбор рациональной тактики родоразрешения беременных с рубцом на матке позволит предупредить и снизить развитие гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF SEPTIC COMPLICATIONS IN THE POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR

Magzumova N.M., Khatamov Kh.M.

Uzbekistan. Tashkent. Tashkent Medical Academy. Department of Obstetrics and Gynecology №2

120 retrospective and 56 prospective analyses of birth histories were conducted of women with a uterine scar. Analysis of risk factors showed that inflammatory processes of the organism, somatic pathologies and intrauterine manipulations play leading role in the development of postpartum endometritis. Elaboration of rational tactics of delivery in pregnant women with a uterine scar will reduce the development of septic complications in the postpartum period.

ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПАРАЦИИ РУБЦА МИОМЕТРИЯ

Пекарева Е.О., Пекарев О.Г., Майбородин И.В.

НЦАГиП им.В.И.Кулакова Минздрава России
Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН,
Новосибирский городской перинатальный центр

Определяли возможность наступления беременности и родов, а также методами люминесцентной микроскопии изучали изменения тканей после использования аутологичных мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток костномозгового происхождения (АММСККП) с трансфицированным геном GFP при моделировании рубцового сужения полости матки у крыс.

В асептических условиях медиальную часть каждого рога матки лигировали кетгутом. По 100 мкл суспензии АММСККП (105 клеток) вводили в область сформированного рубца через 2 месяца после перевязки. Сразу по истечении 3 недель после удаления лигатур с рогов матки подсаживали самцов.

Было обнаружено, что после инъекции в рубец матки АММСККП в нем возрастает число сосудов, образованных de novo с участием введенных клеток. Из АММСККП были построены целиком сосудистые стенки или их отдельные элементы. Количество сосудов со светящимися стенками было максимально к 3 неделе после введения АММСККП. Такие сосуды были расположены в рубце, окружающей клетчатке и в тканях матки.

После применения АММСККП животные начали рожать на 2 эстральных цикла раньше, процент родивших крыс в этой группе был выше, у них было больше как общее количество потомства, так и максимальное число крысят. Летальность животных после применения АММСККП, наоборот, была меньше. Возможно, что в результате использования АММСККП и более быстрой регенерации структуры маточных рогов восстанавливается проходимость обоих структур, с 2 сторон. Вследствие этого беременность протекает во всех рогах матки и численность новорожденных больше.

Также нельзя исключить вероятность того, что из-за воздействия инъецированных АММСККП на репарационные процессы площадь рубца уменьшается и, соответственно, места для имплантации эмбрионов в каждом роге матки становится больше и потомство рождается более многочисленным.

Таким образом, после введения АММСККП имеются несомненные признаки реорганизации рубца матки крыс.

USE OF STEM CELLS TO IMPROVE REPAIR SCARS MYOMETRIUM

Pekareva E.O., Bakers O.G., Maiborodin I.V.

Federal budget state institution «Research Centre for Obstetrics Gynecology and Perinatology n.a. V.I. Kulakov Institute of Chemical Biology and Fundamental Medicine SB RAS, Novosibirsk city perinatal center

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умарова З.И., Рахимова Ш.С.

Республика Таджикистан, г. Душанбе, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Достаточное и нормальное функционирование мочевыводящей системы является необходимым условием физиологического развития беременности и плода. Мочекаменная болезнь относится к распространенным заболеваниям почек, встречающихся у беременных, частота которого достигает 20–25% (Дуда В.И. и соавт., 2002). Во время беременности течение мочекаменной болезни ухудшается у каждой третьей беременной. Акушерские осложнения возникают чаще при сочетании с пиелонефритом. Довольно часто при этом присоединяются гипертензивные нарушения, перинатальная смертность при которых достигает 50‰ (Липшульца Л., 2000; Никольская И.Г. и соавт., 2012). Республика Таджикистан является эндемической зоной по распространенности мочекаменной болезни (Кадыров З.А. и соавт., 2010).

Целью данной работы является изучение перинатальных исходов у пациенток, страдающих мочекаменной болезнью.

Работа выполнена на базе родильного дома №3 города Душанбе. Проведен ретроспективный анализ 140 историй родов женщин с мочекаменной болезнью и 100 историй родов здоровых женщин за период 2010 по 2013 гг. Метод исследования – выборочный. Критерием выбора являлось наличие мочекаменной болезни у беременной.

Средний возраст беременных составил 27,34±0,51 лет, в группе сравнения 23,41±0,41. В юном репродуктивном периоде (до 20 лет) были 6 (4,3%) пациенток, в активном (20–34 лет) – 117 (83,6%), в позднем (35 лет и более) – 17 (12,1%), в группе сравнения также превалировали пациентки активного репродуктивного периода – 83(83%). В основной группе первородящих пациенток было 56 (40%), повторнородящих – 74 (52,9%), многорожавщих (4 родов и более) – 10 (7,14%). В группе сравнения 26 (26%), 71 (71%) и 3 (3%) соответственно.

Срок гестации к моменту родов в основной группе в среднем составил 38±0.33 недель, в группе сравнения 39,6±0,1 недель. В основной группе срочные роды

отмечены у 120 (90,71%), запоздалые – у 2 (1,43%), преждевременные – 11 (7,86%), в группе сравнения срочные роды составили 100 (100%). В основной группе роды через естественные родовые пути произошли у 108 (77,1%), путём кесарево сечения – у 32 (22,9%), в группе сравнения – у всех роды через естественные родовые пути. Общая кровопотеря в основной группе составила 277±15,78 мл, в группе сравнения 163,4±3,2 мл.

Средняя масса новорожденных в основной группе составила 3069,0±51,9, рост – 50±0,27 см, окружность головы – 34±0,16 см, окружность груди – 33±0,19 см. В группе сравнения масса – 3226 ±34,0, рост – 50,4±0,2 см, окружность головы – 34,4±0,1 см, окружность груди – 33,3±0,1 см. В основной группе состояние по шкале Апгар на первой минуте составил в среднем 7±0,08 баллов, на пятой минуте – 8±0,08, в группе сравнения – на первой минуте 8,0±0, на пятой минуте – 8,5±0,1. Состояние новорожденных в основной группе к моменту рождения: удовлетворительное – 133 (94,3%), средней тяжести – 6 (4,3%), тяжелое – 2 (1,4%), асфиксия умеренная – 10 (7%), тяжелая – 1 (07%), перевод в отделение реанимации – 16 (11,4%), поражение центральной нервной системы легкой степени – 13 (9,3%), тяжелой степени – 1 (0,7%), внутриутробная инфекция – 3 (2,1%), в группе сравнения у всех новорожденных удовлетворительное состояние. Раннее прикладывание к груди в основной группе – 95 (67,9%), в группе сравнения – 100 (100%).

Таким образом, результаты анализа перинатальных исходов у беременных с мочекаменной болезнью оказались менее благоприятными, чем в группе сравнения. Следовательно, для пациенток, страдающих мочекаменной болезнью, необходима прегравидарная подготовка, оздоровление и качественный антенатальный уход для достижения снижения перинатальной патологии и рождения здорового потомства.

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH UROLITHIASIS

Umarova Z.I., Rakhimova S.S.

The Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajik State Medical University. Abu Ali ibn Sino

The results of the analysis of perinatal outcomes in pregnant women with urolithiasis were less favorable in the comparison to the group, which requires a thorough pregravid training, rehabilitation and quality of antenatal care to achieve the reduction of perinatal pathology and birth of healthy offspring.

РАСЧЕТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА (ЗРП) В СТРУКТУРЕ КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Ярыгина Т.А.[1], Батаева Р.С.[2]

ООО «Центр медицины плода Медика» г. Москва1, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, г. Москва2,

В проспективном исследовании производился расчет индивидуального риска задержки роста плода (ЗРП) при проведении комбинированного скрининга 1 триместра беременности на хромосомные аномалии плода с использованием алгоритма Фонда Медицины Плода (FMF). Дальнейший анализ исходов 215 беременностей высокого риска по ЗПР и 200 беременностей низкого риска подтверждает эффективность данного метода.

Задержка роста плода (ЗРП) осложняет течение беременности в 5–17% случаев. Риск перинатальной заболеваемости и смертности у плодов с ЗРП возрастает более чем в 5 раз. Согласно результатам мультинациональных исследований, проведенных Фондом Медицины Плода (Fetal Medicine Foundation, FMF, UK) прием аспирина в низких дозах ранее 16 недель беременности позволяет снизить риск развития ЗРП на 46%.

Целью данного исследования являлось изучение возможности формирования группы высокого риска по ЗРП при проведении комбинированного скрининга на хромосомные аномалии (ХА) плода в 1 триместре беременности.

В рамках раннего пренатального скрининга (11 нед + 1 дней – 13 нед + 6 дней) нами было обследовано 2554 пациентки. Индивидуальный риск развития ЗРП рассчитывался одновременно с расчетом риска ХА плода с использованием программного обеспечения FMF (Astraia, версия 2.8/3,0) на основании демографических характеристик матери, ее общем и акушерском анамнезе, допплерометрии маточных артерий (Voluson E8, Expert, GE), среднем артериальном давлении и уровне ассоциированного с беременностью протеина А (PAPP-A) в сыворотке крови матери (Delfia ®Xpress PerkinElmer Labs, NTD). Из дальнейшего исследования исключены случаи многоплодной беременности, ХА и врожденных пороков развития плода.

В группу риска по развитию ЗРП (значения риска более 1:150) была отнесено 472 пациентки. На настоящий момент беременность завершилась и исходы ее известны у 215 пациенток. Для сравнения была взята группа контроля 200 беременных низкого риска ЗРП. Получены данные о клиническом течении и исходах беременностей в обеих группах.

У 55 (13,2%) пациенток вес новорожденного был менее 10 ‰ сроковых значений (пороговых значений нормы). Частота ЗРП в группе высоко риска составила 20,9% (41 случай), а в группе контроля 4% (10 случаев). При анализе случаев ЗРП выявлено, что досрочное (до 37 недели беременности) родоразрешение по ухудшению состояния плода и дальнейшая длительная (более 14 дней) госпитализация новорожденного потребовались 46,6% пациенток из группы высоко риска и 10% пациенток из группы контроля. Вес новорожденных с ЗРП в группе высокого риска составил в среднем 2095 грамм (345–2780 грамм), в группе контроля 2676 грамм (2230–2860 грамм).

Таким образом по результатам нашего исследования в группу риска были отнесены 95% (21 из 22) случаев ЗРП, потребовавших досрочного родоразрешения и длительной госпитализации новорожденного; и 72% (24 из 33) случаев гипотрофии у доношенных новорожденных. Включение расчета индивидуального риска задержки роста плода в структуру комбинированного скрининга первого триместра беременности позволяет эффективно выявить группу высокого риска и своевременно выработать индивидуальный план наблюдения и лечения для каждой пациентки.

THE CALCULATION OF INDIVIDUAL RISK DELAY GROWTH RETARDATION (IUGR) IN THE STRUCTURE OF THE COMBINED SCREENING IN THE 1ST TRIMESTER OF PREGNANCY

Yarygina T.A.[1], Bataeva R.S.[1,2]

«Center of fetal medicine Physician», Moscow 1,
«Russian medical Academy of postgraduate education» Moscow 2

In our prospective study we have performed the calculation of individual risk of fetal growth retardation (IUGR) at the time of first-trimester screening for chromosomal abnormalities using the algorithm of Fetal Medicine Foundation (FMF). Further analysis of the outcomes of 215 pregnancies at high risk and 200 low-risk pregnancies confirms the efficacy of this method.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Соснина А.К., Болотских В.М., Полякова В.О.

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

ВРТ имеют более высокий процент многоплодия, чем в популяции. Такие беременности имеют тяжелое течение и высокую частоту преждевременных родов. В плацентах при многоплодной беременности, возникают патологические морфо-функциональные изменения. Это проявляется повышением числа случаев ХПН, при первичном бесплодии и сопровождается снижение маркера CD34 и функциональной активности NO-синтазы в основных группах, что свидетельствует о снижении степени васкуляризации, нарушении функции эндотелия и повышению сосудистого тонуса.

Широко применяемые в настоящее время методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для решения проблем бесплодия имеют более высокий процент многоплодия, чем в популяции. Такие беременности имеют тяжелое течение и высокую частоту преждевременных родов. Методы ВРТ и многоплодие оказывают негативное влияние на формирование плацентарного комплекса, что в дальнейшем может оказать отрицательное воздействие на будущее здоровье ребенка.

Целью исследования было провести сравнительную оценку морфо-функционального состояния плацент при многоплодной беременности (двойни), наступившей при помощи методов ВРТ.

Проводилось исследование 88 плацент при многоплодной беременности (двойни) на сроке гестации 37–41 неделя. Были сформированы группы: I основная группа – 20 плацент от пациенток с первичным бесплодием и II основная группа-22 плаценты от женщин с вторичным бесплодием, в данных группах беременность наступила при помощи методов ВРТ. III группа сравнения – 20 плацент от первобеременных женщин и IV группа сравнения – 26 плацент от повторнобеременных. В III,IV группах беременность наступила естественным путем.

Морфо-функциональное исследование плацент проводили для выявления признаков хронической плацентарной недостаточности (ХПН). ИГХ методом изучали экспрессию эндотелиального маркера CD34 (Dako;1:25), эндотелиальной NO-синтазы (Novocastra, 1:40) и гипоксия-индуцибельного фактора HIF-1α (Abcam,1:50) в ворсинчатом хорионе плаценты. Оценку площади экспрессии (ПЭ) изучаемых маркеров проводили посредством компьютерного анализа микроскопических изображений с применением морфометрической программы «Морфология 5.2» (ВидеоТест, РФ).

При гистологическом исследовании выявлено увеличение частоты признаков (ХПН) в плацентах при первичном бесплодии в 1,7 раза по сравнению с плацентами III группы сравнения (60,0% и 35,0%, соответственно). Меньшее число случаев ХПН отмечалось в плацентах IV группы (27,3% и 30,8%, соответственно). Экспрессия CD34 в I группе была ниже при сопоставлении с группой сравнения у первобеременных (5,29±1,05% и 10,58±1,19% соответственно, $p<0,01$). При сравнении плацент при вторичном бесплодии также ПЭ данного маркера была ниже, чем в IV группе (3,65 ± 0,077% и 8,40 ± 0,60%, $p<0,01$). При сравнении внутри основных групп, отмечалось снижении ПЭ CD34 во II группе. Аналогичные результаты были получены при сравнении внутри контрольных групп, где отмечалось снижении ПЭ в IV группе. Отмечалось снижение ПЭ эндотелиальной NO-синтазы во всех группах, особенно это было выражено в плацентах при вторичном бесплодии (0,43±0,21%, $p<0,001$), при первичном бесплодии (3,07±1,84%, $p<0,01$) и в IV группе сравнения (3,89±0,88%, $p<0,01$). В плацентах III группы сравнения ПЭ эндотелиальной NO-синтазы имела наибольшие показатели (6,64±2,49%). При оценке ПЭ HIF-1α достоверных различий между I и II группами исследования (4,19±0,69% и 5,25±0,84%) и группами сравнения III,IV (6,40±1,68% и 4,31±0,73%) выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют о том, что в плацентах при многоплодной беременности, как при использовании методов ВРТ, так и при естественном наступлении беременности, возникают патологические морфо-функциональные изменения. Это проявляется повышением числа случаев ХПН, что особенно выражено в плацентах при первичном бесплодии. Достоверное снижение ПЭ маркера CD34 в основных группах свидетельствует об уменьшении микрососудистой плотности ворсин хориона, а, следовательно, о снижении степени васкуляризации и нарушении процессов микроциркуляции в плацентах. Снижение функциональной активности NO-синтазы в плацентах в основных группах и в IV группе сравнении может отражать недостаток или ускоренный распад NO, что может привести к нарушению функции эндотелия и повышению сосудистого тонуса. Отсутствие различий в ПЭ HIF-1α свидетельствует об отсутствии гипоксии плаценты, что вероятнее всего связано с адекватностью компенсаторно-приспособительных реакций при многоплодной беременности.

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE PLACENTA IN MULTIPLE PREGNANCIES AFTER ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

Sosnina A.K., Bolotskih V.M., Polyakov V.O.

St. Petersburg, Russia

IVF have a higher percentage of multiple pregnancy than in the population. Such pregnancies have a severe course and higher frequency of preterm birth. The placenta in multiple pregnancies, there are pathological morphological and functional changes. This is manifested by increased incidence of CPI, with primary infertility and is accompanied by a decrease in the markers CD34 and functional activity of NO-synthase in major groups, suggesting a decrease in the degree of vascularization, endothelial dysfunction and improve vascular tone.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Атаходжаева Ф.А.,Пулатова Г.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на проделанную большую работу по профилактике и лечению послеродового эндометрита эта проблема в настоящее время остается актуальной и играет значительную роль в структуре материнской заболеваемости и смертности.

Частота эндометрита после самопроизвольных физиологических родов составляет 1–5%, после патологических 15–20%, после кесерева сечения – свыше 20% (Чернуха Е. А., 2000; Кулаков В. И., 2004; Серов В.Н., 2007).

Целью настоящего исследования является изучение влияния течения и исхода родов на послеродовый эндометрит.

Материал и методы исследования. В ретроспективное историческое исследования были выключены 20 рожениц с послеродовым эндометритом в период 2015–2016 годы в родильном комплексе ТМА.

Результаты. Исследования показали, что из 20 родильниц с послеродовым эндометритом у 8 (40%) женщин эндометрит наблюдался после операции кесарево сечения, в 8 (40%) случаях после осложненных родов – ДРПО (дородовый разрыв плодных оболочек), длительные роды и др., и у остальных в 4-х случаях после самопроизвольных физиологических родов (20%).

Выводы. На основании выше приведенных данных можно сделать заключение, что послеродовый эндометрит в большинстве случаев наблюдается после осложненных и патологических родов, в то же время, хотя, после физиологических родов встречаемость данного заболевания меньше, но требует дальнейшего изучения.

INFLUENCE THE COURSE AND OUTCOME OF BIRTH ON THE OCCURRENCE OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS

Atakhodjaev F.A., Pulatova, G.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Conclusions. Based on the data given above it can be concluded that postpartum endometritis in most cases occurs after complicated and pathological delivery, at the same time, though, after physiological birth, the incidence of this disease is less, but requires further study.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТАМИ

Юсупов У.Ю., Даулетова М.Ж.

«АО» Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Ведение. Среди всей экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных занимают ведущее место. Сердечно-сосудистые заболевания, являются одной из ведущих причин материнских и перинатальных потерь, нередко вызывают серьезные осложнения со стороны матери и плода, приводят к инвалидизации женщин. Среди нозологических форм сердечно-сосудистой патологии (ССП) наиболее часто встречаются миокардит с нарушениями сердечного ритма.

Цель работы. Изучить роль миокардитов у беременных в развития преждевременных родов.

Материалы и методы. Нами были обследованы 218 беременных с миокардитами в возрасте от 18 до 36 лет, обратившихся на консультационную помощь в клинику республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, после постановки диагноза кардиологами Республиканского кардиологического центра. В совместном осмотре с кардиологами наряду изучением клинико-анамнестических данных, были проведены ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные исследования (СРБ, РФ, АСЛО, СОЭ), для оценки состояния фетоплацентарного комплекса и плода провели допплерометрическое исследования (ALOKA, Япония).

Результаты. На момент обращения более половина из беременных (53%) находились во II триместре гестации, каждая 4-ая беременная (25%) в I, а 22% из них – в третьем триместре. По паритету первобеременные и первородящие составили 34 и 38,2% соответственно, а среди повторнородящих 12,5% были многорожавщими. Основными жалобами беременных при обращения, к консультацию гинеколога были боли внизу живота и пояснице. Жалобы имели 72% беременные, а у 28% женщин миокардит случайно был установлен при консультации кардиолога. Наиболее частыми жалобами беременных при обращения консультацию кардиолога(отмеченными кардиологами) явились одышка (у 61%) и сердцебиение (у 55%), в редких слу-

чаях имели усталость, общую слабость и головокружения. Единичную жалобу имели 27% беременных, а у остальных имелись сочетание несколько жалоб. Изучение влияния миокардита на течение гестации показало, что осложнения наблюдались особенно во втором и третьем триместре. И частыми осложнениями явились угроза позднего выкидыша, угроза раннего прерывания беременности, которые выявили почти у каждого второго беременной, находящейся во втором и третьем триместре. По анамнестическим данным, выяснили, что 40% из них перенесли ревматизм до беременности. Доминирующими среди перенесенных заболевания в 1 триместре гестации явились ОРВИ (у 70%), тонзиллит (у 22%), ОРЗ (у 12%). Анализ изучения длительности протекания миокардита и время проявления его симптомов показал, что в большинстве случаев (у 54%) у беременных которые не имели ревматизма в анамнезе, такие симптомы, как одышка и сердцебиение, начали беспокоит женщин через недели после перенесенного ОРВИ, и через 2 недели после перенесенного тонзиллита. Проведенные лабораторные исследования для оценки активности ревматического процесса показали, что почти у всех женщин с ревматическим анамнезом, зафиксировались повышение уровня СРБ (Nдо 5мг/л) выше нормы в среднем на 45%, у 31,5% (у 40 женщин) отметили повышения уровня РФ (N до 8 МЕ/мл) выше нормы на 37,5%, СОЭ составил 19,6+1,0 мм/час. Допплерометрические исследования провели у 75% (у 163) находящихся во II и III триместре беременности. Данные допплерометрических исследования показали, что нарушения кровообращения маточно-плацентарного комплекса I А степени были обнаружены у 54% (у 88), IБ степени у 18% (у 29) случаев. Среди беременных с нарушением кровообращения маточно-плацентарного комплекса I А степени 78% имели угрозу преждевременных родов, а 11% из них имели угрозу позднего выкидыша в момент обращения. Беременным женщинам, которые находились на I триместре провели ультразвуковое исследования и большинства из этих женщин на момент обследования имели угрозу прерывания беременности. После проведения ЭКГ исследования синусовый тахикардию (ЧСС более 90 ударов) отметили в 65% случаев, нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолии зарегистрировали у 19% а по типу наджелудочковую экстрасистолию у 5% женщин. Нарушение реполяризации в стандартных (III) и усиленных (AVF) отведениях обнаружили в 16%, в грудных отведениях в 19% случаев, а неполную блокаду ножки пучки Гиса отметили у 13% беременных с миокардитами. Данные ЭхоКГ показал повышения фракционного выброса с одновременным повышения миокардиального индекса у 68% беременных. Анализ полученных данных сравнительного изучения клинико-анамнестических данных и инструментально-лабораторных исследования демонстрировали, что миокардит негативно влияя функцию миокарда, а также гемодинамику, непосредственно оказывает неблагоприятное действие на состояние матери и плода во время беременности. Это в свою очередь способствует развитию и усугублению акушерских осложнений.

Вывод. Таким образом, миокардит, развивающейся во время беременности является угрожающем жизни, как и матери так и плода, который требует дальнейшего его изучения для разработки тактики ведения беременности и родов. Беременные с миокардитами являются группой риска на развитие НК и других акушерских и перинатальных осложнений, что требует дальнейшего усовершенствования ведение беременности, родов и послеродового периода беременных женщин с миокардитами, а также, разработки методов ранней диагностики миокардитов.

PREMATURE BIRTH AT PREGNANT WOMEN WITH MYOCARDITES

Yusupov U. Yu., Dauletova M.J.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology

Introduction: Among all ekstragenitalny pathology of a disease of cardiovascular system at pregnant women take the leading place. Cardiovascular diseases, are one of the leading reasons of maternal and perinatal losses, quite often cause serious complications from mother and a fruit, lead to an invalidization of women. Among nosological forms of the cardiovascular pathology (CP) most often meet myocarditis violations of a warm rhythm.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО ИЛИ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТОЙ

Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Умарова Г.М., Бабаханова А.М.

«АО» Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центра Акушерства и Гинекологии, Узбекистан

Введение: Проблема снижения кровотечения при оперативном родоразрешении несомненно является актуальной проблемой акушерства. Как показывают цифры материнской смертности в Узбекистане многие годы кровотечение занимает первое место. Поэтому важна роль различных методов сбережения крови при оперативном родроразрешении, которое как известно является одним из факторов риска кровотечения. Несмотря на различные достижения в технике оперативного вмешательства процент кровотечений не снижается, что диктует необходимость интенсивной работы в данном направлении.

Цель: Роль методов снижения кровопотери при абдоминальном родоразрешении у беременных с сердечно-сосудистой патологией на фоне анемии различной степени.

Материалы и методы исследования: Проведено ретроспективное исследование у 32 беременных родоразрешеных путем кесарево сечения. Показаниями к операции были преждевременная отслойка нормально и низко расположенной плаценты. Беременных с анемией тяжелой степени было в первой (5) 16%, во 2 группе (4) 15%. Исследовали общий анализ крови, содержание железа в плазме крови до после операции. Кровопотерю измеряли гравиметрическим методом. Больные разделены на 2 группы в зависимости от методов интраоперационной профилактики и лечения кровотечения. В I и II группе профилактику кровотечения согласно принятому протоколу в центре кровосберегающие методики: Мизопростол в дозе 600мг сублингвально или в прямую кишку после извлечения плода, рассечение тканей электроно-

жом с коагулятором, системные гемостатические средства – тремин (транексамовая кислота) 250–500 мг в-в при повышенной кровоточивости и нарушеннии свертывающей системы в виде гипокоагуляции, поддерживали нормальную температуру тела для сохранения потенциала системы свертывания, согревание всех инфузионных растворов, левоматочное положение на операционном столе для профилактики сдавления нижних полых вен так как при этом также увеличивается кровопотеря что доказано рондомизированными исследованиями. В I группе в отличи от контрольной в 5 случаях при гипотонии матки произведено наложение рюкзачных швов в модификации разработанной в нашем центре.

В первой группе объем кровопотери составил 450±0,21 мл, а в группе контроля 650±0,11. Осложнения в виде кровопотери больше 1000 мл зафиксировано в первой группе в 3 случаях, во второй группе в 4 случаях и были связаны с гипотонией матки на фоне частичной ингибиции матки. Гипотония матки явилась показанием к гистерэктоми в 1 случае во второй группе. В первой группе гистерэктомий не было. Среднее предоперационное значение гемоглобина составляли в исследуемой группе – 94,5±0,9 г/л (от 70 до 110 г/л), в контрольной группе 96,5±0,8 г/л (от 70 до 110 г/л), после операции значение гемоглобина на 3 сутки в исследуемой группе – 91,5±0,9 г/л, в контрольной группе 86,5±0,8 г/л (p ⩽0.005). Уровень общего железа в крови составлял до операции в I группе 18,6±0,5 мкмоль/л, в II группе 19,6±0,5 мкмоль/л, после операции на 3 сутки в I группе 17,6±0,5 мкмоль/л, во II группе 16,6±0,5 мкмоль/л. Лечение постгеморрагической анемии включало в себя переливание препаратов крои в первой группе в 1 случае , во второй группе в 4 случаях. Применение железосодержащих препаратов типа ферсинола в зависимости от тяжести анемии в виде инъекции и таблетированных форм в обеих группах спобствовало увеличению гемоглобина на 10 единиц в течении 7 дней терапии.

Заключение: Применении наложение рюкзачных швов в модификации при оперативном родоразрешение беременных с преждевременной отслойкой нормально или низко расположенной плацентой способствует снижению осложнений связанных с кровотечением в том числе и гистерэктомий.

PREVENTION OF BLEEDING IN CESAREAN SECTION IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE DETACHMENT OF NORMAL OR LOW-LYING PLACENTA

Yusupbayev R.B., Dauletova M.J., Umarova G.M., Babakhanov A.M.

Introduction: The problem of reducing bleeding during operative delivery is certainly an urgent problem of obstetrics. The figures show the maternal mortality from hemorrhage takes the first place. Especially the role of the various methods of blood savings in operational delivery is important and that is known is one of the risk factors for bleeding. Despite various advances in surgical technique, the percentage of bleeding, which required intensive work in this direction does not decrease.

ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Цахилова С.Г., Дзансолова А.В., Мугадова З.В., Кузнецов В.М.

Россия, г.Москва, МГМСУ кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета

Преэклампсия (ПЭ) – одно из наиболее часто встречающихся осложнений беременности, однако до сих пор нет единого мнения о том, что является пусковым механизмом развития данной патологии. Целью настоящего исследования было изучить роль полиморфизма гена, участвующего в системных процессах регуляции артериального давления.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 97 женщин: 49 беременных и родильниц с ПЭ средней и тяжелой степени (основная группа) и 48 пациенток с физиологически протекающей беременностью (контрольная группа). Определение аллельных вариантов генов рецептора ангиотензина II проводили на ПЦР–Амплификаторе «Тэрцик-2» (производства «Сибэнзим») с последующей рестрикцией полученных ампликоновэндонуклеазой.Визуализацию результатов производили на 2% агарозном геле. Результаты анализа регистрировали фотографированием окрашенного геля, помещенного на трансиллюминатор через красный фильтр в проходящем ультрафиолетовом свете.

По результату сравнительного анализа распространенности гена рецептора ангиотензина II AGTR2 (C4599A) нами установлено, что в группе женщин с ПЭ распространенность генотипа АА ниже, чем в контрольной группе (22,4% против 60,4%, соответственно), однако различия не являются статистически значимыми; распространенность генотипа АС отличается незначительно (36,7% против 31,3%, соответственно); распространенность же генотипа СС среди женщин с ПЭ значительно превышает таковую среди женщин контрольной группы (40,8% против 12,5%, соответственно) при p=0,009.

Таким образом, установлено, что носительство гомозиготного варианта гена AGTR2 (C4599A) может являться фактором риска развития ПЭ.

THE POSSIBLE ROLE OF POLYMORPHISMS OF THE RECEPTOR ANGIOTENSIN II IN THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA

The Tsakhilov S.G., Dzansolov A.V., Muradova V.Z., Kuznetsov V.M.

Russia, Moscow, Moscow state University of medicine Department of obstetrics and gynecology stomatological faculty

Preeclampsia (PE) is a most common complication of pregnancy, however, there is no consensus of opinion as to what is a trigger mechanism in the development of this pathology.

Research objective of the study the role of the polymorphism of genes involved in the systemic processes of blood pressure regulation.

ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ

Гусева Е.М., Волков В.Г.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

Резюме. Применение утеротоников сразу после рождения плода является единственным эффективным средством в профилактике послеродовых кровотечений. Опыт интраумбиликального введения препаратов, способствующих сокращению матки, находит всё больше сторонников, но до сих пор остаётся спорным. Результаты этого метода не подтверждены рандоминизированными исследованиями, однако к его преимуществам можно отнести низкую стоимость и отсутствие осложнений.

Поиск новых эффективных способов профилактики патологической кровопотери у рожениц остаётся актуальным в современном акушерстве.

Цель исследования – провести сравнительный анализ эффективности парентерального введения окситоцина и инъекции окситоцина в вену пуповины для профилактики гипотонических кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

Работа выполнена на базе ГУЗ «Родильный дом №1 г. Тулы им. В.С. Гумилевской» в период с 01.01.2014 г. по 31.12.2015 года. В исследование включено 105 рожениц. Критерии включения: доношенный срок беременности, роды через естественные родовые пути, спонтанное или индуцированное начало родов, одноплодная беременность. Критерии исключения: роженицы с тяжёлой экстрагенитальной патологией, с нарушениями в системе свёртывания. Исследуемые были разделены на 2 группы. В I группе (n=51) – в качестве профилактики кровотечения вводился окситоцин в вену пуповины. Для этого сразу после рождения ребёнка 10 ЕД окситоцина разводили в 20 мл физиологического раствора и вводили в вену пуповины в течение первой минуты после рождения ребёнка. Во II группе (n=54) было проведено введение окситоцина 10 ЕД внутримышечно в область бедра в течение первой минуты после рождения ребёнка, контролируемые тракции за пуповину не проводились. Оценка кровопотери в родах проводилась гравиметрическим методом. Для определения временных значений использовался хронометрический способ. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета статических программ StatSoft 6.0.

Спонтанное начало родов зарегистрировано у 45 (88%) рожениц I группы и у 33 (61%) из II. Программированные роды у 6 (12%) в I группе и у 21 (39%) во II. Общая продолжительность родов составила в I группе 398±30,94 мин, во II – 491,72±42,2 мин (p>0,05). Продолжительность I периода – 381±30,1 мин в I группе, 471,9±42,12 мин – во II (p>0,05); II периода – 10,3±0,39 мин в I группе, 10,2±0,5 мин – во II (p>0,05); III периода родов – 7,47±1,39 мин в I группе, 9,5±1 мин – во II (p>0,05). Патология III периода родов и раннего послеродового периода (дефект последа, плотное прикрепление последа, раннее гипотоническое кровотечение) была отмечена у 9 (17,6%) в I группе, у 6 (11%) – II. Общая кровопотеря в родах: в I группе – 189±57,19 мл, во II – 221,6±30,14 мл (p>0,05), причем у 6 (11,7%) родильниц I группы и у 6 (11,1%) родильниц II группы кровопотеря была >500 мл. Проведённые гематологические исследования (общий анализ крови) до родов и на 3 сутки после родов показали следующие результаты (исключая женщин с патологической кровопотерей): в I группе среднее

содержание гемоглобина в периферической крови до родов было 117±2,55 г/л, во II – 123±3,56 г/л (p>0,05). После родов средний уровень гемоглобина в I группе составил 112±3,93 г/л, во II – 116±3,46 г/л (p>0,05). Инволюция матки в послеродовом периоде была у 45 (88%) родильниц I группы и у 39 (72%) II группы, и соответственно субинволюция у 6 (12%) женщин I группы и у 15 (28%) – II. Проведён расчёт отношения шансов с 95% доверительным интервалом. Исходя из полученных результатов (ОШ 0.347, ДИ 0.123–0,980), во II группе шанс развития субинволюции выше, чем в I.

Таким образом, доступность, простота метода, безопасность применения введения окситоцина в вену пуповины как способа профилактики кровотечения позволяют его рекомендовать для применения в практическом акушерстве с целью сокращения продолжительности III периода родов, объема кровопотери и улучшения инволютивной способности матки в послеродовом периоде, хотя достоверной разницы в исследуемых показателях при применении 2х различных способах ведения III периода родов не обнаружено.

OPTIMIZATION OF A METHOD OF PREVENTING PATHOLOGIC HEMORRHAGE DURING LABORS

Guseva E.M., Volkov V.G.

Tula State University, Russia, Tula, Lenina ave., 92

Summary. The use of uterotonics immediately after the birth of the fetus is the only effective tool in the prevention of postpartum haemorrhage. Experience intraumbilikalnogo administration of drugs that reduce the uterus finds more and more supporters, but still remains controversial. The results of this method have not been confirmed study testing, but to its advantages include the low cost and the absence of complications.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Адамян Л.В., Шифман Е.М., Арустамян Р.Р., Ляшко Е.С., Конышева О.В., Кузьмин В.Н.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО Московский государственный медико-стоматологический

Цереброваскулярная патология является одной из наиболее опасных по осложнениям как для матери, так и для плода. Артериовенозные мальформации (АВМ) сосудов головного мозга, кавернозные мальформации (каверномы), интракраниальные артериальные аневризмы могут стать причиной внутричерепного кровоизлияния (ВЧК) у беременных, рожениц и родильниц.

Нами проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с цереброваскулярной патологией, которые проходили стационарное лечение в ГКБ№15 им. О.М. Филатова. Методами исследования были: магнитно-резонансная томография в сосудистом режиме, мультиспиральная компьютер-

ная томография с ангиографией, транскраниальная ультразвуковая допплерография, церебральная ангиография. Для контроля за течением беременности, родов и послеродового периода были использованы все клинико-лабораторные и функциональные методы исследования, применяемые в современном акушерстве. Лечение внутримозговой сосудистой патологии проводилось различными методами: клипирование шейки аневризмы, иссечение патологического сосудистого пучка; удаление внутримозговых гематом и декомпрессия. Также были применены эндоваскулярные методы лечения (окклюзия аневризм микроспиралями; эмболизация АВМ; после родоразрешения применялась стент-ассистенция).

Материалом исследования стала когорта женщин (n=51) с манифестом различной цереброваскулярной патологией в анамнезе (n=16) и во время беременности, родов и в послеродовом периоде (n=36). У одной пациентки разрыв итракраниальной аневризмы в разных бассейнах был дважды: в анамнезе и во время беременности. Чаще всего манифест цереброваскулярной патологии происходил во втором и третьем триместрах (12 и 17 случая соответственно). Частота клинического проявления сосудистой патологии в первом триместре, в родах и в послеродовом периоде была сопоставима (4, 1 и 2 случая соответственно).

Беременных с АВМ было 26, с каверномами 10, с аневризмами 15. Наиболее частым проявлением цереброваскулярной патологии было внутричерепное кровоизлияние 42 случая (82%). В двух случаях (4%) у женщин с цереброваскулярной патологией было острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу: инфаркт мозга, транзиторная ишемическая атака (ТИА). У 8 (15,7%) женщин клиническим проявлением ЦВП были судорожный синдром, головная боль.

Из 51 пациентки с различными видами внутримозговой сосудистой патологии в 27 случаях были проведены нейрохирургические операции. В пяти случаях нейрохирургические вмешательства были проведены на фоне развивающейся беременности.

Следует отметить, что в исследуемой когорте женщин были 5 случаев материнской смертности (из-за разрыва АВМ в 3-х случаях, а из-за разрыва аневризмы в 2-х случаях). Из 5 случаев материнской смертности в 4-х (80%) беременность была осложнена преэклампсией. В двух случаях была антенатальная гибель, в одном ранняя неонатальная гибель плодов.

Выписались беременными 7 женщин. Искусственное прерывание беременности в 16 недель было у одной беременной. Одна пациентка после разрыва АВМ с антенатальной гибелью плода в 24 недели погибла неродоразрешенная. Все остальные беременные (n=42) были родоразрешены: через естественные родовые пути 2 пациентки; путем операции кесарева сечения – 40 пациенток. Новорожденных было 43 (одна бихориальная биамниотичская двойня). Сроки родоразрешения были различны. Недоношенными родились 16 детей, после 37-ой недели были рождены 27 детей. Одна антенатальная гибель плода (кесарево сечение в 36 недель), одна ранняя неонатальная гибель (кесарево сечение в 29 недель).

Таким образом, цереброваскулярная патология чаще осложняла вторую половину беременности. Наиболее тяжелыми были сочетания цереброваскулярной патологии с преэклампсией. Время и метод лечения нейрохирургической патологии определялись нейрохирургом в зависимости от тяжести внутричерепного кровоизлияния, вида и локализации сосудистой патологии. Если ВЧК произошло при благоприятном для плода гестационном сроке, то нейрохирургическое лечение проводилось после экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Нейрохирургическое лечение также проводилось на фоне развивающейся беременности. В тяжелых клинических случаях были предложены прерывание беременности или малое кесарево сечение.

Так как, причиной нетравматического ВЧК могут быть осложнения самой беременности (преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром), то основной задачей акушера-гинеколога является выявление клинико-лабораторных маркеры тяжелой преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдрома для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности или обоснования показаний для преждевременного родозразрешения.

Лечение и родоразрешение беременных с цереброваскулярной патологией необходимо проводить в многопрофильных клиниках с родильным домом с детской реанимацией, с отделениями лучевой диагностики, нейрореанимации, нейрохирургии с рентгеноперационной, неврологии, офтальмологии, реабилитации.

REPRODUCTIVE ABILITY IN WOMEN WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

Adamyan L.V., Shifman E.M., Arustamyan R.R., Lyashko E.S., Konyshev V.O., Kuz'min V.N.

Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO Moscow State University of Medicine and Dentistry

Cerebrovascular pathology is one of the most dangerous complications for both the mother and the fetus. Arteriovenous malformation of the brain vessels, cavernous malformations, intracranial arterial aneurysm can cause an intracranial hemorrhage during pregnancy, childbirth and postpartum.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савченко Т.Н., Дергачева И.А., Шаповалова Ю.О., Патахова П.Г.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Открытие новых функций витамина D, определяющие его особую роль во время беременности, указывает на необходимость контроля за уровнем витамина D у женщин и его своевременная коррекция. Анализ уровня обеспеченности беременных витамином D в первой половине гестации показал, что у всех обследованных беременных отмечается различная степень недостаточности витамина D.

Невынашивание беременности остается одной из значимых проблем современного акушерства. С открытием новых неклассических свойств витамина D большое внимание уделяется определению его роли во время беременности. Проводимые за последние 10 лет исследования структуры витамина D установили новые свойства холекальциферола. Помимо его участия в кальций-фосфорном обмене, есть данные о риске развития преэклампсии, гестационного сахарного диабета, бактери-

ального вагиноза при дефиците витамина D в организме[1,2,3]. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что уровень витамина D у большинства беременных женщин недостаточен. По данным литературы [11], минимальное допустимое значение концентрации 25(OH)D3 в крови – 30 нг/мл. [4].

Цель исследования явилась оценка уровня витамина D в сыворотке женщин с угрозой прерывания беременности. Всего обследовано 66 беременных в возрасте 29,4±0,6 лет. Срок беременности приходился на первую половину гестации и составил в среднем 14,7±3,8 недель. Диагноз угрозы прерывания беременности был поставлен на основании жалоб на тянущие боли внизу живота, данных объективного акушерско-гинекологического обследования и результатов УЗИ органов малого таза (наличие гипертонуса миометрия). Проведен анализ анамнестических данных беременных. Из них 34 первобеременных женщин и 32 – повторнобеременные. В ходе работы всем беременным определяли концентрацию 25гидроксивитамин D в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Критерии обеспеченности витамином D по содержанию в крови 25OHD3: дефицит определялся при концентрации 25OHD3<20нг/мл, недостаточность – <30нг/мл, норма – >30нг/мл[5].

По результатам анализа у всех обследованных беременных отмечается гиповитаминоз D. У 45 (68%) женщин выявлен дефицит витамина D, который составил в среднем 14,4±0,53нг/мл. Из них у 12 (27%) женщин уровень витамина D был менее 12нг/мл, что соответствует выраженному дефициту. Недостаточность витамина D выявлена у 21 (32%) женщины и составила в среднем 22,8±0,62нг/мл.

С учетом существующих критерий обеспеченности витамином D данные анализа свидетельствуют о выраженной недостаточности витамина D у беременных с угрозой прерывания беременности в зимне-весенний период. Особого внимания заслуживают женщины с дефицитом витамина D, т.к. известно, что при уровне основного индикатора статуса витамина D в крови (25(OH)D) ниже 12нг/мл невозможен синтез активной формы витамина D[5]. С целью предупреждения осложнений, связанных с недостаточностью витамина D, важным становится выделять женщин с угрозой невынашивания беременности в группу риска с явной недостаточностью витамина D и своевременно корректировать состояние гиповитаминоза, предупреждая развитие осложнений.

THE LEVEL OF VITAMIN D IN WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE

Savchenko T.N., Dergacheva I.A., Shapovalova J.O., Patahova P.G.

Medical University named by N.I. Pirogov Russian Ministry of Health

The new functions of vitamin D, which determine its specific role during pregnancy, indicate the need for monitoring the level of vitamin D in women and its timely correction. The analysis the level of vitamin D of pregnant women in the first half of gestation showed hypovitaminosis in 50 patients (100% of cases).

РОЛЬ УГЛЕВОДНОГО СТАТУСА В ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ПЛОДА И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Высочанская Ю.С., Рыбалов О.В.

Украинская Медицинская Стоматологическая Академия (г. Полтава, Украина)
ООО «Соматическая Стоматология»

В последние годы наблюдается увеличение количества публикаций о нарушении углеводного обмена при беременности. Однако его значение для развития организма плода, критерии диагностики, выбора тактики лечения и профилактики до настоящего времени не раскрыты полностью [2]. Особенно сложными остаются вопросы нарушения толерантности к глюкозе у женщины на ранних сроках беременности. Известно, что акушеры-гинекологи и эндокринологи при решении проблем гестацитарного сахарного диабета используют классификацию, предложенную M. Hod (1994). Данная классификация предполагает лечение диетотерапией при уровне глюкозы в крови натощак менее 5.8 ммоль/л и диетотерапией с введением инсулина при показателях свыше 5.8 ммоль/л [3].

Ключевым фактором функциональных изменений в организме беременной женщины является гормональный статус. Особенно важны глюкокортикоиды, которые активируют синтез гликогена в печени и замедляют процессы распада глюкозы, что ведет к гипергликемии и врожденным порокам развития.

Для оценки степени влияния концентрации глюкозы в крови беременной женщины на рождение ребенка с врожденными пороками развития нами сравнивались результаты изучения историй болезни 20 беременных, родивших детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРАГОН), 20 историй болезни новорожденных с ВРАГОН; по 20 историй болезни здоровых беременных и новорожденных, которые составили группу контроля. Исследования проводили на базе Первого городского роддома города Черкассы (Украина). Было выявлено, что ВРАГОН достоверно развивалась у детей от женщин, имевших количество сахара в крови в период с 6-й по 15-ю неделю беременности 5,8±0,6 (5,5–7,9) ммоль/л. У новорожденных с ВРАГОН глюкоза крови в первую неделю жизни была в пределах 3,43±0,38 (3,0–4,8) ммоль/л. Соответствующие показатели у обследованных группы контроля составили 3,6±0,24 (3,5–4,5) ммоль/л у беременных женщин и 2,48±0,14 (2,3–2,7) ммоль/л у здоровых новорожденных детей. Полученные результаты нам удалось объяснить особенностями реакций на стресс гипоталамо-гипофизарной системы матери и нарушенной цитокиновой экспрессией иммунной системы, что привело к плацентарной недостаточности и зубочелюстной аномалии [1].

Основываясь на вышеописанных знаниях, мы разработали препарат ТИОЛИМП, в функции которого входит нормализация углеводного обмена и, как результат – нормализация развития плода. Препарат ТИОЛИМП состоит из тиамина, липоевой кислоты и сульфата цинка, что определяет его свойства. Он нормализует метаболизм глюкозы в тканях беременной и плода, стабилизирует вегетативные и иммуноэндокринные взаимодействия, снижает оксидативный стресс, т.е. нормализует нарушенные вегето-иммунные и метаболические реакции во время беременности.

Действие препарата проверили в эксперименте на 30 крысах линии Вистар: был создан эндокринный стресс путем введения на 12-й день беременности высоких доз

гидрокортизона по Fraseretal (1954) [4]. По результатам эксперимента было зарегистрировано потомство с ВРАГОН 8 новорожденных, которые погибли в течение недели. В следующих сериях эксперимента 10 особям с 4-го по 12-й день беременности per os вводили 0,15% раствор ТИОЛИМП и 10 особям однократно на 13-й день беременности инъецировали в/м лечебную дозу 0,1 мл 0,04% ТИОЛИМП. В этих группах экспериментальных животных было получено здоровое потомство.

Результаты эксперимента подтверждают, что развитие зубочелюстной системы во время внутриутробного периода подчиняется нейро-иммуно-эндокринным процессам материнского организма, которые необходимо корректировать диетотерапией с обогащением рациона витаминно-минеральными комплексами на основе тиамина, чинка и липоевой кислоты. В целях внедрения экспериментальных данных в клиническую практику приглашаем всех желающих к дискуссии и активному междисциплинарному сотрудничеству.

THE ROLE OF CARBOHYDRATE STATUS IN THE EMBRYONIC DEVELOPMENT OF THE FETUS AND THE WAYS OF ITS CORRECTION

Ukrainian Medical Dental Academy (Poltava, Ukraine)
OOO «Somatic Dentistry»

The experimental results suggest that the development of dental systems during the prenatal period is subject to the neuro-immune-endocrine processes of the mother's body, which is necessary to adjust the diet therapy with a diet enriched with vitamin-mineral complexes based on thiamine, chink, and lipoic acid. In order to introduce the experimental data to clinical practice to invite all comers to debate and active interdisciplinary cooperation.

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ АНЕУПЛОИДИИ ЭМБРИОНОВ И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Долгушина Н.В., Десяткова Н.В., Коротченко О.Е., Сыркашева А.Г., Кулакова Е.В.[1], Ильина Е.О.

Женщины с ожирением чаще страдают бесплодием, результаты программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у них хуже. Одной из возможных причин репродуктивных неудач у этой когорты пациенток могут быть хромосомные нарушения у эмбрионов. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение частоты анеуплоидии эмбрионов в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенток.

В проспективное когортное исследование были включены 84 женщины, обратившиеся для лечения бесплодия методами экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), которым проводился преимплантационный скрининг (ПГС). Показаниями к скринингу были привычное невынашивание беременности, множественные неудачные попытки ЭКО в анамнезе и/или поздний репродуктивный возраст супругов. Пациентки в зависимости от веса были поделены на две группы: 35 пациенток с ИМТ≥23 кг/м2 (группа 1) и 49 пациенток с ИМТ<23 кг/м2 (группа 2). Средний возраст пациенток в группе 1 был выше (37,5±5,1 лет против 34,1±6,7 лет). Значимых различий по гинекологическому анамнезу, экстрагенитальной патологии и гормональному профилю между группами не было. ПГС проводился на 3-е сутки развития методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) с исследованием 13, 18, 21, X, Y хромосом.

При морфологической оценке эмбрионов на 3-е сутки большее число эмбрионов хорошего качества было получено у пациенток с более низкой массой тела (6,5±3,7 в группе 2 против 4,0±2,1 в группе 1). 360 эмбрионов хорошего качества (120 в группе 1 и 240 в группе 2) были подвергнуты ПГС. В группе пациенток с высоким ИМТ было получено 64 анеуплоидных эмбриона из 120 (53,3%) по сравнению с группой пациенток с низким ИМТ – 93 эмбриона из 240 (38,7%) (p=0,0085). Скорректированное отношение шансов (ОШкор) анеуплоидии эмбрионов в зависимости от ИМТ с учетом выявленных конфаундеров (возраст) составило 1,5 (95% ДИ=1,1; 2,4). Исходы ЭКО/ИКСИ были сопоставимы в сравниваемых группах пациентов. Клиническая беременность была диагностирована в 8 из 35 случаев в группе 1 (22,8%) и в 10 из 49 случаев в группе 2 (20,4%) (p=0,7874). В группе 1 беременность закончилась родами у 8 женщин (22,8%), в группе 2 – также у 8 женщин (16,3%) (p=0,2910). Для оценки влияния ПГС на исходы программ ВРТ, было проведено сравнение между двумя группами пациенток с ожирением прошедших и непрошедших ПГС (группы 1а и 1б по 25 человек). В группе 1а, где проводился ПГС, было диагностировано 8 клинических беременностей (32%) по сравнению с группой 1б, в которой клинические беременности наступили в 3 случаях (12% наблюдений) (p=0,0878). Частота живорождения составила 32% в группе 1а (8 из 25) и 8% в группе 1б (2 из 25) (p=0,0338).

Резюме. Ожирение является неблагоприятным фактором, оказывающим негативное влияние на исходы программ ЭКО/ИКСИ. У женщин с ожирением было получено значимо больше анеуплоидных эмбрионов. Использование ПГС в этой когорте пациентов привело к увеличению частоты клинических беременностей и живорождения. Таким образом, для улучшения результатов программ ВРТ пациенткам с ожирением можно рекомендовать прохождение ПГС.

EMBRYO ANEUPLOIDY RATE AND IVF OUTCOMES IN PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Dolgushina N.V., Desyatkova N.V., Korotchenko O.E., Syrkasheva A.G., Kulakova E.V., Ilyina E.O.

Summary. Obesity is an unfavorable factor that has a negative impact on the outcome of IVF / ICSI program. Obese women significantly greater aneuploid embryos was obtained. Using ASG in this cohort of patients has led to an increase in the frequency of clinical pregnancies and live births. Thus, to improve the ART program outcomes to patients with obesity may be recommended PGS passage

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Борщева А.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГБОУ ВО Рост ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний и регистрируется с частотой 1% в популяции, причем 25–40% больных – это женщины детородного возраста. Порядка 1% беременных женщин страдают эпилепсией, у 13% болезнь впервые проявляется во время беременности, а у 14% приступы наблюдаются исключительно во время беременности (гестационная эпилепсия). Ежегодно около 0,3–0,4% детей рождаются от матерей, страдающих эпилепсией. Согласно обобщённым данным, обострение эпилепсии во время беременности наблюдается примерно у 10% женщин, у 5% частота припадков уменьшается, у 85% – не изменяется. Большинство больных нуждаются в длительном приёме антиконвульсантов. Благополучное вынашивание беременности является сложной проблемой. При генерализованных судорожных приступах наблюдаются грубые ишемические расстройства в системе «мать-плацента-плод», что может привести к внутриутробному страданию и даже гибели плода. Кроме того, эпилепсия у матери увеличивает вероятность появления эпилепсии у ребенка до 4–7%. Решение о методе родоразрешения принимается совместно акушером-гинекологом и эпилептологом и зависит от ряда факторов.

Спектр вопросов, которые приходится решать врачу, наблюдающему беременную с эпилепсией, чрезвычайно широк: взаимовлияние эпилепсии и беременности, тактика ведения беременности с учетом многофакторности влияний, особенности ведения родов, прогноз рождения соматически здорового ребенка, вероятность развития у него эпилепсии.

Цель. Анализ течения беременности и родов у пациенток с эпилепсией.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ исхода беременности и родов у 10 женщин, страдающих эпилепсией.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин колебался от 17 до 28 лет. Первородящих было девять, повторнородящая одна. До беременности регулярно принимали противосудорожные препараты 6 (60%) пациенток, нерегулярно – 1 (10%), остальные 3 (30%) не принимали препараты. Во время беременности продолжили регулярный приём противосудорожных препаратов 4 (40%) женщины, нерегулярно принимала препараты 1 (10%) пациентка, 5 (50%) не принимали препараты. По данным медицинской документации, как во время беременности, так и при поступлении в акушерский стационар, женщинам было проведено клинико-лабораторное обследование. Оценивалось также и состояние фетоплацентарного комплекса при помощи УЗИ, ДПМ и КТГ. У 2 (20%) пациенток, не принимавших противоэпилептических препаратов, с помощью допплерометрии были выявлены НМПГ различной степени тяжести, на КТГ наблюдались нарушения в виде начальных признаков ВУГП плода. На фоне регулярного приёма антиконвульсантов НМПГ было у 1 (10%) пациентки, в остальных случаях изменений при ДПМ и на КТГ не было. Всем пациенткам в течение беременности было проведено ЭЭГ исследование с последующей консуль-

тацией эпилептолога. У 3 (30%) женщин на ЭЭГ были выявлены выраженные изменения с наличием эпиактивности. Все женщины родоразрешены путём кесарева сечения. Однако, по рекомендации эпилептолога, родоразрешены 9 (90%) беременных. 1 (10%) пациентка, страдающая эпилепсией на протяжении 9 лет, постоянно наблюдавшаяся по поводу данного заболевания и регулярно принимавшая противоэпилептический препарат ламиктал, согласно заключению врача-эпилептолога, могла быть родоразрешена через естественные родовые пути. Но из-за имеющегося рубца на матке, ей было проведено кесарево сечение. Во всех случаях родились живые дети с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов, без пороков развития. Вес новорожденных варьировал в пределах 2900–3400 г., рост 50 см и более. Послеродовый период у всех протекал без осложнений, приступов эпилепсии во время пребывания в стационаре не наблюдалось.

Выводы. Беременные с эпилепсией должны находиться под постоянным наблюдением не только акушера-гинеколога, но и эпилептолога. Основным методом родоразрешения у беременных с эпилепсией является кесарево сечение. В некоторых же случаях, при длительной стойкой ремиссии до и во время беременности, с разрешения врача эпилептолога, возможно родоразрешение через естественные родовые пути.

PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH EPILEPSY

Borscheva A.A.

State Federal Educational Establishment of Higher Training of RostGMU of Health Service Ministry, Rostov-on-Don, Russia
The department of Obstetrics and Gynecology №1

Conclusions. Pregnant women with epilepsy should be under constant supervision, it is not only an obstetrician-gynecologist, but epileptologa. The main method of delivery in pregnant women with epilepsy is a cesarean section. In some cases, when The duration-term stable remission before and during pregnancy, with the permission of the doctor epileptologa, cart-possible delivery was vaginally.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тулынина Е., Нажмутдинова Д.К.

Кафедра Акушерства и гинекологии №2 ТМА, РСНПЦАиГ

Резюме. В последние десятилетия гипертензивные нарушения во время беременности, родов и послеродовом периоде стойко занимают одно из лидирующих мест среди причин материнской смертности. Проведен ретроспективный анализ историй родов с целью оценки исходов родов у 40 женщин с гестационной гипертензией. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости гипертензивных нарушенийи необходимости улучшения прогноза родов у женщин

с данной патологией путем своевременной диагностики и выбора тактики ведения и родоразрешения.

Актуальность. Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей, как в мире, так и в Узбекистане [Duley L., 2009, Steegers E.A., 2010]. Каждый год по всему миру умирает 287.000 женщин от осложнений беременности. 13% из этого числа – это смерть от преэклампсии , которая занимает 4 место в структуре материнской смертности. [Report Hypertension during pregnancy, 2010, PhD Najmudinova D.K., Nurillayeva N.M,,Ibragimov N.K.,Inga Platais USA,Gynuty].

В последние десятилетия гипертензивные нарушения во время беременности, родов и послеродовом периоде стойко занимают одно из лидирующих мест среди причин материнской смертности и их доля составляет 15–25%. Гестационная гипертензия занимает 33-е место в структуре летальности беременных. Преждевременные роды при гестационной гипертензии имеют место в 20–30% случаев, перинатальная заболеваемость составляет – 56%, а перинатальная смертность в 3–4 раза превышает популяционную, достигая 12% [Айламазян Э.К., 2008]. В связи с этим, проблема решения осложнений, связанных с данной патологией, является важной задачей современного акушерства и перинатологии.

Цель работы: изучение исходов беременности и родов у женщин с гестационной гипертензией.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй родов с целью оценки исходов родов у 40 женщин с гестационной гипертензией. Диагностика гипертензивных нарушений осуществлялась на основании международного стандарта и национального стандарта Министерства здравоохранения РУз от 22.03.2016 года. Все беременные состояли на учете в первичном звене на антенатальном наблюдении. Женщины разделены на 2 группы: 1 группу составили первородящие -15 (37,5%); 2 группу – повторнородящие – 35 (62,5%). Пациенткам было проведено общеклиническое (сбор анамнеза, жалоб, общий физикальный осмотр), специальное (акушерский осмотр), лабораторно-инструментальные (УЗИ, доплерография) методы исследования.

Полученные результаты: При анализе течения беременности и родов было выявлено, что наиболее частыми осложнениями были у первородящих: аномалии родовой деятельности – у 3женщин (20%), присоединение тяжелой преэклампсии – у 1 женщины (6,6%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и преждевременные роды – по 1 женщине (6,6%). Тогда как у женщин 2 группы (повторнородящих) тяжелая преэклампсия развивалась практически в 2 раза чаще, чем у первобеременных – у 4 женщин (11,4%); аномалии родовой деятельности в виде неудовлетворительного прогресса и преждевременные роды – по 2 женщины (5,7%) а ПОНРП развивалась практически вдвое реже – у 1 женщины (2,9%).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости осложнений у женщин с гестационной гипертензией. Следовательно, имеется существенная необходимость в улучшении прогноза родов у женщин с данной патологией путем своевременной диагностики и выбора тактики ведения и родоразрешения.

ANALYSIS OF THE OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

Tulynina E., Nazhmutdinova D.K.

Department of Obstetrics and Gynecology №2 TMA

Summary. In the last decades of hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the puerperium firmly occupy one of leading places among the causes of maternal mortality. A retrospective analysis of birth histories to assess the birth outcomes in 40 women with gestational hypertension. The data indicate a high frequency of occurrence of hypertensive disorders and of the need to improve the prognosis of delivery in women with this disease through timely diagnosis and choice of management tactics and delivery.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

Симрок В.В., Валиев О.А., Симрок Н.И.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», город Луганск

Динамическое наблюдение, основанное только на показателях кардиотокографии и биофизического профиля плода не отражает адаптационно-компенсаторные возможности гемодинамики в системе мать-плацента-плод при осложненном течении беременности и, в частности при плацентарной недостаточности. Появление допплерометрии в сочетании с цветовым доплеровским картированием сделало возможным исследование гемодинамики в мельчайших сосудах различных органов, что особенно важно в функциональной системе «мать-плацента-плод».

Целью нашего исследования была оценка состояния плода по данным ультразвуковой допплеровской ангиографии при различной акушерской патологии и ее влияние на акушерскую тактику.

Материалы и методы. Нами проведено исследование плодово-плацентарного кровотока у 173 беременных с различной акушерской патологией, и 37 с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Исследования проводили аппаратом TECHNOS (ESAOTE) датчиком 3,5 МГц в положении беременной на спине, при доношенной беременности. Для анализа кровотока в пупочной артерии у плода мы оценивали скорость кровотока (СК), индекс резистентности (ИР), индекс пульсации (ИП), который отражает степень изменения величины скорости движения крови на протяжении сердечного цикла плода, а также позволяет более точно оценивать кривую кровотока даже в случаях отсутствия диастолической скорости кровотока.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что при доношенной физиологической беременности скорость кровотока в пупочной вене колеблется в пределах 12.7±0,7 см/с, в пупочной артерии 14,1,3±0,5 см/с. При этом в большинстве случаев мы наблюдали постоянный спектр кровотока, пульсирующий спектр кровотока отмечался нами в основном при активной поведенческой реакции плода. Индекс пульсации у здоровых беременных женщин колебался в преде-

лах 0,47±0,03, а индекс резистентности 0,65±0,07. У беременных с преэклампсиями средней степени тяжести отмечались, прежде всего, двухфазный и трехфазный пульсирующий спектр кровотока. Скорость кровотока возрастала до 18,2±2,3 см/с, ИП был в 1,5 раза выше чем у здоровых беременных, значительно отличался также индекс резистентности 0,89±0,07 (p<0,05). Исследование кровотока в сосудах пуповины у беременных с артериальной гипертензией свидетельствовали о том, что снижение плацентарной перфузии не всегда приводит к развитию признаков внутриутробного страдания, однако ИП также возрастает (0,56±0,02). При наличии признаков гипоксии по данным кардиотокографии, данные допплерографии не отличались от таковых у здоровых беременных. Однако в 3-х случаях при наличии внутриутробной гипоксии плода по данным КТГ и «биофизического профиля» отмечалась умеренная дилатация средней мозговой артерии. Отмеченные изменения гемодинамики в 87% случаев сочетались с внутриутробной гипоксией плода, диагностированной по данным кардиотокографии и биофизического профиля плода. Очевидно, в тех случаях, когда мы констатируем гипоксию плода по данным КТГ на основании различных типов частоты сердечных сокращений плода (сальтаторный, J – тип, S – тип и многие другие) имеют место рефлекторные реакции на непродолжительные, но многократные эпизоды гипоксии из-за сжатия пуповины в процессе беременности. Практически 100% диагностическую значимость в определении акушерской тактики имеют нулевой и реверсный тип кровотока.

Следовательно, акушерскую тактику должны определять несколько показателей состояния плода в динамике. Однако, ИП является наиболее независимым показателем количественного анализа плодово-плацентарного кровотока.

Резюме. Была проведена оценка состояния плода по данным ультразвуковой допплеровской ангиографии при различной акушерской патологии и ее влияние на акушерскую тактику. Индекс пульсации является наиболее независимым показателем количественного анализа плодово-плацентарного кровотока. Наибольшую диагностическую значимость в определении акушерской тактики имеют нулевой и реверсный тип кровотока.

DOPPLER ULTRASOUND IN DETERMINING OBSTETRIC TACTICS

Simrok V.V., Valiev, O.A., Simrock N.I.

SE «Luhansk state medical University», Lugansk city

Was evaluated the condition of the fetus according to the ultrasound Doppler angiography in various obstetric pathology and its impact on obstetric tactics. The index ripple is the most independent indicator of the quantitative analysis of placental blood flow. The greatest diagnostic value in determining obstetric tactics have zero and reverse type of flow.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА РУБЦА НА МАТКЕ НА ЭТАПЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Чечнева М.А., Барто Р.А., Климова И.В., Панов А.Е.

Московский Областной НИИ Акушерства и Гинекологии

При планировании беременности после предшествующего кесарева сечения целесообразно исследование состояния рубца на матке с оценкой типичности положения рубца, деформации и толщины миометрия. Истончение миометрия менее 2мм служит показанием к метропластике. При сохраненной толщине и структуре миометрия планирование беременности безопасно.

В последние годы все чаще мы сталкиваемся с проблемой оценки состояния рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде и на этапе планирования следующей беременности. При использовании методов ВРТ с большой долей многоплодных беременностей оценка риска, связанного с состоянием рубца на матке, наиболее актуальна.

Проанализировано 136 историй болезни и историй родов у пациенток с предшествующим кесаревым сечением. Средний возраст пациенток составил 29 лет. 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. Поводом для обращения к врачу служили планирование беременности, вторичное бесплодие, планирование ВРТ; хронические тазовые боли; обострения «хронического воспаления придатков»; дизурические расстройства.

Всем пациенткам проведено трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование, трехмерная реконструкция. В ряде случаев для подтверждения диагноза использовались гидросонография и гистероскопия.

В качестве критериев оценки рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде рассматривали: типичность положения рубца, отсутствие деформаций, «ниш», участков втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки; толщину миометрия в нижнем маточном сегменте; отсутствие гематом в структуре рубца, соединительнотканных включений, жидкостных структур; адекватный кровоток; состояние пузырно – маточной складки, дугласова пространства, параметриев.

В 35 наблюдениях рубец на матке расценен как несостоятельный, основным признаком служило истончение миометрия в области рубца менее 2мм. В 16 случаях после дополнительного обследования– гидросонографии или гистероскопии – произведена операция, иссечение рубца и пластика нижнего сегмента при лапаротомии или лапароскопическим доступом. Несостоятельность шва, воспалительные осложнения не развились ни в одном из случаев. Менструальная функция восстановилась у всех пациенток. Беременность в дальнейшем наступила у 7 пациенток, все они родоразрешены оперативным путем живыми детьми. 19 пациенток в связи с высоким риском отказались от планирования беременности на данном этапе.

В 59 наблюдениях при ультразвуковом исследовании рубец определялся с втяжением со стороны полости или наружного контура, в структуре рубца определялись гиперэхогенные (фиброзные) или анэхогенные (кистозные) включения, толщина миометрия составила от 2,2 до 4мм. Истончение рубца не расценено как противопоказание к наступлению беременности. Все пациентки родоразрешены путем кесарева сечения по состоянию рубца на матке.

Очень ранних и ранних преждевременных родов не было, состояние рубца позволило пролонгировать беременность не менее чем до 34 недель. Преждевременные роды в срок 34–36 недель проведены у 10 пациенток (16,9%).

В 47 наблюдениях рубец на матке расценен как состоятельный, без деформации контуров матки, без участков истончения миометрия. В 29 случаях последующая беременность закончилась самопроизвольными родами, в 2 наблюдениях (6.8%) – преждевременными в 35 и 36 недель. Толщина нижнего маточного сегмента в конце III триместра в 6 случаях (20,6%) составляла менее 2 мм– от 1.1 до 1.7мм. 18 пациенток родоразрешены путем кесарева сечения по показаниям, не связанным с состоянием рубца на матке.

Таким образом, диагностика состояния рубца на матке всегда сложна и требует высокой квалификации от специалиста, особенно на этапе планирования беременности. Верификация диагноза при помощи гидросонографии и гистероскопии необходима при планировании оперативного лечения. Однако, строгое соблюдение алгоритма диагностики позволяет выделить группы пациенток, где планирование беременности нецелесообразно без предшествующей пластики рубца и где наступление беременности не влечет рисков, связанных с состоянием рубца.

ULTRASOUND EVALUATION OF THE SCAR ON THE UTERUS AT THE STAGE OF PREPARATION PREGRAVID

Chechneva M.A., Barto R.A .,Klimova I.V., Panov A.E.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

The study of scar after previous Caesarean section (deformation, thickness , localisation) is necessary before planning a pregnancy. Indication for metroplastic surgery is the thickness of miometrium 2 mm or less. In case of normal myometrium thick and structure of scar it is possible to plan a pregnancy with careful monitoring of uterine scar.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПОЗДНЕГО АБОРТА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В., Фальковская О.О.

Омский государственный медицинский университет, Россия, Омск

Проблема абортов ввиду возможности развития ранних и отдаленных последствий, формирующих в дальнейшем ряд осложнений беременности, родов, гинекологических заболеваний, привлекает все большее внимание врачей.

Целью исследования явилось: разработать комплексный подход к реабилитации женщин после позднего индуцированного аборта при врожденных пороках развития плода (ВПРП), несовместимых с жизнью. Материалы и методы: Проведена реабилитация 60 женщинам после прерывания беременности при ВПРП, несовместимых

с жизнью в сроки до 21 недели 6 дней. Все женщины были разделены на 2 группы: пациенткам основной группы проводилась разработанная комплексная реабилитация, группе сравнения – реабилитационные мероприятия ограничивались регламентирующими документами.

В соответствии с внедрением в практику регламентирующих документов, беременным женщинам искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний проводилось с использованием медикаментозного метода, при этом использовались лекарственные средства, зарегистрированные на территории РФ. Контроль опорожнения полости матки осуществлялся путем визуализации удаленных тканей. При наличии признаков неполного аборта и обнаружении остатков плодного яйца проводилась вакуумная аспирация. Прерывание беременности в поздние сроки следующим комбинированным методом: мифепристон назначался в дозе 200 мг однократно внутрь. Через 24 ч. вводились ламинарии в цервикальный канал. Если элиминация плода не происходила через 3–4 ч. назначался мизопростол 200–400 мкг.

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводилось консультирование, в процессе которого обсуждались признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставлялись рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, прегравидарной подготовке, необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности. Комплекс мероприятий, разработанный в ходе исследования, включал следующие действия. Профилактика инфекционных осложнений заключалась в обследовании женщины на хламидийную и другие инфекции, передаваемые половым путем. При медикаментозном аборте при наличии факторов риска было обязательным назначение антибиотиков широкого спектра действия: для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию – включение доксициклина 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней начиная со дня аборта, а также метронидазола 800 мг перорально до аборта и во время его проведения.

Контрольный осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводился через 9–15 дней. Наблюдение после аборта включало переход на прегравидарную подготовку. Одним из ключевых моментов подготовки считали профилактику ВПР: адекватное насыщение организма фолатами при ежедневном применении не менее 400 мкг происходит в течение 8–12 недель. Следовательно, оптимальным интергенетическим интервалом считали 3 месяца. Всем женщинам была проведена беседа об имеющихся современных методах контрацепции. Обсуждение и выбор метода контрацепции (комбинированные оральные контрацептивы с содержанием фолатов) проводили еще до процедуры. Выбранный метод контрацепции начинали использовать сразу же после аборта. Поздние аборты являются абсолютными показаниями к подавлению лактации. Наиболее целесообразным и рациональным методом торможения лактации считали применение средств ингибиторов пролактина, являющимися агонистами 2-рецепторов дофамина и стимулирующих выработку пролактин-ингибирующего фактора – каберголин 1 мг однократно. В послеабортном периоде с восстановительной целью использовали преформированные факторы, обладающие выраженным противовоспалительным, противоотечным, противоболевым, утеротоническим, десенсибилизирующим, иммуномодулирующим и седативным эффектами.

Результаты показали, что осложнения позднего индуцированного аборта наблюдались у 4 (13,3%) и у 12 (40,0%; p=0,00) женщин соответственно исследуемым груп-

пам, отдаленные последствия наблюдались у 4 (13,3%; p=0,00) женщин основной группы и у 16 (53,3%; p = 0,00) группы сравнения.

Таким образом, тактика ведения пациенток после искусственного прерывания беременности, особенно в поздние сроки при ВПРП, не должна включать лишь стандартную терапию лечения осложнений, но и предусматривать профилактическое применение КОК, подавление лактации, дотацию фолиевой кислоты, физиотерапевтического воздействия для предотвращения каких-либо последствий. При своевременном комплексном проведении реабилитационных мероприятий снижается количество осложнений, что ведет к значительному улучшению репродуктивного здоровья женщин.

REHABILITATION OF WOMEN AFTER A LATE ABORTION WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE FETUS

Kravchenko E.N., Kolombet E.V., Falkowski O.O.

Omsk Medical Academy, Russia, Omsk

Tactics of patients after abortion, especially in the later stages when VPRP should not only include standard therapy treatment of complications, but also include the prophylactic use of COCs, lactation suppression, folic acid subsidy, physical therapy action to prevent any consequences. With timely comprehensive rehabilitation measures reduced the number of complications, leading to significant improvements in women's reproductive health.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Курбанова Н.Б.

Республика Таджикистан, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Резюме: Результаты исследований показали, что по частоте встречаемости среди всех врождённых пороков развития, пороков развития ЦНС в частности, спинномозговые грыжи оказались лидирующими. Следовательно, профилактика пороков развития центральной нервной системы плода предполагает медико-генетическое консультирование молодых первобеременных пар, страдающих вирусной и другой инфекцией, из близкородственных браков, а также обязательный прием фолиевой кислоты в прегравидарном периоде и на ранних сроках беременности.

Актуальность. Спинномозговая грыжа – комплексная врождённая аномалия, вызванная нарушением развития плода. Спинномозговая грыжа у новорожденных обусловлена незаращением нервной трубки на внутриутробном этапе и неполным формированием спинного мозга. В зоне незаращения происходит расщепление позвоночника – его дуги смыкаются недостаточно плотно. В результате часть спинного мозга выдается наружу, за пределы спинномозгового канала, формируя гры-

жевой мешок. Спинномозговая грыжа у новорожденных встречается с частотой 1–2 случая на каждую тысячу родов. В результате нарушения нормального процесса развития плода, в частности, закрытия нервной трубки и формирования спинного мозга, в позвоночнике образуется отверстие или щель, через которую выдается наружу часть спинного мозга. Такой дефект – расщепление позвоночника – обозначают латинским термином «spina bifida». В зависимости от степени тяжести spina bifida подразделяют на 3 категории: spina bifida occulta, менингоцеле и миеломенингоцеле (Скрябина В.В, 2012).

Spina bifida occulta, или скрытое расщепление, – наиболее легкая форма заболевания. В данном случае спинной мозг не смещается за пределы спинномозгового канала, а дефект в позвоночнике представляет собой небольшую щель. На поверхности кожи в области расщепления позвоночника может присутствовать крупное пигментное пятно, очаг избыточного оволосения, небольшое углубление и т.п. Менингоцеле – состояние, при котором в грыжевом мешке, выдающемся за пределы позвоночника, находятся оболочки спинного мозга. При этом сам спинной мозг и нервные корешки не смещены. Миеломенингоцеле – наиболее тяжелая форма спинномозговой грыжи у новорожденных. При миеломенингоцеле через дефект позвоночника наружу выбухает спинной мозг вместе с окружающими его оболочками. Данное состояние характеризуется двигательными нарушениями, потерей чувствительности, дисфункцией органов малого таза.

Целью данной работы явилось изучение медико-социальных аспектов спинномозговых грыж у новорожденных.

Материал и методы исследования. Для первоначальных исследований нами были проанализированы 863 историй беременности и родов женщин, родивших детей с врождёнными пороками развития и 100 историй родов женщин, родивших детей без пороков, за период с 2001 по 2015 год, поступивших в городской родильный дом №3 г. Душанбе.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст женщин в основной группе составил 26,3±0,2 лет, который варьировал от 16 до 45 лет, в контрольной группе – 23,4 ±0,4, варьировавший от 18 до 37 лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста основной группы составили (до 19 лет) – 9,3%, активного репродуктивного возраста (20–34 лет) – 78,2%. Роженицы позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) – 12,5%. В группе контроля роженицы раннего репродуктивного возраста составили 14,0%, активного – составили 85%, позднего – 1%. При изучении паритета в основной группе выявлено, что большинство обследованных женщин оказались повторнородящими (2–3родов) – 43%, но и первородящих было не меньше – 39%, многорожавшие составили (4 родов и более) 18%. В группе контроля на долю первородящих пришлось 5%, повторнородящих 90% и многорожавших 5%. Большинство женщин обеих групп были местной национальности. Среди них домохозяйками в основной группе оказались 734 (85,1%), служащих 80 (9,3%), медработниц 28 (3,2%) и студенток 21 (2,4%). В группе контроля домохозяйками были 95 (95%) и 5 (5%) служащих. По частоте встречаемости среди всех врождённых пороков развития изолированные спинномозговые грыжи оказались на шестом месте – 53 случаев (6,2%), а среди множественных врождённых пороков развития (МВПР), которые по частоте оказались на третьем месте 77 случаев (8,9%), spina bifida сопутствовала в 25,7% случаев. Таким образом, по частоте встречаемости среди всех врождённых пороков развития, пороки развития ЦНС, в частности спинномозговые грыжи, оказались лидирующими.

Родственный брак среди общего количества женщин основной группы составил 188 (21,8%) случаев, в группе сравнения – 5% случаев.

Дефицит массы тела был отмечен в 52,4% случаев основной исследуемой группы и 20,0% – в группе сравнения, ожирение 1ст. – у 19,2%, ожирение 2 ст. – у 2% и ожирение 3ст. – у 0,2% пациенток основной группы. Основной патологией, на фоне которой наступила и развивалась беременность, оказалась ОРВИ – 97,2% и 91% соответственно, затем по частоте на втором месте оказался хронический пиелонефрит – 36,0% случаев, анемия – 30,4% и 15% соответственно. Йоддефицитные заболевания сопутствовали беременности в 33,4% случаев, хронический тонзиллит – в 11,5%, брюшной тиф – в 8,3%, гепатиты А, В – в 10,1% случаев, малярия – в 2,1% случаев. Указанные патологии были отмечены только у пациенток основной группы.

Выводы. Таким образом, по частоте встречаемости среди всех врождённых пороков развития, пороки развития ЦНС в частности, спинномозговые грыжи, оказались лидирующими. Кроме того, результаты исследований показали наиболее уязвимые группы женщин, у которых наиболее часто наблюдалась «spina bifida», это молодые первордящие, зачатие беременности у которых происходило на фоне вирусной и другой инфекции, из близкородственного брака. Следовательно, профилактика пороков развития центральной нервной системы плода предполагает медико-генетическое консультирование уязвимых пар, а также обязательный прием фолиевой кислоты в прегравидарном периоде и на ранних сроках беременности. Исходя из вышеизложенного, тщательное планирование беременности и исключение любых возможных неблагоприятных влияний в первом триместре развития плода могут значительно улучшить перинатальный исход и снизить инвалидность с детства.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF SPINA BIFIDA IN NEWBORNS

Dodkhoeva M.F., Melnikova V.Yu., Kurbanova N.B

The Republic of Tajikistan, Tajik State Medical University by name Abu Ali ibn Sina

Summary: The results showed that the frequency of occurrence of all congenital malformations, malformations of the central nervous system such as spinal hernia were leading. Therefore, prevention of malformations of the central nervous system of the fetus requires medical and genetic counseling of young primigravidas couples suffering from viral and other infections of closely related marriages, as well as folic acid mandatory reception pregravid period and during early pregnancy.

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНЦИТИАЛЬНЫХ УЗЕЛКОВ В ВОРСИНАХ ПЛАЦЕНТЫ ЗАВИСИТ ОТ ФОРМЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ляпин В.М., Туманова У.Н., Щеголев А.И.

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

Выраженность синцитиальных узелков в терминальных ворсинах плаценты зависит от формы преэклампсии, отражая степень нарушения маточного-плацентарного кровотока и особенности патогенеза, а также может быть использована в качестве диагностического критерия.

Развитие преэклампсии обусловлено недостаточным ремоделированием спиральных артерий, приводящим к снижению маточно-плацентарного кровотока. Последнее сопровождается развитием предплацентарной гипоксии и развитием компенсаторных процессов в плаценте. Одним из проявлений сосудистых нарушений со стороны матери считается формирование синцитиальных узелков в ворсинах плаценты.

Цель исследования: изучить выраженность синцитиальных узелков в терминальных ворсинах плаценты при ранней и поздней преэклампсии умеренного и тяжелого течения.

В основу работы положен комплексный морфологический анализ 150 последов, разделенных на шесть групп. Две группы составили последы от пациенток, течение беременности у которых осложнилось развитием ранней (до 34 недель беременности) преэклампсии умеренного (12) и тяжелого (14) течения. Другие две группы – последы от беременных с поздней (после 34 недель беременности) преэклампсией умеренного (62) и тяжелого (22) течения. Контрольные группы (ранней и поздней) составили соответственно 12 и 28 пациенток с физиологическим течением беременности и не имевших экстрагенитальной патологии. Макроскопическое изучение последов и взятие кусочков для гистологического исследования проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями. Гистологическое исследование проводили на парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Выраженность синцитиальных узелков оценивали по их количеству в терминальных ворсинах в поле зрения микроскопа (объектив х20): слабо выраженные – при наличии узелков в не более 3-х ворсинах, умеренно выраженные – в 4–6 ворсинах, выраженные – в 7 и более терминальных ворсинах. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «Statistica 8» путем расчета критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса и точного критерия Фишера, а также показателей чувствительности, специфичности и диагностической точности.

В результате проведенного анализа гистологических препаратов плаценты установлено, что синцитиальные узелки выявлялись во всех исследованных нами плацентах, но степень их выраженности отличалась. В наблюдениях тяжелой и умеренной ранней преэклампсии отмечалось преобладание умеренного количества синцитиальных почек в терминальных ворсинах (в 64,3% наблюдений тяжелого и в 66,7% умеренного течения) по сравнению с группой раннего контроля (в 25% случаев). При этом специфичность их выявления по сравнению с группой контроля составляла по 75%, а диагностическая эффективность – 69,2% и 70,8% соответственно.

В наблюдениях поздней преэклампсии тяжелого течения преобладали (в 45,5%) также терминальные ворсины с умеренным количеством синцитиальных почек, а при поздней умеренной преэклампсии – ворсины с выраженным количеством почек (в 56,5%). Однако специфичность их выявления составила 21,4% и 78,6% при тяжелой и умеренной форме соответственно. То есть при развитии преэклампсии отмечается формирование синцитиальных узелков в терминальных ворсинах плаценты. Поздние формы преэклампсии характеризуются увеличением количества узелков в ворсинах по сравнению с ранними. В то время как тяжелое течение заболевания сопровождается меньшим их количеством по сравнению с умеренными формами.

Таким образом, выраженность синцитиальных узелков в терминальных ворсинах плаценты зависит от формы преэклампсии, отражая степень нарушения маточно-плацентарного кровотока и особенности патогенеза, а также может быть использована в качестве диагностического критерия.

THE NUMBER OF SYNCYTIAL KNOTS IN PLACENTAL VILLI DEPENDS ON THE FORM OF PREECLAMPSIA

Lyapin V.M., Tumanova U.N., Shchegolev A.I.

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

The number of syncytial knots in the terminal villi of the placenta depends on the form of preeclampsia. This reflects the degree of violation of the uteroplacental blood flow and indicates of the pathogenesis features, and can be used as a diagnostic criterion.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КЛЕКСАН» У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ ПАРИТЕТОМ РОДОВ И ТРОМБОФИЛИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В., Эседова А.Э., Бегов А.Б.

ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Изучение эффективности применения низкомолекулярного гепарина (НМГ) – Клексана проведено у 267 МРЖ с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) и полиморфизмом генов тромбофилии и фолатного цикла. Применение клексана у МРЖ с отягощенным акушерским анамнезом и тромбофилиями является патогенетически оправданным в связи с наличием у препарата противотромботических свойств, что позволило улучшить показатели гемостаза, избежать осложнений и добиться благополучного завершения беременности.

Многократные роды являются универсальных фактором риска развития как акушерских, так и экстрагенитальных осложнений. Причинами таких осложнений могут быть полиморфизмы генов тромбофилии и фолатного цикла. Среди женщин с тромбофилиями частота акушерской патологии достигает 80%.

Цель исследования явилось изучение эффективности применения низкомолекулярного гепарина (НМГ) – Клексана у многорожавших женщин (МРЖ) с отягощенным акушерским анамнезом.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 267 МРЖ с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) и полиморфизмом генов тромбофилии и фолатного цикла. В анамнезе преобладали гестоз средней и тяжелой степени – 23,5%), антенатальная гибель плода после 22 недель – 20,8%, множественные пороки развития плода -10,3%, ПОНРП – 8,4%, преждевременные роды (после 28 нед) – у 13,3% пациенток.

Наиболее частой формой мутации явилась гомозиготная мутация MTHRR– 26,2%), на втором месте по частоте выявлена мутация гена FBG (F1) – 26,83%; на 3 месте была мутация гена антагониста тканевого активатора плазминогена PAI-1– 20,8%. Сочетанные гетерозиготные формы тромбофилии (мутация F1 в сочетании с мутацией MTHRR) выявлены 28,9%. Гомозиготные формы мутаций не были выявлены. Дефицит антитромбина– III – 37,7%.

Умеренная гипергомоцистеинемия (до 12мкмоль/л) была вывлена у подавляющего большинства обследованных МРЖ – 63,2%, что является характерной особенностью МРЖ в Дагестане и напрямую связано с характером и культурой питания, а также нижким уровнем жизни в многодетных семьях. Гипергомоцистеинемия свыше 15 мкмоль/л выявлена у 39,3%) пациенток.

При исследовании системы гемостаза были выявлены следующие нарушения: повышение концентрации фибриногена (7,1 ± 1,2 г/л), снижение АТ III (77,2 + 1,12%), Д-димер – 870 ± 1,8 Мкг/л, АЧТВ 24,9 ± 0,6 секунд, РФМК 18,0 ± 1,5 Мг/100 м. В связи с выявленными тромбогенными нарушениями гемостаза нами применялся НМГ – Клексан по 0,4мл – 0,8мл с учетом массы тела и тяжести гемостазиологических нарушений один – два раза в сутки под кожу живота в течение всей беременности до срока родов. Эффективность терапии оценивалась нами по показателям гемостаза (контрольные исследования проводились каждые 3–7 дней), по частоте развития осложнений (тромботических, геморрагических), а также по данным допплерометрии и КТГ. Использование Клексана позволило значительно улучшить показатели гемостаза. При проведении лечения у беременных отмечалось снижение концентрации фибриногена до 3,6 ± 0,7 г/л, Д-димера – 289 ± 3,63Мкг/л, РФМК – 6,0 ± 1,62Мг/100 м, повышение концентрации АТ III – 103,9+ 3,6%) и уменьшение растворимого фибрина. Клинически значимые геморрагические и тромботические осложнения, а также развитие гепарин-индуцированной тромбоцитопении при применении НМГ —клексана нами не зарегистрированы.

Выводы. Проведенные исследования показали, что применение Клексана у МРЖ с отягощенным акушерским анамнезом и тромбофилиями является патогенетически оправданным в связи с наличием у препарата противотромботических свойств, что позволило улучшить показатели гемостаза, избежать осложнений и добиться благополучного завершения беременности.

ABOUT THE STUDY THE EFFICACY OF THE DRUG CLEXANE IN PREGNANT WOMEN WITH HIGH PARITY BIRTHS AND THROMBOPHILIA IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Begova S.V., Asadov A.C., Racing A.B.

GBOU VPO Dagestan state medical Academy, Makhachkala, Russia

The study of the efficacy of low molecular weight heparin (LMWH) – Clexane performed in 267 multiparous with burdened obstetric history (JAA) and the gene polymorphism of thrombophilia and folate cycle. Application Clexane have MRZH with burdened obstetric history and thrombophilia is pathogenetically justified due to the presence of the drug antithrombotic properties, which improved hemostasis, avoid complications and achieve the successful completion of the pregnancy.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Алексеева Л.Л., Тудупова Б.Б., Борголов А.В., Жамбалова Р.М., Ангапова А.В., Будашеева О.Б., Ангадаева Н.В.

ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр»
ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», медицинский институт
ДЦ ООО «Фрезениус Нефрокеа»
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Хроническая почечная недостаточность – симптомокомплекс, вызванный необратимой постепенной гибелью нефронов вследствие первичного или вторичного прогрессирующего заболевания почек. Беременность у пациенток с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении программным гемодиализом наступает редко. В настоящее время стало возможным вынашивание беременности у 50% таких пациенток, благодаря развитию и совершенствованию Центров гемодиализа.

Актуальность: Впервые успешная беременность у женщины 35 лет была описана в 1971г. Confortini. В настоящее время рождение живых детей завершается около 50% беременностей диализных пациенток. Беременность у пациенток с хронической почечной недостаточностью, даже с сохраненной функцией, сопровождается акушерским или перинатальным осложнением. Увеличивается частота преждевременных родов, числа случаев оперативного родоразрешения операцией кесарево сечения.

Цель: Представить клинический случай рождения ребенка у родителей с терминальной хронической почечной недостаточностью.

Пациентке 27 лет. Паритет 2–1. С 2002г. Диагностирован хр.гломерулонефрит. В 2009г. прерывание беременности 24–25 недель по медпоказаниям, хронический гломерулонефрит. После прерывания лечение в нефрологическом отделении РКБ.

Далее не лечилась, не обследовалась. Периодически принимала курантил 75мг, энап 10мг. С 13.04.2012г. на хронической диализной терапии. При гинекологическом УЗИ 29.12.15г. Беременность 5–6 недель. Проведена ВК в ДЦ, консультирована главным врачам и зам.гл. врача Фрезениус Медикал Кеа, рекомендовано: не назначать ИАПФ, ингибиторов ренина, увеличить частоту процедур диализа в неделю до 5–6, по 4 часа; не допускать гипотоний во время процедуры; коррекция сухого веса совместно с акушер-гинекологом. Супруг принимает терапию гемодиализа 4 раза в неделю. На диспансерном учете по беременности с 6–7 недель. Исходное АД 140/90 мм рт. ст., исходный вес 56кг (ОПВ 12,8кг). Исходный Hb 94г/л, креатинин 240, мочевина 9,0. СМАД: САД 154/102 мм рт. ст., макс 163/114 мм рт. ст. в ночное время. С 12 недель по решению пренатального консилиума перевод под наблюдение в КДО РПЦ. Всего 7 явок в КДО. После СМАД назначен допегит 0,25*3–4 р/д. УЗИ: Беременность 12 недель. Низкая плацентация. Свободная бета-субъединица ХГЧ 11,376МоМ (расценено как пациентка на гемодиализе), PAPP-A 0,623МоМ. УЗИ: Беременность 19–20 недель. Цервикометрия без патологии. На сроке 23 недели пренатальный консилиум, жалобы на повышение АД 165/95 мм рт. ст., отеки лица, кистей рук, лечение в нефрологическом отделении РКБ им. Н.А. Семашко. На сроке 24 недели перевод в ОАПБ РПЦ АД 130/80 мм рт. ст., где проводилась подготовка сурфактантной системы легких плода и продолжен программный диализ. При обследовании на УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы, почек, размеры почек уменьшены. ЭХОКГ: уплотнение створок аорты, створок АК с регургитацией 1ст., уплотнение створок МК с регургитацией 1ст. ЛГ – СДЛА 36,1 мм рт. ст. СМАД: прогноз неблагоприятный, САД 195/124 мм рт. ст. Консультирована терапевт: Терминальная ХПН. Хр.гломерулонефрит, нефросклероз. ХБП С 5 д. Хр. программный гемодиализ с 13.04.2012г. Артерио-венозная фистула слева от 2012г. Вторичный гиперпаратиреоз. Хр.вирусный гепатит В, без ферментативной активности. ПКН0. Симптоматическая АГ, степень АГ2. Риск 4. Принимала по рекомендации: амлодипин 5мг*2р/д, допегит 0,25*4р/д, далее корвитол 25мг*2р/д, мальтофер 0,1*2р/д. за период нахождения в стационаре: 121–74-92г/л в динамике; креатинин 387–684-433 мкмоль/л; мочевина 15,2–17,7–9,9ммоль/л; протеинурия 2,28–2,86–2,27г/л; суточная протеинурия 0,798, газы крови pH 7,478; pCO2 38,4 mmHg, pO2 74,7mmHg. В динамике на УЗИ и допплерометрии маловодие, неадекватный прирост плода, нарушение маточно-плацентарного кровотока 3ст. Родоразрешилась операцией кесарево сечение мальчиком, весом 950грамм, длиной 35см, по шкале Апгар оценен 3–3баллов, ребенок находился на ИВЛ, SPAPP, в дальнейшем переведен в неонатальный центр детской республиканской клинической больницы, откуда был выписан домой. В настоящее время ребенку 6 месяцев, в психо-неврологическом развитии не отстает от сверстников. Благодаря слаженной работе специалистов разных учреждений и служб смогли получить благоприятный исход рождения ребенка у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью.

A CLINICAL CASE OF PREGNANCY ON THE BACKGROUND OF END-STAGE RENAL DISEASE

Alekseeva L.L., Todupova B.B., Borgolov A.V., Gambarova R.M., Angapova A.V., Budasheeva O.B., Angadaeva N.V.

Republican perinatal center
Buryat state University, medical Institute
Frezenius Nefrokea
Republican clinical hospital

Chronic renal insufficiency – a syndrome caused by progressive irreversible destruction of nephrons as a result of primary or secondary progressive disease of the kidneys. Pregnancy in patients with terminal chronic renal insufficiency undergoing hemodialysis treatment occurs rarely. Currently, it has become possible to pregnancy in 50% of these patients, thanks to the development and improvement of hemodialysis Centers.

РОЛЬ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ И ТРОМБОФИЛИИ В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Озолиня Л.А., Лапина И.А., Овсепян Н.Р.

ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова МЗ РФ, Медицинская Компания ИНВИТРО (Москва)

Цель – исследование состояния системы гемостаза у беременных при невынашивании в первом триместре и ее коррекция для улучшения результатов проводимого лечения. Обследовано 150 беременных: 30 – здоровые (контрольная группа), 120 – пациентки с невынашиванием беременности (основная группа). В основной группе гиперкоагуляционные и тромбофилические изменения гемостаза встречались достоверно чаще, чем в контрольной, и были обусловлены в 5,8% случаев генетическими полиморфизмами, в 15,0% – циркуляцией антител к фосфолипидам на фоне хронических вирусных инфекций, в 40,0% – гипергомоцистеинемией. Коррекция гемостаза улучшала результаты лечения и повышала шансы сохранения беременности.

Цель: исследование состояния системы гемостаза у беременных при невынашивании в первом триместре и ее коррекция для улучшения результатов проводимого лечения.

Материалы и методы: обследовано 120 пациенток с невынашиванием беременности (основная группа) и 30 пациенток, беременность которых протекала без осложнений (контрольная группа). Основная группа была разделена на следующие подгруппы: 1-я подгруппа – 40 пациенток с угрожающим абортом, 2-я подгруппа – 40 пациенток с начавшимся абортом; 3-я подгруппа – 40 пациенток с замершей беременностью или неполным абортом. Всем беременным проведено УЗИ малого таза, определение показателей гемостаза, обследование на наличие антител к фосфолипидам (анти-

кардиолипины, волчаночный антикоагулянт, антитела к β2-гликопротеину-1), генетические полиморфизмы гемостаза, приводящие к тромбофилии высокого риска а также исследование уровня гомоцистеина в плазме крови.

Результаты: При анализе проведенного исследования у 30 беременных с физиологически протекающей беременностью не было выявлено гипергомоцистеинемии, наследственной тромбофилии высокого риска и циркуляции антител к фосфолипидам. Концентрация гомоцистеина в плазме крови не выходила за пределы нормы и составила 7,4±2,1мкмоль/л. Уровень гомоцистеина у 50 (41,7%) пациенток основной группы был достоверно выше, чем в контрольной ($p<0,05$). Средний уровень гомоцистеина составил: в 1-й подгруппе – 15,7±2,5 мкмоль/л; во 2-й подгруппе – 16,4±3,4 мкмоль/л, а у пациенток 3-й подгруппы (с замершей беременностью и неполным абортом) – 17,1±2,3мкмоль/л. Циркуляция антител к фосфолипидам в повышенных концентрациях имела место у 18 (15,0%) пациенток основной группы, которые являлись носителями хронических вирусных инфекций (ВПГ 1 и 2 типа, ЦМВ). Генетические полиморфизмы гемостаза (фактора V Leiden и фактора II) выявлены в гетерозиготном состоянии у 7(5,8%) пациенток основной группы, случаев наличия одновременно 2 полиморфизмов, а также наследственного дефицита антитромбина III, протеинов С, S – не констатировано.

Пациенткам 1-й и 2-й подгрупп проводили лечение, направленное на сохранение беременности, включая гормональную поддержку, коррекцию гемостаза по показаниям (низкомолекулярные гепарины или дезагреганты) и симптоматическую терапию. Пациенткам с замершей беременностью и неполным абортом выполняли инструментальное удаление измененного плодного яйца или его остатков с последующей противовоспалительной терапией. Всем пациенткам с гипергомоцистеинемией назначали фолиевую кислоту (витамин В9) и витамины В6, В12. Проведение витаминотерапии в течение 4 недель приводило к снижению уровня гомоцистеина до его нормальных значений. Всем беременным с угрожающим абортом беременность была сохранена, среди подгруппы с начавшимся абортом удалось сохранить беременность у 26 пациенток из 40 (65,0%).

Выводы: коррекция системы гемостаза должна быть включена в состав комплексной терапии, проводимой при невынашивании беременности в первом триместре, так как является патогенетически обоснованной. При выявлении гиперкоагуляции следует назначать низкомолекулярный гепарин, при гиперагрегации тромбоцитов – дезагреганты, при гипергомоцистеинемии – витамины В6, В9 и В12. Своевременно назначенная коррекция гемостаза улучшает результаты проводимой терапии, направленной на сохранение беременности.

ROLE HYPERCOAGULATION AND THROMBOPHILIA IN THE NONCARRYING OF PREGNANCY IN THE FIRST TRIMESTER

Ozolinya L.A., Lapina I.A., Ovsepyan N.R.

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Medical Company INVITRO (Moscow)

Objective – study of the state of the hemostatic system in pregnant women with miscarriage in the first trimester and its correction to improve the results of treatment. A total of 150 pregnant women: 30 – healthy (control group), 120 – patients with miscarriage (study group). In the study group, and hypercoagulable trombophilic changes hemostasis occurred significantly more frequently than in the control group, and were due to the 5.8% of the genetic polymorphisms, in 15.0% – circulating antibodies to phospholipids on the background of chronic viral infections, 40.0% – hyperhomocysteinemia. Correction of hemostasis improved treatment results and increases the chances of continuing the pregnancy.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Карданова М.А.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Москва, Россия

Патология перинатального периода занимает ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности. Одни исследователи обосновывают тяжесть состояния новорожденных исключительно незрелостью функциональных систем, в то время как другие – осложненным течением беременности, родов, а также состоянием здоровья матери.

Для проведения оценки влияния преэклампсии на перинатальные исходы были изучены истории развития беременности и родов, а также истории развития новорожденных 165 пациенток с одноплодной беременностью, родоразрешенных посредством кесарева сечения в сроках беременности 28–37 недель. Основную группу составили 89 пациенток с преэклампсией различной степени тяжести, находившихся на лечении в палате интенсивной терапии родильного дома при ГКБ имени С.С. Юдина, контрольную – 76 здоровых женщин с неосложненным течением беременности. Показаниями к досрочному родоразрешению в основной группе являлось нарастание тяжести преэклампсии, а также отсутствие эффекта от проводимого комплексного лечения. В контрольной группе преждевременное оперативное родоразрешение производилось, как правило, по сумме относительных показаний, среди которых имели место рубец на матке, тазовое предлежание плода, преждевременное излитие околоплодных вод при неготовности родовых путей к родам, а

также различные экстрагенитальные заболевания – миопия высокой степени с хориоретинодистрофией, эпилепсия, рассеянный склероз и прочие. Средний возраст беременных составил 35,6 лет с интервалом от 25 до 46 лет.

Из особенностей соматического анамнеза в основной группе у половины пациенток (51,3%) отмечалась хроническая артериальная гипертензия, в 43,7% – нарушение жирового обмена, в 33,6% – хронический пиелонефрит. Среди осложнений беременности обратила на себя внимание довольно высокая частота угрозы прерывания (в 40,2% наблюдений уже в первом триместре). У 60,4% беременных стойкое повышение цифр АД регистрировалось еще в первой половине беременности. Развитие во второй половине беременности преэклампсии средней степени тяжести выявлено у 38,3% наблюдаемых, тяжелой – у 61,7%. При допплерометрическом исследовании кровотока в системе мать-плацента-плод более, чем у половины пациенток, отмечено изолированное, преимущественно двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях, у 30,5% – сочетанное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, у 9,1% – критическое состояние плодового кровотока. У половины пациенток зарегистрировано маловодие, у 40,8% – преждевременное созревание и старение плаценты. Примерно в половине наблюдений отмечено отставание фетометрических показателей от гестационного срока.

У пациенток с преэклампсией масса детей при рождении была достоверно ниже, чем у женщин контрольной группы: на сроках 28–33 недели – 1445±95 г. и 1830±83 г., соответственно; на сроках 34–37 недель – 1936±78 г. и 2360±46 г., соответственно. У 65,7% новорожденных основной группы была диагностирована гипотрофия различной степени тяжести. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар отмечено, что на сроке 28–33 недели в основной группе 15,3% детей родились в состоянии гипоксии тяжелой степени, 77,5% – в гипоксии средней степени и 7,2% – в легкой гипоксии, в то время, как в контрольной группе не было детей, родившихся в состоянии тяжелой гипоксии, 47% новорожденных родились в гипоксии средней степени и 53% – в легкой. На сроке 34–37 недель соотношение детей, родившихся в основной и контрольной группах в состоянии среднетяжелой гипоксии составило 63,8% и 31,5%, а в гипоксии легкой степени – 36,2% и 68,5%, соответственно. У детей в группе преэклампсии в 2,3 раза чаще, чем в контрольной, было выявлено гипоксически-ишемическое поражение ЦНС с преобладанием синдрома церебральной депрессии (74,4% 32,3%, соответственно). 93% детей, родившихся в основной группе, были переведены на второй этап выхаживания, тогда как в контрольной в переводе нуждались 36,8% новорожденных.

Таким образом, установлено, что преэклампсия оказывает отрицательное влияние на перинатальные исходы и течение раннего неонатального периода, приводя к рождению детей в состоянии гипоксии, с признаками гипотрофии и гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

FEATURES OF THE PERINATAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH PREECLAMPSIA

Bogomazova I.M., Ignatko I.V., Belousova V.S., Kardanova M.A.

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

The health of children all the more noteworthy in connection with the need for improved approaches to prenatal care, timely detection, prevention and correction of various complications to determine the optimal terms and methods of delivery, and sustainable provision of neonatal care.

РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Клецова М.И., Данькина И.А., Джеломанова Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Резюме. В статье представлены данные о роли антифосфолипидных антител в генезе развития преэклампсии. Рассмотрены вопросы диагностической ценности определения различных типов антифосфолипидных антител, определены корреляционные связи между маркерами аутоиммунного процесса и степенью тяжести преэклампсии.

Несмотря на существующий прогресс, достигнутый за последние десятилетия в акушерстве, преэклампсия до сих пор остается одной из самых сложных. Одним из перспективных направлений в изучении этиологии и патогенеза преэклампсии являются исследования в области иммунологии и иммунопатологии беременности. Разнообразные неблагоприятные факторы (хронические инфекционные и вирусные заболевания, эндокринные нарушения), связь которых с нарушениями развития беременности надежно установлена, действуя на состояние организма, воздействуют в первую очередь на общее состояние иммунной системы и функциональное состояние ее отдельных звеньев. В последние годы большой интерес вызывают сообщения о неблагоприятных последствиях беременности, причинно связанные с повышенной продукцией антифосфолипидных антител (АФЛА).

Целью исследования было изучение диагностического значения иммунологических маркеров (АФЛА и антител к β2 гликопротеину1) при беременности осложненной преэклампсией.

Материал и методы. С целью выяснения факторов риска повышенной продукции иммунологических маркеров (АФЛА и антител к β2 гликопротеину1) было проведено проспективное исследование течения беременности у 72 женщин с преэклампсией в сроке гестации 24–36 недель с одноплодной беременностью в возрасте от 18 до 37 лет. Из них у 39 (54%) женщин был выявлен повышенный уровень вышеуказанных показателей, они составили 1 группу, в 2 группу вошли 33 (46%) беременных. Контрольную группу составили 27 женщин с физиологическим течением беременности.

Выявление антикардиолипиновых антител (АКЛА) класса IgM и IgG осуществлялось с помощью иммуноферментных тест-систем фирмы "GENESISDiagnostics », антител класса IgM и IgG к комплексу фосфолипидов (фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу, фосфатидиловои кислоты) и β2 гликопротеину1 с помощью тест систем «ORGenTecDiagnostikaGmb».

При изучении частоты встречаемости антител к мембранным фосфолипидам у беременных выявлено, что наиболее часто встречаются антитела к комплексу 3 фосфолипидов (фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу и фосфатидиловои кислоты) класса IgG – у 37 (94,9%), класса IgM – у 16 (41,0%) женщин. В то время как АКЛА класса IgG были зарегистрированы у 17 (43,6%), а класса IgM – у 13 (33,3%). ВА наблюдался у 18 (46,1%) пациенток.

Проведенный анализ показал, что концентрация исследуемых антител к фосфолипидам и β2 гликопротеину1, имели определенную зависимость от степени тяжести преэклампсии. Статистически значимое увеличение от легкой степени к средней ($p < 0,05$) и от средней к тяжелой ($p <0,05$) проявляли уровни антител класса IgG β2 -ГП -1 и IgG к комплексу фосфолипидов. Кроме того, при тяжелой преэклампсии наблюдались наиболее высокие уровни ($p <0,05$) антител класса IgM к комплексу фосфолипидов.

Между уровнями показателей аутоиммунного процесса были обнаружены прямые корреляционные зависимости. Наиболее выразительные корреляции определены между показателями АФЛА разной специфичности и уровнем антител к β2 гликопротеину1 ($p<0,001$), что указывает на аутоиммунный процесс, осложнением которого оказалась преэклампсия. Важно отметить наличие прямой корреляции между степенью тяжести преэклампсии и антителами к β2 гликопротеину1 класса IgG ($r =0,61$, $p <0,001$).

Таким образом, у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом преэклампсия может быть обусловлена наличием аутоиммунного процесса с повышенным титром АФЛА и антител β2 гликопротеину1. С целью своевременной профилактики и лечения осложнений беременности женщинам группы риска показано скрининговое обследование на наличие антител к β2 гликопротеину1 и АФЛА на этапе подготовки к беременности или на ее ранних сроках.

THE ROLE OF ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES IN PREECLAMPSIA

Jeromanovs A., Churilov A.V., Klicove M.And., Denikina I.A., Gelmanova E.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Summary. The article presents data about the role of antiphospholipid antibodies in the pathogenesis of preeclampsia. Discussed issues of the diagnostic value of determination of different types of antiphospholipid antibodies, identified correlations between markers of autoimmune disease and severity of preeclampsia.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Стокоз К.Ю., Быстрицкая Т.С.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Благовещенск

Беременность у женщин с первичной олигоменореей в пубертатном периоде часто осложняется плацентарной недостаточностью. Причиной является снижение имплантационной способности эндометрия, обусловленное гормональными расстройствами и нарушением маточно-плацентарной гемодинамики. Проведение прегравидарной у этих женщин с применением гирудотерапии, обладающей рефлекторным, биологическим и механическим свойствами имеет патогенетическое обоснование.

Целью исследования явилось изучение эффективности гирудотерапии в прегравидарной подготовке у женщин с первичной олигоменореей в пубертатном периоде.

В основную группу включены женщины с первичной олигоменореей в пубертатном периоде. Женщины контрольной группы и основнойдо и во время проведения гирудотерапии комбинированные оральные контрацептивыне принимали.

Критериями исключения были: ожирение, гиперандрогения, подтвержденная клиническими и гормональными исследованиями, болезни органов женской половой системы (воспалительные болезни женских тазовых органов, доброкачественные новообразования матки и яичников).

Обследовано 30 женщин с первичной олигоменореей в пубертатном периоде (основная группа) и 30 с нормальным менструальным циклом (контрольная группа). Гирудотерапия проводилась в основной группе с 4 дня после окончания менструации, курс 7 процедур. Методы исследования включали: сбор анамнеза, объективное обследование и ультразвуковую эхографию матки с допплерометрическим исследованием кровотока в маточных артериях в среднюю стадию фазы секреции эндометрия до начала гирудотерапии и через 2 месяца после окончания.

Обработка полученных данных проводилось с помощью программы Microsoft Office Excel 2007 и пакета статистических программ Statistica10.0.

Средний возраст женщин основной группы 26,41±0,34 года, контрольной – 25,38±0,34 ($p>0,05$). Средний возраст менархе у женщин основной группы 13,48±0,17 года, контрольной – 12,13±0,11 ($p>0,05$). В основной группе продолжительность менструального цикла была больше по сравнению с контрольной группой (29,59±0,42 против 27,22±0,2 дней; $p<0,01$).

До проведения гирудотерапии средняя толщина эндометрия у женщин основной группы 6,67±0,76 мм, контрольной – 13,47±0,67 мм ($p<0,05$). После проведения лечения средняя толщина эндометрия у женщин основной группы составила 12,01±1,11 мм и не отличалась от контрольной группы ($p>0,05$). У одной женщины толщина эндометрия оставалась тонкой (8,9 мм) при исходной – 4,0 мм.

У женщин основной группы значение RI в маточных артериях до проведения гирудотерапии 0,89±0,06 усл.ед., контрольной – 0,71±0,04 усл.ед. (p<0,05).После проведения отмечалось снижение значения RI до 0,73±0,06 усл.ед., которое достоверно не отличалось от контрольной группы.

Таким образом, при применении гирудотерапии в прегравидарной подготовке у женщин с первичной олигоменореей в пубертатном периоде снижалось сопротивление скорости кровотока в маточных артериях и увеличивалась толщина эндометрия, что имеет значение в улучшении его имплантационной способности.

Резюме. У женщин, имевших первичную олигоменорею в пубертатном периоде после проведения гирудотерапии в плане прегравидарной подготовки, выявлено достоверное снижение индекса резистентности (RI) в маточных артериях, увеличение толщины эндометрия при ультразвуковом исследовании, что свидетельствует об эффективности гирудотерапии.

THE EFFECTIVENESS OF HIRUDOTHERAPY IN PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH PRIMARY OLIGOMENORRHEA IN PUBERTY

Stokoz Y.K., Bystritskaya T.S.

Of the «Amur state medical Academy» Ministry of health of Russia, Blagoveshchensk

Abstract. In women who had primary oligomenorrhea in puberty after hirudotherapy pregravid in terms of training, there was a significant decrease in the resistance index (RI) in the uterine arteries, increase in endometrial thickness by ultrasound, which shows the effectiveness of hirudotherapy.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Виницкий А.А., Шмаков Р.Г.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Начиная с 1960 и по настоящие дни частота врастания плаценты увеличилась с 1 на 30000 беременностей до 1 случая на 533, что коррелирует с увеличением частоты абдоминального родоразрешения. В структуре материнской смертности врастание плаценты достигает 7%. Патология нарушения прикрепления плаценты ассоциирована с высоким риском кровотечения как во время беременности за счет ее частого сочетания с предлежанием плаценты, так и во время

непосредственного оперативного родоразрешения, что объясняется повышенной васкуляризацией стенок матки крупными сосудами в области врастания. В руководствах по акушерству выполнение гистерэктомии при данной патологии является рекомендуемой нормой, что в современных реалиях является архаичным подходом. Применение метропластики, при котором иссекается участок стенки матки с вросшей плацентой, требует применения особых методик, минимизирующих кровопотерю в ходе ее выполнения. Поиск оптимальных способов и подходов определил цель настоящей работы.

Цель исследования. Сравнить общий объем кровопотери при применении различных хирургических методов гемостаза у пациенток с врастанием плаценты.

Материалы и методы. Нами было родоразрешено 33 пациентки с верифицированным диагнозом врастание плаценты на сроке от 32 до 37 недель беременности. Всем пациенткам было выполнено органосохраняющее оперативное пособие: кесарево сечение с метропластикой, а также один из вариантов хирургического гемостаза. В первой группе (n=10) применялась перевязка внутренней подвздошной артерии (ВПА). Во второй (n=17) выполнялась временная окклюзия общих подвздошных артерий (ОПА). В третьей группе (n=6) применялся комплексный компрессионный гемостаз, включающий наложение турникетных жгутов билатерально на основание широких связок и шеечно-перешеечную область матки, дополненную управляемой баллонной тампонадой матки. Во всех группах родоразрешение проходило в условиях развернутой аутогемотрансфузиологической поддержки.

Результат исследований показали, что наименее эффективным методом с позиции уменьшения общего объема кровопотери является перевязка ВПА, где данный показатель составил 2540 ± 1491 мл. Несколько лучше были результаты при окклюзии ОПА: 2309 ± 1342 мл. Наиболее эффективным показал себя метод комплексной компрессии, при котором средняя кровопотеря составила 958 ± 303 мл. При этом важно отметить, что максимальная кровопотеря в третьей группе не превышала 1400 мл.

В двух случаях интраоперационно определялось врастание в стенку мочевого пузыря – placenta percreta, что потребовало резекции данного участка. Основными осложнениями являлись анемии различной степени тяжести, а также подапоневротические гематомы и пузырно-маточного пространства.

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что наиболее эффективным способом снижения кровопотери при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с врастанием плаценты является комплексный компрессионный гемостаз. Полученные данные подтвердили фундаментальные работы, описывающие активно функционирующие анастамотические сети в проекции соединения конечных ветвей маточных и яичниковых артерий, а также многочисленные коммуниканты в перешеечно-влагалищной области.

COMPARATIVE EVALUATION DIFFERENT METHODS OF SURGICAL HEMOSTASIS AT ORGAN-PRESERVING ABDOMINAL DELIVERY IN PATIENTS WITH PLACENTA ACCRETA

Vinitskiy A.A., Shmakov R.G.

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

The authors compared methods contributed the reduction of blood loss during organ-preserving abdominal delivery in patients with placenta accreta. The most effective proved bilateral filopressure at the broad ligaments and cervix, completed uterine balloon tamponade.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТАЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Игнатко И.В., Родионова А.М.

Россия, г. Москва, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»

Значение фетальных аритмий, наблюдающихся в 5% и приводящих к тяжелым нео– и постнатальным осложнениям (включая фатальные) в клинической медицине трудно переоценить. Вместе с тем это не только социальная, но и экономическая проблема, определяемая высокой стоимостью пребывания новорожденного в отделении реанимации и интенсивной терапии, стоимостью возможного кардиохирургического вмешательства, а также длительностью и затратностью последующей реабилитации.

Этиологии ФА посвящено большое количество работ. Так, авторы описывают целый спектр причин возникновения нарушений сердечного ритма плода. Это системная красная волчанка (СКВ), антифосфолипидный синдром (АФС), сахарный диабет, воспалительные заболевания мочеполовой системы, бронхиальная астма, пороки и опухоли сердца плода, малые аномалии развития сердца (МАРС), внутриутробное инфицирование, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Из синдромов следует упомянуть гипотермию, гипоксию, дыхательную недостаточность, гипокалиемию.

С целью определения значимых факторов развития дизритмии плода проанализированы 255 историй болезни пациенток, родоразрешенных трансабдоминально в срочном/ экстренном порядке по поводу острой гипоксии плода на сроках 32–40 недель. Фетальная аритмия наблюдалась в 8,6%. В отобранных методом случайной выборки 22 историях болезни экстренно оперированных пациенток с дизритмией (бради – тахиформы, тригеминия) плода на дооперационном этапе были выявлены следующие изменения. Это были лейкоцитоз до 31х109 (82%), ОАГА (68%), угроза прерывания беременности (54,5%), кольпит (41%), инфекционно-воспалительные

заболевания во время настоящей беременности (32%), токсикоз первой половины беременности и преэклампсия различной степени тяжести (27%).

Полученные нами данные позволили сделать вывод о значимой роли инфекционного фактора в развитии дизритмии плода. Дальнейшее исследование проблемы ФА должно быть направлено на детальное изучение этиопатогенеза «функциональных» НРСП с использованием современных методов исследования. Это позволит выработать, в частности, при функциональных аритмиях оптимальную акушерскую тактику и уменьшить тем самым перинатальные потери.

Резюме. Аритмия у плода, наблюдающаяся в 5% случаев, является причиной тяжелых нео– и постнатальных осложнений. Проведен анализ 255 историй родов пациенток с острой гипоксией плода, прооперированных в срочном порядке на сроках 32–40 недель. Выявлены особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнезов, а также особенности течения настоящей беременности с женщин с фетальной аритмией. Определены значимые факторы развития дизритмии плода.

FEATURES OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL HISTORY IN WOMEN WITH FETAL ARRHYTHMIA

Ignatko I.V., Rodionova A.M.

First Moscow State Medical University I.M. Sechenov. Moscow, Russia

Summary. Arrhythmia in fetuses were observed in 5% of cases, it is a cause of severe neonatal and postnatal complications. The analysis of 255 labor histories of patients with acute fetal hypoxia, operated on urgently on terms 32–40 weeks. We revealed the features of somatic and obstetric and gynecological history, as well as the characteristics of the course of this pregnancy with women with fetal arrhythmia. Identified important factors for the development of the fetus dysrhythmia.

ОЦЕНКА ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТИРОКСИНЕМИИ, КАК ФАКТОРА РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наумова Ю.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

С целью изучения тиреоидного статуса обследованы 80 женщин в III триместре беременности. У пациенток исследовали йодурию, уровни свТ4 и ТТГ в сыворотке крови, проводили УЗИ щитовидной железы. Для уточнения роли гестационной гипотироксинемии в формировании патологических состояний у беременных были рассчитывали показатели абсолютного и относительного рисков. Беременные жен-

щины с гестационной гипотироксинемией имели достоверно более высокий риск осложненного течения беременности, чем женщины с достаточной функцией щитовидной железы.

Тиреоидный статус женщины во время беременности претерпевает значительные изменения. Повышается потребность в тиреоидных гормонах для поддержания высокого уровня обмена веществ в организме беременной и процессов эмбриогенеза. В то же время снижаются функциональные возможности щитовидной железы женщины в связи с трансплацентарным транспортом и возрастанием почечного клиренса йода. Дефицит потребления йода с пищей может приводить к снижению функциональной активности щитовидной железы в условиях беременности и развитию гестационной гипотироксинемии. По данным российских и зарубежных исследований гестационная гипотироксинемия существенно повышает риск патологического течения беременности и родов, нарушений нервно-психического, физического развития и заболеваемости детей первого года жизни, а в дальнейшем может обусловить снижение интеллекта.

Целью нашего исследования было изучение тиреоидного статуса у беременных женщин, выявление гестационной гипотироксинемии, как фактора риска осложненного течения беременности.

Материалом для исследования послужили 80 беременных женщин в конце III триместра беременности, поступающих на дородовую госпитализацию в один из перинатальных центров Саратовской области.

Методы исследования: у всех беременных женщин исследовали йодурию, уровни свободного тироксина (свТ4) и тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови, проводили ультразвуковое исследование щитовидной железы.

При анализе йодного потребления и тиреоидного статуса беременных женщин выявлены низкие показатели йодурии – (медиана составила 115,5 мкг/л) относительно рекомендуемых экспертами ВОЗ целевых значений медианы йодурии у беременных (150–249 мкг/л). Частота эндемического зоба в группе обследованных беременных составила 23,6%. Медианы содержания ТТГ и свТ4 в сыворотке крови беременных были в пределах нормы, что демонстрирует отсутствие у всех обследованных женщин явных нарушений функции щитовидной железы, однако частота гестационной гипотироксинемии у беременных женщин была высокой и составила 46,3%; (p>0,1).

Для уточнения роли гестационной гипотироксинемии в формировании патологических состояний у беременных были рассчитывали показатели абсолютного и относительного рисков (АР и ОР), величина которых оказалась достоверно значимой для развития гестационной нефропатии (АР 21%, p = 0,02, ОР 1,99, p = 0,04), анемии (АР 26%, p = 0,002, ОР 1,41, p = 0,003, ХВГП (АР 24%, p = 0,01, ОР 2,39, p = 0,02, дискоординированной родовой деятельности (АР 23%, p = 0,02, ОР 1,69, p = 0,03) у матерей.

Выводы: Беременные женщины с гестационной гипотироксинемией имеют достоверно более высокий риск осложненного течения беременности, чем женщины с достаточной функцией щитовидной железы. Целесообразна адекватная профилактика гестационной гипотироксинемии на прегравидарном этапе, раннее выявление гестационной гипотироксинемии, своевременная ее коррекция с целью снижения риска ассоциированных с гипотироксинемией осложнений беременности.

EVALUATION OF THYROID STATUS AND GESTATIONAL HYPOTHYROXINEMIA AS A RISK FACTOR OF COMPLICATED PREGNANCY

Naumova Y.V.

SBEI HPE Saratov SMU n.a.V.I. Razumovsky of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation
Department of Obstetrics and Gynecology of Medical faculty Saratov, Russia

In order to study the thyroid status examined 80 women in the 3 rd trimester of pregnancy. Patients examined: urinary iodine level, free T4 and Serum TSH, thyroid ultrasound was performed. To clarify the role of gestational hypothyroxinemia in the formation of pathological conditions in pregnancy were calculated indicators of absolute and relative risks. Pregnant women with gestational hypothyroxinemia had a significantly higher risk of complications during pregnancy than women with adequate thyroid function

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Салов И.А., Аржаева И.А.

Россия, Саратов, фГОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздравсоцразвития России»

Проведено изучение взаимоотношений стероидов в системе мать-плацента-плод, уточнения роли плодового фактора в патогенезе нарушений инициации сократительной деятельности матки при преждевременном излитии околоплодных вод. В связи с чем, проведен сравнительный анализ содержания стероидных гормонов в сыворотки крови из локтевой вены женщин, артерии и вены пуповины доношенных плодов при физиологическом течении беременности, преждевременном и своевременном излитии околоплодных вод.

Введение. Распространенность такого осложнения беременности, как преждевременное излитие околоплодных вод, не имеет тенденции к снижению и составляет 2,7–19,8% (Козловская И.А., 2009; Савельева Г.М., 2009; Болотских В.М., 2011).

Роды на фоне преждевременного излития околоплодных вод часто сопровождаются аномалиями родовой деятельности, гипо – и атоническими кровотечениями, высокими показателями травматизма мягких тканей родовых путей, нарушением маточно-плацентарного кровообращения и развитием гипоксии плода, увеличением частоты оперативного родо-разрешения (Максимович О.Н., 2007; Радзинский В.Е., 2011; Болотских В.М., 2011; Баев О.Р., 2012; Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., 2013).

Цель исследования – изучение патогенеза нарушения инициации сократительной деятельности матки (СДМ) при ПИОВ с точки зрения особенностей метаболизма стероидных гормонов и изменения гормонального статуса плода.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное обследование 193 пациенток с доношенной беременностью, находившихся в родильном отделении 1

городской клинической больницы г. Саратова в 2012–2014гг.

Из них в контрольную группу вошли 45 пациенток с физиологически протекающей доношенной беременностью. Основную группу составили 106 рожениц, течение родов у которых осложнилось ПИОВ. Группа сравнения представлена 42 пациентками со своевременным излитием околоплодных вод (СИОВ).

Кроме того, проведен сравнительный анализ содержания стероидных гормонов в сыворотки крови из локтевой вены женщин, артерии и вены пуповины доношенных плодов при физиологическом течении беременности, преждевременном и своевременном излитии околоплодных вод. Исследования выполнены 30 пациенткам, у которых произошли срочные роды путем операции кесарева сечения. Показаниями к операции явились: экстрагенитальная патология(9), рубец на матке(16), узкий таз(5).

Результаты исследования и их обсуждение: Результаты исследования содержания прогестерона (П) в сыворотки крови показали, что концентрация П в венозной крови была относительно высокой у пациенток с ПИОВ и достоверно не отличалась от таковой у женщин с физиологически протекающей доношенной беременностью. Кроме того, при кесаревом сечении, проведенном при ПИОВ концентрация П в крови вены и артерии пуповины была достоверно ниже, чем при операции, проведенной на фоне родовой деятельности и СИОВ и также достоверно не отличалась от таковой при физиологически протекающей доношенной беременности.

Как известно, прогестерон является предшественником кортизола, синтез которого осуществляется в том числе и корой надпочечников плода. При ПИОВ содержание кортизола (К) в сыворотки крови из локтевой вены матери, из артерии и вены пуповины достоверно ниже, чем при СИОВ, что также свидетельствует об отсутствии биологической готовности плода к родам и объясняет отсутствие активации пусковых механизмов в инициации СДМ при ПИОВ.

Результаты исследования содержания эстрадиола (Э) и дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС) в периферической и пуповинной крови выявили, что наименьшая концентрация гормонов наблюдалась у пациенток основной и контрольной групп, что является яркой иллюстрацией значимости Э и ДЭАС в инициации и поддержании СДМ и объясняет отсутствие эффективной родовой деятельности при ПИОВ.

Выводы: При ПИОВ отсутствует биологическая готовность плода к родам, что проявляется гиперпрогестеронемией, гипокортизолемией, снижением концентрации ДЭАС и Э. В связи с чем, в классической гормональной цепи родовозбуждения неполноценны ключевые фетальные звенья – К, ДЭАС. Совершенно очевидно, что в условиях дефицита кортикостероидов будет отсутствовать адекватная активация пусковых механизмов в инициации сократительной деятельности матки. и может являться, по нашему мнению, одной из вероятных причин частого возникновения нарушений сократительной деятельности матки при указанной патологии гестации.

FEATURES OF THE SYSTEM «MOTHER-PLACENTA-FETUS» WHEN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

Salov I.A., Araeva I.A.

Russia, Saratov, FGOU IN «Saratov State medical University n.a. V.I. Razumovsky Health Ministry Of Russia»

The study of the relationship of steroids in system mother-placenta-fetus was carried,the role of foetus' factor in the pathogenesis of disorders of initiation of uterine contract activity with premature discharge of amniotic fluid. Comparative analysis of the content of steroid hormones in blood serum from wamen's cubital vein, arteries and veins of the umbilical cord of full-term fetuses in peroiod of physiological pregnancy with premature and timely discharge of amniotic fluid was carried

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У МАТЕРИ

Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Лысенко С.Н., Гурьева В.М., Коваленко Т.С.

ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии (МОНИИАГ).

Резюме: в докладе обобщен опыт ведения беременных с различными типами СД на базе областного центра «Сахарный диабет и беременность», рассматриваются вопросы по раннему выявлению скрытых форм СД, начальных признаков поражения плода, адекватной коррекции перинатальных и гестационных осложнений.

Сахарный диабет (СД) и беременность представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины в связи с прогрессирующим ростом этого заболевания в популяции, в том числе у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на успехи акушерской диабетологии, гестационные и перинатальные осложнения у данного контингента беременных в 2–4 раза превышают общепопуляционные показатели, поэтому проблема перинатальной охраны плода имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость.

Целью исследования являлось снижение частоты осложнений беременности и родов для плода и новорожденного при различных типах СД.

Проведен анализ ведения беременности и родов более чем у 1500 беременных с различными типами СД, осуществлен контроль состояния их новорожденных в раннем неонатальном периоде и прослежен катамнез 400 детей до 14-ти летнего возраста.

По данным отчетов, частота гестационного СД (ГСД) среди беременных в Московской области в 2015 году составила 5,3%, что значительно ниже выявленной при сплошных скрининговых исследованиях (9%). Еще ниже по сравнению с должной (2–7%) частота выявления СД 2 типа – около 0,1%. В анамнезе у пациенток с ГСД в 10% наблюдений отмечено невынашивание беременности, в 8,5% – диагностирован тяжелый гестоз, а у каждой третьей –имелись репродуктивные потери. У 25% женщин родились крупные дети, что, в свою очередь, привело к родовой

травме ребенка в 6% и к перинатальной смертности – в 10,8% наблюдений. У пациенток с СД 2 типа в анамнезе в 14,1% имели место тяжелые перинатальные осложнения (перинатальные потери или инвалидизация детей).

Учитывая, что в настоящее время в России планирование беременности осуществляется только у 8–10% женщин с СД, для улучшения оказания медицинской помощи данному контингенту больных должна проводиться методическая и просветительская работа, направленная на формирование правильного отношения врачей разных специальностей к сохранению репродуктивного здоровья у девочек-подростков и планированию беременности у женщин репродуктивного возраста, как страдающих СД, так и входящих в группу риска по его развитию.

Прогностически неблагоприятными признаками для рождения ребенка с диабетической фетопатией являются среднесуточный уровень гликемии >50 П (4,7–6,3 ммоль/л), а ее выраженные признаки (органомегалия) развиваются при среднесуточном уровне гликемии >75П уровня (5,6–7,4 ммоль/л) (p=0,001). Медиана гликемии у женщин, родивших детей с весом > 90П, была достоверно выше (p<0,0001), чем у женщин, родивших детей с весом <90П – 5,8 (4,8–6,9) и 5,3 (4,5–6,2) ммоль/л, соответственно. Эти данные еще раз указывают на необходимость строгой компенсации СД на протяжении всего срока гестации, с использованием современных технологий, что способствует не только снижению осложнений для новорожденного, но и для матери.

Вклад доминантно наследуемых вариантов СД, обусловленных дефектами одного из генов, регулирующих функцию бета-клетки, а также заболеваниями, в основе которых лежит нарушение чувствительности к инсулину в структуру ГСД составляет около 5–10% (MODY). Дети матерей с GCK-MODY теоретически имеют 50% шанс унаследовать аналогичную мутацию, в этом случае плод будет, как правило, иметь нормальный вес при рождении. В случае применения инсулинотерапии у матери и плода с мутациями в гене GCK возможно снижение массы плода до 700 грамм, что значительно ухудшает перинатальный исход. В случае же подтверждения у будущей матери MODY3 инициация инсулинотерапии должна быть максимально ранней для предотвращения макросомии плода и гипогликемических состояний, представляющих угрозу для жизни ребенка. Таким образом, у матерей с MODY рекомендуется регулярная УЗ оценка роста плода для предварительной оценки его генотипа и решения вопроса о инициации инсулинотерапии. После родов необходимо уточнить наличие мутации у новорожденного, так как в дальнейшем у ребенка может быть ошибочно диагностирован СД 1 или 2 типа.

Существенное влияние на исход беременности оказывает присоединение плацентарной недостаточности, часто которой при СД 1 типа достигает 75%, а при ГСД – 50% и она практически не изучена у пациенток с СД 2 типа. Ее объем и тяжесть зависит от давности заболевания, тяжести течения, степени компенсации обменных процессов, наличия акушерских осложнений, в первую очередь – преэклампсии и других характеристик.

Маркерами полиорганного поражения плода, позволяющие уточнить степень тяжести диабетической фетопатии и составить прогноз ранней адаптации новорожденного являются новые ультразвуковые висцеральные ее признаки, которые коррелируют с тяжестью течения раннего неонатального периода. Так, например у 67% новорожденных с гиперплазией поджелудочной железы в 1-е сутки жизни диагностировалась гипогликемия.

Таким образом, предлагаемый комплекс диагностических и лечебных мероприятий на этапе прегравидарной подготовки и в процессе беременности позволяет оптимизировать тактику ведения беременных с различными типами СД, и, в конечном итоге, в 2–3 раза снизить перинатальную смертность, частоту макросомии новорожденных и улучшить у них течение раннего неонатального периода.

PERINATAL PROTECTION OF THE FETUS IN DIABETES IN THE MOTHER

Petrukhin V.A., Burumkulova F.F., Lysenko S.N., Guryev V.M., Kovalenko T.S.

Moscow Regional Research Institute Of Obstetrics And Gynecology (MONIIAG)

Abstract: the report summarising the experience of pregnancy management with different types of diabetes on the base of regional center " diabetes and pregnancy", the questions of early detection hidden forms of diabetes, early symptoms of the fetus damage, adequate correction of complications during gestation and perinatal period.

МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И СЗРП

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Ибрагимова С.М., Дериш К.Ф.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Москва, Россия

Преэклампсия (ПЭ) – осложнение беременности, характеризующееся развитием генерализованного сосудистого спазма и эндотелиальной дисфункции, чаще всего проявляющееся артериальной гипертензией, протеинурией, и приводящее к полиорганной недостаточности. ПЭ возникает в 2–8% беременностей и является ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В настоящее время используются понятия ранняя и поздняя ПЭ. При этом срок 34 недели наиболее часто рассматривается в качестве референсного, поскольку коррелирует с нарушением плацентации в ранние сроки. Ранняя ПЭ ассоциируется с более высокой частотой неонатальной заболеваемости и смертности; ПЭ с поздним началом составляет 75–80% всех случаев ПЭ и вносит основной вклад в частоту поздних преждевременных родов, а также материнской смертности и тяжелой заболеваемости.

С целью определить значение ангиогенных факторов СЭФР, ФРП и их рецептора – СЭФР-Р1 в прогнозировании ранней и поздней преэклампсии с/без СЗРП было произведено проспективное исследование 124 беременных с преэклампсией (ПЭ) средней и тяжелой степени, с/без синдрома задержки роста плода (СЗРП).

Результаты исследования. Исследование СЭФР показало, что в начале II триместра при СЗРП на фоне ПЭ ранней и поздней и при СЗРП, в отсутствии ПЭ значения этого ФР не имели существенных различий от 42,1±4,1 до 52,2±6,1пг/мл. К 23–29 неделям СЭФР при наличии СЗРП на фоне ПЭ ранней, поздней и СЗРП при отсут-

ствии ПЭ возрос в 2–3 раза и составил 115,7±12,0пг/мл, 99,2±8,9пг/мл и 121,1±10,6 соответственно. В III триместре продолжается рост СЭФР при поздней ПЭ.

Динамика СЭФР-Р1 принципиально иная. При поздней ПЭ без СЗРП средний уровень СЭФР-Р1 на сроке 16–22 недели составляет 2,6±0,3нг/мл, у беременных с ранней ПЭ без СЗРП–в 3,6 раза выше (9,4 нг/мл), при поздней ПЭ с последующим СЗРП – в 1,5 раз выше (3,8±0,3нг/мл). При увеличении срока гестации и прогрессировании ПЭ наблюдается рост концентрации СЭФР-Р1 как при отсутствии СЗРП, так и при его наличии. Однако, уровень рецептора при ранней ПЭ в 1,5–2 раза превышает этот показатель. Так, на сроке 23–29 недель уровень СЭФР-Р1 при последующей поздней ПЭ составляет 6,8±0,6нг/мл, при СЗРП и поздней ПЭ– 10,7±1,2 нг/мл (в 1,57 раз выше), при ранней ПЭ в сочетании с СЗРП– 12,2 нг/мл (в 1,78 раз выше).

Выводы. Уровень СЭФР на протяжении всего периода гестации не отличается при ранней, поздней ПЭ с/без СЗРП. Уровень СЭФР-Р значительно выше уже во втором триместре у пациенток с ранней ПЭ, особенно в сочетании с СЗРП. Таким образом, СЭФР-Р1 обладает высокой чувствительностью для прогнозирования ранней ПЭ как в сочетании с СЗРП , так и без него: значения СЭФР-Р1 равные или выше 9,5±0,8нг/мл в 16–22 недели с чувствительностью 80% и 12,2±1,4нг/мл в 23–29 недель с чувствительностью 82% указывают на высокий риск развития ранней ПЭ с СЗРП (специфичность 96 и 97%).

Резюме. Уровень СЭФР и на протяжении всего изученного периода гестации практически не отличается при ранней преэклампсии с/без СЗРП. Концентрация СЭФР-Р1 в несколько раз возрастает начиная со II триместра, особенно при ранней преэклампсии в сочетании с СЗРП. СЭФР-Р1 обладает высокой чувствительностью для прогнозирования ранней ПЭ: значения СЭФР-Р1 равные или выше 9,483 ± 0,83 нг/мл в 16–22 недели с чувствительностью 80% и 12,194 ± 1,41 нг/мл в 23–29 недель с чувствительностью 82% указывают на высокий риск развития ранней ПЭ с СЗРП. (специфичность 96%).

MARKERS FOR PREDICTION EARLY AND LATE PREECLAMPSIA AND FETAL DEVELOPMENT DELAY

Strizhakov A.N., Timohina E.V., Ibragimov S.M., Derishev K.F.

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Therapeutics
NOKTS «Reproductive health of women»
Medical University First MGMU n.a. I.M. Sechenov Moscow, Russia

Summary. Level of VEGF and throughout the gestation period studied does not differ in the early pre-eclampsia with / without FGR. The concentration of sFlt-1 increases several times since II trimester, especially for early preeclampsia in combination with FGR. sFlt-1 has a high sensitivity for the early prediction of PE: sFlt-1 equal to or higher than 0,83 ± 9,483 ng / ml in 16–22 weeks with a sensitivity of 80% and 12.194 ± 1.41 ng / ml in 23–29 weeks sensitivity 82% indicate a high risk of early PE with FGR. (specificity 96%).

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П.

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии и фтизиатрии, ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет МЗ РФ, Тюмень, Россия

Проведена диагностика ожирения у беременных в I триместре с помощью традиционного антропометрического исследования и методом биоимпедансометрии. Показано, что индекс массы тела не отражает характер распределения жировой ткани и не во всех случаях отражает отсутствие висцерального ожирения.

Актуальность. Ожирение составляет серьезную медико-социальную и экономическую проблему современного общества. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет избыточный вес и ожирение как аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести ущерб здоровью. Частота распространенности ожирения среди беременных по данным разных авторов составляет от 15–40%. Ожирение производит повреждающий эффект на каждый аспект репродуктивного здоровья. Материнское ожирение – широко распространенный фактор риска неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. В настоящее время общепризнанным является мнение о том, что не только избыток жировой ткани, но локализация жировых отложений оказывает влияние на развитие сопутствующих ожирению заболеваний.

Целью нашего исследования явилось проведение диагностики ожирения среди беременных.

Материалы и методы: обследовано 48 женщин в I триместре беременности, которым проводили традиционное антропометрическое исследование, включающее измерение роста, веса с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), получаемого путем деления массы тела в кг на квадрат роста в м2 (ВОЗ, 1998). Параллельно оценивали массу жировой ткани с помощью биоимпедансометрии – метода, основанного на измерении электрического сопротивления тканей в разных частях организма, обладающих различной электропроводностью.

Результаты и обсуждение. При вычислении ИМТ было установлено, что 58% женщин имели нормальную массу тела, 29% – избыточную массу тела, 13% – ожирение I степени. В то же время, при проведении биоимпедансометрии нормальное содержание жировой массы, нормированной по росту, имели только 40% беременных с нормальным ИМТ, у остальных 60% выявлен избыток жировой ткани (более 30% от массы тела). Это пациентки с нормальным ИМТ, но «метаболически тучные». Полученные данные свидетельствуют о том, что показатель ИМТ позволяет лишь оценить, является ли масса нормальной или избыточной, но не отражает характер распределения жировой ткани и не является маркером висцерального ожирения.

Таким образом, нормальная величина ИМТ не во всех случаях свидетельствует об отсутствие висцерального ожирения. Изучение состава тела у беременных с помощью биоимпедансометрии позволяет выявить «метаболически тучных» пациенток среди беременных с нормальным весом, которые составляют группу риска по развитию акушерской патологии. Применение данной методики в сочетании

с традиционным антропометрическим исследованием позволяет на индивидуальном уровне оценить степень риска осложнений, связанных с избытком жировой ткани, и несомненно должно найти широкое применение в клинической практике.

METHODS OF DIAGNOSIS OF OBESITY IN PREGNANT WOMEN

Chabanova N.B., Vasilkova T.N., Shevlyukova T.P.

Department of obstetrics and gynecology, department of hospital therapy with the course of endocrinology and tuberculosis, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Spend a diagnosis of obesity in pregnant I trimester using traditional anthropometric studies and by bioimpedance. It is shown, that the body mass index does not reflect the character of the distribution of adipose tissue and not in all cases reflect the absence of visceral obesity.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

Юлдашева Д.Ю., Хушмуродова Н.К.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская Медицинская Академия. Кафедра Акушерства и Гинекологии №2

Проблема лечения бесплодия в настоящие дни имеет большое медицинское и социально-демографическое значение.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) преовуляторных ооцитов является решением данной проблемы, суть которого заключается в имплантации эмбриона на стадии дробления в полость матки. Блогадаря вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), внедренные в практику в 1978 году, к настоящему времени в мире зачато более 1 млн детей.

Целью нашего исследования явилось изучение перинатальных исходов у женщин с ЭКО в зависимости от этиологического фактора бесплодия.

Нами проведен анализ перинатальных исходов у 22 женщин беременных. После рождения плода проведено исследование и оценка наворожденных по шкале Апгар.

Анализ результатов нашего исследования показал, что в 72,3% (16) были срочные роды. Из них 18,7% (3) имели роды через естественные родовые пути, оперативные роды были у 81,3% (13). В исследуемой группе преждевременные роды до 30 недель были у 2 женщин, которые имели соматическую патологию. До 28 недель преждевременные роды были у 3 женщин (13,6%) с тяжелой преэклампсией, в анамнезе которых было гормональное бесплодия.

Нами выявлено, что рождение живого, доношенного ребенка у женщин с ТПБ в анамнезе наблюдалось в 80% (у 4 женщин из 5) случаях, тогда как у женщин имевших гормональное бесплодие этот показатель составил 57,2% (у 9 женщин из 14). Расчет показателя живорожденности у исследуемых женщин составил 100% при

наличии мужского бесплодия. Нами оценивалось состояния новорожденных после рождения по шкале Апгар. В первые 5 минут 72,3% новорожденных были оценены по шкале Апгар на 7–8 баллов. Преждевременно родившиеся до 28 недель по акушерским причинам новорожденные были оценены на 0–1 балл и 2–3 балла, умерли в первые 24 часов после родов. Клинико-анамнестические исследования показали, что RDS и внутриутробное инфицерование явились у данной категории женщин причинами перинатальных потер.

Таким образом женщины имевшие в анамнезе бесплодие и ВРТ с целью профилактики осложнения перинатальных исходов необходимо выработать рациональную тактику ведения женщин с данной группы.

ANALYSIS OF PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH IN VITRO FERTILIZATION

Yuldasheva D.Yu., Khushmurodova N.K.

Uzbekistan. Tashkent. Tashkent Medical Academy. Department of Obstetrics and Gynecology №2

Summary: To date, in vitro fertilization (IVF) is one of the solutions of infertile marriages, but spent outcomes analysis revealed a lack of clear tactics for management of pregnancy in women with IVF.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ И ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Мадаминова Ш.Б., Каюмова Д.Т.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская медицинская академия кафедра Акушерства и гинекологии №2

Резюме: нами был проведен проспективный анализ из 120 беременных женщин, где было выявлено, что преждевременные роды на фоне излития околоплодных вод характеризуется нарушением сократительной деятельности матки, таких как слабость родовой деятельности и дискоординация родов 5–7 раз чаще.

Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) осложняет течение 8–10% доношенных беременностей, тогда как при недоношенном сроке 2–4% одноплодных и 7–20% многоплодных беременностей осложняется преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО). Как известно, риск ДРПО, как и ПРПО ассоциируется с повышенным риском развития инфекции как у матери, так и новорожденного.

Целью исследования явилось определить частоту аномалий родовой деятельности у женщин с преждевременным и дородовым разрывом плодных оболочек. Нами было обследовано 150 беременных, рожениц, поступивших в акушерский комплекс ТМА Iгруппа с ПРПО, (n=45) и IIгруппа с ДРПО, (n=75) за период с сентября 2015 г. по октябрь 2016 г. в сроках от 33 до 41 недель беременности. Группу контроля составили беременные женщины и роженицы, (n=30) с физиологическим течением беременности и родов.

Всем женщинам были проведены общеклинические, специальные (акушерский осмотр) методы.

Проспективное наблюдение за родовым процессом позволило выявить нарушения сократительной деятельности матки. При родах слабость родовой деятельности наблюдалась в 7 раз чаще в I группе (35,7%) и в 4 раза – во II группе (21,7%) по сравнению с группой контроля (5%). Дискоординированная родовая деятельность встречалась в 6 (13,3%) и 5 (6,6%) случаев женщин I и II групп, что 2 раза чаще в I группе по сравнению с группой контроля – 2 (6,6%). Следовательно, аномалии родовой деятельности чаще наблюдались у женщин с ПРПО. При срочных родах быстрый и стремительный характер родовой деятельности наблюдался в 5,3 раз чаще (26,6%) по сравнению с группой контроля (5%). Аномалии родовой деятельности в виде слабости и дискоординации чаще наблюдались у женщин с ПРПО.

Таким образом, преждевременные роды на фоне излития околоплодных вод, характеризуются значительным замедлением темпов родового процесса и высокой частотой аномалий родовой деятельности.

SUMMARY DURING LABOR IN WOMEN WITH PREMATURE AND PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES

Madaminova Sh.B., Kayumova D.T.

Uzbekistan. Tashkent. Tashkent Medical Academy, Department of Obstetrics and Gynecology №2

We carried out a prospective analysis of 120 pregnant women, where it was found that premature birth in the background amniorrhea characterized by impaired uterine activity, such as the failing of labor and discoordination of delivery 5–7 times more.

НОСИТЕЛЬСТВО ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Шиляева Е.Г., Новикова М.В.

Кафедра акушерства и гинекологии Факультета повышения квалификации
и постдипломной подготовки
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Россия, г. Ижевск

Проведен анализ течения гестации у 25 женщин с носительством генов тромбофилии из г. Ижевска. Установлено, что осложненное течение беременности (угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, отеки, преэклампсия, острые тромбозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность) чаще встречается у пациенток с носительством мутантных генов тромбофилии.

Осложнения беременности, согласно докладу Исследовательской группы ВОЗ, являются одной из важнейших проблем здравоохранения и нередко непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Многочисленные исследования, посвященные этой проблеме, показали, что в основе

многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии, связанных с аутоиммунными нарушениями, дефектами ангиогенеза и инвазии трофобласта, гипергомоцистеинемией и наследственной патологией гемостаза. (Трифонова Е.А. и соавт., 2012).

Большинство генетических форм тромбофилии клинически проявляются именно во время беременности, в виду особенностей физиологической адаптации системы гемостаза. С современной точки зрения, тромбофилии рассматриваются как этиопатогенетический фактор для широкого спектра заболеваний и синдромов: синдрома потери плода, преэклампсии, тромбоэмболических осложнений и т.д.(Пизова Н.В., 2013).

Цель. Изучение особенностей течения беременности у женщин с носительством генов тромбофилии.

Материалы и методы. Для исследования были взяты 2 группы беременных женщин, находившихся на диспансерном наблюдении в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». В первую группу (группу наблюдения) вошли 25 беременных женщин с носительством генов тромбофилии. Во вторую группу (группу сравнения) вошли 30 беременных женщин, относительно здоровые. Средний возраст в группах был сопоставим, и составил в первой группе 29±3,67 лет, во второй группе 28±3,12 лет (p>0,05).

Полученные результаты. При анализе крови на носительство генов тромбофилии, носительство патологических генов в свертывающей системы было обнаружено у 76%, в системе фибринолиза у 72%, в дисфункции тромбоцитарного звена у 56%, в системе эндотелиальной дисфункции у 100% женщин.

В первом триместре достоверно чаще в первой группе встречалась угроза прерывания беременности у 72%, у 8% из них была ретрохориальная гематома. У женщин страдающих артериальной гипертонией, повышение давления в группе наблюдения составило 12%, в группе сравнения 6%. Только в группе наблюдения было зафиксировано 4 случая острого тромбоза. В 3 случаях тромбоз глубоких вен нижних конечностей, в 1 случае тромбоз вен левого параметрия. В случае тромбоза глубоких вен нижних конечностей была проведена перевязка большой подкожной вены.

Во втором триместре в первой группе угроза прерывания беременности и угроза преждевременных родов встречались в 36%, во второй группе в 24% случаях. Достоверно чаще в группе наблюдения встречается анемия 1 степени в 32%, отеки после 20 недель беременности в 24% случаев. Ухудшение течения гипертонической болезни чаще встречается в группе наблюдения в 12%, в группе сравнения в 6% случаев. Только в группе наблюдения была выявлена плацентарная недостаточность в 12% случаях. Она проявлялась в виде ассиметричной задержки роста плода 1 степени (4%), в виде преждевременного созревания плаценты (4%), в виде нарушения маточно–плодового плацентарного кровотока 1а степени (4%).

В третьем триместре достоверно чаще в первой группе встречалась угроза преждевременных родов в 12% случаях. Чаще в группе наблюдения в 36% встречались отеки, в 16% повышение артериального давления до 160/90 мм.рт.ст., в 12% случаях протеинурия, в группе сравнения 13%, 10% и 6% случаях, соответственно. В первой группе преэклампсия средней степени тяжести составила 23%, во второй группе 10%. Только в группе наблюдения в 1 случае была частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Чаще плацентарная недостаточность встречалась в группе наблюдения у 32%, в группе сравнения у 6% женщин. Достоверно чаще она проявлялась в первой группе в виде гипоксии плода в 20%, нарушением маточно-плодового плацентарного кровотока 1 а степени в 32%, 1 б сте-

пени в 8% случаев. Только в группе наблюдения выявлена ассиметричная задержка роста плода 1 степени в 4%, 2 степени в 4% случаях.

Выводы. У женщин с носительством генов тромбофилии течение беременности осложняется угрозой прерывания беременности, угрозой преждевременных родов, отеками, преэклампсией, острым тромбозом, хронической фетоплацентарной недостаточностью.

CARRIAGE THROMBOPHILIA GENE AS A FACTOR COMPLICATED PREGNANCY

Shilyaeva E.G., Novikov M.V.

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of advanced training and postgraduate training Medical University «Izhevsk State Medical Academy» Russia, Izhevsk

Review during gestation analysis of 25 women with thrombophilia carriage genes from Izhevsk. It was found that complications during pregnancy (threatened miscarriage, threat of premature births, edema, preeclampsia, acute thrombosis, chronic fetoplacental insufficiency) is more common in patients with thrombophilia carriage of mutant genes.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шиляева Е.Г., Чураков А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии Факультета повышения квалификации и постдипломной подготовки
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Россия, г. Ижевск

Проведен анализ влияния отдельных факторов на возникновение плацентарной недостаточности у беременных с бронхиальной астмой. Была выявлена статистически достоверная зависимость из 104 изученных по 33 признакам.

Бронхиальная астма (БА) во время беременности – проблема, требующая сегодня все большего внимания. По данным западных ученых распространенность БА среди беременных женщин составляет 4–5,2% (Barcena A.A.). Распространенность БА среди беременных женщин Европы составляет около 4%. Уровень заболеваемости БА среди беременных женщин в РФ колеблются от 0,4–1,3% (Купаев. В.И.) до 5,2%.

Цель исследования: Выявить основные факторы риска на возникновение плацентарной недостаточности у беременных с бронхиальной астмой.

В соответствии с поставленными задачами под нашим наблюдением находилось 120 беременных. Исследования проводились на базе женской консультации и родильного дома БУЗ «РКДЦ МЗ УР» и БУЗ «1 РКБ МЗ УР». Исследование проведено с получением добровольного информированного согласия женщин в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ (2009г.).

В группу наблюдения вошли 70 беременных с атопической формой бронхиальной астмой различной степени тяжести. Группу сравнения составили 50 практически здоровых беременных женщин. Возрастной интервал пациенток находился в пределах от 16 до 40 лет. В группе наблюдения средний возраст был 27,5±5,8 года, в группе сравнения 27,2±5,8 года (p>0,05).

В целях выявления основных факторов риска нами был проведен анализ влияния отдельных факторов на возникновение плацентарной недостаточности (ПН) у беременных с бронхиальной астмой. Оценка влияния клинических риск-факторов показала наличие статистически достоверной связи между развитием ПН и обострением БА (ОР=2,72). Была выявлена прямая связь между наличием дыхательной недостаточности I и II степени и частотой развития ПН, причем ОР возрастает в 2,2 раза при дыхательной недостаточности II степени. Из других клинических факторов был выявлен риск при наличии у пациенток аллергии на бытовые компоненты, а так же при наличии других болезней бронхолегочной системы.

Связь между осложнениями течения беременности и наличием ПН анализировалась по восьми признакам и с тремя из них выявлена статистически достоверная зависимость. Наибольший риск развития ПН выявлен при угрозе прерывания беременности (ОР 25,9), более низкий при угрозе преждевременных родов (ОР 4,2).

Воздействие БА на формирование ПН подтверждается и в выявленной статистически достоверной зависимости с уровнем фетоплацентарных гормонов. Риск развития ПН был связан со снижением показателей эстриола, прогестерона и АФП. Это свидетельствует о том, что фетоплацентарная система у беременных с БА испытывает наибольшее напряжение и функционирует с меньшей продуктивностью. Так же выявлен риск развития ПН при повышении показателей кортизола в сроке 16–18 и 20–24 недели, что связано с приспособления организма к усилению жизненных процессов, происходящих в нем для удовлетворения потребностей развивающегося плода, а так же с наличием обострений БА.

Анализ показателей кардиотокографии выявил прямую зависимость развития ПН от повышения уровня базального ритма более 146 ударов в минуту (ОР 18,59), снижения частоты и амплитуда осцилляций менее 7 (ОР 44,4 и 6,22 соответственно), частоты акцелераций менее 7 (ОР 43,2) и оценки по баллам 7 и менее (ОР 50,2).

Связь между характеристиками показателей допплерометрии и развитием ПН у пациенток с БА характеризовалась статистически достоверной зависимостью по всем показателям. Риск ПН был выявлен при повышении показателей СДО, ИР и ПИ в маточных артериях и артерии пуповины. Риск повышался и при снижении СДО, ИР и ПИ в средней мозговой артерии плода, что связано с истощением адаптационных реакций плода и выражается в повышении сосудистого сопротивления центральной гемодинамики плода.

Был выявлен целый ряд факторов риска, достоверно влияющих на развитие ПН у беременных с БА, при этом была обнаружена статистически достоверная зависимость из 104 изученных по 33 признакам.

DETERMINATION OF RISK FACTORS OF FORMATION PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Shilyaeva E.G., Churakov A.A.

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of advanced training and postgraduate training Medical University «Izhevsk State Medical Academy» Russia, Izhevsk

The analysis of the effect of individual factors on the occurrence of placental insufficiency in pregnant women with asthma. It was found a statistically significant dependence of the 104 studied 33 characteristics.

МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ, КАК ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Ашурова Н.Г, Шодиев Б.В., Киличева В.А.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

В этой статье изложена роль микроэлементный недостаточности как возможный этиологический фактор репродуктивных потерь.

Известно, что микроэлементы (МЭ) являются составляющей частью практически всех энзимных процессов. На огромном количестве примеров установлено, что большинство соматических, нервных, инфекционных и других заболеваний сопровождаются статистически достоверным нарушением оптимальной концентрации различных МЭ на субклеточном, клеточном, и органном уровнях.

Цель. Изучение роли микроэлементов в формировании плода и течения беременности, а также в развитии репродуктивных потерь, как невынашивание и неразвивающая беременность.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 56 женщин с диагнозом неразвивающая беременность и отягощённый акушерский анамнез (привычное невынашивание и/или недонашивание) и 20 «условно» здоровых женщин фертильного возраста. Средний возраст обследуемых составило 25,3 лет. Жительниц города были 48,3%, села –51,7%. По профессии: служащие – 23,7%, рабочие– 27,1%, студентки –23,7%, домохозяйки –25,4%. Исследование МЭ состава крови осуществлялось в Республиканском научно-исследовательском Центре Криминалистики. МЭ состав подготовленных образцов определялся на приборе AT 7500 a (Agilent 7500 a. inductively Coupled Plasma Mass Spectrometer, Япония) методом количественного эмиссионного спектрального анализа: газ – носитель аргон, мощность 1310 Вт, время интегрирования 0,1 с.

Результаты. Исследования показали, что репродуктивные потери, в сочетании с экстрагенитальной патологией, имели место в 68,3% случаях. Анемия – 48,4%, эндокринные заболевания –24%, заболевания мочевыводящих путей –13,9%, печени – 7,5%, патология органов верхних дыхательных путей – 4,1%, другие –1,3%. Гинекологическими заболеваниями страдали 30,6% женщин: из них кольпитом

-12,5%, эндометритом – 7,8%, аднекситом – 2,2%, эрозией шейки матки – 5,8%, киста яичника зарегистрировано в –2,2% случаев, синдромом поликистозных яичников диагностирована у 15,8% обследуемых. У 19,2% женщин с репродуктивными потерями в анамнезе имело место различные расстройства менструальной функции. У женщин с репродуктивными потерями наблюдается дефицит ряда эссенциальных МЭ как йод, железо, кобальт, цинк, селен и др. Напротив, уровень токсичных МЭ оказались достоверно выше, чем у здоровых: алюминий, бериллий, ртуть и свинец. У здоровых женщин фертильного возраста средний уровень хрома в сыворотке крови составляет 71 мкг,%, в эритроцитах 84мкг,%. При этом значительное снижение наблюдается у женщин репродуктивными потерями – 68 и 66 мкг,% соответственно. В группе «условно» здоровых женщин распределение марганца: в сыворотке крови его средняя концентрация составляет 17 мкг,%, в эритроцитах 32 мкг,%. Хотя такое соотношение сохраняется у женщин с репродуктивными потерями, однако отмечается достоверное снижение по сравнению с аналогичными показателями здоровых – 11и 21мкг% соответственно. Более 99% железа в крови приходится на долю эритроцитов. Так, у здоровых женщин его концентрация составляет в сыворотке крови 142 мкг%, в эритроцитах 74671мкг%. У женщин с репродуктивными потерями данный показатель имел достоверно сниженную концентрацию – 102 и 56072 мкг% соответственно. Снижение концентрации железа в эритроцитах имел прямую связь с показателями красной картины крови: гемоглобином и количеством эритроцитов. В крови здоровых женщин ¼ кобальта находиться в эритроцитах. Вероятно, это во-первых свидетельствует о транспортной функции красных клеток, во вторых о необходимости этого биоэлемента в жизнедеятельности эритроцитов. Так в сыворотке крови здоровых женщин средняя концентрация кобальта составляет 8,4 мкг%, в эритроцитах – 263 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями этот показатель равен к 6,6 и 19,6 мкг% соответственно. Однако, при этом его соотношение в этих средах сохраняется (1/4). Содержание меди в сыворотке крови и в эритроцитах имеет почти одинаковую концентрацию у здоровых женщин – 152 и 164 мкг% соответственно. Однако, у женщин с репродуктивными потерями средний уровень меди в сыворотке крови имеет тенденцию к повышению – 186,3 мкг%, тогда как в эритроцитах наблюдается стойкое снижение – 148 мкг%. Снижение меди в эритроцитах было прямо пропорционально с количеством эритроцитов. Данное положение свидетельствует о несомненной роли меди в эритропоэзе. Более чем 80% цинка крови совпадает на долю его концентрации в эритроцитах. Так, в сыворотке крови у здоровых женщин уровень цинка – 154 мкг%, тогда как в эритроцитах его концентрация достигает до 942 мкг,%. У женщин с репродуктивными потерями наблюдается достоверное снижение цинка в крови в целом– 465 и 106 мкг% соответственно. У здоровых женщин 75% селена крови приходится на долю эритроцитов. Так, средняя концентрация селена в сыворотке крови составляет 8,1%, в эритроцитах 24,4%. У женщин с репродуктивными потерями 5,1 и 16,7 мкг% соответственно, что достоверно снижается в обеих средах по сравнению с аналогичными показателями здоровых. Большая часть йода в крови у здоровых женщин находится в эритроцитах. Так, средний уровень этого биоэлемента в сыворотке крови составляет 14,8 мкг%, в эритроцитах 37,4 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями концентрация йода снижен в крови в целом: 9,6 и 23,6 мкг% соответственно. При этом его соотношение в сыворотке крови и эритроцитах сохраняется. Результаты исследования по токсичным МЭ показали закономерные изменения у женщин с репродуктивными потерями. Так, уровень бериллия у здоровых женщин в сыворотке крови составило

в среднем 0,76 мкг%, в эритроцитах 0,36 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями – 0,8 и 0,37 мкг% соответственно, что достоверной разницы нами не выявлено. Концентрация алюминия в крови в сравниваемых группах существенно не отличались. Его концентрация у здоровых женщин в сыворотке крови составляет 448 мкг%, в эритроцитах 434 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями – 467 и 471 мкг% соответственно. Уровень кадмия в крови был достоверно выше у женщин с репродуктивными потерями по сравнению с аналогичными показателями здоровых. Так, у женщин контрольной группы данный показатель в сыворотке крови было 30,6 мкг%, в эритроцитах 31,9 мкг%, тогда как у женщин с репродуктивными потерями уровень кадмия составил – 34,7 и 40,3 мкг% соответственно. Средняя концентрация ртути у здоровых женщин в сыворотке крови составило 0,47 мкг%, в эритроцитах 0,4 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями его уровень был несколько выше – 0,51 и 0,46 мкг% соответственно. У женщин с репродуктивными потерями наблюдается повышение уровня свинца в сыворотке крови: 46,5 мкг% у женщин с репродуктивными потерями и 42,6 мкг% у здоровых, тогда как в эритроцитах наблюдается обратная пропорция – 37,7 мкг% и 38,3 мкг% соответственно.

Выводы. Репродуктивные потери, как невынашивание и неразвивающая беременность являются одним из основных показателей неблагополучия репродуктивной системы человека, в структуре причин, которого один из ведущих мест занимают микроэлементозы, характеризующиеся дефицитом эссенциальных микроэлементов с одновременным повышением концентрации токсических. Учитывая, непосредственное влияние МЭ на формирование плода и течение беременности, следовательно на гомеостаз организма в целом, на наш взгляд устранение причин, приводящих к репродуктивным потерям должен базироваться на коррекции микроэлементоза организма, с учётом восполнения организма эссенциальными МЭ и выведением из организма токсичных.

MICROELEMENTOSES, AS A CAUSAL FACTOR IN THE STRUCTURE OF REPRODUCTIVE LOSSES

Ashurov N.G., Shodiev B.V., Kilicheva V.A.

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan

In this publication stated the role of trace element deficiency as a possible etiological factor of reproductive losses.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ

Бадриева Ю.Н., Тетелютина Ф.К., Лагутко Н.Н., Фазлеева Э.Р.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, г. Ижевск, Россия

При изучении состояния сердечно-сосудистой системы у беременных с пролапсом митрального клапана и недифференцированной дисплазией соединительной ткани выявлены заболевания данной системы в 1,7 раз чаще по отношению к таковым с изолированным пролапсом митрального клапана, в частности нарушения ритма и проводимости, нарушения ритма и проводимости и нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу.

Течение гестационного периода на фоне пролапса митрального клапана (ПМК) и недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) признается многими исследователями как одно из наиболее неблагоприятных состояний, при котором развиваются осложнения от 63,2% до 94% с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы при поражении соединительной ткани генерализованного характера.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния сердечно-сосудистой системы у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в течение гестации.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 305 пациенток, из них 239 составили группу наблюдения, которая впоследствии была подразделена на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 124 (51,9%) беременных с ПМК и наличием НДСТ легкой степени; 2 подгруппа – 115 (48,1%) беременных с ПМК и отсутствием признаков НДСТ. В группу сравнения вошли 66 практически здоровых беременных. Возрастной интервал обследуемых пациенток находился в пределах от 17 до 41 года. В группе наблюдения средний возраст составил 28,1±4,7 лет, в 1 подгруппе – 28,6±4,6 лет, во 2 подгруппе – 27,6±4,7 лет, в группе сравнения 27,7±5,2 лет ($p>0,05$).

Диагноз НДСТ в 1 подгруппе наблюдения был выставлен до наступления настоящей беременности 35 (28,2%) женщинам, во время настоящей беременности – 89 (71,8%). У всех пациенток диагностирована легкая степень НДСТ.

Результаты исследования. У 186 (77,8%) беременных группы наблюдения, из них у 108 (87,1%) 1 подгруппы и у 78 (67,8) 2 подгруппы ПМК был диагностирован до беременности. Во время настоящей беременности, соответственно, у 53 (22,2%), 16 (12,9%) и 37 (32,2%). Состояние сердечно-сосудистой системы было компенсированным у 221 (92,5%) беременных группы наблюдения. Хроническая сердечная недостаточность I степени тяжести выявлена у 18 (7,5%) беременных, из них у 12 (9,7%) 1 подгруппы и у 6 (5,2%) 2 подгруппы наблюдения.

Женщины обеих подгрупп наблюдения к моменту наступления беременности имели стандартный набор симптомов основного заболевания, что не противоречит данным Т.Е. Камович (2004), М.Ю. Порываевой (2012), Е.С. Гусевой (2014), А.В.

Масленникова (2014). Пациентки 1 подгруппы достоверно чаще предъявляли жалобы на боли в области сердца и наличие респираторного синдрома (p<0,05).

Обращает внимание, что клинические проявления сердцебиений и перебоев в работе сердца, болей в области сердца, нарушений терморегуляции и теплоотдачи, астении, сосудистого синдрома имели тенденцию к нарастанию ко второму триместру и снижению к моменту родов. Респираторный синдром наоборот имел тенденцию к увеличению в зависимости от срока беременности, в основном за счет возрастающих жалоб на одышку и непереносимость душных помещений.

При обследовании сердечно-сосудистой системы выявлено, что на первом месте у обследуемых пациенток находились нарушения ритма и проводимости, в частности нарушение функции синусового узла в виде тахикардии и эктопических импульсов и ритмов в виде желудочковых экстрасистол. Синусовая тахикардия была достоверно чаще у женщин с ПМК на фоне НДСТ (p<0,001). Обращает внимание, что желудочковая экстрасистолия была выявлена у каждой четвертой беременной 1 подгруппы наблюдения (p>0,05).Второе место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы занимали малые аномалии сердца, среди которых превалировали ложная хорда в левом желудочке и открытое овальное окно (p<0,05). На третьем месте находилась НЦД, в основном по гипотоническому типу.

Таким образом, у беременных с ПМК на фоне признаков НДСТ в 1,7 раз чаще выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы по отношению к таковым с изолированным ПМК.

FEATURES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA DURING GESTATION

Badrieva Y.N., Teteljutina F.K., Lagutko N.N., Fazleeva E.R.

FGBOI VO IGMA Minzdrava Rossii, department of obstetrics and gynecology of FPK and software, Izhevsk, Russia

When examining the cardiovascular system in pregnant women with mitral valve prolapse and undifferentiated connective tissue dysplasia identified diseases of this system in 1.7 times more often in relation to such isolated mitral valve prolapse, in particular violations of rhythm and conduction, rhythm and conductivity and neurocirculatory asthenia neurocirculatory.

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РОДАМ

Исматова М.И., Еркинова Н.Е., Хамроев С.В.

В статье приводятся данные об экстрагенитальных и генитальных патологиях с инфекционными заболеваниями, которые являются основными причинами преждевременных родов.

FACTORS LEADING TO PREMATURELY BIRTH

Ismatova M.I., Erkinova N.E., Hamroyev S.B.

Bukhara state medical institute. Uzbekistan

Data are provided in article about existing of extragynetal and gynetal, especially after-effects with infectious diseases are the main reasons of prematurely birth.

Relevance. In our country health care of mothers and kids is consideredas the most important engagement. In the Republic of Uzbekistan admitted by the Organisation of World Health Care owing to submitted alive born international criteria was increased rather problem prematurely be born in the latter years. To the present time was not determined thorough the reason and factors of prematurely be born. Most of weightless infants are died in neonatal period. More percent baby's invalid is composed prematurely birth, weightless and morphofunctional undeveloping. In most prematurely alive be born infants may be develop cerebrale shoke, epilepsy, hydrocefulation, hurting of sight, hearing organs, demage of speech and hereafter disorder central nerve system, lungs, stomach -pluck tract, such as chronical liven diseases. Such infants has difficulty in suckle, doing graft, transact posting matters in health care practice.

The aim. To determine and study the reason and factors of prematurely birth.

Material and research methods. During 2014, 4 months in region perinatal centre was analyzed 48 birth happening during 22–36 weeks of pregnancy.

The results and conclusions. There was not been introduced operative birth doing before midwifery after-effects. In consequence on analyses was determined that among the factors prematurely birth because of infections inner uterus has the most per cent (68%) of injury factus mother womb with infection. Because of much water, lots of foctus having be born 55 per cent pregnancy prematurely. Mother is too young (younger from the age of 19) for the first time and older (from the age of 35) had 30 per cent. It`s observed 15 per cent woman had repeatedly prematurely birth. Economic position, physical exertion stress had 25 per cent average.

One should emphasize that 78 per cent women had one or several extragynetal illnesses, including 64 per cent anaemia, 29.7 per cent pielonefritis and other kidney diseases, 7.2 per cent stomach-pluck tract and liver, pathology of gall-bladder, 3.3 per cent cardiac diseases, 6.7 per cent endocrine pathology (fat, diabetes).

At conclusion, existing of extragynetal and gynetal, especially after-effects with infectious diseases are the main reasons of prematurely birth. Thereby, healthy life and rational nutrition organize,one should make medical examination before pregnancy and preventive treatment, according to the results of clinic laboratory examination must carry the treatments completely and correct, carry antenatal looking after systematic and qualitatively is the main factor to turn down prematurely birth.

АНАЛИЗ АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПО ТРИМЕСТРАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕЕ ТЯЖЕСТИ

Каюмова Д.Т., Турдиева Ф.Р.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская медицинская академия кафедра Акушерства и гинекологии №2

Дефицит железа во время беременности связан с увеличением его потребности организма беременной женщины. Так, во II–III триместрах потребность железа достигает 5,6–6 мг/сут, что связано с расходами на развитие плаценты и плода (до 350–380 мг), образование дополнительного глобулярного объема, сопровождающегося усиленным эритропоэзом (450–550 мг), расходами на растущую матку и другими потребностями (150–200 мг) [Серов В.Н., соавт. Орджоникидзе Н.В. 2004]. В силу неизвестных причин абсорбция железа в тонком кишечнике в I триместре беременности снижается, а во II и III – увеличивается. Однако это повышение абсорбции не позволяет получить необходимые ежедневно 5,6–6 мг железа, поэтому создается его естественный дефицит. В конце беременности скрытый дефицит железа (предлатентная и латентная анемия) имеется практически у всех женщин, у 1/3 из них развивается железодефицитная анемия (ЖДА) [Шехтман М.М., 2000].

Цель исследования: оценка адекватности антианемической терапии у беременных женщин по триместрам в зависимости от степени тяжести анемии.

Обследовано 370 беременных женщин на базе 2 клиники Ташкентской медицинской академии. Беременные были разделены на основную группу – беременные с анемией различной степени тяжести, (n=330) и контрольную – без анемии (n=40). Беременные основной группы соответственно степени тяжести анемии были разделены на 3 подгруппы: 1а – 165 беременных с легкой степенью; средняя степень 1в – 145 беременных со средней степенью и 1с– 20 беременных с тяжелой степенью анемии.

Всем беременным проводились общеклинические и специальные (акушерский осмотр) методы исследования. Дизайн исследования:проспективное когортное исследование.

При анализе назначенной антианемической терапии было выявлено, что только 150 (45,5%) женщин основной группы получали препараты железа и соответственно 180 (54,5%) женщин не получали ни профилактических, ни лечебных доз железосодержащих препаратов. Даже в группе контроля ни одна беременная не получала профилактическую дозу железа, учитывая регион железодефицита. Получившие антианемическую терапию составили – 15 (75%) женщин 1с группы, тогда как у женщин 1в группы лечение проводилось практически в 2 раза реже – у 59 (40,7%) и в 1,6 раз реже – у женщин 1агруппы – у 84 (46%) по сравнению с 1 с группой. При исследовании антианемической терапии по триместрам было выявлено что, I триместре получали лечение в большем количестве женщины 1с группы – 10 (66,7%). При этом в 1а группе препараты железа получала каждая восьмая женщина 10 (11,9%) и каждая третья женщина 20 (33,9%) 1в группы. Во II триместре, учитывая клиническую симптоматику и уровень гемоглобина, препараты железа получала только 12 (80%), беременных 1с группы, тогда как в 1в – 30 (58%) и 40 (40,6%) – 1а групп. Анализ показал, вне зависимости от степени тяжести анемии почти с одинаковой частотой жен-

щины основной группы получали препараты железа в III триместре гестации (89,3%, 93,2 и 93,3%), тогда как, согласно международным рекомендациям и местным протоколам все женщины с анемией независимости от степени ее тяжести должны были получать препараты железа.

Следовательно, антианемическую терапию получала каждая шестая женщина (15,1%) с анемией 50 из 330 в I триместре, во II триместре – только каждая 4-я – 82 (24,8%) и 144 (43,3%) женщины в III триместре беременности вне зависимости от степени тяжести анемии. Следовательно, женщинам с анемией производится неадекватная антианемическая терапия в каждом триместре беременности, хотя назначение железосодержащих препаратов возрастает по мере увеличения срока гестации.

SUMMARY ANALYSIS ANTIANEMIC THERAPY IN PREGNANCY TRIMESTERS DEPENDING ON THE DEGREE OF GRAVITY

Kayumov D.T., Turdieva F.R.

The analysis in 330 pregnant women with anemia of varying severity showed that in each trimester of pregnancy is carried out inadequate therapy, although the purpose of iron supplements increases with gestational age

Key words: iron deficiency anemia, pregnancy, antianemic therapy.

ГЕРПЕВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Клецова М.С.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

В настоящее время наблюдается значительный рост герпевирусной патологии в акушерстве, что закономерно приводит к росту оперативных вмешательств у этого контингента женщин. В 2005 году частота оперативного родоразрешения у женщин группы риска составляла 23%, в 2009 году-42%, а в 2012 году достигла 54%. Послеродовый период на фоне герпевирусной инфекции также протекает осложненно. Процент септических осложнений по литературным данным составляет 15,6%.

Послеоперационный раневые инфекции (ПРИ) удваивают длительность госпитализации и увеличивают риск летального исхода родильниц после оперативного вмешательства. В настоящее время недостаточно данных, на основании которых можно утверждать, что высокая концентрация кислорода во вдыхаемой воздушно-газовой смеси может уменьшить частоту развития ПРИ при герпевирусной инфекции.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния кислородотерапии на заживление послеоперационных ран у родильниц на фоне герпевирусной инфекции.

Под наблюдением находилось 100 родильниц в возрасте 25–35 лет. Все женщины были разделены на 4 группы. 1 контрольную группу представляли 25 здоровых женщин, которым была выполнена операция кесарево сечение по показаниям со сто-

роны плода. 2 группа-25 родильниц группы риска с герпевирусной инфекцией, которые после операции получали традиционную антибактериальную, дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию. 3 группа-25 родильниц с герпевирусной инфекцией, которые на фоне традиционной послеоперационной терапии получали оксигенотерапию с концентрацией кислорода 30% FiO2. 4 группа-25 родильниц, которым на фоне традиционной послеоперационной терапии назначали оксигенотерапию с концентрацией кислорода 80% FiO2.

Кислородотерапию осуществляли во время операции и в течение 3х суток после нее. В послеоперационном периоде оценивали выраженность признаков воспаления, морфологические изменения и фазы раневого процесса.

При анализе отпечатков послеоперационных ран выявлено, что признаки грануляции и эпителизации у родильниц 3 группы появлялись на 3–4 суток раньше, чем у родильниц 2 группы на фоне традиционной терапии. Раньше исчезали отек и боль в ране, нормализовалась температура тела. В группе 4 вышеперечисленные показатели были еще лучше в сравнении со второй группой и приближались к показателям контрольной группы.

ПРИ отсутствовали у родильниц контрольной группы; были диагностированы у 17женщин (68%) второй группы (традиционная терапия); у получавших 30% фракцию FiO2 родильниц 3 группы случаи ПРИ зафиксированы у 11 женщин (44%), а в 4 группе (назначали 80% фракцию FiO2.)-7 случаев (28%). Таким образом в группе пациентов, получавших 80% фракцию FiO2, риск ПРИ был на 16% ниже, чем в 3 группе и на 40% ниже, чем в группе, где оксигенотерапию в послеоперационном периоде не проводили.

Таким образом, назначение оксигенотерапии значительно уменьшает риск развития ПРИ, что дает возможность считать этот метод эффективным для снижения частоты развития инфекционных осложнений у родильниц группы риска по реализации послеоперационных гнойно-септических осложнений при герпевирусной патологии.

Резюме. В настоящее время наблюдается значительный рост герпевирусной патологии в акушерстве, что закономерно приводит к росту оперативных вмешательств у этого контингента женщин. Нами изучено влияния кислородотерапии на заживление послеоперационных ран у родильниц на фоне герпевирусной инфекции. Выявлено, что назначение оксигенотерапии значительно уменьшает риск развития послеродовых инфекций, что дает возможность считать этот метод эффективным для снижения частоты развития инфекционных осложнений у родильниц при герпевирусной патологии.

HERPESVIRUS INFECTION IN OBSTETRICS

Kletsov M.I., Churilov A.V., Sviridov V.V., Gilmanova S.A., Kletsova M.S.

Donetsk national medical University. M. Gorky

Summary. Currently, there is a significant increase of herpes pathology in obstetrics. This naturally leads to increase in surgical interventions in this cohort of women. We have studied the effect of oxygen on the healing of postoperative wounds in postpartum women against the background of herpes virus infection. It was found that administration of oxygen

therapy significantly reduces the risk of postpartum infections. This makes it possible to consider this method as effective in reducing the number of infectious complications in postpartum women with herpes pathology.

КОРРЕКЦИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ ФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Клецова М.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Во всем мире сейчас насчитывается более 132 млн. больных сахарным диабетом. Постоянно наблюдается увеличение количества беременных с сахарным диабетом.

Беременность является периодом физиологического иммунодефицита. Если же при этом пациентка страдает такими хроническими заболеваниями, как сахарный диабет, риск возникновения состояния иммунодефицита неизмеримо возрастает. Гормональные сдвиги во время беременности (особенно на фоне сахарного диабета), изменения иммунологической реактивности могут активировать инфекцию и оказывать неблагоприятное влияние на течение и исход беременности, на сам плод и последующую адаптацию новорожденного.

Частыми осложнениями при этом являются различные виды нарушений биоценоза влагалища, которые при беременности на фоне сахарного диабета являются следствием наиболее частых акушерских осложнений как сами по себе, так и в связи с их не всегда эффективным лечением на протяжении всей беременности.

Целью исследования явилось изучение состояния биоценоза у беременных с сахарным диабетом и коррекция его нарушений.

В исследование было включено 90 беременных. Группы были разделены следующим образом: 1-я группа: 30 беременных с явлениями дисбиоза влагалища и угрозой прерывания беременности по данным УЗИ, не получавшие медикаментозного лечения; – 2-я группа: 30 беременных с сахарным диабетом и очагами хронической инфекции, получавшие лактобактерин свечи;– 3-я группа: 30 беременных с угрозой прерывания беременности по данным УЗИ, получавшие Лактогин по схеме 1капс.*1 раз в день после еды на протяжении 10 дней.

В результате проведенного исследования было выявлено, что применение Лактогина (Вагисана) у пациенток в группе 3 по сравнению с 1 и 2-й группам, безусловно, дало положительный результат, и потому что проводилось восстановление микрофлоры влагалища, и потому что осуществлялось это перорально. Так, у 100% пациенток 3 группы беременность закончилась своевременными родами, тогда как в 1-й группе – лишь у 69%, а во 2-й-у 78% женщин.

В ходе обследования при микроскопии мазков было выявлено, что у беременных всех групп до лечения выявлялся вульвовагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз в сочетании с кандидозом либо неспецифический вульвовагинит.

При анализе жалоб, данных опросников и объективного осмотра обращал на себя внимание тот факт, что большинство пациенток предъявляли одни и те же жалобы: зуд, жжение, ощущение дискомфорта, обильные выделения и др., что совпадало с данными объективного осмотра. Причем большая часть беременных оценивала эти ощущения на 8–10 баллов по 10-балльной шкале.

При бактериологическом исследовании микрофлоры из цервикального канала было выявлено, что условно-патогенная флора в патологическом титре определялась у 46,7% беременных 1 группы, 53,3% беременных 2 группы и 54,8% 3-й групп соответственно. Это потребовало антибактериальной терапии с учетом беременности и проведенного анализа на чувствительность.

Через 1 месяц после проведенного лечения по результатам микроскопии мазка было выявлено, что явления дисбиоза сохранялись у 40% пациенток 1 группы; у беременных 2 группы явления дисбиоза наблюдались у 32% беременных; тогда как у подавляющего большинства беременных 3 группы – 93,2% – явления дисбиоза влагалища полностью купировались.

Анализируя жалобы беременных по опросникам и 10-балльной системе, мы выявили, что происходило практически полное купирование симптоматики вульвовагинита до 0–2 баллов, при этом беременные отмечали хорошую переносимость препарата и удобство его применения – на 8–10 баллов.

Необходимо отметить, что в группе 3, получавшей Лактогин (Вагисан), по сравнению со 2-й группой, получавшей лактобактерин свечи, наблюдались наиболее значимая положительная динамика по всем показателям: микроскопии мазков, бакпосеву, данным объективного осмотра и жалобам беременных по опросникам.

На основании полученных данных можно говорить о положительном эффекте перорального пробиотика для коррекции вагинальной флоры Лактогин (Вагисан), который оказывает воздействие и у пациенток страдающих сахарным диабетом и поэтому может быть рекомендован для применения у беременных групп риска в качестве перорального пробиотика.

Резюме. Сочетание беременности на фоне сахарного диабета и нарушения биоценоза влагалища достаточно частая причина прерывания беременности. Нами предложено использование вагисана в лечении беременных с сахарным диабетом. Результаты исследования свидетельствуют о положительном эффекте перорального пробиотика для коррекции вагинальной флоры у беременных с сахарным диабетом.

CORRECTION OF THE VAGINAL FLORA IN PREGNANT WOMEN WITH DIABETES

Kletsov M.I., Churilov A.V., Sviridov V.V., Gilmanova S.A., Kletsova M.S.

Donetsk national medical University.M.Bitter

Summary: The combination of pregnancy on a background of diabetes mellitus and a violation of the biocenosis of the vagina is common enough reason for termination of pregnancy. We proposed to use vagisan in the treatment of pregnant women with diabetes mellitus. The results of the survey show that the positive effect of oral probiotics for the correction of vaginal flora in pregnant women with diabetes mellitus.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кормакова Т.Л., Гуменюк Е.Г., Уквальберг М.Е., Карпеченко А.В., Самарина Н.А.

Петрозаводский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, ГБУЗ родильный дом им. К.А. Гуткина

Изучены особенности гинекологического анамнезе и течения беременности и родов у 40 пациенток с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде. Отмечена высокая частота миомы матки (30,4%), угрожающего выкидыша (72,5%) и угрожающие преждевременные роды (42,7%). Роды осложнились в 57% случаев несвоевременным излитием околоплодных вод, по 25% – многоводие и крупный плод, в 30% – слабость родовой деятельности. Кровопотеря 1 степени отмечена у 75% родильниц.

Одной из главных причин материнской смертности во всем мире являются акушерские кровотечения. Из них 50% вызваны нарушением тонуса, гипо– или атонией матки в послеродовом периоде.

Цель работы – изучение факторов риска и ведение родильниц с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Методы исследования. Ретроспективно изучены данные обменных карт и историй родов у 40 пациенток с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде за 2013–2014гг. Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина.

Результаты. Повторнородящие женщины составили 38,2%, из них 18,4% родильниц имели в анамнезе 3 и более родов. Старше 30 лет были 38,2% женщин, из них 18,4% старше 35 лет. Из гинекологических заболеваний отмечены эктопия шейки матки (60,2%), ИППП (41%), миома матки (30,4%). В течение I половины беременности у наблюдаемых пациенток были выявлены угрожающий выкидыш (72,3%), вульвовагинальный кандидоз (50,0%), бактериальный вагиноз (24,1%), анемия беременных (17,2%). Среди осложнений II половины беременности отмечены анемия беременных (10,4%), угрожающие преждевременные роды (42,7%), отеки беременных (45.1%), многоводие (25,2%), преэклампсия (15,4%), вульвовагинальный кандидоз (35,1%), бактериальный вагиноз (24,6%). В 83% случаев беременность завершилась срочными родами, 10% пришлись на запоздалые и преждевременные (7%) роды. Все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути. В 57% случаев роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод, в 45% случаев – аномалией родовой деятельности, слабость родовой деятельности (30,0%) и в 15,0% случаев отмечены быстрые роды, многоводие (25%), и крупный плод (25,0%). В родах выполнялись родостимуляция у 30,0% рожениц, родовозбуждение в 17,2% случаев, амниотомия у 25,0% женщин. Необходимо отметить рождение детей с весом 3600–3900 г. у 55,0% наблюдаемых женщин. Всем проводилось профилактика кровотечения окситоцином: у 60,0% женщин 5 ед на физ. растворе внутривенно, у 21,0% – 10 ед внутримышечно, и у 19,0% – 10 ед на физ. растворе внутривенно. Кровопотеря 1 степени (500–1000 мл) отмечена у 75% родильниц, 2 степени -(1000–1500 мл) у остальных женщин. Для лечения гипотонического кровотечения

всем женщинам выполнялось ручное обследование полости матки и использовались карбетоцин (18,1%), транексамовая кислота (28,4%), мизопростол вагинально (67,6%), метилэргобревин (65,5%), окситоцин (90,0%). Инфузионно-трансфузионная терапия проводилась в зависимости от степени кровопотери. Среди осложнений в послеродовом периоде отмечены субинволюция матки (20%) и постгеморрагическая анемия (15%).

Заключение: каждая пятая пациентка с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде была в возрасте старше 35 лет и имели более 3 родов в анамнезе. Во время беременности отмечена высокая частота угрожающего выкидыша, многоводия, инфекционных факторов, включая репродуктивно-значимые инфекции. В родах часто отмечено несвоевременное излитие вод, многоводие, аномалии родовой деятельности и крупный плод. Правильно и своевременно проведенная тактика у пациенток с гипотоническим кровотечением позволила избежать массивной кровопотери и осложнений в послеродовом периоде.

RISK FACTORS AND PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF MATERNITY PATIENTS WITH HYPOTONIC BLOODING IN EARLY POSTNATAL PERIOD

Kormakova T.L., Gumenyk E.G., Ukvalberg M.E., Karpechenko A.V., senior lecturer, Samarina N.A.

Petrozavodsk State University, Medical Institute, Department of Obstetrics & Gynecology
Maternity clinic named after K.A.Gutkin.

The peculiarities of gynecologic anamneses and the process of pregnancy and deliveries of 40 patients with hypotonic blooding in early postnatal period were examined. It was noted the high frequency of uterine myoma (30,4%), threatened miscarriage(72,5%) and threatened premature birth (42,7%). Deliveries were complicated in 57% of cases by the preterm discharge of amniotic fluid, in 25% of cases – hydramnion and big fetus ,in 30% of cases -weakness of deliveries. Loss of blood of 1st degree was noted in 75% cases.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лагутко Н.Н., Тетелютина Ф.К.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, г. Ижевск, Россия

При оценке состояния плода и новорожденного, выявлено, что у беременных женщин с артериальной гипотензии на фоне недифференцированной соединительной ткани дисплазии выше риск возникновения у плода нарушения созревания внутренних органов и гипоксического поражения ЦНС, что способствует задержке развития и гипоксии плода, приводящих к рождению детей со сниженной массой тела и адаптационными возможностями.

Артериальная гипотония (АГ), являющаяся распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы у беременных, в настоящее время многими учеными рассматривается как вариант недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), что придает особую актуальность изучению акушерских и перинатальных исходов у данного контингента женщин.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния плода и новорожденного у женщин с АГ на фоне НДСТ.

Под нашим наблюдением находились 115 беременных женщин, рожавших в родильном доме БУЗ УР «Республиканского клинико-диагностического центра МЗ УР». В группу наблюдения вошли 80 (69,6%) беременных с АГ, которые впоследствии были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 44 (55,0%) беременных с АГ и наличием НДСТ легкой степени, оцененной по адаптированной и дополненной шкале R. Priory и шкале Т.Ю. Смольновой (2003); 2 подгруппа – 36 (45,0%) беременных с АГ и отсутствием признаков НДСТ. Группу сравнения составили 35 (30,4%) практически здоровых беременных женщин с не осложненным течением гестации. Средний возраст женщин группы наблюдения (27,9±4,8 лет) достоверно не отличался от такового группы сравнения (27,6±5,1 лет) ($p>0,05$).

Результаты исследования. Анализ течения беременности показал, что наибольшее число соматических заболеваний было достоверно выше у беременных с АГ на фоне НДСТ по отношению к таковым без НДСТ ($p<0,05$). Уже со II триместра беременности у 10 (12,5%) беременных с АГ на фоне НДСТ по УЗИ было диагностировано наличие признаков плацентарной недостаточности с нарушением МППК по данным допплерометрии и в III триместре в 1 подгруппе наблюдения частота плацентарной недостаточности и нарушения МППК по отношению к беременным с АГ без НДСТ возросли в 2 раза.

У беременных при АГ в сочетании с НДСТ задержка развития плода была более выражена и выявлена у 17 из 44 (38,6±2,1 на 100 обследованных). Из них у 9 (20,5±3,4 на 100 обследованных) ЗРП I степени и у 8 (10,0±2,8 на 100 обследованных) ЗРП II степени. У беременных с АГ без НДСТ, соответственно, у 7 из 36 (19,4±4,4 на 100 обследованных), у 6 (16,7±4,2 на 100 обследованных) ЗРП I степени и у 1 (2,8±3,2

на 100 обследованных) ЗРП II степени.

Средняя оценка КТГ в 1 подгруппе наблюдения была достоверно ниже, чем в группе сравнения и составила 6,4±0,9 (p<0,05). Полученные данные свидетельствуют о хроническом внутриутробном страдании плода у беременных женщин 1 подгруппы наблюдения. По данным КТГ в группе наблюдения выявлена гипоксия плода, причем в 1 подгруппе достоверно выше, чем во 2 подгруппе (p<0,01). В группе сравнения данных осложнений не наблюдалось.

При оценке перинатальных исходов выявлено снижение массо-ростовых показателей детей женщин с АГ, и особенно при сочетании с НДСТ. У новорожденных родильниц с АГ в сочетании с НДСТ не только достоверно чаще установлена гипотрофия (18,2±3,6 на 100 обследованных) и во 2 подгруппе (11,1±3,7 на 100 обследованных), но и ее тяжесть была более выраженней. Так из 8 новорожденных у 2 (25,0%) установлена гипотрофия II степени тяжести. Выявленную тенденцию к меньшей массе у новорожденных особенно женщин 1 подгруппы наблюдения можно объяснить их конституциональной особенностью, являющейся одним из фенотипических проявлений врожденной слабости соединительной ткани. Анализ состояния новорожденных по шкале Апгар достоверных отличий в группах не выявил (p >0,05).

Таким образом, у беременных с АГ на фоне НДСТ чаще выявлено страдание плода, что способствует задержке развития и гипоксии плода, приводящих к рождению детей со сниженной массой тела и адаптационными возможностями.

FEATURES OF FETAL AND NEONATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTONIA ON A BACKGROUND OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Lagutko N.N., Tetelyutina F.K.

Izhevsk Medical Academy Department of Obstetrics and Gynecology, Izhevsk, Russia

In assessing the state of the fetus and newborn found that pregnant women with arterial hypotension on the background of an undifferentiated connective tissue dysplasia higher risk of the fetus violation of maturation of the internal organs and hypoxic CNS that contributes to developmental delay and fetal hypoxia, leading to the birth of children with reduced body weight and the ability to adapt.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Михайлова Ю.В., Суворова Г.С., Салов И.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

В результате проведенного исследования получены количественные данные о состоянии микроциркуляторного русла регенерирующих ран после операции кесарева сечения. Анализ нарушений микроциркуляции в зоне послеоперационной раны позволяет достоверно прогнозировать развитие раневых инфекционных осложнений в ранние сроки, что позволяет своевременно начать проведение комплекса лечебных мероприятий.

В XXI веке кесарево сечение (КС) признано самой часто выполняемой операцией в мире. Согласно официальной статистике ВОЗ частота КС в мире колеблется от 21 до 40,5% и имеет четкую тенденцию к росту. Учитывая данный факт, приходится констатировать актуальность проблемы профилактики осложнений КС. Наиболее частыми являются осложнения течения раневого процесса, уровень которых, по данным разных авторов, достигает 50%. Для предупреждения возникновения подобных осложнений предложено множество методов, однако любой из них имеет недостатки. Одной из причин является сложность своевременной диагностики патологического процесса при регенерации хирургической раны. Прогресс в области оценки состояния регенерирующей раны для формирования диагностических и прогностических критериев раневых осложнений стал возможен с внедрением в практику метода лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Целью исследования явилось изучение особенностей микроциркуляции при осложненном и неосложненном течении раневого процесса после операции кесарева сечения.

Материалом исследования явились 100 пациенток родоразрешенных путем операции кесарева сечения, имеющих риск микробной контаминации и нарушений репаративных процессов раны. В эту группу вошли пациентки с высоким инфекционным индексом, выраженным ожирением, больные с декомпенсированным сахарным диабетом, анемией тяжелой степени. Сроки родоразрешения – 35–40 недель гестации. Для исследования микроциркуляции хирургической раны использовался метод ЛДФ и оптической тканевой оксиметрии при помощи аппарата «ЛАКК-М» (Россия). Измерение показателей перфузии и тканевой оксигенации проводилось в зоне послеоперационной раны (0,3–0,5 см от края раны) в стандартизированных условиях. Полученные значения сравнивались с аналогичными показателями, полученными с кожи средней трети предплечья. Исследования проводились на 1-е и 3-и сутки после операции.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у всех пациенток на 1-е послеоперационные сутки в раневой зоне показатель микроциркуляции (ПМ) достоверно превышал значения ПМ в области предплечья (22,3±2,1 vs 14,2±1,1 пф.ед. при $p<0,001$). Регистрируемая ЛДФ-грамма свидетельствовала о гиперемической реакции кровотока в зоне операции. При этом у 28 пациенток отмечалось значимое снижение амплитудных колебаний ПМ. Подобные изменения характеризуют

расстройства микроциркуляции с паретическим расширением сосудов микроциркуляторного русла и застоем крови в них, приводящих к нарушению газообмена. Именно у этих 28 пациенток с 3–4 послеоперационных суток регистрировались клинические признаки раневой инфекции. Показатель эффективности кислородного обмена (ЭКО) в перираневой области у этих пациенток был достоверно ниже ($p<0,05$), чем у родильниц без осложнений (25,63±1,2 vs 36,5±2,2 отн.ед). Среднее значение ЭКО в зоне предплечья составляло 29,4±2,0 отн.ед. На 3-и послеоперационные сутки уровень ПМ у пациенток с развившимися в последующем осложнениями, был достоверно ниже по сравнению с показателями пациенток без осложнений, в то время как ПМ продолжал расти (22,1±1,7 пф.ед. vs 25,4±0,3 пф.ед. при $p<0,05$). Амплитудные колебания стали крайне низкими. ЭКО снизился до 22,6±1,1 пф.ед. и достоверно ($p<0,05$) отличался от показателей пациенток без осложнений, где ЭКО достигал 37,8±1,4 отн.ед. Уровень микроциркуляции и кислородного обмена в области предплечья остался прежним (28,6±2,4 отн.ед.).

Таким образом, анализ комплекса показателей микроциркуляции послеоперационной раны на 1-е и 3-и сутки позволяет своевременно диагностировать степень воспалительного процесса, капиллярного кровотока в ране и прогнозировать развитие раневых инфекционных осложнений.

INFORMATIVE INDICATORS OF MICROCIRCULATION IN THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF WOUND COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION

Michailova Y.V., Suvorova G.S., Salov I.A.

Department of obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

The study to obtain quantitative data on the state of the microvasculature regenerating wounds after cesarean section. Analysis of microcirculatory disorders in the area of surgical wounds can reliably predict the development of wound infection in previous periods, that allows to initiate a complex therapeutic measures.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Дука Ю.М., Хало М.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС»,
Днепропетровск, Украина

Распространенные акушерские осложнения, такие как гипертензивные нарушения во время беременности, гестационный диабет, задержка внутриутробного роста плода, возникают более часто с многоплодной беременностью. Кроме того, суще-

ствующая диагностика и ведение этих осложнений на сегодняшний момент такая же, как и для одноплодной, что снижает чувствительность этих методов по отношению к нахождению более, чем одного плода в матке. Существуют специфичные для многоплодной беременности осложнения: внутриутробная гибель одного из плодов, преждевременный разрыв оболочек одного из плодов с последующим его рождением, синдром фето-фетальной трансфузии при монохориальной двойне, синдром обратной перфузии плодов и т.д. Именно поэтому, проблема ведения многоплодной беременности представляет большой научный и практический интерес, учитывая растущие показатели применения вспомогательных репродуктивных технологий при решении проблемы бесплодия.

Цель исследования: проведение анализа причин возникновения осложненных форм многоплодной беременности, течения беременности и родов у этой категории пациенток.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ течения беременности и родов у 45 женщин с диамниотической двойней, которые были распределены на группы в зависимости от хориальности изучаемой беременности: I клиническую группу составили 20 беременных с монохориальной диамниотической двойней, а II группу – 25 пациенток с дихориальной диамниотической двойней. Наблюдение и ведение женщин осуществлялось в рамках действующих Приказов МЗ Украины №205, 417и 624. Средний возраст беременных в I группе составил 26,7±0,4 (95% ДИ: 26,1–29,4) лет, во II группе – 29,3±0,45 (95% ДИ: 28,9–31,1) лет (p=0,380 между группами по t-критерию). Средний гестационный возраст на момент взятия на учет – 6,14±0,42 (95% ДИ: 5,49–6,96) нед. и 5,41±0,57 (95% ДИ: 5,24–6,01) нед., соответственно по группам (p=0,396 по t-критерию).

Результаты и их обсуждение. Нами не было выявлено достоверных отличий между группами ни по паритету беременности: 2,4 [1,0; 4,0] беременностей в I группе против 2,1 [1,0; 3,0] – во II группе (p=0,236 по U-критерию), ни по паритету будущих родов – 1,0 [1,0; 2,0] против 1,0 [1,0; 1,0] соответственно (p=0,084 по U). Беременность наступила вследствие ВРТ в 34 (75,6%) случаях (15 (75%) пациенток в I группе и 19 (76%) – во II).

Беременные обеих групп во время беременности госпитализировались в I триместре в стационар в связи с возникновением угрозы прерывания беременности: ноющие боли внизу живота отмечали 16 (80%) женщин I группы и 19 (76%) группы II (p=0,442 по критерию χ^2); кровянистые выделения из половых путей – 11 (55%) и 16 (64%) женщин соответственно (p=0,243 по χ^2); сочетание двух клинических симптомов наблюдалось у 7 (35%) и 11 (44%) пациенток обеих клинических групп (p=0,176 по χ^2). Истмико-цервикальная недостаточность сформировалась у 6 (30%) беременных I группы и 5 (20%) – II группы. Коррекция проводилась путем наложения циркулярного шва мерсиленовой лентой в двух и одном случае соответственно по группам, постановки акушерского пессария в остальных случаях. Внутриутробная гибель одного из плодов отмечена у 3 (15%) пациенток I группы и одной II группы; синдром фето-фетальной трансфузии возник у 6 (30%) беременных I группы; дискордантный рост плодов отмечен у 9 (32%) беременных во II; антенатальная гибель одного из плодов отмечена в 2 (10%) случаях в I группе и в 1 (4%) – во II группе; ЗВУР одного из плодов возник у 3 (15%) пациенток I группы и 2 (8%) II группы.

Выявлена достоверная корреляционная связь в парах дискордантный рост плодов с мутацией в гене F5-Лейден (r=0,154, p=0,036), F2-протромбина (r=0,143, p=0,032), PAI-1 (r=0,148, p=0,029), с высокими уровнями Д-димера (r=0,164, p=0,024);

внутриутробная гибель одного из плодов в I триместре беременности с полиморфизмом гена MTHFR: 1298 (r=0,144, p=0,050), с высокими уровнями гомоцистеина (r=0,151, p=0,054). Выявленные корреляции обосновали назначение антикоагулянтной и антиагрегантной терапии у этих пациенток под контролем гемостазиограммы, количества и функции тромбоцитов, что привело к улучшению перинатальных исходов в среднем на 47%.

Родоразрешение через естественные родовые пути проводилось в 9 (45%) случаях в I группе и 13 (52%) – во II. Оперативное родоразрешение имело место у 7 (35%) пациенток в I группе и 8 (32%) – во II в сроке 37–38 недель; ургентные оперативные роды – по 4 случая в каждой группе (20% и 16% соответственно).

Таким образом, ведение многоплодной беременности должно начинаться со своевременной диагностики хориальности, что позволяет сформулировать программу антенатального наблюдения и определить вероятность возникновения специфических осложнений многоплодной беременности. Дискордантный рост плодов должен настораживать специалистов в первую очередь как предвестник ЗВУР, что ассоциируется с неблагоприятными исходами для одного или обоих плодов, а также определяет способ родоразрешения двойни.

EXPERIENCE OF MAINTAINING THE COMPLICATED FORMS OF POLYCARPOUS PREGNANCY IN THE CONDITIONS OF THE PERINATAL CENTER

Duka Y.M., Khalo M.V.

State Institution «Dnepropetrovsk Medical Academy Ministry Of Health of Ukraine», Municipal establishment «The Dnipropetrovsk regional perinatal center with a hospital of «The Dnipropetrovsk regional council», Dnepropetrovsk, Ukraine

In article results of conducting polycarpous pregnancy by diamniotic twins at 45 women are described: 20 pregnant women with monokhoriality and 25 with dikhoriality twins. Direct correlation dependence between identification of the complicated forms of polycarpous pregnancy with a mutation in genes of a trombofiliya, a folatny cycle, the level of a gomotsistein and manifestations of shifts of the curtailing system towards hyper coagulation has been found. Importance of early diagnostics of quantity of chorions at pregnancy is proved by two at a birth in prophylaxes of emergence of obstetric complications and perinatal losses

РЕТРОХОРИАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Васильева Л.Н., Стефанович В.Т.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

В результате проведенной работы выявлена наиболее частая локализация ретрохориальной гематомы во время беременности, срок, на котором она возникает, факторы, способствующие ее образованию, к каким патологиям приводит образование ретрохориальных гематом (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт, повторные угрозы прерывания, развитие анемии).

Анализ современного состояния вопроса невынашивания беременности позволяет утверждать, что неуточненные аборты являются важной проблемой репродуктивных потерь. Желанная беременность в 15–20% случаев заканчивается досрочным спонтанным прерыванием, причем на эмбриональный период приходится до 75% всех репродуктивных потерь, связанных с невынашиванием.

Одним из признаков прерывания беременности на ранних сроках является ретрохориальная гематома, вследствие частичного отторжения плодного яйца от хориона – предшественника плаценты. Существует множество причин, способных вызвать подобное осложнение, поэтому предупредить ее появление практически невозможно и также как, установить точную причину образования гематомы. В некоторых случаях возникновение ретрохориальной гематомы связывается с чрезмерными физическими нагрузками и негативным воздействием окружающей среды (вибрация, высокий уровень шума и пр.). Образование ретрохориальной гематомы также может быть вызвано рядом заболеваний, среди которых выделяются различные воспалительные и инфекционные болезни, некоторые аутоиммунные заболевания, а также патологии свертывающей системы организма.

Целью нашего исследования явилось определение влияние ретрохориальных гематом на исход беременности и родов; выявить меры профилактики образования ретрохориальных гематом и осложнений, обусловленных их наличием.

Нами исследованы журналы с протоколами УЗИ-исследования пациенток, 50 историй болезни беременных с ретрохориальной гематомой УЗ «6ГКБ» г. Минска, истории родов пациенток с ретрохориальной гематомой (диагностированная в ранние сроки беременности) и истории родов контрольной группы, родоразрешенных в УЗ « 6ГКБ». В обеих группах изучались способы родоразрешения, осложнения, состояние новорожденных. В каждую из групп включены по 32 пациентки. Статистический анализ сравниваемых параметров данных групп проведен с использованием программ Statistica v.6.0.

Беременные с ретрохориальной гематомой были госпитализированы с жалобами на боли внизу живота (обычно тянущего характера), а также на кровянистые выделения – от мажущих до кровотечений. Средний возраст наступления менархе в группе исследуемых пациенток составил 13,3 ± 1,2 лет. Частота ретрохориальных гематом по передней стенке матки составила 20,у внутреннего зева – 25, по задней и боковой стенкам – 3 и 2 соответственно. По сроку возникновения гематомы– максимальная частота в сроке 7–9 нед. (80%). Имеется 10 гематом на более поздних сроках(14–23 нед.) – 20%. В данной группе пациенток выявлены основные причины, приведших к образованию ретрохориальной гематомы :

Нарушение гемостаза – 28%; инфицирование условно-патогенной микрофлорой – 44%; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – 28%.

Из 50 женщин исследуемой группы: 6 беременностей самостоятельно прервалось, 32 женщины родоразрешены, 12 беременностей пролонгируются. В обеих группах преобладающим способом родоразрешения был через естественные родовые пути – в исследуемой 70% (из них,11 индуцированных), в контрольной 95% (из них,5 индуцированных). В исследуемой группе достаточно высок уровень родоразрешения путем кесарево сечения – 30% (9 операций, все были по экстренным показаниям со стороны плода) против 5% в контрольной. Средняя масса новорожденных в исследуемой группе – 2150 г. (37% детей маловесны), контрольной – 3520г (маловесных 6%).

Таким образом, наиболее частая локализация ретроплацентарной гематомы в области внутреннего зева и по передней стенке в сроке 7–9 нед. гестации.

Факторы, стимулирующие образование ретрохориальной гематомы – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, нарушение свертываемости крови, инфекции половых органов;

Ретрохориальная гематома может способствовать рождению маловесных детей.

Так как, 44% беременные с ретрохориальной гематомой инфицированы, необходимо назначение антибактериальной терапии.

RETROCHORIAL HEMATOMA AND THEIR INFLUENCE ON THE OUTCOME OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Nikitina E.V., Lobachivs'ka O.S., Vasiliev L.N., Stefanovich, V.T.

Belarusian state medical University, Minsk, Belarus

The result of this work identified the most frequent localization of retrochorial hematoma in pregnancy, the period in which it arises, the factors contributing to its formation, which results in the formation of pathologies of retrochorial hematomas (missed miscarriage, spontaneous abortion, recurrent abortion, anaemia).

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Атаходжаева Ф.А., Пулатова Г.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на проделанную большую работу по профилактике и лечению послеродового эндометрита эта проблема в настоящее время остается актуальной и играет значительную роль в структуре материнской заболеваемости и смертности.

Частота эндометрита после самопроизвольных физиологических родов составляет 1–5%, после патологических 15–20%, после кесерева сечения – свыше 20% (Чернуха Е. А., 2000; Кулаков В. И., 2004; Серов В.Н., 2007).

Целью настоящего исследования является изучение влияния течения и исхода родов на послеродовый эндометрит.

Материал и методы исследования. В ретроспективное историческое исследования были выключены 20 рожениц с послеродовым эндометритом в период 2015–2016 годы в родильном комплексе ТМА.

Результаты. Исследования показали, что из 20 родильниц с послеродовым эндометритом у 8 (40%) женщин эндометрит наблюдался после операции кесарево сечения, в 8 (40%) случаях после осложненных родов – ДРПО (дородовый разрыв плодных оболочек), длительные роды и др., и у остальных в 4-х случаях после самопроизвольных физиологических родов (20%).

Выводы. На основании выше приведенных данных можно сделать заключение, что послеродовый эндометрит в большинстве случаев наблюдается после осложненных и патологических родов, в то же время, хотя, после физиологических родов встречаемость данного заболевания меньше, но требует дальнейшего изучения.

THE INFLUENCE OF COURSE AND OUTCOME OF LABOR ON THE OCCURRENCE OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS

Atakhodjayeva F.A., Pulatova G.A.

Tashkent Medical Academy (TMA), Tashkent, Uzbekistan

Based on the data presented above it can be concluded that postpartum endometritis in most cases occur after complicated and pathological childbirth, while at the same time after the birth of physiological occurrence of the disease although smaller, but requires further study.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Ботирова Д.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Одним из грозных осложнений беременности является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Частота такого патологического состояния составляет от 0,05 до 0,5% и не имеет тенденции к снижению. В Узбекистане она встречается в 5–10 раза чаще, чем в средней полосе России. Эта патология относится к тяжелым формам осложнений беременности и родов, сопровождается высокой материнской (около 30%) и перинатальной смертностью (44–71%).

Цель исследования:

Определить значимость показателей гемостаза в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты для оптимизации объема обследования.

Материал и методы исследования:

Проспективное обследование было проведено над 30ти 34–41 недельно-срочными беременными женщинами которые посетившие в 2016 году октябре и ноябре в ТМА роддоме и городской родыльный комплекс №6.

Результаты:

Изученные для исследования 25 беременных (83,33%) легким и 5 (16,67%) были заболеваны тяжелым ПОНРП, из них состовляет 18 (60%) 34–37 недельные, 9(30%) 38–39 недельные и 3(10%) 40–41 недельные. В приходе каждой беременной, пройдя 4–6 часов, 12 часов и 24 часов были проведены тесты ОАК (Hb, количество эритроцитов, цветной показатель, тромбоцит, лейкоцит и СОЭ), коагулограмма (индекс протромбин, фибриноген, тромботест, гематокрит, АЧТВ, МНО), биохимической анализ крови (общий белок, правильный и неправильный билирубин АСТ, АЛТ). В диагностике у ПОНРП-ых женщинь были изменения только в Hb, количтестве эритроцитов, гематокрите, фибриногене, АЧТВ, МНО. У 3 (60%) 34–45 недельный и 2 (40%) 38–39 недельными беременными заболевшие с тяжелым ПОНРП былы нормализованы результаты диагностики после хирургической операции кесарево сечения.

Резюме: Исходя из выше приведенных можно сделать такие выводы как, что беременные заболевшие с ПОНРП, когда у них нет других органических заболеваний, не следуется проверять других показателей. Следуется наблюдать только те показатели которые изменяются в динамике.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC MEASURES IN PREMATURE DETACHMENT OF NORMALLY SITUATED PLACENTA

Botirova D.B.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Resume: Starting with above resulted it is possible to draw such conclusions as that the pregnant diseased with PA when they do not have other organic diseases, is not followed to check other indicators. Is followed to observe only those indicators which change in dynamics.

АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН

Магзумова Н.М., Муминжонова И.Ф.

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская Медицинская Академия. Кафедра Акушерства и Гинекологии №2

Резюме: Был проведен анализ причин госпитализации женщин с самопроизвольными абортами. Полученные данные свидетельствуют, о высокой частоте прерывания беременности в ранних сроках. Среди причин приводящих к невынашивания беременности немаловажную роль занимает гемостазиологические нарушения, в частности антифосфоипидный синдром.

Проблема невынашивания, в частности неразвивающейся беременности, и причин ее вызывающих, а также принципов ведения и лечения в настоящее время чрезвыайно актуальна. Согласно современным данным причиной развития акушерских патологий в 70–75% случаях являются различные нарушение гемостаза (Айламазян Э.К., Каримова Д. Ф., 2008 г). Среди них у 27–42% причиной является антифосфолипидный синдром (АФС). У беременных с АФС отмечается усиление коагуляционного потенциала с признаками внутрисосуистого патологического тромбогенеза в сочетании с повышением маркеров тромбофилии, которое усугубляется во время беременности на фоне адаптационного повышения свертываемости. Циркуляция антифосфолипиных антител является определяющем фактором в развитии неблагопрятного течения беременности и перинатальных исходов.

Целью исследования явилось анализ причин госпитализации женщин в гинекологическое отделение Ташкентской медицинской академии (ТМА) за период с 2013 по 2015гг. женщин с самопроизвольными абортами. За этот период обратились 4275 женщин. Из них 945(22,1%) по поводу самопроизвольных абортов, возраст колебался от 20 до 37 лет, и средний возраст составил 25,6 ± 2,4 лет. С абортом в ходу и кровотечением поступили 150 (15,9%) пациенток и, неразвивающаяся беременность была диагностирована у 216 (22,9%) женщин, и неполный аборт у 81 (8,6%) пациенток. Сохраняющую беременность терапию получили 498(47,3%) беременных. Среди них женщин с начавшимся самопроизвольным выкидышем, у 24% закончился абортом. Первобеременных было 297 (31,4%) женщин, пациентки со 2–3 беременностями и повторнобеременные с 4-ой и более беременностями составили 336 (35,6%) и 312 (33%) соответственно. При анализе по срокам гестации выявлено, что у 135 (35,4%) женщин выкидыш произошел до 6 недель, у 108 (28,3%) – в сроке 7–12 недель, у 93 (24,4%) беременных – 13–16недель, у 45(11,8%) пациенток аборт произошел от 16–22 недель гестации. У 14% пациенток с самопроизвольными выкидышами был диагностирован АФС.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, о высокой частоте прерывания беременности в ранних сроках. При этом наиболее часто наблюдается прерывание беременности до 12 недель (52,7%). У каждой 6 женщины с репродуктивными потерями был выявлен АФС. Учитывая специфику региона, где многорождаемость остается высокой, поиск путей сохранения беременности и рождения здорового ребенка является актуальной и нерешенной проблемой.

ANALYSIS AND IDENTIFICATION OF CAUSES OF REPRODUCTIVE LOSSES IN WOMEN

Magzumova N.M., Muminjonov I.F.

Uzbekistan. Tashkent. Tashkent Medical Academy. Department of Obstetrics and Gynecology №2

Summary: It was conducted analysis of the causes of hospitalization of women with spontaneous abortion. The findings suggest a high incidence of miscarriage in early pregnancy. Among the reasons leading to miscarriage takes an important role hemostatic disorder such as antiphospholipid syndrome.

ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

В работе с помощью метода цитоморфометрии произведена оценка эндотелиопатии у беременной и сосудистых нарушений в хорионе плода при неразвивающейся беременности.

Адекватная имплантация, трансформация спиральных артерий при инвазии трофобласта лежат в основе формирования полноценного маточно-плацентарного кровотока. Огромное значение в нарушении этих процессов отводят генерализованной эндотелиальной дисфункции.

Целью нашего исследования стало изучение степени развития эндотелиальной дисфункции при неразвивающейся беременности. Нами было обследовано 180 беременных женщин, находившихся на лечении в отделениях гинекологии ГКБ №13 г. Москвы. Исследуемый контингент был разделен на 2 группы. Основную группу составили 90 женщин, у которых была диагностирована неразвивающаяся беременность при сроке 7–10 недель, и было произведено инструментальное удаление плодного яйца. Критерий отбора срока беременности в группы определялся состоянием эндотелия капилляров третичных ворсин, которые формируются к седьмой неделе беременности и до срока 10 недель не содержат в составе своей стенки перицитов, что обеспечивает унификацию исследования эндотелиальных клеток стенки капилляра хориона. Контрольную группу составили 90 соматически здоровых беременных, у которых был произведен инструментальный аборт по желанию. Всем больным проводилось общеклиническое обследование. С целью оценки состояния эндотелия проводилось определение концентрации десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) в периферической крови по методике, предложенной в 1978 г. Hladovec J. Дополнительно проводилась цитометрия ДЭК с целью определения активности апоптоза в исследуемых клетках. Доказано, что поражение эндотелиоцитов при эндотелиальной дисфункции опосредовано апоптозом. В процессе поражения

клетка проходит стадии сжатия, конденсации и формирования апоптозных телец. Оценка цитиометрических показателей ДЭК может являться показателем активности эндотелиопатии. Оценивались средний диаметр и средний периметр эндотелиоцита. Биохимическим маркером эндотелиальной дисфункции был выбран показатель микроальбуминурии, показывающий нарушение фильтрации в почечных клубочках при поражении эндотелия. С целью диагностики микроальбуминурии проводили количественное определение альбумина в образцах мочи методом конкурентного иммуноферментного анализа. У всех исследуемых беременных после произведенного инструментального удаления плодного яйца выполнено морфологическое исследование ворсинчатого хориона. Путем светового микроскопирования проводилась верификация сосудов хориона с их дифференцировкой. С помощью компьютерной цитоморфометрии определялись следующие параметры: средняя толщина стенки сосуда, средний диаметр просвета сосуда, средняя площадь просвета сосуда, индекс Керногана – отношение толщины стенки сосуда к диаметру просвета сосуда. Полученные результаты подвергались статистическому анализу.

Возраст беременных составил от 20 до 43 лет и не имел достоверных отличий в исследуемых группах. При сравнении антропометрических показателей в исследуемых группах достоверных различий выявлено не было. Статистически достоверных различий при исследовании основных соматических и гинекологических заболеваний в исследуемых группах выявлено не было. Показатель микроальбуминурии в контрольной группе составил 0,145+0,049мкг/мл, в основной группе – 0,25+0,037 мкм/мл. При оценке количества ДЭК в периферической крови женщины среднее значение составило 6,06х104кл/100мл в контрольной группе и 11,81х104 кл/100мл – в основной. Средний диаметр ДЭК контрольной группы составил 44,5+0,52 мкм, в основной группе – 29,48+0,48 мкм. Средний периметр ДЭК составил 141,7+0,37 мкм в контрольной группе и 97,34+0,31мкм – в основной. Для оценки состояния эндотелия у плода проводилась морфометрия сосудов ворсинчатого хориона. Средняя толщина стенки сосуда составила 1,28+0,37 мкм в основной группе и 3,75+0,63 мкм – в контрольной. Средний диаметр и средняя площадь просвета сосуда были схожи в исследуемых группах, что определено условием подбора сосудов единого калибра с целью унификации метода исследования. Индекс Керногана (отношение толщины стенки сосуда к диаметру просвета сосуда) составил 0,041 в основной группе и 0,115 в контрольной группе.

Таким образом, в исследовании выявлено значительное повышение цитоморфометрических и биохимических показателей поражения эндотелиальных клеток в группе больных с неразвивающейся беременностью. Также отмечена корреляция поражения эндотелия у беременной и сосудистые нарушения в ворсинах хориона плода. Используемая методика цитоморфометрии эндотелиоцитов может быть перспективным методом исследования в данном направлении.

CYTOMORPHOMETRIC STUDY OF ENDOTHELIAL CELLS WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY

Torchinov Am, Umahanova M.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanov S.R.

Russia, Moscow, MSMSU named after A.I. Evdokimov

In the research using the method of cytomorphometry evaluated endotheliopathy of pregnant women and vascular disorders in the fetal chorion during non-developing pregnancy.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Полушкина Е.С.[1], Ахмедова А.И.[1], Шмаков Р.Г.[1], Виноградова М.А.[1], Соколова М.А.[2]

1 ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия,
2 ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва, Россия

Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) представляют собой группу онкогематологических клонально обусловленных миелопролиферативных расстройств. Основными осложнениями этих заболеваний являются тромбозы и геморрагии. Сочетание ХМПЗ с беременностью встречается достаточно редко. Однако в последние годы наблюдается тенденция к росту числа случаев опухолевых заболеваний во время беременности у женщин репродуктивного возраста. Без лечения беременность у женщин, страдающих ХМПЗ, характеризуется высокой частотой тромбогеморрагических осложнений в сосудах различных локализаций, в частности маточно-плацентарных, что приводит к потерям беременности на различных сроках. Современные подходы к подготовке, ведению беременности, родов и послеродового периода у данной группы пациенток улучшили показатели исходов беременностей и родов у женщин с ХМПЗ.

Целью данного исследования явилось проведение сравнительного анализа репродуктивной функции женщин с ХМПЗ, получавших терапию основного заболевания и находившихся без лечения.

Ретроспективно было проанализировано течение 76 беременностей у 46 женщин (1 группа), которым специфическое лечение ХМПЗ не проводилось, либо было неадекватным. Проспективную группу (2 группа) составили 91 беременность у 82 женщин с ХМПЗ, которым во время беременности проводилось лечение по разработанному алгоритму. В исследование вошли пациентки с основными видами ХМПЗ: с эссенциальной тромбоцитемией, истинной полицитемией и первичным миелофиброзом. Во 2 группе проводилась специальная терапия, направленная на снижение числа клеток крови (циторедуктивная терапия, эритроцитаферез), коррекцию показателей системы гемостаза (антиагрегантная, антикоагулянтная терапия), своевременное лечение акушерских осложнений и витаминотерапию. Препаратом выбора для циторедуктивной терапии является рекомбинантный интерферон α.

В 1 группе искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям было произведено в 5 (6,6%) случаях, без адекватной терапии репродуктивные потери составили 58 (76,3%) случаев. В структуре репродуктивных потерь преобладали самопроизвольные выкидыши на разных сроках – 32 (42,1%) беременностей, в 17 (22,4%) случаях диагностирована неразвивающаяся беременность, в 9 (11,8%) – антенатальная гибель плодов (1 двойня). Преждевременными родами завершились 7 (9,2%) беременностей, своевременные роды произошли в 6 (7,9%) случаях. При использовании разработанного алгоритма из 91 беременности во 2 группе неблагоприятные исходы отмечены лишь в 3,3% (3 случая). Произошло по одному случаю самопроизвольного выкидыша, неразвивающейся беременности и гибели одного плода из двойни. Преждевременными родами закончились 12 (13,5%) беременностей, своевременными – 77 (86,5%) беременностей (p=0,002, ОШ– 0,13; 95%, ДИ: 0,038; 0,466).

Беременность протекала без осложнений в 2 (15,4%) и в 23 (25,8%) случаях в 1 и 2 группах соответственно (p=0,5). Из осложнений беременности наиболее часто наблюдалась угроза прерывания – в 11 (84,6%) и 33 (37,1%) случаях (p=0,001, ОШ-2,94; 95%, ДИ: 1,647; 5,255), анемия – в 5 (38,5%) и в 46 (51,7%) в 1 и 2 группах соответственно. Синдром задержки развития плода (СЗРП) в 1 группе встречался в 2-х (15,4%) случаях беременностей и в 7 (7,9%) случаях у женщин во 2 группе. Течение беременностей осложнилось развитием умеренной преэклампсии в 1 группе в 1 (7,7%) и во 2 группе – в 2 (2,2%) случаях, и 4 (4,5%) случаями тяжелой преэклампсии во 2 группе. Несмотря на проводимую терапию во 2 группе у 2 (2,2%) беременных отмечался тромбоз селезёночной вены на сроках 24–25 недель, беременности завершились рождением здоровых детей.

В 1 группе родилось 7 (53,9%) недоношенных детей в сроках от 28 до 34 недель, из них 5 (71,4%) умерло в первые 30 суток жизни, и 6 (46,1%) доношенных детей. Неонатальная смертность недоношенных детей была обусловлена дыхательными расстройствами, инфекционными осложнениями и недоношенностью. Во 2 группе родилось 93 живых детей массой 3091,74±71,9 гр. и ростом 49,91±0,4 см., оценка по шкале Апгар составила от 5–8 баллов на 1 минуте до 7–9 баллов на 5 минуте. У одного ребенка из группы с лечением после рождения был выявлен синдром Ледда, он был успешно прооперирован после родов.

Таким образом, у женщин с ХМПЗ при отсутствии лечения репродуктивные потери составляют 76,3%, осложнения беременности наблюдаются в 84,6% случаев. Создание программы подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ХМПЗ привело к статистически значимому снижению репродуктивных потерь до 3,3% (p=0,000001, ОШ-0,008; 95%, ДИ: 0,002; 0,028) и тенденции к снижению числа осложнений беременности – до 74,2% (p=0,5).

REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN SUFFERING FROM CHRONIC MYELOPROLIFERATIVE DISEASES

Polushkina E.S.[1], Akhmedova A.I.[1], Shmakov R.G.[1], Vinogradova M.A.[1], Sokolova M.A.[2]

1 Federal State Enterprise Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Named by V.I. Kulakov Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia
2 Haematology Scientific Centre Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia

In recent years there is a tendency to increase the number of malignancies during the pregnancy among reproductive age women. The modern approach to pregravid preparation, pregnancy, delivery and postpartum management for women with chronic myeloproliferative diseases led to statistically significant decrease of reproductive losses up to 3,3% and the tendency of pregnancy complications rate decrease from 84,6% to 74,2% (p=0,5).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ахмедова А.И.[1], Волочаева М.В.[1], Шмаков Р.Г.[1], Пароконная А.А.[2]

1ФГБУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Минздрава РФ, Москва,
2Российский Онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных онкологических заболеваний женщин в репродуктивном возрасте и составляет 7% от общего числа женщин с РМЖ. Развитие РМЖ, ассоциированного с беременностью, осложняет 1 из 3000 беременностей. В последние годы женщины откладывают рождение ребенка на более поздний период своей жизни, что приводит к росту числа случаев выявления опухолевого процесса во время беременности. До сих пор остается дискуссионным вопросом сохранение беременности у онкологических больных.

Целью данного исследования явилось проведение сравнительного анализа течения беременности, родов и послеродового периода у женщин больных РМЖ, на фоне лечения и без него, а также оценка состояния здоровья новорожденных.

Проспективно было проанализировано течение беременности, родов и послеродового периода у 59 женщин с РМЖ во время беременности. Первую группу составили 40 женщин, получавших противоопухолевое лечение, вторую – 19 женщин без лечения. Во второй группе в 3-х (15,8%) случаях по настойчивому желанию женщин было произведено искусственное прерывание беременности. Возраст наблюдаемых женщин в среднем составил 33,2±0,6 лет (от 25 до 42 лет). Для диагностики заболевания использовали УЗИ с последующим подтверждением диагноза с использованием CORE-биопсии.

Среди беременных женщин, больных РМЖ, II стадия заболевания была диагностирована – у 36-ти, III – стадия – у 21-ти женщин. У двух женщин диагностирована IV стадия заболевания с метастазами в печень. Первым этапом лечения у 2-х женщин

было проведение хирургического лечения во II триместре беременности на сроках 21–24 недели: в одном случае – секторальная резекция, в другом случае – радикальная мастэктомия. Сочетание хирургического лечения и полихимиотерапии (ПХТ) во время беременности было проведено 12-ти пациенткам. 26-ти женщинам проводилась только неоадъювантная ПХТ (АС, FAC, таксаны) во II и III триместрах. У 16-ти женщин лечение не проводилось, в связи с отказом от лечения или нецелесообразностью проведения во время беременности.

В первой группе на фоне проводимого противоопухолевого лечения беременность протекала без осложнений у 8-ми (20,0%) женщин. Основным осложнением беременности в первой группе была анемия, которая отмечалась в 27-ми (67,5%) случаях, а также угроза прерывания беременности, возникшая у 9-ти (22,5%) женщин. В первой группе отмечалось равное число преждевременных и своевременных родов (50/50%). Во второй группе преждевременными родами закончились 13 (68,4%) беременностей, своевременными – 3 (15,8%) беременности (p=0,04, ОШ-4,3; 95%, ДИ: 1,069; 17,574).

В первой группе родилось 41 живой ребенок (одна двойня), во второй группе 18 (две двойни) живых детей, из них 20 (48,8%) и 3 (16,7%) – доношенных детей в первой и второй группе соответственно. Средняя масса тела при рождении у доношенных новорожденных в первой группе составило 2968,4±99,1г, во второй группе 3462,5±213г, и у недоношенных детей – 2323,9±119,2г и 2425,6±152,4 в первой и второй группе соответственно. Оценка по шкале Апгар составила на первой минуте от 5 до 8 баллов, на 5 минуте от 7 до 9 баллов.

Анализируя заболеваемость детей из первой группы, у 3-х детей, в связи с недоношенностью, развился респираторный дистресс-синдром, потребовавший эндотрахеального введения сурфактанта в условиях родильного зала. У 20 детей производилась неинвазивная респираторная поддержка методом NCPAP, из них в 3 случаях дети были переведены на поддержку BIPHASIC и ИВЛ. У одного недоношенного ребенка после рождения развилось желудочно-кишечное кровотечение. У двух детей был выявлен двухсторонний крипторхизм, в одном случае ранний неонатальный период осложнился кишечной непроходимостью, потребовавший оперативного лечения. У детей, рожденных у матерей, получавших ПХТ во время беременности, врожденных пороков развития не было выявлено. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проведение лечения женщинам с РМЖ во время беременности возможно без прерывания беременности. Лечение включает в себя проведение ПХТ, начиная со II триместра и выполнение оперативного вмешательства с последующим преждевременным или своевременным родоразрешением. Из осложнений беременности наиболее часто встречалась анемия легкой и средней степени тяжести. Определение физического развития детей, рожденных у матерей с РМЖ, не выявило увеличение врожденной и приобретенной патологии.

MANAGEMENT OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Akhmedova A.I.[1], Volochaeva M.V.[1], Shmakov R.G.[1], Parokonnaya A.A.[2]

1Federal State Enterprise Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Named by V.I. Kulakov Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia.
2 Blokhin Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia

Therapy for women with breast cancer during pregnancy is possible without necessity of abortion. Treatment involves performing chemotherapy, starting with the II trimester of gestation and performing surgery with subsequent premature or timely delivery. Anemia was the most common pregnancy complication. Determination of the physical development of children born to mother with breast cancer, showed no increase in congenital and acquired diseases.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ахведиани К.Н., Лубнин А.Ю., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Травкина А.А., Шмигельский А.В., Хейреддин А.С., Коваленко Т.С., Магилевская Е.В., Кокляева Н.В.

ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»
ФГБУ НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко

Опухоли головного мозга (ОГМ) не частая, но одна из наиболее сложных в клиническом отношении ситуаций, часто требующая принятия строго индивидуальных решений. В 75% наблюдений внутричерепные опухоли у женщин развиваются в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности. Материнская смертность среди женщин с ОГМ чрезвычайно высока и составляет 24,3%. Течение и исход новообразований головного мозга в период беременности в большинстве случаев неблагоприятны, а прерывание беременности даёт лишь временное улучшение.

Цель: Улучшение материнских и перинатальных исходов у беременных с ОГМ путём оптимизации тактики ведения беременности, родов и послеродового периода, основывающиеся на раннем выявлении, своевременном, дифференцированном и эффективном лечении.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находились 45 беременных в возрасте 21–30 лет. I группу составили 11 женщин, у которых ОГМ выявлена во время данной беременности. В одном случае имела место невринома слухового нерва, у двух – астроцитома Grade I и II, у двух – глиома Grade II и III, и еще у четырех – глиобластома Grade III– IV. В одном случае олигодендроглиома. Среди беременных с глиомой ствола мозга во время беременности проведена лучевая терапия (15 курсов). У 6 беременных ОГМ выявлена во 2 триместре гестации в 16–32 недели гестации. II группу составили 34 беременные, раннее перенесшие нейрохирургическое вмешательство по поводу ОГМ различной локализации. Гистологический диагноз у 30 – астроцитома Grade I и II, у двух – менингиома. По одному случаю медулобластома

и нейроцитома. Давность операции до наступления данной беременности 1–2 года. Всем беременным, кроме стандартных клинико-лабораторных методов исследования, проводилось с целью определение локализации и распространения опухолевого процесса– компьютерная томография в условиях защиты плода (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ); электроэнцефалография (ЭЭГ) – для выявления очаговых нарушений биопотенциалов мозга и/или оценки тяжести нарушений деятельности мозга в целом. Все беременные консультировались нейроофтальмологом, анестезиологом, неврологом. Проводились в динамике ультразвуковое исследование плода, исследование гормонального статуса фето-плацентарного комплекса.

Результаты: в I группе беременность осложнилась анемией – у трех, фето-плацентарной недостаточностью (ФПН) – у двух. Заболевание начиналось с появлением общемозговых симптомов: тошнота, рвота, нарушения зрения, что расценивалось как осложнения беременности, с последующем присоединением очаговой симптоматика: эпилептические припадки, гипертензионно-гидроцефалический синдром, снижение слуха. В 6 случаях удалось регрессирование общемозговой и очаговой симптоматики, что позволило пролонгировать беременность до 37 недель. У четырех, в связи с нарастанием неврологической симптоматики проведена симультанная операция в 32–34 недели. Пациентка с невриномой слухового нерва родоразрешена путем операции кесарево сечение в 32 недели гестации. На 7-е сутки переведена в нейрохирургическое отделение, где проведена операция по удалению опухоли. В I группе четверо 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 оценивалась как удовлетворительное. В 1 группе родились четверо недоношенных детей массой 1600–2400г, с оценкой по шкале Апгар 6 и 8 баллов. Все они были переведены на 2 этап выхаживания. Во II группе течение беременности осложнилось угрозой прерывания у 5, ФПН – у двух, анемией в трех наблюдениях. Симптоматические эпилептические припадки наблюдались у трех пациенток, все они принимали противоэпилептическую терапию. Кесарево сечение произведено у 12 женщин, через естественные родовые пути родоразрешены – 18, у трех роды закончены вакуум экстракцией плода, в одном случае применены акушерские щипцы. Родились 33 детей в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов, один ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов. В послеродовом периоде в течение 3 лет проводилось наблюдение за всеми женщинами, ни в одном случае ухудшения состояния, прогрессирования неврологической симптоматики не отмечено. Материнской летальности не было. Погибли 4 пациентки через 1,5–2г после родов (глиобластома Grade III – IV).

Заключение: оптимальным является пролонгирование беременности до доношенного срока и симультанная 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.

Резюме: индивидуальный подход и правильно подобранная нейрохирургическая и акушерская тактика у беременных с опухолями головного мозга позволяют не только сохранить репродуктивное здоровье женщин, но и уменьшить проявления тяжёлой экстрагенитальной патологии, улучшить перинатальные исходы, оптимизировать методы родоразрешения.

BRAIN TUMOR AND PREGNANCY

Akhvlediani K.N., Lubnin A. Yu., Logutova L.S., Petrukhin V.A., Travkina A.A., Shmigelski A.V., Hayreddin A.C., Kovalenko T.S., Magilevskaia E.V., Kokliaeva N.V.

GBUZ MO «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology»
FBGU Research Institute of Neurosurgery by academician N.N. Burdenko

Objective: Individual approach and correctly selected neurosurgical and obstetrical tactics in pregnant women with brain tumors can not only preserve the reproductive health of women, but also reduce the manifestations of severe extragenital pathology, improve perinatal outcomes, optimizing the methods of delivery.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОГО СИНДРОМА

Костюков К.В., Гладкова К.А., Сакало В.А., Гус А.И., Тетруашвили Н.К.

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

Цель исследования: оценить эффективность фетоскопической селективной лазерной фотокоагуляции сосудистых анастомозов плаценты при фето-фетальном трансфузионном синдроме.

Течение монохориальной многоплодной беременности может осложняться развитием специфических осложнений, связанных с уникальной ангио-архитектоникой монохориальной плаценты. Неравномерное распределение кровотока, со сбросом крови от одного плода к другому является общепринятой причиной синдрома фето-фетальной трансфузии, возникающего в 8–15% монохориальных многоплодных беременностей. В случае отсутствия лечения перниатальная смертность достигает 90%.

Материалы и методы: В основу данной работы были положены проведенные в Центре акушерства и гинекологии им. В.И.Кулакова операции фетоскопической селективной лазерной фотокоагуляции сосудистых анастомозов плаценты в сроке беременности 21,5 +/– 2,4 недели (17–26 недель) за последние 5 лет. Ключевым диагностическим критерием ФФТС является обнаружение многоводия одного плода и маловодия другого по данным эхографии. Маловодие устанавливается на основании измерения максимального вертикального кармана (МВК), который не должен превышать 2 см, этот плод является донором. Многоводие, развивающееся у плода реципиента, констатируют при увеличении МВК более 8 см до 20 недель беременности и более 10 см после 20.

Результаты: При проведении 61 фетальной операции в Центре было установлено, что общая выживаемость новорожденных составила 68,6% (1 новорожденный – 38,3%, 2 новорожденных – 30,3%). Осложнениями при проведении данной операции были: преждевременное излитие околоплодных вод – 8,3%, рецидив ФФТС – 11,4%, самопроизвольное прерывание беременности – 11,1%, кровотечение – 2,9%, синдром анемии-полицитемии – 5,5%, внутрибрюшное излитие амниотической жидкости – 2,7%.

Выводы: Для обеспечения благоприятного исхода беременности крайне важны своевременная диагностика ФФТС и выбор правильной тактики ведения. Фетоскопическая селективная лазерная фотокоагуляция анастомозов плаценты является оптимальным методом лечения ФФТС.

FETOSCOPIC LASER PHOTOCOAGULATION IN TWIN-TO-TWIN TRANSFUSION SYNDROME

Kostyukov K.V., Gladkova K.A, Sakalo V.N., Gus A.I., Tetruashvili N.K.

Federal budget state institution «Research Centre for Obstetrics Gynecology and Perinatology n.a. V.I. Kulakov

Twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS) is the commonest serious complication of monochorionic (MC) twinpregnancies, with perinatal mortality rates of up to 90% if untreated. This study aimed to review the perinatal and perioperative outcomes of MC twin pregnancies treated for TTTS by fetoscopic laser photocoagulation (FLP) at the Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow.

FLP is a feasible treatment for TTTS, with minimal maternal complications. Perinatal survival rates of this patient group, managed at our Center, were comparable to those of international centers.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

Шидловская Н.В., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Баринова И.В., Башакин Н.Ф.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (директор – академик РАМН проф. В.И. Краснопольский)

Цель: анализ течения беременности и перинатального исхода у пациенток с надпочечниковой недостаточностью после хирургического лечения болезни Иценко-Кушинга.

Методы: обследованы и родоразрешены 3 беременные 25–43 лет с надпочечниковой недостаточностью, которая развилась в результате транссфеноидальной аденомэктомии гипофиза по поводу болезни Иценко-Кушинга, а также изучено состояние здоровья новорожденных от матерей с данной эндокринной патологией.

Результаты: Две пациентки были первородящие, и одной предстояли повторные роды (родоразрешена в нашем институте трижды). Давность заболевания до наступления беременности варьировала от 2 до 7 лет. Все больные отмечали прибавку в весе с перераспределением подкожно-жировой клетчатки по диспластическому типу, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки по центрипетальному

типу, повышенную ломкость сосудов, гиперпигментацию кожных покровов, появление багровых стрий на бедрах и животе. У двух пациенток по поводу гипертензии (повышение АД до 170/100 мм рт. ст) проводилась гипотензивная терапия с недостаточным эффектом: на фоне терапии АД 140/100 мм рт ст. У одной из них на фоне активного течения заболевания произошел геморрагический инсульт. Все пациентки обратились к эндокринологу с отсрочкой от 5 до 7 лет от начала заболевания. Во всех наблюдениях диагноз был поставлен после гормонального обследования и проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ). Уровень кортизола в крови достигал 1160–1258 нмоль/л, АКТГ – 43,3–150,8 пг/мл. При проведении МРТ головного мозга во всех наблюдениях выявлена картина эндосупраселлярной аденомы гипофиза (образование в хиазмально-селлярной области от 10 до 12 мм в диаметре). У всех пациенток установлен диагноз: болезнь Иценко-Кушинга и проведено нейрохирургическое лечение по поводу эндогенного гиперкортицизма: трансназальное удаление аденомы гипофиза. В послеоперационном периоде у всех пациенток выявлены выраженные симптомы надпочечниковой недостаточности, а также несахарного диабета (у одной больной). В другом наблюдении развился гипотиреоз. Две пациентки получали кортизон – 1 таблетку, Кальций Д3 Никомед по 1 таблетке 3 раза в день, в третьем наблюдении проводилась заместительная гормональная терапия кортеффом 30 мг и L-тироксином 50 мкг. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в I триместре и анемией – во всех наблюдениях. Преэклампсия средней степени осложнила течение беременности в двух наблюдениях. Преэклампсии тяжелой степени и фетоплацентарной недостаточности не было. АД в течение беременности оставалось в пределах 100/60 мм рт ст. Беременные были госпитализированы в наш институт за несколько дней до родоразрешения. В связи с тяжестью экстрагенитальной патологии всем пациенткам было произведено плановое кесарево сечение при доношенном сроке беременности по обычной методике, обезболивание – длительная перидуральная анестезия (ДПА). Кровопотеря стандартная – 600–800 мл. В одном наблюдении имелось плотное прикрепление плаценты, подтвержденное гистологически (placenta accreta). Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде они получали гидрокортизон внутримышечно и преднизолон внутривенно, а также препараты кальция в связи с гипокальциемией в одном наблюдении. Все родильницы имели хорошую лактацию, не было отмечено септических осложнений, в удовлетворительном состоянии были выписаны на 6–8 сутки. Всего родилось 5 детей у 3-х матерей, все мальчики массой от 3120 до 3300 г., рост от 49 до 53 см. Врожденных пороков развития, задержки внутриутробного развития не было. В состоянии гипоксии (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 7 баллов, на 5 минуте 8–9 баллов) родились 2 ребенка, один – в асфиксии средней тяжести (оценка по шкале Апгар 6–8 баллов). Ранний неонатальный период у 4 из 5 детей протекал благоприятно, у них не наблюдалось клинических и лабораторных симптомов надпочечниковой недостаточности, были выписаны домой на 5–7 сутки жизни. Одному ребенку, родившемуся в асфиксии средней тяжести с проявлениями дыхательной недостаточности, СДР на фоне внутриутробной пневмонии, потребовалась инфузионная, антибактериальная терапия, искусственная вентиляция легких, перевод в специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных на 3-и сутки жизни.

Выводы: надпочечниковая недостаточность после лечения болезни Иценко-Кушинга при условии своевременного и адекватного лечения существенно не влияет на течение беременности. Однако такие пациентки 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. Новорожденным при подозрении на надпочечниковую недостаточность показан контроль уровня кортизола на 3–4 сутки жизни и, при необходимости, заместительная терапия.

В тезисах представлены результаты собственных наблюдений за течением беременности и родоразрешения беременных с надпочечниковой недостаточностью после хирургического лечения по поводу болезни Иценко-Кушинга, а также изучено состояние здоровья детей, родившихся у данного контингента матерей.

FEATURES OF PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN ADRENAL INSUFFICIENCY AFTER TREATMENT OF THE DISEASE ITSENKO-KUSHINGA

Shidlovskaya N.V., Petrukhin V.A., Burumkulova F.F., Barinov I.V., Bashkin N.F.

GBUZ MO «Moscow regional research Institute of obstetrics and gynecology»

The authors give the results of their observations of the course of pregnancy and delivery in 3 pregnant women with adrenal insufficiency developing after surgical treatment for Itsenko-Cushing disease and have stadied the health status of neonatal babies born to mothers with endocrine pathology.

ФЕТАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА КАК МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ВЫХАЖИВАНИЯ ПЛОДА И ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лященко Д.Н.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. Кафедра анатомии человека

Современные критерии выхаживания глубоко недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела, активное использование УЗ-исследования заставляют рассматривать развивающийся внутриутробно плод как пациента со своими особенностями. Соответственно, в последние годы значительно возрастает ценность детальных сведений по фетальной анатомии и топографии внутренних органов человека. Цель настоящего исследования – выявление особенностей становления анатомии сердца на этапах промежуточного плодного периода онтогенеза человека и определение их прикладного значения.

Настоящее исследование основано на изучении и анализе секционного материала, забранного от 105 плодов человека обоего пола 16–22 недель развития, полученных в результате прерывания нормально протекающей беременности у здоровых женщин по социальным показаниям с соблюдением всех необходимых соответ-

ствующих этических и юридических норм. В настоящем исследовании для решения поставленных задач был использован комплекс методик: метод забора и фиксации материала, макромикроскопическое препарирование, метод распилов по Н.И. Пирогову в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, гистотопографический метод, морфометрия и вариационно-статистические методы обработки полученных данных.

Результаты работы показали, что в промежуточном плодном периоде онтогенеза сердце как орган уже практически полностью сформировано, отчетливо определяются все его камеры. В 16–22 недели рост сердца идет преимущественно в длину, значение которой увеличивается на 57%. В тоже время значение ширины сердца к 22 неделям возросло на 14,5% (от 13,48±3,07мм в 16–17 недель до 15,43±3,39 мм в конце периода). Камеры сердца на протяжении 16–22 недель развития растут неравномерно и разнонаправлено. Рост предсердий у плода в рассматриваемом периоде идет преимущественно за счет увеличения в ширину: темп прироста данного показателя у левого предсердия составил 91%, у правого – 72%. В отличие от предсердий ушки и желудочки сердца плода в 16–22 недели растут более интенсивно и преимущественно за счет увеличения длины. Обращает на себя внимание превалирование длины левого желудочка сердца (16,76±1,1мм) над длиной правого (13,15 ± 0,9мм) у плодов в 22 недели при одинаковой толщине их стенки на данном сроке развития (2,99 ± 0,46мм слева и 3,03 ± 0,49мм справа).

Межпредсердная перегородка (МПП) в 16–22 недели развития плода является динамично развивающейся структурой, рост которой идет преимущественно за счет увеличения ее толщины (на 80%) при возрастании на 22% длины и на 31% ширины. Топография МПП характеризуется ее сложной пространственной ориентацией: она располагается под углом как к сагиттальной, так и к горизонтальной плоскостям. Таким образом, межпредсердная перегородка наклонена вперед, вниз и вправо, при этом к 22 недели перегородка смещается вправо, в более вертикальное положение по отношению к сагиттальной плоскости и вверх, становясь более развернутой в горизонтальной плоскости.

Изучение межжелудочковой перегородки (МЖП) у плода показало, что ее топографическая анатомия в рассматриваемом периоде характеризуется равномерным увеличением ее длины (на 45%) и толщины (на 35%), стабильностью ее голо– и синтопии, смещением вверх к 22 неделе развития ее нижней границы при сохранении одинакового диапазона верхней границы. С увеличением возраста плода угол между осью МЖП и сагиттальной плоскостью торса уменьшается (отрицательный темп прироста -6%), а сама перегородка приближается к передней грудной стенке.

В ходе исследования были также изучены анатомия и топография гемодинамически значимых шунтов, функционирующих у плода, и обеспечивающих особенности фетального кровотока: овального отверстия, артериального протока, заслонки нижней полой вены. Овальное отверстие сердца в 16–22 недели занимает большую часть МПП, повторяет ее сложную пространственную ориентацию, располагаясь под углом к сагиттальной и горизонтальной плоскостям, при этом с увеличением возраста плода происходит смещение отверстия вправо, вверх и кзади. К 22 неделе овальное отверстие более интенсивно увеличивается в ширину: темп прироста данного параметра составил 142% при темпе прироста высоты 73%.

Заслонка нижней полой вены (ЗНПВ) у плода имеет вид тонкой, расположенной практически во фронтальной плоскости пластинки. Длина ЗНПВ в РППО увеличивается на 19%, в 2 раза увеличивается толщина заслонки (в 22 недели 0,2±0,01 мм

по сравнению с 0,1±0,01 мм в 16–17 недель), возрастает и значение высоты ЗНПВ на протяжении раннего плодного периода от 1,3±0,4мм до 1,5±0,3 мм – на 15%. Скелетотопически заслонка располагается в пределах от верхнего края-тела ThVII до верхнего края ThVIII, при этом с возрастом она смещается более каудально. Обращает на себя внимание тот факт, что заслонка фактически является продолжением стенки нижней полой вены, имеет фронтальное положение, в то время как овальное отверстие расположено под углом к ней.

Полученный комплекс анатомических данных по морфологии сердца у плода 16–22 недель позволил дать анатомическую основу для ряда ультразвуковых пренатальных визуализационных методик: среза через три сосуда, четырехкамерного среза сердца, а также разработать стандартизированные скелетотопические уровни наилучшей визуализации каждой из камер сердца. Результаты работы могут быть полезны неонатологам, врачам ультразвуковой диагностики, фетохирургам при выхаживании глубоко недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела.

FETAL ANATOMY OF THE PERSON HEART AS MORPHOLOGICAL BASIS OF THE FETUS AND DEEPLY PREMATURELY NEWBORNS NURSING

Diana N. Liashchenko

Orenburg State Medical University

Resume. For obtaining new data about fetal anatomy of the heart torsos of 105 person fetuses of both sexes of 16–22 week development without pathology of cardiovascular system organs were studied. The quantitative data on heart anatomy in general, each its chamber are obtained. Besides, the anatomy of interatrium and interventricular septum's, the oval foramen, the inferior cava vein valve was studied. Results of this scientific work are a morphological basis of a row of ultrasonic prenatal visualization techniques and may be useful for neonatologists and fetal surgeons.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Стрижаков А.Н., Мирющенко М.М., Игнатко И.В., Попова Н.Г., Богомазова И.М.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины» ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Москва, Россия

Резюме: Для оценки значимости каждого из изученных факторов риска в формировании СЗРП проводился регрессионно-факторный анализ. Проанализировав все факторы риска, мы смогли выявить совокупность наиболее значимых факторов. Самым важным фактором оказался уровень ИФР-1, а минимальным – количе-

ство β-ХГЧ, число родов в анамнезе и наличие прерывания беременности в первом триместре в предыдущих беременностях. В группу отрицательных факторов вошли: уровни β-ХГЧ, витамина D (1,25(OH)2 Витамина D), анемия, заболевания почек. В группу положительных факторов вошли: PAPP-A, количество родов в анамнезе, угроза прерывания беременности, уровень ИФР-1 и наличие прерывания беременности в первом триместре в предыдущих беременностях.

Задержка роста плода осложняет от 5 до 24% беременностей, причем отмечается постоянная тенденция к возрастанию данного показателя, что может быть обусловлено как реальным возрастанием числа беременных высокого риска развития перинатальной патологии, так и совершенствованием системы пренатального выявления нарушений развития и роста плода. Чрезвычайно актуален поиск предрасполагающих факторов, изучение этиологии возникновения заболеваний на стадии внутриутробного развития плода. Выявление этих факторов и причин позволит прогнозировать развитие заболеваний, выделять группы риска в максимально ранних возрастных категориях. Только такой подход может существенно снизить общую заболеваемость человека.

Учитывая вышесказанное целью настоящего исследования явилась разработка комплексной системы обследования беременных с целью ранней диагностики плацентарной недостаточности на основании данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования, включающих биохимические маркеры СЗРП, комплексное эхографическое и допплерометрическое исследование параметров формирования системы мать-плацента-плод для снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

В соответствии с поставленной целью нами проведено комплексное проспективное обследование 184 беременных с первого триместра гестации, 184 новорожденных, а также проведен анализ перинатальных и материнских исходов гестации. В зависимости от характера течения беременности и ее исхода сформированы следующие группы:

Основная группа – 146 женщин, беременность которых осложнилась плацентарной недостаточностью и закончилась рождением живых детей с синдромом задержки роста плода (СЗРП);

Группа сравнения – 38 женщин, беременность которых протекала без признаков плацентарной недостаточности и закончилась рождением живых доношенных детей.

Клинико-лабораторное обследование женщин основной группы и группы сравнения проводилось в один и тот же период времени. Срок беременности при первом обследова-нии женщины составил 10–12 недель. Также у всех женщин проводилось УЗИ с обяза-тельной оценкой показателей допплерометрии на сроках 12, 24–25 и 38–39 недель.

Женщины обследуемых групп были сопоставимы по большинству показателей, касающихся социального статуса, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, за исключением отдельных социально-бытовых факторов и некоторых особенностей, связанных с экстрагенитальной патологией и реализацией репродуктивной функции. Женщины, беременность которых осложнилась плацентарной недостаточностью и СЗРП, чаще указывали на наличие таких вредных привычек, как никотинзависимость, в этой же группе удельный вес ранних репродуктивных потерь в предыдущих беременностях был выше, чем в группе сравнения. Плацентарная недостаточность и СЗРП ассоциировались с повышенной частотой выявления в ран-

ние сроки беременности анемии, ИППП и угрозы прерывания беременности, а также наличие в организме хронических очагов инфекции.

В основной группе в течение беременности СЗРП I степени был диагностирован у 87 (59,6%); СЗРП II степени – у 54 (37,0%); СЗРП III степени – у 5 (3,4%) женщин.

Для оценки значимости каждого из изученных факторов риска в формировании СЗРП проводился регрессионно-факторный анализ. Проанализировав все факторы риска, мы смогли выявить совокупность наиболее значимых факторов. Проведение регрессионно-факторного анализа позволило получить функцию отклика, адекватную реальной зависимости. Адекватность реальной зависимости F/Fкр=0,342/ 1,9; n=29.

Самым важным фактором оказался уровень ИФР-1, а минимальным – количество β-ХГЧ, число родов в анамнезе и наличие прерывания беременности в первом триместре в предыдущих беременностях. В группу отрицательных факторов вошли: уровни β-ХГЧ, витамина D (1,25(OH)2 Витамина D), анемия, заболевания почек. В группу положительных факторов вошли: PAPP-A, количество родов в анамнезе, угроза прерывания беременности, уровень ИФР-1 и наличие прерывания беременности в первом триместре в предыдущих беременностях. Одним из прогностических маркеров развития СЗРП является витамин Д, роль которого в развитии СЗРП оценивалась в нашем исследовании. Рассмотрение графика соответствия расчетных и опытных соответствий дало нам более точную картину данной зависимости и позволило определить диапазон неопределенности и прогноз гарантированного состояния. Данная функция показывает, что мы можем при прогностическом значении более 0,86 у.е. точно определять развитие в дальнейшем СЗРП. Это означает, что в прогнозе по общим параметрам мы можем выделить с высокой достоверностью группу высокого риска. При прогностическом значении менее 0,44 у.е. мы можем точно исключить развитие СЗРП.

Анализируя влияние допплерометрических показателей на оценку по шкале Апгар на 1 и 5 минутах, отчетливо видно значительное увеличение прогностической значимости показателей кровотоков в артерии пуповины, аорте плода и средней мозговой артерии. В третьем триместре влияние кровотока в средней мозговой артерии выше, чем в артерии пуповины. На основании этого можно судить, что оценка кровотока в средней мозговой артерии дает лучшие результаты в диагностике внутриутробной гипоксии, чем при аналогичной оценке артерии пуповины. Полученные результаты отражают прямую зависимость показателей допплерометрии в маточно-плодово-плацентарном кровотоке с перинатальными исходами.

THE PREDICTION OF THE INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME OF THE FETUS IN HIGH RISK PREGNANCY

Strizhakov A.N., Miryuscshenko M.M., Ignatko I.V., Popova N.G., Bogomazova I.M.

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Summary. The regression-factor analysis was conducted to assess the significance of each of the studied risk factors in the formation of FGR. After analyzing all the risk factors, we were able to identify a set of the most important factors. The most important

factor was the level of IGF-1, and the minimum – the amount of .beta.-hCG, the number of parity and the availability of abortion in the first trimester in the previous pregnancies. The group of negative factors included: the levels of β-hCG, vitamin D (1,25 (OH) 2 vitamin the D), anemia, kidney disease. The group of positive factors included: PAPP-A, the number of parity, the threat of termination of pregnancy, the level of IGF-1, and the availability of abortion in the first trimester in the previous pregnancies.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Мареева М.Ю.

МОНИИАГ, МОНИКИ

В последние годы отмечается рост числа беременных после протезирования клапанов сердца различных конструкций.

Целью работы явилась оценка современных подходов ведения и родоразрешения пациенток, перенесших операцию протезирования клапанов сердца.

Под наблюдением находилось 12 пациенток с протезированными клапанами сердца: биологический искусственный клапан (БИК) у 2 из них был протезирован в митральную позицию, у 2 – в трикуспидальную (по поводу аномалии Эбштейна), протезирование механического искусственного клапана (МИК) у пяти пациенток выполнено в аортальную позицию по поводу врожденного порока сердца, у троих – в митральную по поводу ревматического порока сердца. МИК были представлены поворотно-дисковыми и двустворчатыми устройствами (ЭМИКС, Карбоникс, Мединж). Результат хирургической операции оценивался как хороший.

У всех пациенток проводилось динамическое эхокардиографическое (ЭхоКГ) обследование во втором и третьем триместрах по стандартной методике. При этом не отмечалось увеличения камер сердца, появления патологических наложений на клапанах или нарастания градиента давления на МИК.

Пациентки с БИК не получали антикоагулянтной и дезагрегантной терапии. У беременных с МИК придерживались тактики «варфиринового окна», тем не менее, две пациентки продолжали принимать варфарин (еще одна – фенилин) в течение первых 12 недель беременности. Одна беременная получала клексан до 22 недели гестации. Одна пациентка с МИК в аортальной позиции продолжала принимать фенилин до 37-ой недели беременности без контроля за МНО. Целевые значения для МИК в митральной позиции составили 2,5–3,5 Ед., в аортальной – 2–3 Ед. С целью достижения целевых цифр МНО дозировка варфарина для МИК в митральной позиции в первом триместре составила в среднем 6,5±1,5 мг и в третьем триместре – 8,5±1,2 мг, для МИК в аортальной позиции – 5,5±1,3 мг и 13,5±6,0 мг соответственно (у одной пациентки с этой целью за время беременности дозировка препарата была увеличена с 5 до 20 мг/сутки).

Перевод на прием низкомолекулярных гепаринов (НМГ (фраксипарин 0,6 мг/сутки или клексан 0,8 мг/сутки) осуществлялся до 12-ой недели беременности и с 35-ой недели гестации. Назначение НМГ контролировалось показателем анти-Ха-активности у 4 пациенток (50%), которая составила 1,1±0,1 МЕ/мл. Инъекции НМГ прекращались за 12 часов до родов у 7 пациенток, еще у одной – за 3 часа до родов.

Десять пациенток с МИК родоразрешены в срок через естественные родовые пути (одна – кесаревым сечением по акушерским показаниям, еще одна – в связи с передозировкой варфарина). Случаев тромбозов, кровотечений, варфариновой эмбриопатии, материнской, перинатальной и детской смертности не было. Лишь у одной пациентки с МИК в митральной позиции, имплантированным по поводу инфекционного эндокардита в анамнезе во втором периоде родов отмечены явления отека легких, купированные в соответствии со стандартами оказания неотложной помощи (роды закончены наложением акушерских щипцов). В дальнейшем симптомы сердечной недостаточности не выявлялись.

Ведение беременных с МИК должно осуществляться с соблюдением тактики «варфариного окна», причем прием варфарина в первые 12 недель беременности не носит характер обязательной эмбриотоксичности. Практикующему врачу, а также пациентке при самоконтроле за МНО необходимо учитывать необходимость увеличения дозировки прямого антикогулянта для достижения целевых значений данного показателя, что связано с физиологической гиперкоагуляцией во время гестации. Назначение терапевтических дозировок НМГ позволяет надежно предотвратить тромбообразование как в первом, так и в третьем триместрах беременности. Предпочтительным способом родоразрешения женщин с МИК должны быть роды через естественные родовые пути, что позволяет уменьшить риск тромбоэмболических осложнений, который возрастает при оперативном вмешательстве. При родоразрешении пациенток с МИК в митральной позиции необходимо необходимо предусмотреть ограничение потуг в виде перинеотомии и вакуум-экстракции плода, а в неотложном случае – использование акушерских щипцов.

Резюме. Авторами проведен анализ амбулаторного ведения и родоразрешения пациенток с искусственными клапанами сердца при хорошем результате оперативного лечения. Отмечено отсутствие тромбоэмболических осложнений при безусловном соблюдении выработанных рекомендаций с соблюдением тактики «варфариного окна». Преимущественным способом родоразрешения должны быть роды через естественные родовые пути.

MODERN ASPECTS OF MANAGEMENT AND DELIVERY OF PREGNANT WOMEN WITH ARTIFICIAL HEART VALVES

Mravyan S.R., Petrukhin V.A., Pronina V.P., Mareeva, M. Yu.

State Budgetary Healthcare Institution Of Moscow Region «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
Moscow Regional Research Clinical Institute N.A. M.F. Vladimirsky»

The authors analyzed outhospital management and delivery of patients with prosthetic valves with good operative result. The lack of thromboembolic complications in strict observance of the recommendations from compliance tactics "warfaring window". The predominant mode of delivery should be vaginally delivery.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ФОНТЕНА

Петрухин В.А., Мравян С.Р.

МОНИИАГ, Москва

Операция Фонтена, чаще проводимая при патологии, известной как единственный желудочек сердца, заключается в создании анастомоза между легочной артерией, с одной стороны, и верхней половой веной или нижней полой веной, или правым предсердием – с другой. Беременные, перенесшие ОФ, характеризуются высокой вероятностью развития преждевременной родовой деятельности, суправентрикулярных аритмий, тромбоэмболий (в том числе – парадоксальных через ДМПП), энтеропатии и сердечной недостаточности (СН). Общепринятым методом родоразрешения таких пациенток является кесарево сечение.

Целью работы явилась разработка оптимизированного наблюдения, анестезиологического подхода и родоразрешения беременных, перенесших в анамнезе операцию Фонтена (ОФ).

У первобеременной пациентки Х., 25 лет, перенесшей в 20 летнем возрасте ОФ по поводу единственного правого желудочка, и наблюдаемой нами в 2008г. отмечались признаки СН II функционального класса (одышка при умеренной физической нагрузке, гепатомегалия + 1 см) при отсутствии увеличения полостей сердца. На сроке 31 неделя беременности отмечено преждевременное излитие околоплодных вод, в связи с чем она была родоразрешена в МОНИИАГ операцией кесарева сечения под интубационным наркозом. Извлечён живой недоношенный мальчик весом 1450 г., ростом 37 см, с двухкратным нетугим обвитием пуповиной вокруг шеи, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. В раннем послеоперационном периоде развилась острая сердечная недостаточность в виде выраженной одышки без физикальных признаков отека легких, снижение при пульсоксиметрии сатурации кислорода до 90%, предсердная экстрасистолия по типу бигеминии. Явления СН были купированы ингаляцией кислорода через маску, внутривенным капельным введение 1% раствора нитроглицерина и 300мг кордарона. Пациентка выписана через 16 дней в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

Второе клиническое наблюдение в 2016г. касается пациентки М., 33 лет, первобеременной, перенесшей в возрасте 26 лет ОФ с сохраняющимися дефектами межпредсердной и межжелудочковой перегородок, стенозом легочной артерии. Ранее в 1985 г. и 1993г. проводились паллиативные операции наложения аорто-легочных анастомозов. Симптомов СН не отмечено, системный правый желудочек не дилатирован. В связи с сочетанной тромбофилией проводилось лечение гепарином, а в связи с угрозой прерывания беременности на 24 неделе установлен разгружающий акушерский пессарий. На сроке 35 недель беременности выявлены нарушения кровотока во всех отделах фето-плацентарного комплекса, в связи с чем была родоразрешена операцией кесарева сечения под эндотрахеальным наркозом. Извлечена живая недоношенная девочка массой 1990 г., длиной 44 см, с оценкой состояния по Апгар 6/7 баллов. В предоперационном периоде с целью прегидратации, поддержания высокого центрального венозного давления и, соответственно, легочного кровотока проведено внутривенное введение коллоидного препарата гемофузин 6%-1000 мл, а интраоперционно – коррекция возникшего ацидоза. Послеоперационный период

протекал гладко. Пациентка выписана на 14 сутки в удовлетворительном состоянии без признаков сердечной недостаточности.

Использование прегидратации на фоне сохраненной сократительной функции системного правого желудочка, а также своевременная коррекция ацидоза позволяют избежать развития сердечной недостаточности и аритмий во время оперативного родоразрешения и в ближайшем послеоперационном периоде. Улучшению перинатальных исходов у женщин после проведения ОФ способствует своевременная диагностика и коррекция гемодинамических нарушений, прегравидарная подготовка и своевременное лечение возникающих осложнений беременности, госпитализация пациенток в стационары третьего уровня, готовность к экстренному родоразрешению анестезиолого-реанимационной, акушерской и неонатальной служб специализированного акушерского стационара.

Резюме. Авторами проведен анализ течения беременности и родов у пациенток с единственным желудочком, перенесших в анамнезе операцию Фонтена. Отмечена их склонность к развитию преждевременных родов, аритмий, тромбоэмболий, энтеропатии и сердечной недостаточности. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, а также использование прегидратации на предоперационном этапе позволяет улучшить перинатальный исход и избежать материнских осложнений.

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY, UNDERGOING SURGERY FONTAINE

Petruhin V.A., Mravyan S.R.

State Budgetary Healthcare Institution Of Moscow Region «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

The authors analyzed the course of pregnancy and labor in patients with a single ventricle who had history Fontan procedure. Marked by their propensity to development of premature birth, arrhythmias, thrombosis, enteropathy and heart failure. Surgical correction of isthmic-cervical insufficiency, and the use of prehydratation in the preoperative period allows to improve perinatal outcome and to avoid maternal complications.

К ВОПРОСУ ОБ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРАХ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

Тимакина Д.Н., Буланов М.Н., Мурашкин В.В.

ГБУЗ ДЗМ КДЦ 2 филиал 2 Женская консультация г. Москва
ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» г. Владимир

Актуальность настоящей работы обусловлена необходимостью своевременного выявления группы повышенного риска ранних пренатальных потерь среди беременных. Соответственно, целью работы явилось ретроспективное выявление критериев

неблагоприятного исхода беременности при ультразвуковом исследовании, проведенном в сроке до 11 недель. Материалы и методы: за период с 2013 по 2016 гг обследовано 863 беременных в сроки от 5+0 до 10+6 недель беременности, направленных на ультразвуковое исследование врачом акушером-гинекологом в связи с подозрением на осложненное течение беременности. Применялся ультразвуковой сканер Medison X8, оснащенный трансвагинальным датчиком с рабочей частотой 6–8 МГц. В ходе ультразвукового исследования изучались: средний диаметр плодного яйца (ПЯ) и желточного мешка, толщина хориона, копчико-теменной размер (КТР) эмбриона, разница среднего диаметра ПЯ и КТР, частота сердечных сокращений (ЧСС) эмбриона в М-режиме. Также оценивались диаметр и эхоструктура желтого тела, проводилось допплерометрическое исследование кровотока в артериях желтого тела. При обследовании ПЯ и эмбриона допплеровские режимы не использовались ввиду соображений безопасности. При дальнейшем ретроспективном анализе исходов беременности, с учетом поставленной цели, нами было выделено две группы беременных: 1-я группа – с нормальным исходом (n=30); 2-я группа – внутриутробная гибель эмбриона\плода до 14 недель менструального срока беременности (n=30). У 11-ти беременных 2-й группы ультразвуковое исследование было проведено на 7-й неделе беременности, тогда как на каждой из остальных недель беременности было обследовано <5 беременных 2-й группы. Для корректности сравнения данных подбор беременных в 1-ую группу осуществлен соответственно распределению исследований так же как во 2-й группе. Как наиболее репрезентативные, представлены показатели, полученные на 7-й неделе беременности. Рассчитаны медиана, 5–95 процентили, для сравнения между двумя группами использовался критерий Манна-Уитни. Результаты: Исследуемые показатели на 7-й неделе беременности в 1-й и 2-й группе составили соответственно: толщина хориона: 5,2 (3,7–9,3) и 3,3 (2,7–5,7) мм (P=0,004); средний диаметр плодного яйца: 27 (14,6–42,2) и 12,9 (8,3–27,7) мм (P=0,009); КТР: 11 (5,9–17) и 6 (1,4–13,2) мм (P=0,043); разница среднего диаметра ПЯ и КТР: 14 (9,3–27,6) и 8,2 (0,1–18,2) мм (P=0,011); ЧСС эмбриона: 143 (114,3–174,8) и 120 (111,5–159,5) уд/мин (P=0,013). Между остальными изученными показателями в исследуемых группах достоверных отличий не получено (P>0.05). Выводы: Обнаружены достоверные отличия ряда ультразвуковых показателей на малых сроках беременности между группами с нормальными и неблагоприятными исходами беременности. Это может иметь важное практическое значение для выделения группы повышенного риска пренатальных потерь. Отсутствие достоверных различий изученных показателей гемодинамики в желтом теле может быть связано с небольшим обследованных беременных. Для более детальных выводов требуются дальнейшие исследования.

Ретроспективный анализ ультразвуковых исследований беременностей раннего срока показал, что такие отличающиеся от нормы показатели, как толщина хориона, диаметр плодного яйца, КТР, разница диаметра плодного яйца и КТР, ЧСС эмбриона могут иметь важное практическое значение при выделении группы повышенного риска пренатальных потерь.

TO THE QUESTION ABOUT THE ULTRASOUND MARKERS PREDICT THE OUTCOME OF EARLY PREGNANCY

Timakin D.N., Bulanov M.N., Murashkin Vladimir

DZM, GBUZ CDC – 2 branch 2 Women's consultation Moscow
OV GBUZ «Regional clinical oncologic dispensary», Vladimir

Retrospective ultrasound analysis of early stages of pregnancy has shown that such parameters as the thickness of the chorion, the diameter of the ovum, the difference between the diameter of the ovum and CRL, the heart rate of the embryo may be of practical importance in the identifying the high-risk prenatal loss group if the corresponding values differ from the normal ones.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РЕТРОХОРИАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Репина Н.Б., Пшеничная И.Н., Бен Салха Мехди.

ФГБОУ ВО Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава Российской Федерации.
ГБУ РО «Городская клиническая больница №10»

Значимость физикальной идентификации синдрома дисплазии соединительной ткани по фенотипическим критериям и её взаимосвязь с высокой частотой различной акушерской и гинекологической патологией обусловливает актуальность данной проблемы.

В настоящее время уделяется большое внимание проблеме осложненного течения беременности у женщин с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ). В акушерстве и гинекологии эта проблема является актуальной по причине значительной частоты встречаемости данной патологии в популяции взрослого населения в целом, и в частности, среди женщин репродуктивного возраста (7–8%)

При нДСТ детородной функции угрожает регенераторнопластическая недостаточность, которая способна препятствовать имплантации, полноценной инвазии трофобласта, увеличивая тем самым вероятность ретрохориальной гематомы и запуская порочный круг привычного невынашивания беременности.

Ретрохориальная гематома – патологическое состояние, характерное для беременности ранних сроков и развивающееся в результате частичной отслойки хориона от подлежащей децидуальной оболочки и проявляющееся в виде скопления крови в ретрохориальном пространстве. В норме при УЗИ свободную жидкость позади плодного яйца не обнаруживают и поэтому её появление говорит о формировании внутриматочной гематомы, что обычно имеет для гестации довольно печальные последствия.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости фенотипических маркеров нДСТ у первобеременных женщин с ретрохориальной гематомой

Материалы и методы исследования: Обследованы 49 первобеременных женщин с ретрохориальной гематомой за период с 2007 по 2013гг, находившихся на стационарном лечении с диагнозом угрожающий аборт. Средний возраст составил 27 + 3, 2 года.

Оценивались клинические данные, данные УЗИ и общепринятые критерии нДСТ (для постановки нДСТ необходимо от 3 до 6 критериев).

Оценивали тест на гипермобильность суставов (ГМС), вегето-сосудистые дисфункции (ВСД), флебопатии, висцеральные фенотипические признаки: близорукость, патология клапанов сердца, спланхноптоз; вертеброгенный синдром: остеохондроз, межпозвоночные грыжи.

Результаты: Согласно данным УЗИ в 95% случаев выявлены ретрохориальные и краевые гематомы, в 5% – субамниотические.

Отсутствие фенотипических признаков нДСТ отмечено у 12 женщин (24,5%), остальные пациентки имели те или иные синдромы и симптомы нДСТ. Висцеральный синдром (дуаденогастральные и гастроэзофагальные рефлюксы, дискенезия желчевыводящих путей, синдром раздраженной кишки) имел место у 8 (16,3%), вертеброгенный синдром отмечен у 21 пациентки (42,8%), миопия средней и высокой степени наблюдалась у 18 женщин (36,7%). Пациентки со смешанным сосудистым синдромом (патология клапанов сердца, преимущественно пролапс митрального клапана, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, варикозное расширение вен нижних конечностей) составили 69,4% – 34 женщины.

Выводы: Даже от самых незначительных по объему внутриматочных гематом исходит большой риск для беременности. В настоящее время имеются методы лечения данной патологии с хорошей доказательной базой, но своевременная диагностика фенотипических маркеров нДСТ может быть использована для комплексной предгравидарной подготовки.

ACTUAL PROBLEMS SYNDROME UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN WOMEN WITH AVERAGE RETROCHORIAL HEMATOMAS

Repina N.B., Pshenichnaya I.N., Ben Salha Mehdi.,

Ryazan State Medical University n.a. Acad. IP Pavlov
SBH «City Clinical Hospital №10».

Significance of physical identification of the syndrom of connective tissue dysplasia by the fenotypie criteria and their close connection with the high complication prequency in the period of pregnancy and labor need great attention to this problem in obstetrics.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ИХ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Копысова Е.Д., Тетелютина Ф.К.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»,
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, Ижевск, Россия Удмуртия

В работе показаны особенности течения беременности и родов у первородящих с замершей беременностью в анамнезе. Установлено, что состояние здоровья новорожденных сопряжено с высоким риском перинатального поражения центральной нервной системы и внутриутробным инфицированием плода.

В структуре невынашивания на долю ранней неразвивающейся беременности приходится 45–80% всех случаев репродуктивных потерь беременности I триместра. Согласно литературным данным, неразвивающаяся беременность рассматривается как первое проявление серьёзных патологических изменений, которые в 30% являются причиной последующего привычного невынашивания беременности. Течение последующей беременности у пациенток с неразвивающейся беременностью а анамнезе, сопряжено с различными осложнениями.

Целью исследования явилось изучить течение беременности, родов и их исходы у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

Нами проведено обследование 41 беременной женщины и проведен ретроспективный анализ 42 индивидуальных карт развития новорожденных, у женщин находившихся на обследовании и родоразрешении в родильном доме №6 БУЗ УР «РКДЦ» МЗ УР, с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Средний возраст обследуемых женщин составил 27,7±0,6 лет и колебался от 23 до 39 лет.

Неразвивающаяся беременность в анамнезе всех обследуемых нами была оценена по срокам: у 32,1% пациенток беременность «замерла» на сроке до 6 недель, у большинства (57,1%) пациенток на сроке 6–12 недель, у 7,2% на сроке 13–14 недель и у 3,6% на сроке больше 14 недель.

Интергенетический интервал между неразвивающейся беременностью в анамнезе и наступлением настоящей беременности был различным и составил – 1–2 года у 14 (34,1%), от 6 до 12месяцев у 12 (29,3%), от 2 до 3 лет у 5 (12,2%), 3–4 года у 7 (17,1%), 4–5 лет у 1 (2,4%) и более 5 лет у 2 (4,9%).

При анализе течения беременности, нами выявлены следующие осложнения: в I триместре – угрожающий аборт у 34,1%, рвота легкой степени у 39,0%, инфекции влагалища время беременности у 9,8%; во II триместре – угрожающий аборт у 43,9%; в III триместре – угроза преждевременных родов у 26,8%, хроническая плацентарная недостаточность у 36,6%, хроническая внутриутробная гипоксия у 14,6%, СЗРП у 17,1%, преэклампсия умеренная у 12,2%. Во время беременности почти каждая вторая (41,5%) перенесла ОРВИ, в 2,4% осложнившейся острым фарингитом и острым трахеобронхитом, в 4,9% острым ринитом.

При изучении особенностей течения родов выявлено, что 58,5% беременных родоразрешены через естественные родовые пути и 41,5% оперативным путем. У большинства беременных (95,1%) роды были срочными. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у каждой второй обследуемой (53,7%). Число

преждевременных родов составило 4,9%. Родостимуляция была проведена 48,8% роженицам, эпизиотомия / перинеотомия – 34,1%женщин.

Оценивая состояние здоровья новорожденных установлено, что большинство детей (97,6%) родились в удовлетворительном состоянии. При оценке массо-ростовых показателей установлено, что каждый третий (73,8%) ребенок родился с нормальной массой тела, вес новорожденных менее 2800 грамм был выявлен у 16,7%; нормальный рост (50–55см), выявлен у 78,6% новорожденных, рост 21,4% новорожденных составил менее 50см. Риск перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных, рожденных женщинами с неразвивающейся беременностью в анамнезе составил 76,2%, риск внутриутробного инфицирования 100%.

Таким образом, анализ течения беременности у беременных с неразвивающейся беременностью в анамнезе, подтверждает высокий риск развития хронической плацентарной недостаточности, проявляющейся внутриутробным страданием плода и высокой частотой угрозы преждевременных родов. Анализ течения родов свидетельствует о высокой частоте оперативных родоразрешений. Состояние здоровья новорожденных сопряжено с высоким риском перинатального поражения центральной нервной системы и внутриутробным инфицированием плода.

PREGNANCY, CHILDBIRTH, AND THEIR OUTCOMES IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY HISTORY

Kopysova E.D., Tetelyutina F.K.

Izhevsk state medical Academy, Russia Udmurtiya

In article during pregnancy, borne with the die pregnancy in anamnesis is presented. The state of health of newborns is accompanied by high risk of a perinatal lesion of the central nervous system and a fetal becoming infected of a fetus is established.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ

Воронцова М.С., Кравченко Е.Н., Цыганкова О.Ю.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ПДО, г. Омск

В данном исследовании рассмотрен новый комбинированный метод коррекции одной из основных причин преждевременных родов – истмико-цервикальной недостаточности. Данный метод основывается на сочетанном применении акушерского разгружающего пессария, препаратов прогестерона и препаратов, нормализующих биоценоз влагалища. Результаты исследования доказали эффективность предложенной методики, что позволяет использовать ее в рутинной практике.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из основных причин преждевременного прерывания беременности. В структуре невынашивания

беременности во II триместре на долю ИЦН в сочетании с генитальным инфантилизмом приходится 40%, в III триместре беременности ИЦН встречается каждом третьем случае преждевременных родов. На сегодняшний день используются различные хирургические и консервативные методы коррекции данной патологии, в то же время 100% эффективности не получено. Данное исследование с использованием оптимизированного нехирургического метода коррекции ИЦН призвано улучшить исход родов у пациенток с ИЦН и уменьшить перинатальные потери.

Цель исследования состояла в оценке эффективности комбинированного метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности. В исследование было включено 60 пациенток с подтвержденным диагнозом ИЦН. В I (основную) группу вошли 30 пациенток на сроке беременности 13–28 недель, в лечении которых применялся предложенный комбинированный подход к коррекции ИЦН. Всем пациенткам из этой группы был введен акушерский разгружающий пессарий. Вместе с этим, пациентки интравагинально получали микронизированный прогестерон в дозировке 100 мг 2 раза в день и препарат, нормализующий биоценоз влагалища – в виде лиофилизированной культуры лактобактерий в дозировке 340 мг, по 1 капсуле интравагинально на ночь 2 раза в день. Длительность лечения прогестероном – до 33 недель 6 дней беременности, длительность лечения культурой лактобактерий и ношение акушерского пессария было показано до 37 недель. Во II (контрольную) группу включено 30 пациенток, которым коррекция ИЦН проводилась в монорежиме с помощью акушерского разгружающего пессария (ношение пессария было показано до 37 недель 6 дней беременности) – 15 пациенток, в монорежиме прогестероном – 15 женщин. Пациентки в группы отбирались методом случайной выборки. Критериями исключения для обеих групп являлись следующие параметры: многоплодная беременность; беременность, наступившая в результате методов ВРТ, врожденные аномалии развития половой системы, выполненные ранее операции на шейке матки.

По данным исходов родов, рождение ребенка в сроках 28–30 неделя 6 дней произошло у одной пациентки из группы сравнения и не произошло ни у одной женщины основной группы (p=0,5). В сроке 31–33 недели 6 дней родили 3 пациентки из контрольной группы и ни одна из основной (p=0,11). В сроке 34–36 недель 6 дней роды произошли у 8 женщин основной группы и у 13 группы сравнения (p=0,27). Всего преждевременные роды произошли у 8 пациенток основной группы и у 17 группы сравнения (p=0,02). Достоверных различий в исходах родов у пациенток с разными вариантами традиционного подхода к лечению (пессарий или прогестерон) не было отмечено. Из 17 женщин, родивших раньше срока, 7 наблюдений были отмечены в подгруппе с гормональным методом коррекции и 10 случаев в подгруппе, где вводился пессарий (p=0,3). В подгруппах по исходу родов, разделенных на недели гестации, статистически достоверных результатов не было выявлено, в то же время суммарное количество преждевременных родов, произошедших у пациенток группы сравнения, статистически более значимо, чем у пациенток I группы, получавших лечение комбинированным методом. Следует также отметить, что прерывание беременности в неблагоприятные для дальнейшего выживания и здоровья плода сроки произошло во II группе, тогда как в I группе все преждевременные роды произошли в относительно благоприятные сроки гестации. Таким образом, для коррекции ИЦН и профилактики преждевременных родов и перинатальных потерь рекомендуется применять тактику, включающую расширенный и комбинированный подход к коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

OPTIMIZATION METHOD OF CORRECTING CERVICAL INCOMPETENCE BY NON-SURGICAL WAY

Vorontsova M.S., Kravchenko E.N., Tsygankova O.Yu.

Omsk State Medical University, the department of obstetrics and gynecology of postgraduate education, Omsk, Russia.

In this study, we considered a new combined method of correcting one of the main reasons of preterm birth – cervical incompetence. This method is based on the combined use of obstetric pessary, progesterone preparations and drugs, which normalizing vaginal biocenosis. Results of the study proved the efficiency of the proposed method, which allows to use it in routine practice.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБЕТОЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Подтетенев А.Д., Афанасьева Н.В., Самойлова Ю.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»,
ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
ГБУЗ ГКБ имени С.С. Юдина ДЗ, Москва, Россия

Резюме. С целью профилактики послеродовых кровотечений при самопроизвольных родах у пациенток высокого риска 64 роженицам вводился карбетоцин. В группу сравнения были включены 62 пациентки, у которых с этой же целью применялся окситоцин. При оценке кровопотери было выявлено, что доля пациенток с физиологической кровопотерей (менее 0,5% от массы тела) была больше в первой группе – 92,18% (59), и во второй группе – 83,87% (52). Кровопотеря более 1000 мл произошла у 1 (1,56%) родильницы получившей Пабал (1570 мл) и 3 (4,84%) из второй группы (от 1200 до 2300 мл). При анализе побочных эффектов, связанных с применением карбетоцина (Пабала) и окситоцина, выявлено, что доля осложнений была выше после введения окситоцина (7 (11,29%) против 2 (3,13%)).

В XXI веке ежегодно более 529 000 женщин умирает от осложнений, связанных с беременностью и родами. По крайней мере, в каждом четвертом наблюдении причиной фатального исхода являются кровотечения. К наиболее важным проблемам оказания высококвалифицированной помощи беременным, роженицам и родильницам относятся акушерские кровотечения. Кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода по-прежнему остаются одной из лидирующих причин материнской смертности.

Основными причинами кровотечений в последовом и раннем послеродовых периодах, как известно, являются факторы, которые нарушают физиологическое течение процессов сокращения матки и образования тромбов, и кровотечение из сосудов

плацентарной площадки определяется как патологическая кровопотеря. При этом гипо– и атонические кровотечения составляют более 70% в структуре всех акушерских осложнений (Higgins L., Mechery J., Tomlinson A.J., 2011; Киличева И.И., 2015).

Цель исследования. Сравнить эффективность и безопасность утеротонических препаратов окситоцина и карбетоцина для профилактики послеродовых кровотечений при самопроизвольных родах.

Материалы и методы. За период с января 2015 по ноябрь 2015г в акушерском стационаре ГБУЗ ГКБ №79 с целью профилактики послеродовых кровотечений при самопроизвольных родах у пациенток высокого риска 64 роженицам вводился карбетоцин. В группу сравнения были включены 62 пациентки, у которых с этой же целью применялся окситоцин. Показанием для применения утеротических средств стало наличие хотя бы одного фактора риска по кровотечению (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокий паритет, аномалии родовой деятельности, крупный плод, умеренная преэклампсия, низкое расположение плаценты, послеродовые кровотечения в анамнезе). Срок гестации составлял более 37 недель беременности. Пациентки I группы (n=64), получали карбетоцин (Пабал) 1,0 мл в/в (100 мкг/мл), однократно, после рождения последа. Пациентки II группы (n=62) получали окситоцин 1,0 в/в капельно (5 МЕ/мл). В исследуемых группах был изучен объем кровопотери, частота послеродовых кровотечений (кровопотеря, превышающая 0,5% от массы тела), проведения ручного обследования матки и наружно-внутренней компрессии на кулаке, часто гемотрансфузии компонентов крови. Изучена частота побочных эффектов, связанных с применением окситоцина и карбетоцина.

Средний возраст женщин составил 34,88±2,56 года с индивидуальными колебаниями от 16 до 41 года. В целом группы обследования были однородны по возрастному составу, большинство женщин находились в возрастной группе 30–35 лет. Роженицы были сопоставимы по возрасту, паритету и другим характеристикам. Среди обследованных женщин большую долю составили повторнородящие – 84 (66,7%). Вторые роды предстояли – 65 из 84 (77,4%), третьи – 12 (14,3%), 4 и более – 7 (8,33%). У 102 (80,95%) женщин были антифициальные аборты, причем у 13 (12,75%) было 3 и более абортов. Изучение экстрагенитальной патологии выявило отягощенный соматический анамнез у 78 (61,9%) беременных, однако ни в одном наблюдении тяжелая патология не установлена. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза выявило высокий процент хронических заболеваний полового тракта. Общая гинекологическая заболеваемость в группах обследования составила 86%. Продолжительность последового периода у пациенток обеих групп была одинаковой и составила в среднем 14,9±5,5 мин. При оценке кровопотери было выявлено, что доля пациенток с физиологической кровопотерей (менее 0,5% от массы тела) была больше в первой группе – 92,18% (59), и во второй группе – 83,87% (52). Объем кровопотери рассчитывался гравиметрическим методом. При этом средний объем кровопотери у таких пациенток составил 385,6±56,5 и 399,6±60,7 соответственно. У 4 (6,25%) родильниц, получивших Пабал и у 7 (11,29%) – окситоцин средний объем кровопотери составил более 0,5% массы тела (но не более 1000 мл), в среднем 720,7±100,7 и 746,8±125,5 мл соответственно. Кровотечение у этих женщин развилось в раннем послеродовом периоде, в среднем через 27±14 мин после выделения последа. Кровотечение потребовало наружного массажа матки, введения дополнительной дозы окситоцина, требовало ручного обследования матки и наружно-внутренней компрессии матки на кулаке, и ректального введения простагладинов Е1 у 5 (7,81%) пациенток, получивших первоначально для профилактики

Пабал и 10 (16,13%) родильниц – окситоцин. Кровопотеря более 1000 мл произошла у 1 (1,56%) родильницы получившей Пабал (1570 мл) и 3 (4,84%) из второй группы (от 1200 до 2300 мл). Все пациентки были повторнородящие, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, с многократными внутриматочными вмешательствами по поводу осложнений медицинских абортов, с длительностью родов более 17 часов с родоактивацией окситоцином, низким расположением плаценты.

При анализе побочных эффектов, связанных с применением карбетоцина (Пабала) и окситоцина, выявлено, что доля осложнений была выше после введения окситоцина (7 (11,29%) против 2 (3,13%)). Однако достоверно утверждать, что данные осложнения связаны с применением утеротонических средств не представляется возможным, ввиду того, что данные клинические признаки могут быть связаны с кровопотерей (озноб, головные боли, тошнота, рвота, гемодинамические нарушения, головокружение, слабость, сонливость). Применение карбетоцина реже сопровождается побочными эффектами, и он может быть использована у широкого спектра пациенток, включая преэклампсию и артериальную гипертензию. По сравнению с окситоцином молекула карбетоцина лучше защищена от воздействия амипептидаз и дисульфидаз, что удлиняет период ее полужизни и уменьшает вероятность ферментативной дегидратации, что усиливает фармакологические свойства препарата. В связи с этим пабал, достоверно снижает объем дооперационной кровопотери по сравнению с окситоцином у пациенток с большим объемом. При профилактике кровотечения карбетоцином реже требуются дополнительные методы остановки кровотечения, что значимо снижает риск отделенных послеродовых осложнений и стоимость родов высокого риска.

EXPERIENCE OF CARBETOCIN FOR PREVENTION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE UNDER PERINATAL CENTERS

Strizhakov A.N., Ignatko I.V., Podtetenev A.D., Afanasieva N.V., Samoilova Yu.A.

Sechenov First Moscow State Medical University,
Yudin Moscow Clinical Hospital Moscow, Russia

Summary. In order to prevent postpartum hemorrhage in spontaneous labor in high-risk patients 64 women in labor was introduced carbetocin. In the control group 62 patients were included who have the same purpose used oxytocin. When assessing blood loss was found that the proportion of patients with physiologic blood loss (less than 0.5% by weight) was greater in the first group (Pabal) – 92.18% (59), and in the second group (oxytocin) – 83.87% (52). 1000 mL blood loss occurred in 1 (1.56%) received puerperal Pabal (1570 ml) and 3 (4.84%) with oxytocin (from 1200 to 2300 ml). In the analysis of side effects associated with the use of carbetocin (pub) and oxytocin, found that the percentage of complications was higher after administration of oxytocin (7 (11.29%) to 2 (3.13%)).

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННОМ КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

Игнатко И.В., Карданова М.А., Богомазова И.М., Флорова В.С., Кузнецов А.С.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»
ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Москва, Россия

Резюме.

В последние годы в РФ отмечается тенденция к росту рождаемости, в том числе и в связи с переходом с 2012г. на учет родов по рекомендациям ВОЗ с 22 недель гестации, однако прямо пропорционально растет заболеваемость и смертность населения за счет ранней инвалидизации и перинатальной заболеваемости. Наибольшая частота неблагоприятных перинатальных исходов встречается при плацентарной недостаточности, в частности при критическом состоянии плода, обуславливая в последующем здоровье будущего поколения. Целью нашего исследования является изучение заболеваемости детей первого года жизни, рожденных с антенатально диагностированным критическим состоянием плода.

В последние годы сфера научных и практических интересов сместилась к обеспечению здоровья новорожденных и детей, обуславливающую здоровье и всех последующих поколений. При этом охрана здоровья населения России, в том числе репродуктивного, на сегодняшний день представляет Государственное значение и является одной из приоритетных составляющих Национального проекта «Здоровье». Несмотря на наметившуюся тенденцию к росту рождаемости, в том числе в связи с переходом на учет родов по рекомендациям ВОЗ с 22 недель гестации при массе более 500 г., прямо пропорционально растет заболеваемость населения за счет ранней инвалидизации и тяжелой перинатальной заболеваемости. При этом неуклонно возрастает число беременных группы высокого перинатального риска, работа с которыми требует высококвалифицированной врачебной помощи. Наибольшую перинатальную смертность, высокую перинатальную заболеваемость с исходом в инвалидизацию мы получаем при критическом состоянии плода, под которым следует понимать такую степень нарушений его морфофункционального состояния, при которой истощение компенсаторных механизмов составляет высокий риск антенатальной, интранатальной или ранней неонатальной гибели. По данным различных авторов перинатальная смертность при критическом состоянии плода достигает 9,3 ‰, ранняя неонатальная – 7,5 ‰. Для критического состояния плода характерны ранние и очень ранние преждевременные роды, тяжелое перинатальное поражение ЦНС, респираторный дистресс-синдром, что в последующем отражается на состоянии здоровья детей, рожденных при декомпенсированной ПН.

Целью нашего исследования является изучение заболеваемости детей первого года жизни, рожденных с антенатально диагностированным критическим состоянием плода.

Проведено клиническое проспективное исследование 83 беременных с осложненным критическим состоянием плода течением беременности. Результаты проведенного исследования выявили высокие показатели перинатальной заболеваемости.

Перинатальные потери в группе исследования составили 1,8‰ (N=15).

Из 68 выживших детей лишь 33 (48,5%) наблюдались в последующем в кабинете катамнеза детского боксированного корпуса ГКБ им. С.С. Юдина. При изучении истории развития детей в течение первого года жизни с антенатально диагностированным критическим плодово-плацентарным кровотоком обращала на себя внимание высокая частота инфекционной, аллергической, неврологической заболеваемости, патологии развития костно-хрящевой системы, зрительного аппарата.

При анализе частоты и длительности наблюдения у невропатолога, нами были выявлена ожидаемая высокая частота неврологической патологии у детей с антенатальным критическим состоянием. Так, все дети до 1 года жизни и далее состояли на учете у невролога, что было обусловлено не только тяжестью перинатального поражения ЦНС, но и недоношенностью. Последствия неонатально перенесенного ВЖК 2–4 степени новорожденными проявлялись у детей в течение 1 года жизни в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома у 5 детей (15,1%), ишемического инфаркта головного мозга в области «островной зоны» с последующим формированием кистозной лейкомаляции у 1 ребенка на 1 месяце жизни. Для этих детей характерным диагнозом к концу 1 года жизни был ДЦП (N=6, 18,2%).

Следует отметить высокую частоту перинатальной энцефалопатии среди детей в данной группе (100%). Среди нарушений психомоторного развития нами были выделены синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (беспокойное поведение, нарушения сна, частые и долго сохраняющиеся срыгивания) у 3 детей (10,5%). Синдром вегетативных дисфункций сохранялся до конца 1 года жизни у 24 (71,72%) детей, для недоношенных живорожденных соответственно гестационному возрасту угасали рефлексы двигательного автоматизма, спинальные рефлексы, отмечалось более позднее начало ходьбы, ползания, умения сидеть.

Отмечалась высокая частота диагностирования ретинопатии и повышенного риска у всех детей, наблюдавшихся в кабинете катамнеза, что закономерно, так как при декомпенсированной ПН для новорожденных характерны преждевременные роды и наличие нарушений мозгового кровотока в том числе и нарушение микроциркуляции в формирующемся органе зрения.

Для детей, рожденных с антенатально диагностированным критическим состоянием плода, была характерна высокая инфекционная заболеваемость (более 2 раз в год) у 7(21%) детей к концу 1 первого года жизни. Аллергические реакции проявлялись в первый год жизни клинически атопическим дерматитом у 5 (15,1%), высокую частоту которого можно было бы объяснить не только недоношенностью при рождении, но и тем, что большинство детей данной группы находились на искусственном вскармливании.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что дети, рожденные с антенатально диагностированным критическим состоянием, подвержены высокому риску развития неврологической патологии, соматической, инфекционной, аллергической заболеваемости, что в дальнейшем может повлечь за собой задержку психомоторного, речевого развития, с вероятным исходом в инвалидизацию, а также социальной дезадаптации.

FEATURES OF SOMATIC STATUS OF CHILDREN 1 YEAR OF AGE, BIRTH ON ANTENATAL DIAGNOSED CRITICAL STATE OF THE FETUS

Ignatko I.V, Kardanova M.A., Bogomazova I.M., Florova V.S., Kuznetsov A.S.

Russia, Moscow, First Moscow State Medical University I.M Sechenov.
RD «Reproductive health of the women»

Summary

In recent years, in Russian Federation, there is a trend to an increase in fertility, including in connection with transition from 2012 registration of childbirth recommendations of the WHO with 22 weeks of gestation, but is directly proportional to increasing morbidity and mortality through early disability and perinatal morbidity. The highest frequency of adverse perinatal outcomes occurs in placental insufficiency, particularly in critical condition in the fetus, resulting in the subsequent health of the future generation. The aim of our study is to investigate the morbidity of babies in the first year of life birth on antenatal diagnosed critical state of the fetus.

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНОГО И МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

Федюнина И.А., Стрижаков А.Н., Асланов А.Г., Игнатко И.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»
ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Москва, Россия

Резюме: С целью оценки гемодинамики в сосудах печени и сосудах МППК у беременных с нарушением функции печени проведено проспективное обследование 96 женщин, из них 28 беременных с умеренной преэклампсией (первая группа), 26 беременных с тяжелой преэклампсией (вторая группа), 20 женщин с холестатическим гепатозом (третья группа), 22 – с физиологически протекающей беременностью (четвёртая группа). Для оценки печеночной гемодинамики оценивалось СДО в печеночной артерии при помощи ультразвуковой допплерометрии. Показатель СДО в печеночной артерии составил 2,78±0,38 в группе с умеренной ПЭ, 2,9±0,3 в группе с тяжелой ПЭ, что достоверно выше показателя СДО в группе нормы– 2,1 ±0,14 ($p<0,05$). У женщин с холестатическим гепатозом значения данного показателя сопоставимы с группой нормы и составляют 1,8±0,4.

Исследования функциональной деятельности печени у беременных, включающее допплерометрическую оценку органного кровотока, необходимо для понимания патогенетической роли гепатодисфункции в развитии осложнений беременности. Имеются отдельные научные данные об использовании эхографического исследования печени у беременных, а также допплерографии печеночного кровотока, позво-

ляющих получить информацию о характере её перфузии при различной патологии.

Очевидно, что на фоне осложнённого течения беременности гемодинамические изменения будут наблюдаться и в сосудах маточно-плодово-плацентарного комплекса (МППК), поэтому наряду с допплерометрической оценкой печеночной гемодинамики необходимо исследование кровотока в системе мать-плацента-плод.

Цель исследования: оценка гемодинамики в сосудах печени и сосудах МППК у беременных с нарушением функции печени.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное обследование 96 женщин, из них 28 беременных с умеренной преэклампсией (первая группа), 26 беременных с тяжелой преэклампсией (вторая группа), 20 женщин с холестатическим гепатозом (третья группа), 22 – с физиологически протекающей беременностью (четвёртая группа). Срок беременности варьировал от 28 до 40 недель. По данным биохимического исследования сыворотки крови у беременных первых трёх групп выявлено изменение функции печени, проявляющееся повышением печёночных ферментов (АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ) различной степени.

С помощью ультразвуковой допплерометрии проведена оценка маточно-плодово-плацентарного кровотока. Оценивалось систоло-диастолическое отношение (СДО) в маточных артериях (МА), артерии пуповины (АП), средней мозговой артерии (СМА). Средние значения СДО в артерии пуповины у беременных с умеренной ПЭ составили 3,9± 0,8, у женщин с тяжелой ПЭ этот показатель выше-4,39± 0,2. СДО в артерии пуповины у беременных с холестатическим гепатозом составил 2,8±0,3. В группе с физиологически протекающей беременностью – 2,6±0,19.

Показатели СДО в маточных артериях также достоверно выше у беременных с ПЭ умеренной и тяжелой формы – 2,9±0,4 и 2,93±0,6 соответственно, по сравнению с группой холестатического гепатоза и группой контроля – 1,82±0,1 и 2,0±0,2 соответственно. По мере нарастания степени тяжести преэклампсии отмечена тенденция к снижению СДО в СМА. Так, у беременных с умеренной ПЭ показатель СДО СМА составил 2,9±0,2, у беременных с тяжелой ПЭ – 2,7±0,09. У беременных с холестатическим гепатозом показатель СДО СМА сопоставим с группой нормы – 2,9±0,08 и 3,1 ±0,3 соответственно.

С целью оценки печеночной гемодинамики оценивалось СДО в печеночной артерии при помощи ультразвуковой допплерометрии. Показатель СДО в печеночной артерии составил 2,78±0,38 в группе с умеренной ПЭ, 2,9±0,3 в группе с тяжелой ПЭ, что достоверно выше показателя СДО в группе нормы– 2,1 ±0,14 ($p<0,05$). У женщин с холестатическим гепатозом значения данного показателя сопоставимы с группой нормы и составляют 1,8±0,4.

Таким образом, тенденция к увеличению сосудистой резистентности в печеночной артерии прослеживается у беременных с преэклампсией. В группе с холестатическим гепатозом показатели печеночной гемодинамики практически не отличаются от нормы.

Увеличение показателей СДО в печеночной артерии у беременных с преэклампсией наблюдается параллельно с увеличением аналогичного показателя в сосудах МППК, что указывает на наличие четкой корреляции между ними.

Изменения в организме беременной при преэклампсии носят полиорганный характер, что подтверждается не только признаками печеночной дисфункции по данным биохимического анализа крови, но и увеличением резистентности в печеночной артерии.

THE MATERNAL HEPATIC AND UTERO-PLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT WITH HEPATIC DYSFUNCTION DURING PREGNANCY

Fedyunina I.A., Strizhakov A.N., Aslanov A.G., Ignatko I.V.

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Summary. In order to evaluate hemodynamics in hepatic blood vessels and blood flow in feto-matermal system pregnant women with hepatic impairment a prospective survey of 96 women was performed, including 28 pregnant women with moderate preeclampsia (first group), 26 pregnant women with severe preeclampsia (the second group), 20 women with cholestatic hepatosis (the third group), 22 – with physiological pregnancy (fourth group). To evaluate hepatic hemodynamics was estimated SDR in hepatic artery using Doppler. SDR in the hepatic artery was 2,78 ± 0,38 in the group with moderate PE, 2,9 ± 0,3 in the group with severe PE, which was significantly higher than in the LMS group normy– 2,1 ± 0,14 ($p < 0.05$). In women with cholestatic hepatosis values of this index are comparable to the standards group and make up 1,8 ± 0,4.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Игнатко И.В., Флорова В.С., Кузнецов А.С., Карасева Е.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»
ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Москва, Россия

Резюме.

Данная работа посвящена исследованию психосоматического статуса беременных женщин с артериальной гипертензией и ожирением. Проведено анкетирование 174 беременных, находящихся в родильном доме. Проанализированы анамнестические данные, индекс массы тела, уровень физической активности, частота встречаемости гипертензивных расстройств, уровень личностной и ситуативной тревожности. По данным исследования в к группе риска развития гипертензивных расстройств относятся женщины с избыточной массой тела, высокой личностной тревожностью, ведущие сидячий образ жизни или с низкой физической активностью.

Ожирение является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний не только взрослых, но и детей и подростков. Так, по оценкам экспертов ВОЗ на 2014 год, более 1,9 миллиарда взрослых людей (около 40% населения) в возрасте 18 лет и старше имеют избыточный вес (ИМТ>25 кг/м2). Данные исследований указывают, что ожирение во время беременности связано с гестационными осложнениями, включая: гестационную артериальную гипертензию; преэклампсию; сахарный диабет (в т.ч. гестационный сахарный диабет); послеродовое кровотечение; макро и микросомию, более высокую частоту врожденных пороков развития;

повышенный риск возникновения у детей в старшем возрасте ожирения, метаболических нарушений. Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой 15–18% от популяции и включают в себя: хроническую артериальную гипертензию (существовавшую до беременности), преэклампсию, преэклампсию на фоне хронической артериальной гипертензии и гестационную артериальную гипертензию (без протеинурии). Свой вклад в патологическое течение беременности вносит и психологическое здоровье женщины. Лабильный эмоциональный фон, обусловленный физиологической перестройкой, а также изменением социального статуса, приводит к увеличению частоты тревожных и депрессивных расстройств в антенатальном и раннем послеродовом периодах.

Целью нашего исследования явилось изучение психосоматический статус беременных женщин с артериальной гипертензией и ожирением.

Было произведено анкетирование пациенток РД ГКБ им. Юдина – 174 человека (октябрь-ноябрь 2016 г). Опрос включал: анамнестические данные, оценку уровня физической активности, шкалу личностной и ситуативной тревожности Спилберга-Ханина (STAI).

На момент зачатия 75% женщин имели нормальную массу тела (ИМТ < 25 кг/м2), у 15,9% был избыточный вес (25 кг/м2<ИМТ<30кг/м2), 6,82% женщин страдали ожирением 1 степени (ИМТ>30кг/м2), у 2,3% было ожирение 2 и 3 степени тяжести ((ИМТ>35кг/м2).

Сидячий образ жизни на момент наступления беременности вели 28,4% респондентов, низкую физическую активность (небольшой уровень физической нагрузки, эпизодические занятия спортом от 1–3 раз в неделю) отмечали 38,6% будущих мам. Уровень физической активности как умеренный (регулярные тренировки до от 3–5 раз в неделю) и высокий (занятия спортом каждый день) расценили 26,1% и 5,7% ответчиков соответственно.

Частота высокой личностной тревожности составила 46% (в популяции до 40%), ситуативной – 37%. Распространенность гипертензивных расстройстве в общей группе составила 19,3% – что соответствует популяционным данным. При этом у беременных с нормальной массой тела гипертензивные расстройства встречались лишь в 15% наблюдений. В группе с избыточной массой тела этот частота составила 30,9%, в группе с ожирением – 37,5%.

Распространенность высокой личностной тревожности была неоднородна в группах с различным ИМТ: в группе с избыточной массой тела частота высокой ЛТ составила 57,1%, в группах с ожирением и нормальной массой тела до 33%. Высокая личностная тревожность преобладала также в группах с низкой физической активностью (41,2%) и сидячим образом жизни (44%), в то время как в группах с умеренной и высокой физической активностью ее уровень составил 21,7% и 25% соответственно.

Подводя итоги, можно отметить, что частота встречаемости АГ достоверно выше в группе с ожирением и избыточной массой тела (t=0,1). Положительная связь средней силы (r=0,21) прослежена между частотой встречаемости гипертензивных расстройств в группе с высокой ЛТ. Установлена отрицательная связь средней силы (r=-0,2) между уровнем физической активности и личностной тревожностью.

Образ жизни женщины на этапе предгравидарной подготовки оказывает значительное влияние на дальнейшее течение беременности: к группе риска относятся беременные женщины с низким уровнем физической активности и сидячим образом жизни, избыточной массой тела. Именно в этой группе отмечается повышен-

ная лабильность психоэмоционального фона и тревожности. Коррекция физической активности беременной женщины (при отсутствии других противопоказаний) и использование психотерапевтических методов на амбулаторном этапе позволит в дальнейшем снизить частота осложненного течения беременности.

PSYCHOSOMATIC STATUS OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY

Ignatko I.V, Florova V.S., Kuznetsov A.N., Karaseva E.V.

Russia, Moscow, Sechenov First Moscow State Medical University , RD «Reproductive health of the women»

Summary

It's the study of psychosomatic status of pregnant women with hypertensive disorders or/and obesity. The study included the data of 174 pregnant women who were recruited in maternity hospital. Medical history, body mass index, physical activity level, the incidence of hypertensive disorders, the level of personal and situational anxiety were analyzed. According to the study women who are overweight, high personal anxiety, leading a sedentary lifestyle and low physical activity have the higher risk of developing hypertensive disorders during pregnancy.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КРИОПРИЦЕПИТАТА (ФК) ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И., Чурганова А.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Резюме: В современных условиях продолжается поиск новых технологий и препаратов для дополнительного гемостаза и активации полноценной репарации тканей матки после кесарева сечения, одним из которых является фибриновый криопреципитат. Применение фибринового криопреципитата снижает объем воспалительной реакции, активируя неоангиогенез, макрофагальную защиту и местный иммунитет в тканях матки, способствует повышению полноценности рубца на матке.

Из данных литературы известно, что 28% женщин, которые перенесли операцию кесарево сечение (КС) в анамнезе, могут быть родоразрешены через естественные родовые пути (Declercq E., 2013). Сегодня в РФ частота самопроизвольных родов у женщин с рубцом на матке достигает всего 5–8% в популяции (Краснопольский В.И. и соавт., 2012, Пастарнак А.Ю., 2014). Такой показатель обусловлен отсутствием стандартизированного алгоритма тактики ведения родов у таких пациенток.

Не вызывает сомнений, что для осуществления поставленной задачи, рубец на матке должен быть морфофункционально полноценным и клинически состоятель-

ным. В связи с этим, поиск новых методических подходов к оперативному родоразрешению, препаратов для активации полноценной репарации тканей, а также непрерывное совершенствование методов диагностики состоятельности рубца на матке является первостепенной задачей.

Одним из таких препаратов является фибриновый криопреципитат (ФК). Разработанный вариант криопреципитата, применяемый как вариант фибринового клея, в отличие от зарубежного аналога, содержит не только коагулирующие белки, но и концентрат практически всех присутствующих в плазме ростовых факторов, регуляторов коагуляционного каскада, иммунорегуляторных агентов, причем в виде физиологических буферных систем.

На протяжении 2011–2013 годов, мы разрабатывали инновационную методику применения ФК при операции КС и проводили оценку эффективности медицинской технологии. По данным морфологических исследований нам удалось достичь снижения воспалительной реакции миометрия, активации мезенхимальных фибробластов и неоангиогенеза в области рубца. Формирование полноценной фазы пролиферации в области раны на матке клинически проявлялась оптимизацией темпов ее инволюции, снижением частоты послеоперационных осложнений, отсутствием неполноценности рубца на матке по данным эхографического исследования через 2 месяца после родоразрешения.

Результаты нашего исследования косвенно свидетельствовали, о том, что нам удалось добиться полноценного заживления тканей матки, однако назвать рубец состоятельным возможно только при оценке течения последующей беременности и родов. В связи с этим, родоразрешение пациенток, у которых ранее был применен ФК, представляет особый интерес.

Мы провели обследование у 31 пациентки, которым ранее было выполнено одно оперативное родоразрешение. Женщины не различались по возрасту 30±1,6 лет, гинекологическому и соматическому статусу. В основную группу вошли 15 пациенток, которым во время предыдущего родоразрешения интрамиометрально был введен ФК. Группу сравнения составили 16 пациенток, у которых КС было выполнено по стандартной методике. С целью оценки состояния рубца на матке у всех женщин была проведена биопсия с последующей морфофункциональной оценкой срезов тканей.

Исследование показало, что у женщин основной группы в 67% наблюдений визуализировались гипертрофированные мышечные волокна. В строме было обнаружено большое количество соединительнотканных фибрилл, располагавшихся в экстрацеллюлярном матриксе вдоль гладкомышечных клеток. Сосудистое русло было представлено в основном сосудами капиллярного и синусоидного типа. Воспалительный инфильтрат отсутствовал. Такая морфологическая картина свидетельствовала о полноценности рубцовой ткани миометрия, что было сопоставимо с данными литературы. В группе сравнения в 56,2% наблюдений был выявлен более широкий спектр морфологических изменений. Соединительнотканные волокна определялись в умеренном количестве и при окраске по Ван Гизону имели бледно-розовый цвет, располагались неравномерно и хаотично, и имели разрывы. Встречались лейомиоциты с выраженным отеком и развитием гидропической дистрофии вплоть до фибриноидного некроза отдельных гладкомышечных клеток. Сосуды были представлены капиллярами и синусоидами в большом количестве, обнаруживались также венулы с дилатированными просветами, вокруг которых, нередко располагались диапедезные кровоизлияния. По периферии кровоизлияний и очагов фибриноидного некроза

определялась лимфогистиоцитарная инфильтрация с небольшой примесью лейкоцитов. Такой результат морфологической картины свидетельствовал о неполноценности рубца на матке.

Таким образом, нам удалось оценить отдаленные результаты применения инновационной методики с ФК и подтвердить способность препарат влиять на репаративные свойства миометрия. Разработанная нами методика управления репаративными процессами во время операции кесарева сечения за счет стимуляторов регенерации в виде ФК, позволяет добиться формирования полноценного рубца на матке и при соблюдении других необходимых условий для ведения родов через естественные родовые пути с учетом противопоказаний позволяет сформировать группу беременных с оперированной маткой, у которых возможно успешное ведение вагинальных родов с благоприятными результатами.

THE USE OF FIBRIN KRIOPRITSEPITATE DURING CESAREAN SECTION. LONG-TERM RESULTS

Strizhakov A.N., Ignatko I.V., Davydov A.I., Churganova A.A.

Department of Obstetrics, Gynecology & Perinatology
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Summary: Injection into the myometrium fibrin cryoprecipitate for caesarean section is a new technology and products for additional hemostasis and tissue repair activation of postpartum uterus. The use of fibrin cryoprecipitate activating angiogenesis, macrophage protection and local immunity in the uterus tissues, reduces inflammation and increases the reliability of uterine suture.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА НА ФОСФОРИЛИРОВАННЫЙ ПРОТЕИН-1 СВЯЗЫВАЮЩИЙ ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА (АКТИМ ПАРТУС) У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСЦИЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

Фириченко С.В., Микаилова Л.У., Телекаева Р.Б., Захарова Т.П.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

Актуальность. Распространено мнение, что эксцизия шейки матки может приводить к повышению риска преждевременных родов (ПР) (J.M. Crane 2003; M. Kyrgiou 2007; S.L. Samson 2005). Роль основного механизма при этом отдаётся снижению барьерной функции цервикальной слизи. Проблема ПР касается двух групп беременных: первая это беременные с симптомами которые подлежат госпитализации для проведения профилактики РДС плода и токолиза. Вторая, это бессимптомные бере-

менные с факторами риска, за которыми проводится наблюдение, именно об этой группе идет речь. В любой момент такие беременные могут перейти из группы риска в разряд симптомных. Считается, что главной угрозой для беременных после эксцизии шейки матки (LEEP, CONE) являются ПР, а главной проблемой отсутствие их надежных предикторов. Клинические данные, используемые в рутинной практике (тонус миометрия, состояние шейки матки) не достаточно информативны для прогнозирования ПР. Поэтому, у этого контингента беременных часто присутствует гипердиагностика с необоснованными госпитализациями и вмешательствами. Значение молекулярно-биологических маркёров, в частности определения фосфорилированного протеина-1 связывающего инсулиноподобный фактор роста (ФПСИФР-1) для повышения информативности диагностики ПР в общей популяции беременных установлено.

Целью данной работы было определение клинического значения теста на ФПСИФР-1 в цервикальном секрете у беременных с эксцизией шейки матки в анамнезе.

Иммунохроматографическое определение ФПСИФР-1 для прогнозирования ПР проведено с помощью тест-системы «Актим Партус» 313 бессимптомным беременным с эксцизией шейки матки в анамнезе в сроке 30 недель. Ни у одной беременной на момент проведения теста не было симптоматики ПР, т.е жалоб на тянущие боли, гипертонуса матки или регистрируемых маточных сокращений. Причина, по которой исследование проводилось в этом сроке, состояла в необходимости стандартизации подхода, и в наибольшей информативности теста в этом сроке у беременных с отсутствием симптоматики.

Результаты. У 280 беременных был негативный тест, из них ПР (<37 недель) произошли у 7. Позитивным тест оказался у 33 беременных, из них ПР произошли у 15 беременных. Таким образом, чувствительность и специфичность данного теста в группе эксцизии составила 68% (95%ДИ 45,1–86,1) и 94% (95%ДИ 90,4–96,3) соответственно. Таким образом, низкая чувствительность не позволяет использовать тест для скрининга на ПР, однако, полезность теста заключается в высоком прогностическом значении его отрицательного результата (NPV) 97,5% (95%ДИ 94,9–98,9) для ПР <37 недель. NB! Значение NPV указывает на вероятность отсутствия ПР при негативном результате теста. Этот момент является очень важным в ведении беременных с эксцизией в анамнезе, так как позволяет обоснованно отказаться от проведения ненужных профилактических мероприятий, например, таких как установка цервикального пессария, даже при наличии бессимптомного укорочения шейки матки, что часто практикуется в последнее время. Протестировав беременных с эксцизией шейки матки на фПСИФР-1 можно избежать ненужных госпитализаций и вмешательств.

Резюме. Главной угрозой у беременных после эксцизии шейки матки (LEEP, CONE) являются ПР, а главной проблемой отсутствие их надежных предикторов. Чувствительность и специфичность клинических данных, используемых в рутинной практике недостаточны для уверенной постановки диагноза. Поэтому, часто присутствует гипердиагностика с необоснованными госпитализациями и вмешательствами. Оценена диагностическая значимость фосфорилированного протеина-1 связывающего инсулиноподобный фактор роста (ФПСИФР-1) у данного контингента беременных.

THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE TEST FOR PHOSPHORYLATED PROTEIN-1 BINDING INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR (ACTIM PARTUS) IN PREGNANT WOMEN WITH EXCISION OF THE CERVIX IN THE MEDICAL HISTORY

Firichenko S.V., Mikailova L.U., Telechea R.B., Zakharova T.P.

FSB «Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov»

Summary. The main threat in pregnant women after cervical excision (LEEP, CONE) are premature birth, and the main problem of the lack of reliable predictors. Sensitivity and specificity of clinical data used in routine practice are insufficient for confident diagnosis. So often there is overdiagnosis with unnecessary hospitalizations and interventions. Assess the diagnostic significance of phosphorylation of insulin-like growth factor binding protein-1 (plGFBP-1) in this group of pregnant women.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У БЕРЕМЕННЫХ

Черняева Ю.В., Пацкань И.И., Соловьева Е.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Синдром абдоминальной боли у беременных представляет сложности в диагностике, вызванной необходимостью дифференцировки акушерской и неакушерской патологии. Трудность интерпретации ультразвуковых изображений по причине затруднения визуализации и смещения анатомических ориентиров, ограничение применения диагностических методов, связанных с лучевой нагрузкой (КТ, рентгенография) создает необходимость включения в диагностическую схему МРТ.

Целью работы явилась разработка мультимодального подхода в оценке объемных образований органов брюшной полости и малого таза у беременных, позволяющего улучшить результаты диагностики и обеспечивающего своевременность и эффективность лечения.

Обследовано 98 беременных в возрасте 18–41 год, в сроках гестации 7–38 недель с синдромом абдоминальной боли. Из анализа исключили случаи угрозы прерывания беременности. УЗИ проведено всем беременным на ультразвуковых сканерах EnVisor C и HD11 с конвексным мультичастотным датчиком 2,0–5,0. МГц и вагинальным датчиком 4,0–8,0 МГц в В-режиме, режимах цветового, энергетического допплеровского картирования и импульсной допплерометрии. МРТ (1,5Тл) по показаниям выполнена 15 (15,8%) беременным.

В ходе проведенного обследования в 57 (58,2%) случаях были выявлены кистозные образования малого таза, исходящие из яичника: кисты желтого тела – 27 (27,6%), фолликулярные кисты яичников – 5 (5,1%), тека-лютеиновые кисты – 5 (5,1%), эндометриоидные кисты – 8 (8,2%), 4 (4,1%) цистаденомы, и экстраовариальные образова-

ния: параовариальные 4 (4,1%), паратубарные 3 (3,1%) кисты, гидросальпинкс (1 случай).

Образования солидной и солидно-кистозной структуры найдены у 28 (28,6%) беременных. Из них наиболее частой была миома матки – 21 (21,4%) случаев, в т.ч. с признаками деструктивных изменений – 6 (6,1%). Также выявляли доброкачественные тератомы – 5 (5,1%) и перекрут яичника – 2 (2,1%).

Экстрагенитальная патология – 13 (13,3%) наблюдений – была представлена тазовой дистопией почки – 3 (3,1%), острым аппендицитом – 5 (1,1%), по одному случаю – киста селезенки, мезенхимома, киста брыжейки, киста брюшной полости, ущемленная грыжа передней брюшной стенки.

В большинстве – 83 (84,7%) случаев УЗИ позволило установить диагноз и определить дальнейшую лечебную тактику. В 15 (15,8%) наблюдениях для установления причины абдоминальной боли потребовалось применение дополнительного метода визуализации, в качестве которого избрана МРТ в связи с высокой информативностью и отсутствием лучевой нагрузки.

У 24 (24,5%) беременных имелись показания к оперативному лечению – клинические, эхографические и МРТ-признаки наличия осложнений: разрыва, кровоизлияния, перекрута, развитие синдрома «острого живота», увеличение образования в размерах, наличие пристеночных включений с определяемым допплерографически кровотоком.

Таким образом, применение мультимодального подхода, заключающегося в совместном использовании УЗИ и МРТ, позволяет улучшить результаты диагностики и лечения беременных с абдоминальной болью.

Резюме. На основании проспективного анализа результатов обследования 98 беременных с синдромом абдоминальной боли изучены возможности лучевых методов визуализации в дифференциальной диагностике патологии. Сделано заключение, что комплексное применение УЗИ и МРТ повышает точность диагностики, позволяет выбрать оптимальную лечебную тактику, направленную на сохранение здоровья женщины и плода.

MULTIMODAL APPROACH IN THE DIAGNOSIS OF SYNDROME OF ABDOMINAL PAIN IN PREGNANT WOMEN

Chernyaev Yu.V., Packag I.I., Solovyov E.M.

Donetsk National Medical University. n.a. M. Gorky

Summary. Based on prospective analysis of examination results of 98 pregnant patients with abdominal pain syndrome, the capacity of radiological methods of visualization in differential diagnostics of pathology has been studied. A conclusion has been made that combined use of US and MRI increases accuracy of diagnostics, allows for the choice of optimal medical tactics focused on preservation of health for both the woman and the fetus.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЦИТОКИНА IL-1β ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Белоусова В.С., Свитич О.А., Богомазова И.М.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Москва, Россия

Преждевременные роды остаются актуальной проблемой современного акушерства. Их частота составляет около 10% и не имеет тенденции к снижению. Особенно это касается спонтанных преждевременных родов. Понимание патогенезе возникновения преждевременной родовой деятельности позволит в будущем снизить частоту преждевременного прерывания беременности. В настоящее время большое значение в изучении патогенез преждевременных родов отводят изучению влияния провоспалительных цитокинов и в частности особенностям полиморфизма их генов.

Цитокин IL-1β вызывает усиление продукции циклооксигеназы-2 и простагландина Е2 – наиболее эффективных агентов для раскрытия шейки матки. Кроме того он активирует метаболизм фосфолипидов и усиливает выработку простагландинов в миометрии.

Нами было проведено проспективное исследование 108 беременных женщин. Основную группу составили 66 пациенток с преждевременным завершением гестации и 42 пациентки контрольной группы со своевременными родами. В качестве предиктора спонтанных преждевременных родов был изучен полиморфизм гена IL-1β +3953C→T (rs1143634).

Исследование проводили путем взятия соскоба со слизистой щеки, с последующим выделением геномной ДНК с помощью фенол-хлороформной экстракции. Полиморфные варианты гена IL-1β +3953C→T (rs1143634) определяли с помощью ПЦР с последующей обработкой продукта амплификации эндонуклеазой рестрикции (ПДРФ-анализ) и электрофореза полученных фрагментов. Реакцию проводили на амплификаторе Eppendorf MasterCycler (Eppendorff). Анализ продуктов гидролиза проводили в 7% ПААГ, гель окрашивали бромистым этидием с визуализацией ДНК УФ-светом, затем фотографировали с помощью цифровой видеокамеры Vatec (Япония).

Была проведена оценка распределения частоты аллелей гена цитокина IL-1β +3953C→T (rs1143634), где доминантный аллель Т в 7,6 раза чаще был выявлен у женщин с преждевременными родами: 36,4% и 4,8% соответственно ($p<0,05$; RR=1,802; 95%CI=1.420–2.288). Генотип ТТ выявлен только у женщин с преждевременными родами в 9,1% наблюдений ($p<0,01$), при этом у всех произошли роды на сроке от 23 до 26 недель беременности.

Гетерозиготная форма СТ выявлена у 27,3% женщин с преждевременными родами и только у 4,8% – со своевременными ($p<0,01$; RR=1,65; 95%CI=1.298–2.098). Преждевременные роды у носительниц гетерозиготы СТ происходили на сроках 27–32 недели. Генотип СС был у 95,2% женщин со своевременными родами и 63,6% – с преждевременными родами на сроках 33–36 недель ($p < 0,01$; RR=0,555; 95%CI=0.437–0.704).

Таким образом, выявление аллеля Т гена цитокина IL-1β +3953C→T (rs1143634) является фактором риска спонтанного преждевременного прерывания беременности. При этом наличие у пациентки гомозиготного генотипа ТТ приводит к очень ранним преждевременным родам.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF CYTOKINE GENE POLYMORPHISM OF IL-1β IN PRETERM LABOR

Belousova V.S., Svitich O.A., Bogomazova I.M.

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

Proinflammatory cytokines play an important role in the pathogenesis of preterm birth. At present an clinical importance is the identification of cytokine gene polymorphisms and the relationship of these polymorphisms with pregnancy outcomes. Our study showed the presence of the T allele of pro-inflammatory cytokine IL-1β +3953C→T (rs1143634) is a risk factor for preterm birth. The TT genotype of this cytokine is a risk factor for very early preterm birth.

РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТА ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хлестова Г.В[1]., Низяева Н.В[1]., Куликова Г.В[1]., Ляпин В.М[1]., Сухачева Т.В[2]., Серов Р.А[2]., Логинова Н.С.[1], Баев О.Р.[1], Щеголев А.И.[1]

1ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва

Преэклампсия (ПЭ) – это мультисистемное патологическое состояние, развивающееся при беременности, с частотой распространения в популяции от 4 до 6% (Roberts, 2001). Данная патология характеризуется повышением артериального давления выше 140/90 мм. рт. ст., отеками и протеинурией более 0,3 г. в сутки, признаками эндотелиальной дисфункции. Кроме того, по данным ряда автором (Shen F, 2014), для преэклампсии характерно повышение клеточного debris в плазме крови матери, однако причины этого до конца не ясны.

Цель исследования заключалась в изучении морфологических особенностей синцитиотрофобласта промежуточных ворсин плаценты при тяжёлой и умеренной преэклампсии. Материалы и методы: исследовано 36 плацент от женщин после оперативных родов на сроке 26–39 недель гестации: 11 пациенток страдали умеренной ПЭ; 15 женщин – тяжелой ПЭ, группу контроля составили 10 женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ) 36–39 недель гестации. Критерии включения в исследование: для умеренной ПЭ – уровень белка в моче ⩾ 0,3 г/ в сутки, АД – от 140/90 мм.рт.ст., для тяжелой ПЭ – выше 160/100 мм.рт.ст., уровень белка в моче

⩾ 0,5 г/ в сутки). На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм было выполнено гистологическое исследование (окраска гематоксилином и эозином). Ультратонкие срезы ткани плаценты (15 образцов) были контрастированы уранилацетатом и цитратом свинца для изучения их с помощью электронного трансмиссионного микроскопа «Philips CM100». Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программ «Statistica for Windows v. 8». Различия оценивались как статистически значимые при p<0,05. В результате исследования посредством электронной микроскопии в группе ФТБ на поверхности СЦТ визуализировались микроворсинки (по типу щеточной каемки). В группе умеренной ПЭ микроворсинки сохранены, хотя местами зафиксировано их слущивание, кроме того, в цитоплазме СЦТ отмечено появление множественных округлых вакуолей, часть из них с электронно-плотным содержимым (диаметр вакуолей превышал размер вакуолей при ФТБ более 6–10 раз) (p<0,05). СЦТ за счёт вакуолей выглядел набухшим, высота его была больше в 1,3 раза. Наряду с этим, при тяжёлой ПЭ присутствует повреждение апикального слоя СЦТ, слущивание микроворсинок, наличие множественных вакуолей неправильной формы, хаотично расположенных, местами сдавливающих друг друга, (диаметр их был выше, чем при ФТБ в 4–8, местами 8–10 раз) (p<0,05); очагово СЦТ был десквамирован, присутствовали апоптотические тельца, высота СЦТ была в 1,5 раза ниже, по сравнению с ФТБ. Ядра СЦТ подверглись кариопикнозу. При слущивании СЦТ образуется большое количество клеточных обломков (cell debris) обладающих прокоагулянтным, провоспалительным, иммуностимулирующим, антиангиогенным действием, поэтому попадание их в системный кровоток матери может способствовать развитию эндотелиальной дисфункции и системного воспалительного ответа. Таким образом, слущивание СЦТ является причиной клеточного debris, обуславливая снижение газообмена, нарушение функции гемато-плацентарного барьера и усиление гипоксии, при этом уровень повреждения СЦТ коррелирует с тяжестью заболевания. Кроме того, клеточный debris может явиться причиной повышения свободной ДНК в плазме крови, а слущивание синцитиотрофобласта повышает возможность проникновения фетальной ДНК в системный кровоток.

Ключевые слова: плацента, преэклампсия, синцитиальные почки, синцитиотрофобласт, клеточный debris.

SUMMERY THE ROLE OF SYNCYTIOTROPHOBLAST IMPAIRMENT OF PLACENTA VILLI IN THE PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA

Khlestova G.V.[1], Nizyaeva N.V.[1], Kulikova G.V.[1], Lyapin V.M.[1], Logynova N.S[1]., Sukhacheva T.V.[2], Serov R.A.[2], Baev O.R.[1], Shchegolev A.I.[1]

1 Federal State Budget Institution «Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation
2 Federal State Budget Institution «A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery» Ministry of Healthcare of the Russian Federation

The aim of the study is detection the morphological features of syncytiotrophoblast (SCT) of placenta villi women suffering from moderate and severe pre-eclampsia (PE). The study showed the correlation between severity of PE and SCT damage. In cases

of severe PE were detected shedding microvilli localized on the SCT surface, and loss apical SCT layer; vacuolization and swelling of SCT were revealed as well. Fragments of the SCT, getting into the mother`s blood stream and can cause systemic inflammatory response.

Key words: placenta, preeclampsia, syncytial knotes, syncytiotrophoblast, cell debris.

НОВЫЕ МАРКЕРЫ РИСКА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКРИНИНГЕ В 1 ТРИМЕСТЕР БЕРЕМЕННОСТИ

Камалидинова Ш., Азимова Г.,

Республиканский скрининг-центр
Ташкентский институт усовершенствования врачей

NEW MARKERS CALCULATION OF RISK DURING SCREENING ULTRASOUND I TRIMESTER OF PREGNANCY

Kamalidinova Sh., Azimova G.

Republican Screening Center
Tashkent Institute of Advanced Medical

Keywords: fetus, coccyx-size parietal, fronto-mandibular size, the thickness of the nuchal translucency, nasal bone, microcephaly

Purpose of the study. Develop standards for FMS in 11–14 weeks of pregnancy.

Material and methods. The analysis of 1428 fetuses with ultrasound determination of fronto-mandibular size in 11–14 weeks of pregnancy. In all these observations, information about normal karyotype or the birth of healthy children were obtained.

Results. The results showed a fairly simple visualization and definition of fronto-mandibular size (FMR) in fetuses in the I trimester of pregnancy as in the two-dimensional, so and volumetric ultrasound. In developing fetal nomograms FMS has been set high correction of this parameter with gestational age and biparietal diameter of the head, and also confirmed the absence of the demographic characteristics of the FMS in 11–14ned pregnancy.

Conclusion. The results of this study allowed us to develop a nomogram FMS fetuses at 11–14 weeks, Which can be used for early detection of fetuses with microcephaly.

INTRODUCTION

In recent years, enormous progress achieved in the field of prenatal diagnosis of congenital fetal malformations. However, there are many diseases that are not corrected and hard diagnosed, and one of these diseases – microcephaly, vice belonging to the group of the final brain malformations, which is the consequence of violations of the migration and differentiation of nerve cells.

Phenotypic expression of microcephaly is a disproportion of the face and skull, as well as the signs of traumatic brain injury: sloping forehead, a decrease in brain volume due to lesions of the brain hemispheres when stored and rombentsefalnyh diencephalic

structures, anomalies of the brain convolutions. Despite a number of features characteristic of microcephaly remains difficult diagnosed defect. The difficulties associated with the lack of clear parameters for the diagnosis of this pathology.

In view of the above, no doubt about the need to develop an ultrasound marker for early diagnosis of microcephaly.

MATERIAL AND METHOD

In our study, we measured the front-mandibular size in fetuses to develop nomograms in 11–14 weeks of pregnancy. Measurement of fronto-mandibular size was carried out in 1428 cases of singleton pregnancies of 11–14 weeks. Studies have made in "Skrining Mother and Child" Republican center for the period 2014–2015. From studies were excluded cases in which the fetuses were diagnosed HA, birth defects, as well as with significant oligohydramnios, which could make it difficult to study. The final group consisted of 1120 healthy fruit. Age of patients ranged from 18 to 44 years, averaging 30 years old. The measurements were carried out on the apparatus PHILIPS HD 11 XE.

Methods of assessment:

- Gestational age 11 weeks 0 days – 13 weeks 6 days;
- coccyx-parietal size 41–78mm
- Location of the fetus – strictly horizontal;
- Sagittal cross-section of fruit;
- The neutral position of the embryo / fetus
- Increase in the zone of interest, head and upper third of the chest;
- Upon receipt of the correct section is visualized tip of the nose, the upper jaw and the lower jaw, the thalamus, midbrain, bridge, medulla, frontal bone, nuchal and occipital bone.
- Location on the calipers.

RESULTS

The analysis of 1120 fetuses with ultrasound measurement of fronto-mandibular size in 11–14 weeks of pregnancy. In all these observations, information about normal karyotype or the birth of healthy children were obtained. In the course of our research was It found a gradual increase is directly proportional to the length of the fronto-mandibular size with increasing gestational age by the linear dependence.

In assessing the relationship biparietal diameter of the head to the front-mandibular size, it was found that it does not change with increasing gestational age, averaging 2.3 in 11–14 weeks.

CONCLUSION

Evaluation of fronto-mandibular size (FMS) is a fairly simple method for screening ultrasound at 11–14 weeks of pregnancy. The results of this study allowed us to develop a nomogram FMS, which can be used for early diagnosis of fetuses congenital and hereditary diseases.

THE METHODS OF BLOOD SAVING AT CESAREAN SECTION IN PREGNANT WOMEN WITH BLOOD PREMATURE DETACHMENT OF NORMAL OR LOW-LYING PLACENTA

Yusupbaev R.B., Mukhamadova Sh.S., Umarova G.M., Babakhanova A.M.

Republican Specialized Scientific-Practical Center of Obstetrics and Gynecology, Uzbekistan

Introduction: The problem of reducing bleeding during operative delivery is certainly an urgent problem of obstetrics. The figures show the maternal mortality from hemorrhage takes the first place. Especially the role of the various methods of blood savings in operational delivery is important and that is known is one of the risk factors for bleeding. Despite various advances in surgical technique, the percentage of bleeding, which required intensive work in this direction does not decrease.

Purpose: The role of methods to reduce blood loss during abdominal delivery in pregnant women with cardiovascular disease amid severe anemia.

Materials and Methods: A retrospective study in 32 pregnant cesarean delivery. Indications for surgery were premature detachment of normal and low-lying placenta. Pregnant women with severe anemia was 16% (5), in the 2 group (4) 15%. We examined blood tests, iron level in the blood plasma surgery. Blood loss was measured by gravimetric method. The patients divided into 2 groups according to the methods of prevention and treatment of perioperative bleeding. In group I and II prevention of bleeding according to the accepted protocol in the center blood saving technique: misoprostol 600 mg sublingually or per rectum after fetal remouving, tissue dissection with an electric coagulator , systemic hemostatic – tremin (tranexamic acid) 250–500 mg-at bleeding disorders and violations of the coagulation system in the form of anticoagulation; supporting normal body temperature to maintain the capacity of the coagulation system; warming of infusion solutions; left uterine position on the operating table to prevent compression of the lower hollow vein, as this also increases the blood loss that proved randomized research. In Group I, in contrast to the control in 5 cases with hypotension of uterus was imposing rucksack seams modifications developed in our center.

Results: In the first group the volume of blood loss was 450 ± 0,21 ml, and in the control group, 650 ± 0,11. Complications of blood loss more than 1000 ml recorded in the first group in 3 cases, in the second group in 4 cases and it was associated with hypotension of uterus. Hypotension of uterus was indication for hysterectomy in 1 case in the second group. The hysterectomies were not in the first group. The average preoperative hemoglobin values were in the study group – 94,5 ± 0,9 g / l (70 to 110 g / l) in the control group 96,5 ± 0,8 g / l (70 to 110 g / l), postoperative hemoglobin values on day 3 of the study group – 91,5 ± 0,9 g / l in the control group 86,5 ± 0,8 g / l ($p \leqslant 0.005$). The level of total iron in the blood before the operation was in group I 18,6 ± 0,5 mmol / l in group II 19,6 ± 0,5 mmol / l, after surgery on day 3 in group I 17,6 ± 0, 5 mol / L, in group II 16,6 ± 0,5 mmol / l. Treatment of post-hemorrhagic anemia included blood transfusion preparations in first group, in the second group had 4 cases. The use of iron supplements fesinol depending on the severity of anemia in the form of an injection and tablet form in both groups increased hemoglobin by 10 points after 7 days of therapy.

Conclusion: Use of the joints in the overlay rucksack modifications in surgical delivery in pregnant women with premature detachment of normal or low-lying placenta, reduces the complications associated with bleeding including hysterectomies.

ГЛАВА 7 / CHAPTER VII

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH: POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ УРИНОКОЛЬПОСА

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Моксякова Е.Г.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФДПО
Московской государственный медико – стоматологический университет
Морозовская детская клиническая больница, Москва, Россия.

Резюме: Описан клинический случай с ошибками диагностики и ведения пациентки 11 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики для врачей всех специальностей.

Актуальность: Уринокольпос – это периодическое затекание мочи во влагалище (уретровагинальный рефлюкс). Самыми распространенными причинами данного состояния являются: диссинергия детрузора и уретрального сфинктера, гипоспадия и уретральная эктопия устья мочеточника, когда оно открывается в уретре дистальнее сфинктера. Данная патология достаточно редка и встречается не более чем 1 случай на 20 тысяч девочек.

В отделение гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы в экстренном порядке поступила девочка К., 11 лет, с диагнозом «маточное кровотечение пубертатного периода» с жалобами при поступлении на боли в животе и достаточно длительные кровянистые выделения из половых путей – в течение 2 недель.

При выполнении УЗИ органов малого таза трансабдоминальным способом с наполненным мочевым пузырем были выявлены эхо–признаки гематокольпоса диаметром до 8 см, что не соответствовало данным клинической картины.

После опорожнения мочевого пузыря, при ректоабдоминальном исследовании на высоте пальца патологических объёмных образований обнаружено не было. Проведена вагиноскопия – без патологии. При повторном проведении УЗИ органов малого таза на следующий день с наполненным мочевым пузырем, также было выявлено объемное образование до 8 см, с опорожненным мочевым пузырем – данных за объёмное образование в проекции влагалища выявлено не было. Данное образование во влагалище, изначально принятое за гематокольпос, после сопоставления фактов, было расценено как затекание мочи во влагалище при наполненном мочевом пузыре, связанное с диссенергией детрузора. Был выставлен окончательный диагноз – маточное кровотечение пубертатного периода, транзиторный уринокольпос.

Заключение: Знание данной патологии важно в практике врачей всех специальностей для постановки правильного диагноза и дифференциальной диагностики.

CLINICAL CASE DIAGNOSIS OF URINOKOLPOS

Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Polyakova E.I., Korotkova S.A., Maksyakova E.G.

Department of reproductive medicine and surgery FDPO
Moscow state medico – stomatological University
Morozovskaya children's clinical hospital, Moscow, Russia.

Summary: the article Describes the clinical case of errors the diagnosis and management of the patient 11, which is of interest in terms of differential diagnosis for physicians of all specialties.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ДЕВОЧЕК (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Адамян Л.В., Сибирская Е.В.,Короткова С.А., Тарбая Н.А., Осипова Г.Т., Геворгян А.П.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии
ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация, Москва, Россия

Резюме: описывается клинический случай с ошибками диагностики и ведения пациентки 14 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики гинекологической и хирургической патологии.

Актуальность: ошибки при проведении дифференциальной диагностики гинекологических и хирургических заболеваний встречаются достаточно часто и обусловлены, в основном, схожестью клинической симптоматики.

В экстренном порядке в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ поступила девочка М., 14 лет. Из анамнеза известно, что у девочки появились боли в животе,

повышение температуры тела до 38 С. В связи с тем, что боли в животе не уменьшались, обратились в частный медицинский центр, где при УЗ-исследовании органов малого таза было выявлено объемное образование правого яичника диаметром до 6 см, расцененное как эндометриоидная киста, гинекологом назначена гормональная терапия. Несмотря на проводимую терапию, боли в животе не уменьшались, сохранялась повышенная температура тела. Мама с ребенком обратились в другой медицинский центр, где состояние девочки было расценено как проявления кишечной инфекции, назначена противовоспалительная терапия. Несмотря на проводимую противовоспалительную терапию, боли в животе у девочки лишь усиливались, появилась слабость, чувство тошноты, озноб. Температура тела на протяжении всего времени держалась от 37,8 С до 38,6 С, в связи с чем мама с девочкой решили обратиться в ГКБ одного из городов МО, где было проведено УЗ-исследование органов малого таза, заподозрен перекрут правых придатков матки и направлена в отделение гинекологии МДГКБ для оперативного лечения в экстренном порядке. Состояние при поступлении средней степени тяжести, жалобы на выраженные боли внизу живота, слабость, чувство тошноты. В приемном отделении МДГКБ осмотрена хирургом, гинекологом, взят общий анализ крови, выявлен выраженный лейкоцитоз, проведено УЗИ органов малого таза: эхографические признаки кистозного образования больших размеров правого яичника с усиленным кровотоком. По итогам клинико-лабораторных исследований и детального изучения анамнестических данных заподозрен аппендикулярно-генитальный синдром, тубовариальное образование справа, острый аппендицит, перитонит. Принято решение об экстренном оперативном вмешательстве.

Выявлено: во всех отделах визуализируется обильный гнойный выпот с наложение фибрина в малом тазу, латеральных каналах, над– и подпеченочном, межпетельном пространстве. Брюшина резко отечна, гиперемирована, с налетом фибрина. Справа яичник грязно-серого цвета, увеличен до 60х50х60 мм, маточная труба справа резко гиперемирована, отечна, спаяна с яичником, париетальной брюшиной и петлями кишечника. При ревизии обнаружен червеобразный отросток, расположенный в нисходящем направлении. Отмечается выраженный спаечный процесс в малом тазу. Верхушка аппендикса располагалась в Дугласовом пространстве, аппендикс некротизирован, грязно-серого цвета, с деструкцией стенки. Выполнена аппендэктомия лигатурным способом. Произведена резекция правого яичника, получен и удален гной, в количестве 20 мл, взят посев. Установлены дренажи.

Послеоперационный диагноз: Гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Пиовар справа.

В послеоперационном периоде находилась в отделении реанимации, далее в отделении хирургии и гинекологии. Дренажи удалены на 4-ые послеоперационные сутки. На 10-ые сутки девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение: на протяжении достаточно длительного времени у девочки с абдоминальным болевым синдромом и температурной реакцией организма, не был назначен общий анализ крови, консультация хирурга, УЗИ брюшной полости, что помогло бы вовремя диагностировать описанное выше состояние.

FAULT DIAGNOSIS OF ABDOMINAL PAIN IN GIRLS (CLINICAL CASE)

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Korotkova S.A.,Tarbaya N.O., Osipova G.T., Gevorgyan A.P.

Department of reproductive medicine and surgery
FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation
The Morozov children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation, Moscow, Russia

Summary: describes a clinical case of errors the diagnosis and management of the patient 14, which is of interest in the differential diagnosis of gynecological and surgical pathologies and mistakes of diagnosis and treatment.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Геворгян А.П., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Московский государственный медико-стоматологический университет им. Евдокимова

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Для девочек-подростков России характерен высокий уровень гинекологической заболеваемости, в структуре которой дисменорея занимает лидирующие позиции.

Первичная дисменорея – циклически повторяющийся болевой синдром, обусловленный комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия. Именно в подростковом возрасте заболевание протекает особенно тяжело и приводит к потере трудоспособности и социальной адаптации. В публикациях ряда исследователей дисменорея перечислена как одно из многих проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в основе которого лежат врожденный или приобретенный длительный дефицит внутриклеточного магния. ДСТ – врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов (коллагена) или основного вещества и проявляющаяся в снижении её прочности. Выделяют дифференцированные ДСТ (ДДСТ) с известным генным дефектом и недифференцированные ДСТ (НДСТ). НДСТ наиболее часто встречающиеся в педиатрической практике и в отличие от ДДСТ – это гетерогенная патология, обусловленная изменениями в геноме вследствие мультифакторных воздействий на плод внутриутробно. Также высказываются предположения о связи варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) и первичной дисменореи, вследствие нарушения кровоснабжения органов малого таза.

Целью исследования: разработка дифференцированного лечения первичной дисменореи у подростков.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением на базе гинекологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы в 2015–2016 гг. находились 35 девочек-подростков в возрасте от 12 до 17 лет 1 месяца и 29 дней с проявлениями ДСТ и без таковых. В 1-ю группу входили 25 деву-

шек с первичной дисменореей, у которых была выявлена умеренно-выраженная НДСТ. Во 2-ю группу вошли 10 девушек с первичной дисменореей, без клинических признаков НДСТ. Признаки НДСТ оценивали согласно классификации Смольновой Т.Ю. Степень тяжести болевого синдрома выявлялась путем оценки болевых ощущений по опроснику МакГилла. Состояние соединительной ткани изучали по определению оксипролина и магния в крови. Пациенткам 1-ой группы назначали препараты магния (магния лактата дигидрат+пиридоксина гидрохлорид) по 100 мг (1 таблетке) 3 раза в день, во вторую фазу менструального цикла в течение 15 дней; венотоники и ангиопротекторы (флавоноиды) по 1 таблетке 2 раза в сутки ежедневно; антиоксиданты (токоферол) 200 мг ежедневно; витамин С (аскорбиновая кислота) 1 г. 1 раз в день во вторую фазу цикла; курс лечения составлял 3 месяца. Пациенткам 2-ой группы назначали препараты НПВП– Нимесулид 1 таблетка 3 раза в день за 3 дня до менструаций и в дни менструаций и/или свечи Диклофенака натрия 1 свеча 2 раза в день в прямую кишку– 3 месяца. Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента.

Результаты. В 1-ой группе девушек в возрасте 12–14 лет было 10 пациенток (40%), 15–16 лет-8 пациенток (32%) и 17 лет-7 обследуемых (28%), а среди девушек 2-ой группы в возрасте 12–14 лет было 6 пациенток (60%), 15–16 лет-3 пациентки (30%) и 17 лет-1 обследуемая (10%) соответственно. Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 3 девушек (12%) 1-ой группы, средней у 13 девушек (52%), и тяжёлой степени у 9 пациенток (36%), а во 2-ой группе соответственно 5 (50%); 3 (30%); 2 (20%). Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной и выраженной НДСТ превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжёлой степенью тяжести, а у девушек без признаков НДСТ большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи. Из соматического анамнеза выяснено, что 13 пациенток (52%) перенесли детские инфекции, 6 девушек (24%) – тонзиллит, 6 пациенток (24%)– заболевания ЖКТ. Дефицит массы тела отмечался у 7 девушек (28%) 1-й группы по результатам карт обследования, а во 2-й группе– у 2 обследуемых (20%). В группе девушек с дисменореей и явлениями НДСТ выявлено уменьшение содержания магния в плазме от 0,7±0,2 до 0,5±0,2 мкг/л ($п<0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалась в пределах нормальных значений от 0,9±0,2 до 0,7±0,1 мкг/л ($п<0,05$). Следовательно, у девушек с дисменореей изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков НДСТ. Уровень оксипролина в крови до лечения составил 47,96±15,37 ммоль/л, после лечения – 21,63±3,1 ммоль/л. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков НДСТ отмечалось повышение оксипролина в крови, связанный с повышенным распадом коллагена, что также свидетельствует о НДСТ. Среди пациенток с НДСТ (1-я группа) после проведения одного курса комплексного лечения зарегистрированы 3 девушки (12%) ($p<0,05$) с тяжёлой дисменореей, что указывает на уменьшение числа девушек с этой патологией на 33%, процент девушек со среднетяжёлой дисменореей уменьшился на 53,8% (7 девушек), процент пациенток с легкой степенью (4%, 1 пациентка) был меньше на 46%, чем во 2-ой группе, что отражалось и на содержании оксипролина в крови 28,7± 7,52 ммоль/л.

Выводы. Таким образом, НДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. При

наличии НДСТ у девочек-подростков с первичной дисменореей, необходимо применение дифференцированного подхода к профилактике, лечению, и ведению таких пациенток, направленного на улучшение качества жизни и профилактике репродуктивных нарушений в будущем у данной категории больных.

DIFFERENTIATED APPROCH TO THE TREATMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA OF ADOLESCENTS

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Gevorgyan A.P., Tarbaya N.O., Osipova G.T.

Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO
Moscow State University of Medicineand Dentistry
Morozov Children`s Clinical Hospital, Moscow, Russia

We studied the relationship of connective tissue dysplasia with magnesium and oxyproline levels in blood of girls with primary dysmenorrhea. Study showed that in girls with dysmenorrhea and phenomena of connective tissue dysplasia oxyproline level in blood serum was increased which was associated with increased degradation of collagen and decreased level of magnesium in blood serum. This should be noted in differentiated approach to the treatment of dysmenorrhea.

Мы изучали взаимосвязь дисплазии соединительной ткани с уровнями магния и оксипролина в крови у девочек с первичной дисменореей. Исследование показало, что у девушек с дисменореей и явлениями дисплазии соединительной ткани уровень оксипролина в сыворотке крови был повышен, что было связано с деградацией коллагена и снижением уровня магния в сыворотке крови. Это должно быть отмечено в дифференцированном подходе при лечении дисменореи.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНАХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ

Личак Н.В.[1], Оразов М.Р.[2], Хамошина.М.Б.[2]

1 – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов».
2 – Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Резюме. Данное исследование освещает проблему репродуктивного здоровья девочек-подростков, проживающих на территории Чернобыльской аварии. Репродуктивное здоровье данного контингента сравнивали с теми же показателями у девочек-подростков из относительно благополучных районов для проживания.

Актуальность. Охрана репродуктивного здоровья юного населения в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики и в Российской Федерации. Необходимость подобного решения продиктована неуклонным демографическим ростом народонаселения страны при значительном ухудшении здоровья россиян. В результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, произошедшей более 20 лет назад, радиоактивному загрязнению подверглись обширные территории Российской Федерации. В числе наиболее пострадавших ее субъектов – Брянская область, показатели заболеваемости, населения которой возросли в послеаварийный период. Репродуктивная система девочек и девушек чрезвычайно чувствительна к воздействию неблагоприятных экологических факторов.

Цель исследования. Целью исследования явилась изучение характера становления менструальной функции девушек-подростков родившихся и проживающих в зонах экологического бедствия.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены основная группа – 80 (n=80) девочек, родившихся у женщин, подвергшихся в пубертатном возрасте (до 17 лет включительно), действию полного спектра радионуклидов после аварии на Чернобыльской АЭС (с учетом радио йода) и проживающих в зоне с правом отселения (с уровнем загрязнения почвы по цезию-137= 555–1665 кБк/кв.км); Группу контроля составили 30(n=30) условно здоровых девочек проживающих относительно экологически благополучной зоне.

Результаты исследования. Самым важным показателем оценки становления менструальной функции и полового развития в целом является возраст менархе. В ходе настоящего исследования было установлено существенное различие между группами по возрасту менархе. Выявлено, что менструации у девушек-подростков основной группы начинаются позже, чем у их сверстниц, проживающих в относительно благополучной зоне. Средний возраст менархе у девушек исследуемой когорты составляет 14,3±0,09 лет, и отличается от аналогичного показателя в группе контрольной группы ($p<0,05$). Полученные данные коррелируют с данными некоторых исследователей, где авторы полагают, что основное различие становление менструального цикла формируется за счет позднего менархе (15–16 лет) и первичной аменореи Результаты настоящего исследования продемонстрировали различие между исследуемыми группами по длительности становления менструального цикла ($p<0,05$). Проведенный анализ показал, что для девушек основной группы характерна задержка становления менструального цикла, в отличие от такого в группе контроля ($p<0,05$).

Сразу или в течение первых шести месяцев после менархе регулярный менструальный цикл установился лишь у 24,0% девушек исследуемой когорты, в то время как в контрольной группе – практически у половины (56,5%, $p<0,05$). Между тем, следует обратить внимание на то, что у каждой третьей девушки исследуемой группы менструальный цикл устанавливался в течение года (25,9% против 38,5%, $p<0,05$).

Вывод: Полученные данные свидетельствуют о том, что у девушек-подростков основной группы выявлены существенные нарушения на этапе на становления менструальной функции, что диктует необходимость мониторинга и своевременной коррекции, как на данном этапе, так и при вступлении в период непосредственно предшествующий деторождению.

SOME CHARACTERISTICS OF MENSTRUAL FUNCTION AT TEEN GIRLS LIVING IN THE REGION OF ECOLOGICAL DISASTER

Lichak N.V.[1], Orazov M.R.[2], Khamoshina M.B.[2]

1-Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Medicine of Training Faculty of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia.
2-Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia

Summary. This research reveals the problem of teen girls' reproductive health, living at the territory of the Chernobyl accident. Reproductive health of this contingent was compared with the same significatives from the girls living in more well-being regions.

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И СОМАТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОЙ РАДИАЦИИ

Личак Н.В.[1], Оразов М.Р.[2], Хамошина.М.Б.[2]

1 – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов».
2 – Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов»

Резюме. Исследовательская группа ставила перед собой задачу изучить преморбидный фон и соматический статус девочек-подростков, проживающих на территории радионуклидного заражения. Известно, что отсутствие отягощающей экстрагенитальной патологии дает предпосылки для развития репродуктивного здоровья в будущем.

Актуальность. Репродуктивное здоровье относится к числу основных показателей состояния здоровья населения, является важным критерием общественного здоровья и происходящих в нем сдвигов. Состояние репродуктивной функции женщин во многом определяется ее развитием в детстве и пубертатном периоде. Гипоталамо-гипофизарная регуляция, особенно чувствительна к радиационным воздействиям, так как именно концентрация в крови гонадотропных гормонов в зонах радиационного риска подвергалась более выраженным изменениям. Гормональные сдвиги у населения районов, прилегающих к полигону, обнаружены и в системе гипофиз-гипоталамус-яичниковая ось. Более 20 лет прошло с того времени, как прозвучало небольшое радиосообщение о взрыве одного из блоков атомного реактора в украинском городе Чернобыле. Однако репродуктивные проблемы молодежи остаются, предметом пристального внимания учеными всего мира посей день.

Цель исследования явилась изучение показателей преморбидного фона и структуры соматической патологии девочек-подростков родившихся и проживающих в регионах радионуклидного загрязнения.

Материалы и методы. В исследование были включены основная группа – 76 (n=76) девочек, родившихся у женщин, подвергшихся в пубертатном возрасте (до 17 лет включительно), действию полного спектра радионуклидов после аварии на Чернобыльской АЭС (с учетом радио йода) и проживающих в зоне с правом отселения (с уровнем загрязнения почвы по цезию-137= 555–1665 кБк/кв.км); Группу контроля составили 30(n=30) условно здоровых девочек проживающих в зоне, которая не подвергалась радиации.

Результаты исследования. Анализ состояния соматического здоровья девочек основной группы позволил установить, что девочки раннего пубертатного возраста в анамнезе страдали частыми острыми респираторными заболеваниями (39% против 17,5% p<0,05). Мы выявили интересный факт, что каждая третья девочка изучаемой когорты в анамнезе перенесла острый трахеобронхит и пневмонию (31,6% против 14,3% p<0,05). Интересно, что аналогичное количество девочек имели в анамнезе заболевания ЛОР-органов (32,1% против 12,1% p<0,05). Следует обратить внимание на то, что девочки раннего пубертатного возраста, в отличие от контрольной группы, достоверно чаще болели редицивирующими заболеваниями мочевыделительной системы, в частности хроническим пиелонефритом и хроническим циститом (26,8%; против 11,6%, p<0,05), также имели сопутствующую эндокринную патологию (22,2%). В подростковом периоде у девочек основной группы, по сравнению с девочками раннего пубертатного возраста (44,2% против 16,7% p<0,05), страдали повторными острыми респираторными заболеваниями, более половины из них перенесли лакунарные гнойные ангины (58,9% против 13,5% p<0,05), у них резко выросла частота отоларингологических заболеваний в виде ежегодных обострений хронического тонзиллита у 62,1% (16,5% p<0,05). Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта было достоверно выше в 1,3 раза в отличие от такого в группе контроля. (p<0,05)

Вывод: Таким образом, вышеизложенные показатели преморбидного фона изучаемой когорты продемонстрировали низкий индекс соматического здоровья, который как следствие, может привести к существенным нарушениям становления репродуктивной системы в этом и последующих возрастных периодах.

PREMORBID BACKGROUND AND SOMATIC MORBIDITY AT TEEN GIRLS, LIVING IN RESIDING LOW RADIATION

Lichak N.V.[1], Orazov M.R.[2], Khamoshina M.B.[2]

1-Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Medicine of Training Faculty of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia.
2-Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «People's Friendship University of Russia

Summary. Researchers were aimed at revealing the association of somatic status and premorbid background at teen-girls, living at the territory of radionuclide contamination. Absence of burdening extragenital pathology is known to be the good precondition for development of reproductive health in future.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Моксякова Е.Г.

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

На сегодняшний день наиболее часто встречающейся патологией женской репродуктивной системы в пубертатном периоде являются аномальные маточные кровотечения, приводящие зачастую к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям. Это связано с ухудшением окружающей среды в некоторых регионах нашей страны, с неблагоприятными социально-бытовыми и материальными условиями жизни некоторых групп населения, а также с увеличением числа больных, имеющих врожденные и хронические инфекционные и соматические заболевания.

Целью исследования было проведение анализа факторов риска для возникновения аномальные маточных кровотечений пубертатного периода (АМКПП).

В работе для выявления возможных причин АМКПП проводился анализ жалоб, анамнеза, уточнялось течение антенатального и постнатального периодов развития, влияние генетических факторов, наследственной предрасположенности, экстрагенитальной и генитальной патологии, социально-экономических факторов, жилищно-бытовых условий. Нами обследовано 53 пациентки с МКПП в возрасте от 10 до 18 лет, среди них 72% составили девочки от 12 до 16 лет, 16,3% – 17– и 18-летние пациентки, 11,6% – девочки 10–12 лет.

Результаты исследования. Проведя анализ здоровья матерей девочек с АМКПП, нами было выявлено: нарушения менструального цикла имели место у 6 из них (13,90%), в то время как хроническими воспалительными заболеваниями гениталий страдали 47,0% матерей, гормонально-зависимыми заболеваниями женских половых органов и молочных желез (миома матки, эндометриоз, мастопатия) – 27,9% опрошенных. По нашим наблюдениям, течение беременности у матерей обследованных девочек осложнялось ранним токсикозом в 34% случаев, угрозой прерывания беременности – в 17,3%, гестозом – в 29%, гестационной анемией – в 36,45% случаев. Преждевременные роды имели место в 3 случаях (из 45 опрошенных женщин). У 64,5% матерей больных девочек имели место быстрые роды (продолжительностью от 3 до 6 часов). При изучении течения постнатального периода развития пациенток с АМКПП выявлено, что большинство из них перенесли острые и хронические инфекционные заболевания верхних и нижних дыхательных путей: от 0 до 1 года жизни ОРВИ перенесли 23,8% обследуемых, от 1 года до 7 лет частые ОРВИ отмечено у 40,7% девочек, детские инфекции – у 24%, хронический тонзиллит – у 17,9% опрошенных. От 7 лет до наступления менархе частые ОРВИ отметили 29% пациенток, хронический тонзиллит имел место у 48,4% обследуемых девочек, причем в 2 случаях выполнялась тонзилэктомия. Хронический пиелонефрит выявлен у 19,6% больных. При анализе социально-экономических факторов и жилищно-бытовых условий выявлено, что большинство девочек с АМКПП проживали в хороших условиях, однако проблемы в семье отметили 28% пациенток, плохие отношения со сверстниками – 18,7%, не справляются с нагрузкой в школе – 60,9% девочек.

Выводы. Проведенный анализ факторов, влияющих на становление менструальной функции, обосновывает необходимость нового комплексного метода этапной реабилитации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у девочек, перенесших АМКПП.

FACTORS CONTRIBUTE TO ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PUBERTY

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Korotkova S.A., Osipova G.T.,Moksyakova E.G.

Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO
Moscow State University of Medicine and Dentistry
Morozov Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia

To date, the most common disorders of the female reproductive system during puberty are abnormal uterine bleeding, often leading to persistent violations of menstrual and generative functions, hormone-related diseases. This is due to environmental degradation, in some regions of our country, with the adverse social and living and material conditions of life of some groups of the population and the increasing number of patients with congenital and chronic infectious and somatic diseases.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКРОЗА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕВОЧКИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИЗОЛИРОВАННЫЙ ПЕРЕКРУТ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Трунов В.О., Моксякова Е.Г., Короткова С.А., Осипова Г.Т.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии
ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация, Москва, Россия

Резюме: Представляем клиническое наблюдение: у девочки 15 лет, иллюстрирующие возможности применение лапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита и перекрута придатков.

Актуальность: Перекрут придатков матки занимает 5-е место в структуре ургентной гинекологической патологии и встречается менее чем у 3% девочек. Особенностью перекрута является то, что это состояние встречается во всех возрастных группах. Изолированный перекрут маточной трубы, наиболее редкий вид перекрута, встречается в 1 на 1,5 млн. случаев. По данным иностранной литературы причиной этого могут быть паратубарные кисты, располагающиеся в фимбриальном отделе, гидро– или гематосальпинкс, патология связочного аппарата при дисплазии соединительной ткани.

Диагностика при изолированном перекруте маточной трубы представляет опре-

деленные сложности, т. к. болевой синдром может быть неярко выражен, и при УЗИ малого таза так же может не визуализироваться некротизированная маточная труба. Изолированный перекрут маточной трубы обычно приводит к увеличению ее диаметра, она приобретает веретенообразную форму, кроме того, в просвете начинает определяться гипоэхогенное содержимое. В некоторых случаях наблюдается утолщение стенок трубы. Отсутствующий или реверсивный диастолический кровоток обычно связан с гангренозными изменениями в стенке. Веретенообразное объемное образование, представляющее собой перекрученную маточную трубу, может визуализироваться отдельно от нормального яичника.

Частота встречаемости дивертикула Меккеля, по данным разных авторов, составляет 2%, от все пороков развития, соотношение мальчиков и девочек примерно 2:1, в случае осложнений даже 5:1. В 50% случаев – заболевание манифестирует у детей до 10 лет. В 12% случаев дивертикул Меккеля сочетается с другими врожденными пороками развития.

В экстренном порядке в приемное отделение МДГКБ поступил ребенок с жалобами на боли в нижних отделах живота и правой подвздошной области. В анамнезе также отмечен жидкий стул до 3 р в сутки. Тошноты, рвоты не было. Температура не повышалась. При осмотре живот резко болезненный в правой подвздошной области и над лоном, не вздут пассивно напряжен. Перитонеальные симптомы сомнительные. По данным лабораторной диагностике повышение уровня маркеров воспаления (лейкоциты, СОЭ, С ективный белок) не выявлены. При УЗИ органов брюшной полости и малого таза имеются признаки свободной жидкости в незначительном количестве, параовариального кистозного образования слева, расцененного как маточная труба или параовариальная киста. Девочка госпитализирована в боксированное педиатрическое отделение с направляющим диагнозом: кишечная инфекция. При повторном УЗИ органов брюшной полости выполненным через сутки, выявлено параовариальное образование до 7 см справа с признаками инфильтративных изменений, расцененное, как воспалительно измененная маточная труба. Девочка переведена в отделение гинекологии с диагнозом: изолированный перекрут маточной трубы справа. Принято решение о проведении диагностической лапароскопии. Интраоперационно выявлено: матка и придатки без признаков воспаления, нормальных размеров. Выявлена не измененная фиброма правого яичника размером до 1 см, удалена с использованием биполярной коагуляции. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости отмечается гиперемия и незначительный отек червеобразного отростка, расположенного в правой подвздошной ямки.

При осмотре дистального отдела подвздошной кишки на расстоянии 30 см от илеоцекального угла по противобрыжеечному краю выявлен гангренозно измененный дивертикул Меккеля на узком основании длинной до 7 см.

Брыжейка дивертикула лигирована и пересечена с использованием биполярного коагулятора. На основание мобилизованного дивертикула наложены две лигатуры, дивертикул отсечен и удален из брюшной полости через 10 мм троакар.

Брюшная полость тщательно санирована и ушита. В послеоперационном периоде девочке проводилась антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая терапия в течении 5 дней. На фоне проводимого лечения состояние ребенка улучшилось, по данным контрольного УЗИ органов брюшной полости и малого таза признаков воспалительных изменений не выявлено. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии на 6 послеоперационные сутки.

Заключение: Таким образом, всем девочкам с клинической картиной «острого живота» показано выполнение диагностической лапароскопии не зависимо

от результатов лабораторной диагностике и УЗИ, что соответствует общепринятым канонам в практике детских гинекологов и федеральным рекомендациям Российской ассоциации детских хирургов. При проведении лапароскопии необходима тщательная ревизия органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии. В большинстве случаев, по нашему опыту, возможно выполнение лечебного этапа лапароскопии без перехода на открытую операцию.

A CLINICAL CASE OF NECROSIS OF THE DIVERTICULUM OF MEKELE THE GIRL WITH SUSPICION OF ISOLATED TORSION OF THE FALLOPIAN TUBE

Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Sharkov S.M., Trunov V.O., Maksyakova E.G., Korotkov S.A., Osipov G.T.

Department of reproductive medicine and surgery
FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation
Morozovskaya children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation, Moscow, Russia

Conclusion: Therefore, all the girls with clinical picture of "acute abdomen" demonstrates the diagnostic laparoscopy is not dependent on the results of laboratory diagnostics and ultrasound, which corresponds to the generally accepted canons in the practice of children's gynecologists and Federal guidelines Russian associee pediatric surgeons. When performing laparoscopy required a thorough revision of the abdominal cavity to exclude concomitant pathology. In most cases, in our experience, it is possible to perform therapeutic stage laparoscopy without going to open surgery.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Лысяк Д.С., Стокоз К.Ю.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск

Нарушения менструальной функции у женщин репродуктивного возраста преобладают в структуре гинекологических заболеваний и имеют тенденцию к увеличению. Гинекологические заболевания у женщин формируются в пубертатном периоде. В профилактике нарушений менструальной функции имеет значение своевременная диагностика, лечение и реабилитация у девочек-подростков с нарушениями менструальной функции.

Цель исследования заключалась в изучении состояния репродуктивного здоровья у женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде.

Репродуктивноездоровье изучено у 210 женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде (основная группа) и у 70 с нормальным менструаль-

ным циклом (контрольная группа).

В основную группу включены женщины, имевшие первичную олигоменорею (1 подгруппа), поздний возраст менархе (2 подгруппа) и обильные менструации в пубертатном периоде в форме пубертатных кровотечений (3 подгруппа) по 70 женщин в каждой подгруппе. Критериями исключения были: ожирение, адреногенитальный синдром, воспалительные болезни женских тазовых органов, доброкачественные новообразования матки и яичников.

На основании ретроспективного клинико-анамнестического анализа выявлено, что гормональное лечение эстроген-гестагенами в составе КОК проведено у 55 (78,6%) девочек-подростков с первичной олигоменореей и у 37 (52,9%) с пубертатными кровотечениями. Методом выбора негормонального лечения была циклическая витаминотерапия, иглорефлексотерапия, Су-Джок терапия, физиотерапевтическое лечение. Хирургическое лечение в связи с разрывом кисты яичника и внутрибрюшным кровотечением выполнялось лапароскопически в объеме цистэктомии у 8,6%, 1,4% и 5,7% в подгруппах соответственно. Диспансерное наблюдение проводилось до нормализации менструального цикла. Менструальный цикл восстановился у 80,5% девочек-подростков: при первичной олигоменорее у 78,6%, позднем возрасте менархе у 80,0%, пубертатных кровотечениях у 82,9%.

Возраст женщин основной и контрольной групп был в пределах 19–35 года. Соматические заболевания отмечали 46,6% и 20,0% женщин в группах соответственно($p<0,001$). Средний индекс массы тела ниже контрольной группы был во 2 подгруппе (19,97±0,32 кг/м2 против 21,05±0,41 кг/м2; $p<0,05$). У 10% женщин 3 подгруппы менструальный цикл характеризовался обильностью, продолжительность в 1 и 2 подгруппах была больше, чем в контрольной группе ($p<0,01$). Болезни женских половых органов отмечались у 72,9% женщин основной группы, в структуре преобладали: эктопия шейки матки (27,6%), нарушения менструальной функции (19,5%). Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, выявлено у 11,4%, склерокистозный овариальный синдром сформировался у 7,1% женщин. Невоспалительные поражения яичников, представленные кистами, отмечались у 19 (9,0%) женщин основной группы, в контрольной не встречались. У женщин 1 подгруппы кисты яичников диагностировались в 3 раза чаще по сравнению с 3 подгруппой. Среди них гормональное лечение с применением эстроген-гестагенов в составе низкодозированных КОК проведено у 10 (52,6%), лапароскопическая цистэктомия у 9 (47,4%). У 6,7% женщин основной группы выявлена недостаточность лютеиновой фазы, в 1 подгруппе в 5 раз чаще по сравнению с 1 и 3 подгруппами. Доброкачественная дисплазия молочной железы диагностирована у 6,2% женщин основной группы. Из 210 женщин основной группы 112 (53,3%) планировали беременность, 58 (51,8%) из них принимали низкодозированные монофазные КОК с целью контрацепции и регуляции менструального цикла. За период наблюдения беременность наступила у 85 (75,9%), в подгруппах у 67,4%, 85,3% и 78,1% соответственно.

Заключение. Нарушение репродуктивного здоровья отмечалось у 72,9% женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде. Планируемая беременность наступила у 75,9%.

Резюме. Представлены данные о состоянии репродуктивного здоровья у 210 женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде. Нарушения репродуктивного здоровья отмечалось у 72,9%, планируемая беременность наступила у 75,9% женщин.

Abstract.Presents data about the state of reproductive health in 210 women with menstrual dysfunction in adolescence. Violations of reproductive health was observed in 72.9%, planned pregnancy occurred in 75.9% of women.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В АРТЕРИЯХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ ПЕРВИЧНУЮ ОЛИГОМЕНОРЕЮ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Лысяк Д.С.

Изучен кровоток в артериях, кровоснабжающих яичники у 30 женщин с первичной олигоменорей в пубертатном периоде, и у 30 с нормальным менструальным циклом. Установлено достоверное снижение кровотока в яичниковой артерии и в артериях стромы яичника с преовуляторным фолликулом, как одна из причин недостаточности лютеиновой фазы в основной группе.

Среди женщин репродуктивного возраста с нарушением менструальной функции преобладает олигоменорея. Эта патология чаще формируется с пубертатного периоде. При своевременной диагностике, лечении и реабилитации у 21,4% девочек-подростков с первичной олигоменореей менструальный цикл не устанавливается. У 14,3% женщин в репродуктивном возрасте выявлена недостаточность лютеиновой фазы.

Цель исследования заключалась в изучении состояния гемодинамики в артериях яичников у женщин, имевших первичную олигоменорею в пубертатном периоде.

Допплерометрическое исследование проведено у 30 женщин, имевших первичную олигоменорею в пубертатном периоде (основная группа) и у 30, имевших нормальный менструальный цикл с пубертатного периода (контрольная группа). Исследование проводили в преовуляторный период и в стадию расцвета желтого тела в яичниковых артериях, артериях стромы яичников, по периферии преовуляторного фолликула и желтого тела. Критериями исключения из основной группы были: ожирение, ранний возраст менархе, адреногенитальный синдром, воспалительные болезни женских тазовых органов. Для оценки состояния гемодинамики использовали следующие показатели: максимальная систолическая (Vmax; см/сек) и конечная диастолическая (Vmin; см/сек) скорости кровотока, индексы сосудистого сопротивления (ИР, ПИ, СДО).

В основной группе женщин в преовуляторный период Vmax была ниже, чем в контрольной группе ($p<0,05$), значения индексов сопротивления кровотоку достоверно не отличались. В стадию расцвета желтого тела показатели гемодинамики в яичниковых артериях статистически незначимые по сравнению с контрольной группой.

В артериях стромы яичника с преовуляторным фолликулом в основной группе Vmax и Vmin были ниже по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$) и противоположным яичником ($p<0,01$). Индексы сосудистого сопротивления в артериях стромы яичника с желтым телом ниже, чем в преовуляторный период ($p<0,05$), что свидетельствовало о более интенсивном кровоснабжении стромы яичника в стадию расцвета желтого тела. В артериях по периферии желтого тела индексы сосудистого сопротивления были ниже по сравнению с индексами сосудистого сопротивления в артериях по периферии преовуляторного фолликула ($p<0,05$).

Таким образом, снижение кровотока в яичниковой артерии и в артериях стромы яичника с преовуляторным фолликулом у женщин с первичной олигоменореей в пубертатном периоде является одной из причин недостаточности лютеиновой фазы.

HEMODYNAMICS IN OVARIAN ARTERIES IN WOMEN WITH PRIMARY OLIGOMENORRHEA IN PUBERTY

Lysyak D.S.

The blood flow in the arteries that supply blood to the ovaries were studied in 30 women with primary oligomenoree in puberty, and in 30 with normal menstrual cycle. A significant decrease of blood flow in the ovarian artery and in arteries of the ovarian stroma with the preovulatory follicle is one of the causes of failure of the luteal phase in the main group.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Бабенко-Сорокопуд И.В., Вустенко В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк

Под наблюдением в ДРЦОМД в период с 2014 по 2016 год находились 121 пациентка в возрасте 13–15 лет. Диагноз устанавливался после проведения лабораторных исследований, определяли пролактин, эстрадиол, прогестерон и использовали менструальный дистресс-опросник, который представляет собой 8-компонентную шкалу, включающую 47 симптомов. Изучение данного синдрома важно для профилактики репродуктивного здоровья подростков и назначения медикаментозного лечения.

Актуальность. Предменструальный синдром (ПМС) – симптомокомплекс, возникающий в дни, предшествующие менструации, и проявляющийся нервно-психическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями.

Частота данной патологии по разным авторам составляет от 2 до 95%. Девочки с недавно начавшимися менструациями страдают этой патологией редко.

Целью настоящего исследования была разработка тактики ведения девочек-подростков с предменструальным синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением в ДРЦОМД в период с 2014 по 2016 находились 121 пациентка в возрасте 13–15 лет.

Установлению диагноза помогает ведение в течение каждого менструального цикла дневника-вопросника, в котором ежедневно отмечались патологические симптомы. Один из часто использованных опросников – менструальный дистресс-опросник, который представляет собой 8-компонентную шкалу, включающую 47 симптомов.

Обследование пациентов с ПМС включало тщательный сбор анализа, заполнение дневника опросника, осмотр гинеколога, УЗИ органов малого таза и молочных

желез оценку гормонального гомеостаза при необходимости выполняли специальные методы исследования, назначенные невропатологом, кардиологом.

Все обследованные пациентки консультированы психологом и психиатром для исключения психических расстройств.

Окончательный диагноз устанавливался после лабораторных исследований. Пациенткам определяли пролактин, эстрадиол, прогестерон.

Результаты и обсуждения. Все изученные симптомы не должны нарушать обучение в школе, социальную деятельность и личные отношения, то есть нарушать, качество жизни и не должны являться психическими расстройствами.

Снижение настроения отмечалось у 71 (58,7%) опрошенных, тревогу или ощущение напряжения у 84 (69,4%), аффективную лабильность у 4 (44,6%), повышенную конфликтность, раздражительность, озлобленность у 82 (16,4%), снижение интереса к повседневной деятельности было у 87 (67,8%), трудность в концентрации внимании была у 79 (65,3%), жалобы на слабость, упадок сил была у 97 (80,2%). Тяга к сладкому наблюдалась у 62 (50,4%) и переедание у 67 (55,4%). Повышенная сонливость была у 63 (52,1%), бессонница у 41 (33,9%). Ощущение подавленности, ненужности у 59 (48,8%). Болезненность в молочных железах была у 39 (32,2%), метеоризм у 27 (22,3%) Ведущий симптом – боль в животе – отмечен у 100%.

Учитывая, что в патогенезе предменструального синдрома ведущим симптомом является боль, мы провели дифференциальную диагностику между первичной альгодисменореей и предменструальным синдромом. У пациенток с предменструальным синдромом уровень пролактина был достоверно выше, чем в контрольной группе, что косвенно подтверждало наличие предменструального синдрома.

Выводы. Таким образом, изучение клинических симптомов по предложенному опроснику, дает возможность детскому гинекологу на приеме поставить предварительный диагноз ПМС. Изучение данного синдрома важно для профилактики репродуктивного здоровья подростков и назначения медикаментозного лечения.

Перед назначением лечения доктору необходимо изучить анамнез и содержание опросника и выяснить возможную связь ПМС с гипотиреозом, посттравматическими стрессовыми расстройствами, физическим насилием в семье, приемом алкоголя, наркотиков, сексуальным насилием.

MANAGEMENT OF ADOLESCENT GIRLS WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

Yakovlev E.B., Iron, A.A., Govorukha I.T., Babenko-Sorokopud I.V., Ustenko V.V.

Donetsk national medical University n.a. M. Gorky

Under the supervision of DRCSMCh in the period from 2014 to 2016 there were 121 patient aged 13–15 years. The diagnosis was established after conducting laboratory tests determined prolactin, estradiol, progesterone and used menstrual distress questionnaire, which is an 8-component scale comprising 47 symptom. The study of this syndrome is important for the prevention of adolescent reproductive health and purpose of medical treatment.

ВУЛЬВОВАГИНИТ, КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Матрасулова Д.М.

Ассистент кафедры подготовка ВОП Лечебного факультета Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Рес. Узбекистан

Неспецифический вагинит инфекционно – воспалительное нетрансмиссионное заболевание влагалища, обусловленное действием условно–патогенных микроорганизмов. Среди гинекологических заболеваний девочек допубертатного периода от 2 до 7 лет, воспалительные процессы половых органов занимают первое место, составляя около 80%. В первую очередь, это связано с анатомическими особенностями строения детских половых органов: близость ануса, тонкая легкоранимая кожа и слизистая влагалища, выраженная складчатость слизистой оболочки влагалища и наличие большого количества вестибулярных желез.

Цель исследования. Проанализировать частоту неспецифических вульвовагинитов у девочек в возрасте от 0 до 9 лет, особенности клинических проявлений, выявитьосновных возбудителей неспецифического вульвовагинита у девочек.

Задачи. Определить группы девочек, по возрастам, имеющие признаки воспалительных заболеваний половых органов. Провести им бактериоскопическое и культуральное исследование микрофлоры влагалища с определением титра микроорганизмов и определения антибиотикочувствительности.

Материал и методы. На базе Ургенчской детской городской клинической больнице в отделении гинекологии под наблюдением находились 30 девочек в возрасте от 0 до 9 лет, обратившихся к детскому гинекологу по поводу воспалительных заболеваний половых органов. Средний возраст составил 2,8±2,5 лет.

Результаты исследования. Анализ заболеваемости по возрастам показал, что максимальная доля вульвовагинитов приходится на возраст от 2 до 5 лет. Частота встречаемости: в период раннего детства от 1 до 3 лет – 35%, младший дошкольный 3 до 5 лет – 39%, дошкольный период 5 до 7 лет – 16%, младший школьный 7 до 9 лет – 12%. Течение вульвовагинита у девочек всех групп имело типичные

клинико-лабораторные признаки: боли, зуд, жжение, усиливающиеся при мочеиспускании, гиперемия, отечность вульвы, сращения в области наружных поло-вых органов, гноевидные выделения из влагалища, воспалительный тип мазка, нарушение микроценоза влагалища. Наиболее часто встречался неспецифический бактериальный вульвовагинит (74%) и вульвовагинит на фоне изменения реактивности организма (26%). Изменения микроценоза влагалища обнаружены у большинства (61%) девочек. У 52% из них преобладали различные виды условно – патогенных бактерий, представленных преимущественно аэробными грамотрицательными бактериями (Esherichia coli; Proteus mirabilis, morganii), кокковой флорой (Staphylococcus epidermidis,aureus; Streptococcus viridans, pyogenes; Enterococcus faecalis). У 23% девочек с вульвовагинитами выявлены полимикробные ассоциации, реже – грибы рода Candida (10%), гарднереллы (10%), хламидии (3%). Не леченный острый вульвовагинит может перейти в хроническую форму и способствовать формированию частой патологии, встречающейся у девочек, синехий – сращений малых половых губ. По результатам наших исследований синехии выявлялись у каждой третьей девочки (47%). У 24% девочек хронический вульвовагинит встречается в сочетании с дисбактериозом кишечника, у 13% – с заболеваниями мочевыводящих путей.

Выводы. Большое значение в возникновении вульвовагинитов имеют нарушения гиги-ены половых органов. Родители должны объяснить дочери важность соблюдения чистоты наружных половых органов и научить правильному проведению гигиенических мероприятий. Обязательно должен проводиться осмотр наружных половых органов девочки участковым педиатром с самого первого ее визита и далее, по графику профилактических осмотров детского гинеколога, при условии отсутствия жалоб. Наиболее рациональным является комплексное лечение, направленное на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, способствующее общей стимуляции организма и повышению его защитных способностей, поддержанию функций жизненно важных органов, снижению катаболических и усилению анаболических процессов. Именно, такой подход позволяет избежать нарушений менструальной, репродуктивной и половой функций в зрелом возрасте.

VULVOVAGINITIS, AS THE MOST FREQUENTLY GYNECOLOGIC PATHOLOGY CHILDHOOD

Matrasulova D.M.

Assistant of the Department of GP training Faculty of Medicine Urgench branch of the Tashkent Medical Academy. Res. Uzbekistan

This article discusses the causes of nonspecific vulvovaginitis in children. Presents the frequency of occurrence of vulvovaginitis in children depending on age. Ways of preventing the occurrence of vulvovaginitis in children.

КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Е.Г.Моксякова

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

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП) является наиболее часто встречаемой патологией у девочек-подростков.

Терапия маточных кровотечений сводятся к двум основным задачам: остановке кровотечения, профилактике рецидивов. Рецидивирующие и затяжные кровотечения приводят к развитию основного заболевания-хронической постгеморрагической анемии.

На базе гинекологического отделения Морозовской ДГКБ нами было проведено обследование 45 девочек в возрасте от 11 до 15 лет с АМКПП, осложнившимися железодефицитной анемией (ЖДА). Дизайн исследования включал: сбор анамнеза и оценку клинический и биохимических показателей на протяжении двух месяцев проводимой коррегирующей терапии (отделение в сыворотки крови гемоглобина (Hb), эритроцитов (RBC), сывороточного железа (СЖ), гемотокрита (Ht), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в одном эритроците (MCHC), реднего объема эритроцита (MCV)).

15 (33.4%) девочкам с постгеморагической анемией тяжелой степени (гемоглобин (Hb) ниже 70 г/л) в условиях реанимации производилось переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Далее коррекция железодефицитных состояний проводилась введением железа(III) гидроксид сахарозный комплекс, через день в течение десяти дней. На фоне проводимой терапии отмечалась значительное повышение уровня гемоглобина до 110 г/л, гематокрита, средней концентрации гемоглобина в одном эритроците, среднего содержания гемоглобина в эритроците и сывороточного железа.

Девочкам с постгеморрагической анемией средней степени тяжести (гемоглобин (Hb) от 90 до 70 г/л) коррекция железодефицитных состояний проводилась инъекционным введением антианемических препаратов в течении 10–12 дней, далее– переход на пероральные формы приема.

Всем девочкам с постгеморрагической анемией легкой степени тяжести (гемоглобин (Hb) ниже 115 г/л до 90 г/л) терапия проводилась в течении двух месяцев пероральными антианемическими средствами.

За время наблюдения у всех девочек отмечались положительные сдвиги в клинических и лабораторных показателях. Достоверный прирост уровня гемоглобина наблюдался в течение суток на фоне введение эритроцитарной массы, через 1–2 недели на фоне внутривенного ведения препарата железа и в конце второй, начале третий недели на фоне перорального приема антианемических средств. Через 8 недель лечения показатель гемоглобина у большинства девочек были в пределах нормы.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, ПРАВИЛЬНО ПОДОБРАННАЯ И СБАЛАНСИРОВАННАЯ ПРОТИВОАНЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВОДИТ К УСПЕШНОМУ ИЗЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕВОЧЕК С АМКПП

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Osipova G.T., Tarbaya N.O., Moksyakova E.G.

Correction of iron-deficiency states in adolescent girls with abnormal uterine bleeding
Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO
Moscow State University of Medicine and Dentistry
Morozov Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia
Abnormal uterine bleeding in puberty is the most frequent pathology among adolescent girls

Therapy of uterine bleeding are reduced to two main tasks: stopping the bleeding, preventing recurrences. Recurrent and persistent bleeding lead to the development of the underlying disease-chronic post-hemorrhagic anemia.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ПЕРЕКРУТОМ ПРИДАТКОВ МАТКИ С УЧЕТОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРЕКРУЧЕННОГО КОНГЛОМЕРАТА

Уварова Е.В., Киселева И.А, Батырова З.К., Кумыкова З.Х., Чупрынин В.Д., Буралкина Н.А., Латыпова Н.Х., Асатурова А.В., Ежова Л.С.

ФБГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

Наиболее часто перекрут придатков матки встречается в детском и подростковом возрасте, что обусловлено анатомическими особенностями детского организма и подвижным образом жизни. При этом возможен перекрут не только яичникового образования, но и здорового яичника или маточной трубы. Нередко в перекрученный конгломерат вовлекаются яичник, маточная труба, параовариальные образования. В большинстве случаев тактика хирургов основана на визуальной оценке состояния яичника и при обнаружении внешних признаков некроза заключается в овариоэктомии, что наносит урон дальнейшей репродуктивной функции ребенка. В доступной литературе имеются единичные сообщения о функциональном состоянии яичника после его деторсии у детей и подростков.

Цель: Уточнить морфологическую структуру образований, вовлеченных в перекрут придатков матки, у детей и подростков.

Материал и методы: В исследование было включено 24 девочки в возрасте от 6 до 16 лет, перенесших оперативное лечение во 2 гинекологическом отделении ФГБУ НЦ АГ и П им. И.М. Кулакова в период с 2015–2016 гг. по поводу перекрута придатков матки Анализу подвергались данные итраоперационных находок и гистологических результатов после проведенного лечения.

Результаты исследования: Все девочки были прооперированы лапароскопическим доступом. Интра– и послеоперационных осложнений не было ни у одной из пациенток. Деторсия придатков матки была выполнена 21 (87,5%) девочке. Овариоэктомия на пораженной стороне с гистологически подтвержденным некрозом и распадом тканей была произведена у трех (12,5%). Интраоперационно было выявлено, что в перекрут вовлекались как кистозно измененные яичники у 10 (41,6%) пациенток, так и параовариальные образования у 10 (41,6%) девочек. Перекрученный конгломерат состоял из неизменного яичника лишь у одной девочки. Гистологическое исследование показало, что резецированные образования яичника были представлены зрелыми кистозными тератомами в 50% случаев, у 3 (30%) – функциональными кистами, серозной цистаденомой – у 10% и эндометриоидной кистой – у 10% пациенток.

Заключение: Тактика ведения пациенток с перекрутом придатков матки должна основываться не только на визуальной оценке состояния яичника, но также учитывать морфологические особенности перекрученного конгломерата, что определяет индивидуальный подход к каждой маленькой пациентке.

MANAGEMENT IN GIRLS WITH OVARIAN TORSION GIVEN THE MORPHOLOGICAL STRUCTURE TWISTED CONGLOMERATE

Uvarova E.V., Kiseleva I.A., Batyrova Z.K., Kumykova Z.Kh., Chuprynin V.D., Buralkina N.A., Latypova N.Kh., Asaturova A.V., Ezhova L.S.

Scientific Centre of obstetrics, gynecology and Perinatology named after academician V.I. Kulakov

Most often ovarian torsion occurs in childhood and adolescence, due to the anatomical features of the child's body and lively lifestyle. It is possible ovarian torsion is not only ovarian tumor, but also a healthy ovary or the fallopian tube. Often in a twisted conglomerate involving the ovary, fallopian tube, paraovarian cysts. In most cases, the tactics of the surgeons based on visual assessment of the ovary and the detection of external signs of necrosis lies in the ovariectomy, causing damage to the future reproductive function of the child. In the available literature there are few reports on the functional status of the ovary after it detorsion in children and adolescents.

ГЛАВА 8 / CHAPTER VIII

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА
MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF INFERTILE MARRIAGES

СИГНАЛЬНЫЕ МОЛЕКУЛЫ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ В МЕХАНИЗМАХ ИМПЛАНТАЦИИ

Айламазян Э.К., Кветной И.М.

ФГБНУ «НИИ Акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»

Оптимизация эффективности ЭКО напрямую связана с решением ключевой проблемы репродуктологии – идентификации периода рецептивности эндометрия для определения функциональной готовности эндометрия к имплантации бластоцисты. Представлены оригинальные приоритетные результаты молекулярно-биологических исследований по разработке панели молекулярных маркеров для определения имплантационной восприимчивости эндометрия для персонализированного подхода и оптимизации лечебной тактики.

Отсутствие имплантации в циклах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – одна из основных проблем современной репродуктологии. Имплантация является многофакторным процессом, трудно представить себе наличие единого критерия, с помощью которого возможно определить рецептивность эндометрия. Биопсия эндометрия на сегодняшний день остается наиболее распространенным методом, позволяющим диагностировать патологические состояния, приводящие к существенному снижению или утрате имплантационной способности эндометрия. Важной представляется возможность прогнозировать наступление имплантации, так как при выявлении нарушений можно избежать лишней эмоциональной нагрузки, не проводить поддержку лютеиновой фазы и воздержаться от бесперспективного переноса эмбрионов, сохранив их для отсроченного переноса

Целью нашей работы стало определение наиболее специфичных и значимых иммуногистохимических (ИГХ) маркеров рецептивности эндометрия для определения прогноза исхода лечения методом ЭКО при основных нозологических формах.

Материалом для исследования послужили биопсии эндометрия женщин планирующих лечение методом ЭКО. Критерии включения в исследование составили: возраст до 37 лет; наличие только одного фактора бесплодия; ЭКО и перенос эмбрио-

нов в полость матки осуществлялся в последующем цикле после проведения биопсии эндометрия; отсутствие гормонального лечения до взятия биопсии в течение 3 месяцев; использование короткого протокола с применением антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона; перенос только морфологически качественных эмбрионов на 5 сутки; морфологическое соответствие эндометрия средней стадии фазы секреции, отсутствие признаков недостаточности лютеиновой фазы, хронического эндометрита и другой патологии эндометрия. Биопсии были получены на 7–9 день после овуляции с помощью аспирационной кюретки PipelledeCornier в цикле, предшествующем проведению ЭКО. Диагностика беременности проводилась ультразвуковым методом на 21 день. При формировании групп женщин для исследования мы максимально стандартизировали их по ключевым лабораторным и анамнестическим факторам, влияющим на рецептивность эндометрия, стараясь при этом создать условия, где единственной переменной будет имплантационная восприимчивость эндометрия. В результате отбора в исследование вошло 240 случаев, которые были разделены на 6 групп по исходу программы ЭКО и фактору бесплодия: I группа – мужской фактор бесплодия (МФ), положительный (+) исход программы ЭКО (n=40); II группа – МФ бесплодия, отрицательный (-) исход программы ЭКО (n=45); III группа – трубно-перитонеальный фактор бесплодия (ТПФ), (+)исход (n=50); IV группа – ТПФ, (-) исход (n=55); V группа – наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) I-II степени, (+) исход (n=25); VI группа – НГЭ I-II степени, (-) исход (n=30). ИГХ исследование эндометрия проводилось с использованием первичные антитела к :лейкемия-ингибирующий фактор (LIF) (Abcam); Сосудистый эндотелиальный фактор роста типа А (VEGF-A) (Abcam); Трансформирующий фактор роста, тип бета один (TGF-β1) (Novocastra); Рецепторы к эстрогену, тип альфа (ER) (DAKO); Рецепторы к прогестерону, тип А (PR) (DAKO); Интегрин альфа пять бета три (Integrin αVβ3) (Abcam).

В результате проведенного нами исследования установлены основные различия экспрессии исследуемых ИГХ маркеров в ткани эндометрия в период «окна имплантации» при положительном и отрицательном исходах циклов ЭКО при различных нозологических формах. Однако, несмотря на различные нозологические группы, наиболее значимыми для прогноза исхода лечения методом ЭКО во всех группах были показатели относительной площади экспрессии LIF в железистом компоненте эндометрия и относительной площади TGF-β1 в стромальном компоненте. Основываясь на полученных данных, мы разработали алгоритм прогнозирования исходов ЭКО. Для этого мы использовали метод «деревьев» классификации, позволяющего соотносить объекты к тому или иному классу в зависимости от соответствующих значений одной или нескольких независимых (предикторных) переменных. Суть метода «Деревьев классификации» в нахождении оптимального маршрута к «+» или «-» исходу. Дерево классификации состоит из узлов решения, и условий разделения по ветвям. Принятие решения производится следующим образом: если значение переменной, указанной под узлом решения соответствует условию, то выбирается левая ветвь, в противном случае – правая. Таким образом мы смещаемся до конечного узла, который указывает на предполагаемый отрицательный или положительный исход лечения методом ЭКО.

Основываясь на выявлении нарушений рецептивности возможно назначение комплексной терапии у женщин с внешне сохраненными параметрами овуляторного цикла, направленной на усиление ангиогенеза и трофических процессов в эндометрии и модификация ведения протокола ЭКО.

SIGNAL MOLECULES: ROLE AND IMPORTANCE IN THE MECHANISMS OF IMPLANTATION

Aylamazyan E.K.[1], Kvetnoy I.M.[1]

1. Federal state budgetary institution «Research Institute of Obstetrics, Gynecology And Reproductology. D.O. Ott

Optimizing the efficiency of IVF is directly related to the decision of the key issues of reproduction – the identification of the period of receptivity of the endometrium to determine the functional readiness of the endometrium to the blastocyst implantation. It presents the original priority of molecular biological research to develop panels of molecular markers to determine the susceptibility of endometrial implant for a personalized approach and optimize the of medical tactics.

ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ВРТ МЕТОДОМ NGS (ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЯ) ПО ТЕХНОЛОГИИ ILLUMINA

Глинкина Ж.И.[1], Курцер М.А.[1], Якунина Н.А.[1], Нормантович Т.О.[1], Овчинникова М.М.[2], Высоцкий А.Ю.[1], Хилькевич Л.В.[1], Троценко И.Д.[1]

1 ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МАТЬ И ДИТЯ
2 КГ ЛАПИНО

Резюме:

Эффективность генетического скрининга эмбрионов в программе ЭКО зависит от применяемого метода исследования и количества исследуемых хромосом. Мы применяем метод высокопроизводительного секвенирования (NGS) для преимплантационного генетического скрининга. В исследование было включено 910 эмбрионов, в 567 образцах из 910 (62,3%) была выявлена генетическая патология. Частота анеуплоидии эмбрионов, количество анеуплоидных хромосом в эмбрионе у женщин старших возрастных групп. Эффективность переноса эмбрионов после NGS составила 58,5%.

Введение: свободный доступ к эмбрионам вне полости матки женщины в программе ВРТ дают возможность исследовать эмбрионы на генетические нарушения не только у пациентов с бесплодием, но и у фертильных супружеских пар с высоким риском рождения больного ребенка. Как показывают многочисленные публикаций, применение генетического скрининга эмбрионов (ПГС) в программе ЭКО, повышают в разы эффективность программы ВРТ. Следует отметить, что процент благополучного исхода проведения ЭКО зависит от применяемого метода исследования и количества исследуемых хромосом.

Материалы и методы: в нашей группе компаний МАТЬ И ДИТЯ с января 2016 года мы применяем метод высокопроизводительного секвенирования (NGS) для пре-

имплантационного генетического скрининга. Всего методом NGS было проанализировано 1032 образца. В исследование было включено 910 эмбрионов, полученных от 303 пациенток в возрасте от 22 до 49 лет (средний возраст 35.9 лет). Все эмбрионы были получены оплодотворением методом ИКСИ. В исследование были взяты супружеские пары с нормальным кариотипом.

Результаты: анализ секвенирования показал, что в 567 образцах из 910 (62,3%) была выявлена генетическая патология. У женщин до 35 лет патология была выявлена в 51% наблюдений, у женщин 35–40 лет в 62%, а в группе женщин старше 40 лет в 77%. Анеуплоидии одновременно нескольких хромосом в эмбрионе у женщин до 35 и 35–40 лет были представлены в 33.4% и 24.8%. У женщин старше 40 этот процент был статистически выше и составил 44.6%. Детальный анализ результатов показал, что частота встречаемости патологии (моносомия, трисомия, делеции, дупликации, мозаицизм) хромосом 15, 16, 21, 22 была выше по сравнению с другими хромосомами. Наиболее часто патологические изменения наблюдались по 15, 16, 21 и 22 хромосомам. Частота мозаицизма в возрастной группе старше 40 лет, была статистически значимо ниже по сравнению с группами до 35 и 35–40 лет (21.8%. 43.4% и 45.5% соответственно, $p<0,01$), а частота трисомий в старшей возрастной группе (> 40 лет) была наиболее высокой 41.2% против 16.2% у женщин до 35 лет и 22.1% у женщин 35–40 лет. У женщин старше 40 лет отмена переноса эмбрионов была отмечена в 66.7% наблюдений, а у женщин до 35 лет и 35–40 лет – 12.9% и 31.7% соответственно. Всего было произведено 94 переноса эмбрионов, в результате наступило 55 клинических беременностей, что составило 58.5%.

Заключение: вышесказанное указывает на то, что преимплантационный генетический скрининг в рамках программы ВРТ является хорошим профилактическим мероприятием по рождению ребенка с генетической патологией.

PREVENTION OF CONGENITAL AND HEREDITARY PATHOLOGY IN THE PROGRAM OF THE IVF METHOD OF NGS (HIGH-THROUGHPUT SEQUENCING) TECHNOLOGY ILLUMINA

Glinkina Zh.[1], Kurtser M.A.1, Yakunin N.[1], Normantovich T.O.[1], Ovchinnikov M.M.[2], Vysotsky A.Y.[1], Lee L.Q.[1], Trotsenko I.D.[1]

1 PERINATAL MEDICAL CENTER FOR MOTHER AND CHILD
2 KG LAPINO

Resume: Embryo genetic screening efficacy in IVF depends on method of analysis and quantity of analyzed chromosomes. We use NGS for preimplantation genetic screening. Our study included 910 embryos, genetic pathology was found in 567 of 910 samples (62,3%). Frequency of aneuploid embryos, quantity of aneuploid chromosomes in one embryo was higher in women older than 40 years. Efficacy of embryo transfer after NGS was 58,5%.

ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРОВ РОСТА TGF-β, GM-CSF В ЭНДОМЕТРИИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ИСХОД ПРОГРАММЫ ЭКСТАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Дятлова А.С.[1], Поправка Е.С.[1], Полякова В.О.[2,3], Линькова Н.С.[1,4], Крылова Ю.С.[2]

1 Кафедра «Медицинская физика» Института физики, нанотехнологий и телекоммуникаций Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого, Санкт-Петербург;
2 Отдел патоморфологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта», Санкт-Петербург;
3 Биолого-почвенный факультет, кафедра общей физиологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург;
4 Отдел биогеронтологии АНО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии», Санкт-Петербург

В настоящее время в мире 60–80 млн пар страдают бесплодием. Для решения этой проблемы используют метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Для прогнозирования эффективности ЭКО ведется поиск сигнальных молекул – предикторов успешности этой процедуры.

Цель работы – определение влияния факторов роста TGF-β, GM-CSF на рецептивность эндометрия женщин разного возраста и результативность ЭКО.

В работе использовали образцы эндометрия женщин репродуктивного возраста (18–49 лет) с помощью пайпель-биопсии. Биоптаты были разделены на 2 группы по исходу программы ЭКО: I группа – положительный исход программы ЭКО (n=11), II группа – отрицательный исход программы ЭКО (n=9). Кроме того, все женщины были разделены на 2 возрастные группы: 1 – молодой репродуктивный возраст (18–29 лет, средний возраст – 26+1,3 лет), 2 – старший репродуктивный возраст (30–49 лет, средний возраст 38+0,9 лет). Срезы эндометрия толщиной 5мкм окрашивали методом иммуногистохимии с первичными моноклональными антителами к TGF-β (1:25, «Novocastra»), GM-CSF (1:150, «LSBio). Для анализа результатов использовали световой микроскоп OLYMPUS BX46 и программное обеспечение «Videotest Morphology 5.2». Экспрессию молекул TGF-β, GM-CSF оценивали по показателю относительной площади экспрессии (%). Площадь экспрессии характеризует количество клеток, в которых экспрессируется исследуемый маркер, определяется как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади поля зрения. Для статистической обработки данных использовали U-критерий Манна-Уитни.

Установлено, что относительная площадь экспрессии TGF-β и GM-CSF достоверно различается в группах по исходу ЭКО, но при этом достоверно не различается в возрастных группах. Относительная площадь экспрессии TGF-β у женщин I группы была равна 31,5+1,1%, что в 1,52 раза больше, чем во II группе, где этот показатель составил 20,7+0,7%. Относительная площадь экспрессии GM-CSF в группе I была в 2,49 раза выше по сравнению с группой II и составила 13,2+0,7%, тогда как в группе II этот показатель составил 5,3±0,9%.

Уровень экспрессии факторов роста TGF-β, GM-CSF зависит от исхода программы ЭКО и не зависит от возраста женщин. Снижение экспрессии TGF-β, GM-CSF у женщин в группе с отрицательным исходом ЭКО свидетельствует о недоста-

точной подготовке эндометрия к успешной имплантации, что ведет к неудачным циклам ЭКО. Сигнальные молекулы TGF-β, GM-CSF влияют на исход программы ЭКО и являются информативными маркерами для оценки результативности проведения экстракорпорального оплодотворения. Работа поддержана грантом Президента РФ МД-6001.2016.7.

Резюме. В работе «Экспрессия факторов роста TGF-β, GM-CSF в эндометрии как фактор, определяющий исход программы экстракорпорального оплодотворения» была изучена экспрессия факторов роста TGF-β, GM-CSF в эндометрии женщин разного репродуктивного возраста в зависимости от исхода программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Экспрессию факторов роста в эндометрии изучали с помощью метода иммуногистохимии. Показано, что изменение экспрессии молекул TGF-β, GM-CSF может быть использовано для предиктивной оценки исхода ЭКО.

THE EXPRESSION OF GROWTH FACTORS TGF-β, GM-CSF IN THE ENDOMETRIUM AS A DETERMINANT OF THE OUTCOME OF THE PROGRAM EXTRACORPOREAL FERTILIZATION

Dyatlov A.S., Amendment E.S., Polyakova V.O., Linkova N. With., Krylov Y.S.

Abstract. In work "Expression of growth factors TGF-β, GM-CSF in endometrial tissue how factors that determine the success of In Vitro Fertilization" expression of TGF-β, GM-CSF was investigated in endometrial tissue by method immunohistochemistry. In the result of investigation was showed that changes on expression of TGF-β, GM-CSF can be used for predictive evaluation of IVF success.

СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ И НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКТРОКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)

Куценко Ирина Игоревна, Рудеева Ольга Анатольевна, Кравцова Елена Иосифовна, Авакимян Вероника Артемовна.

Россия, Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии и перинатологии

Резюме: начальные стадии аденомиоза характеризуются нарушением интерлейкинового баланса определяемого в цервикальной слизи, что приводит к нарушению имплантации и может обусловить неудачные попытки ЭКО у данного контингента пациенток.

Несмотря на совершенствование методик и протоколов ЭКО средняя частота наступления беременности при использовании ВРТ как в России, так и за рубе-

жом составляет около 40%. Неудачные попытки во многом связаны с нарушением имплантации в следствие изменений взаимодействия между эмбрионом и эндометрием. Статистически, у женщин, вступающих в программы ЭКО, аденомиоз выявляется в 40–44% случаев. Регуляторные факторы и интерлейкиновый статус эндометрия при аденомиозе, освящались неоднократно, однако касались в основном распространенных стадий, тогда как ранние, практически бессимптомные стадии изучены мало, что и определило актуальность данного исследования.

Первый этап нашего исследования включал 203 пациентки с трубно– перитонеальным фактором бесплодия, неудачной попыткой ЭКО в анамнезе и подозрением на аденомиоз. Этим пациенткам было проведено общеклиническое лабораторное исследование, исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование в динамике цикла, офисная гистероскопия с проведением пайпель-биопсии и гистологическим анализом биоптата, произведено взятие аспирата из полости матки на специфическую и условно-патогенную флору. В результате у 184 (90,6%) пациенток был выявлен аденомиоз 1 или 2 степени. Основную группу проспективного исследования составили 172 из 184 пациенток обратившихся на очередную попытку ЭКО и на давших согласие на участие в нем.

Контрольную группу составили 43 здоровые фертильные женщины, имеющие здоровых детей, наблюдавшихся в клиниках по программе суррогатного материнства – 20 женщин

В естественном овуляторном цикле у пациенток отобранных клинических и контрольной групп для оценки рецептивности эндометрия определяли концентрацию LIF и интерлейкинов провоспалительного звена (IL1β и IL-6) в цервикальной слизи в дни менструального цикла, определенные по мочевому тесту на овуляцию и подтверждением овуляции по УЗИ (ЛГ+3, ЛГ+7). Прямая корреляционная связь регуляторных факторов в эндометрии и их концентрации в цервикальной слизи доказана ранее. (Л. А. Сеидова, 2015)

На основании проведенного анализа выявлено, что в цервикальной слизи, у женщин с аденомиозом и неудачными попытками ЭКО в анамнезе концентрация LIF в цервикальной слизи у была достоверно ниже, чем в группе контроля на 3-й и 7-й дни после пика ЛГ (соответственно 4,2±2,9 и 7,9±2,8 пг/мл, 25,6±7,1 и 34,1±6,9 пг/мл, $p<0,05$). При этом наблюдалось увеличение концентрации провоспалительных цитокинов IL1β и IL-6 (8,45±1,23 пг/мл и 11,65±3,21 пг/мл против 2,43±0,76 пг/мл и 3,62±0,92 пг/мл, $p<0,05$, соответственно). Известно, что пул провоспалительных цитокинов является потенцирующим для выработки LIF, однако, вероятно, избыточная продукция провоспалительных цитокинов, наблюдающаяся на локальном уровне при аденомиозе даже начальных степеней, подавляет продукцию LIF клетками эндометрия, существенно снижая восприимчивость матки к имплантации бластоцисты.

Таким образом, пациентки с аденомиозом и повторными неудачами ЭКО в анамнезе характеризуются нарушением рецептивности эндометрия. Возможно, проведение углубленного исследования рецептивности и имплантационных свойств эндометрия, предпочтительно неинвазивным методами и предгравидарная подготовка эндометрия к программе ЭКО, нивелирующая эти дефекты, приведет к улучшению результативности программ вспомогательных репродуктивных технологий.

LOCAL REGULATORY FACTORS IN PATIENTS WITH ADENOMYOSIS AND UNSUCCESSFUL ATTEMPTS VITRO FERTILIZATION IS POSSIBLE ALSO (IVF)

Kutsenko I.I., Rudeeva O.A., Kravtsov E.I., Avakimyan V.A.

Russia, Krasnodar, FGBOU KubGMU Russian Ministry of Health, Department of Obstetrics and Gynecology, and Perinatology

Summary: the initial stage of adenomyosis are characterized by the violation of interlacing balance determined in the cervical mucus, which leads to disruption of implantation and may lead to unsuccessful IVF attempts in this cohort of patients.

ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ В ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ МАТЕРЕЙ И ИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Хмельницкая А.В., Бегизова А.М.

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Разработка специализированных иммунохимических методов, предназначенных для выявления нарушений со стороны иммунной системы, способных нанести ущерб здоровью будущего ребенка, в скором времени может стать основой организации широкого скрининга женщин, планирующих беременность и их коррекции в случае необходимости.

Высокая заболеваемость детей, рождающихся в современной России, является неизбежным следствием низкого уровня здоровья беременных, причем тенденции заболеваемости новорожденных закономерно соответствуют изменениям общего и репродуктивного здоровья матери. Что, в частности, связано с прогрессивно ухудшающейся экологической обстановкой.

Целью настоящего исследования явился анализ изменений в сывороточных профилях ряда маркерных аутоантител и изучение возможности использования этих данных для прогноза исхода беременности. В том числе, для выявления материнских иммунных нарушений, способных вести к рождению детей, страдающих аутизмом.

Было обследовано 50 пациенток, родивших детей с расстройством аутистического спектра (РАС), в возрасте от 25 до 35 лет (M = 30,0 ± 1,5 лет) и 32 ребенка с диагностированным РАС и характерной клинической симптоматикой (M = … ± … лет; мальчики n=25 и девочки n=7). Для исследования использовали свежеполученные образцы сывороток крови, хранившихся не более 2 суток при температуре 1…4о С. Иммунохимический анализ проводили с помощью тест-наборов ЭЛИ-Висцеро-Тест и ЭЛИ-Н-Тест, согласно инструкции производителя («Иммункулус», Москва, Россия).

В профилях сывороточной иммунореактивности матерей, родивших детей-аутистов, часто выявляли аномалии, ассоциированные с ауто-АТ к beta2-GPI (в 40% наблюдений, против 4–5% у клинически здоровых женщин с неосложненным акушерским анамнезом). В профилях иммунореактивности самих детей-аутистов чаще отмечается аномальный пик ауто-АТ к dsDNA (в 31% наблюдений, против 1% у клинически здоровых сравнимого возраста). Эти данные свидетельствуют, о повышенной частоте нарушений иммуно-воспалительного характера как у матерей, так и их детей, страдавших аутизмом. Кроме того, у 44% матерей определяются аномалии иммунореактивности, ассоциированные с ауто-АТ к Spr-06 (маркер эндометрита и/или иммуно-воспалительных процессов в органах малого таза; у здоровых женщин не определяются). Данные ЭЛИ-Н-Тестов позволили выявить характерные для детей-аутистов сдвиги профилей сывороточной реактивности, связанных с изменениями в содержании ауто-АТ к опиатным μ-рецепторам и/или β-эндорфину (в 87% наблюдений, против 4% в норме). Это является еще одним аргументов в пользу представлений о вовлеченности эндогенной опиатной системы при этой патологии. Интересно, что те же изменения профилей иммунореактивности были выявлены и у их матерей (в 75% наблюдений, против 6% в норме).

Полученные данные могут стать основой организация широкого иммунохимического скрининга женщин, планирующих беременность, на аномалии, ассоциированные с развитием аутизма. Такие подходы могут оказаться весьма эффективными для предотвращения или снижения частоты рождения детей, страдающих аутизмом.

ASSESSMENT OF SIGNIFICANCE OF AUTOANTIBODIES IN THE IMMUNOREACTIVITY OF MOTHERS AND THEIR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Torchinov A.M., Tcakhilova S.G., Khmelnitskaya A.V., Begizova A.M.

Department Of Obstetrics And Gynecology, Stomatological Faculty, Moscow State Medico-Stomatological University N.A. A.I. Evdokimov

It is assumed that the development of specialized immunochemical methods of analysis in the near future may become the basis for the organization of a wide screening of women planning pregnancy, to detect violations of the immune system that can harm the health of the unborn child, and their correction.

ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ НА ПРОЦЕССЫ АНГИОГЕНЕЗА

Поправка Е.С.[1], Дятлова А.С.[1], Линькова Н.С.[1,2], Полякова В.О.[3,4]

1 Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого;
2 Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург, Россия
3 Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, г. Санкт-Петербург, Россия
4 Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

В первые десятилетия XXI века в активную фазу репродукции вступают женщины, имеющие серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Частота самопроизвольного прерывания беременности в мире составляет 15–25% исходов всех беременностей. Исследования, направленные на изучение молекулярных механизмов невынашивания беременности, являются одной из актуальных задач репродуктивной медицины. Цель работы – выявление корреляции между показателями экспрессии LIF и CD34 в гравидарном эндометрии женщин молодого и старшего репродуктивного возраста при неразвивающейся беременности разного генеза.

В работе использовали образцы гравидарного эндометрия, полученного от женщин с замершей беременностью I триместра. Биоптаты были разделены на 2 группы: образцы без выявленных причин невынашивания и образцы с наличием воспалительных изменений. Каждая группа была разделена на 2 возрастные подгруппы: молодой (26,18±0,49 лет) и старший (34,5±0,73 лет) репродуктивный возраст. Срезы эндометрия окрашивали иммуногистохимическим методом с применением моноклональных антител к LIF (Abcam, 1:100) и CD34 (Abcam, 1:25). Относительную площадь экспрессии молекул рассчитывали в программе Видеотест-Морфология 5.2 как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения (%). Также оценивали оптическую плотность экспрессии, которая характеризует количество экспрессии белка в одной клетке препарата (условные единицы). Для определения зависимости между показателями экспрессии провоспалительного цитокина LIF и маркера ангиогенеза CD34 был проведен корреляционный анализ методом Спирмана.

Ранговый коэффициент корреляции при сопоставлении площади экспрессии LIF и CD34 в эндометрии женщин молодого возраста при неразвивающейся беременности неопределенной этиологии составил r=0,84, что указывает на наличие положительной связи сильной тесноты. Отрицательная связь слабой тесноты обнаружена между показателями площади экспрессии в гравидарной ткани женщин старшего возраста различного генеза (r=-0,12). Положительная связь слабой тесноты – у женщин молодого репродуктивного возраста при воспалении эндометрия (r=0,36).

Ранговый коэффициент при сопоставлении показателей оптической плотности экспрессии в эндометрии женщин молодого возраста при неразвивающейся беременности неопределенной этиологии составил r=0,56, что указывает на наличие положительной связи умеренной тесноты. Положительная связь слабой тесноты также обнаружена между показателями оптической плотности экспрессии в эндометрии женщин старшего репродуктивного возраста при невынашивании различного генеза (r=0.29). Отрицательная связь слабой тесноты – у женщин молодого репродуктивного возраста при воспалении гравидарной ткани (r=-0.12).

Установлена корреляция между показателями иммунного ответа и эндотелиальной функции в эндометрии женщин молодого и старшего репродуктивного возраста при невынашивании беременности. Увеличение оптической плотности и относительной площади экспрессии провоспалительного цитокина приводило к значительному повышению экспрессии маркера ангиогенеза CD34 в гравидарной ткани. Полученные данные подтверждают влияние провоспалительного цитокина LIF на ингибирование дифференцировки гематопоэтических стволовых/ прогениторных клеток, индуцирующих CD34, в гравидарном эндометрии женщин молодого репродуктивного возраста невыявленной этиологии неразвивающейся беременности I триместра. Следует особенно подчеркнуть сложность данного периода, когда одновременно происходят процессы пролиферации, дифференцировки и апоптоз клеток. Исследование корреляции экспрессия молекул LIF и CD34 может являться прогностическим маркером для оценки прогноза течения беременности. Работа поддержана грантом Президента РФ МД-6001.2016.7.

Резюме. Иммунный статус гравидарного эндометрия с возрастом изменяется и зависит от этиологии невынашивания беременности. С возрастом наблюдается снижение интенсивности ангиогенеза, оцениваемое по экспрессии маркера CD34, в эндометрии женщин независимо от генеза неразвивающейся беременности. Исследование корреляции экспрессии LIF и CD34 может быть использовано для оценки функционального состояния эндометрия женщин разного возраста при неразвивающейся беременности I триместра.

THE INFLUENCE OF THE IMMUNE STATUS OF THE ENDOMETRIUM GRAVIDARUM ON THE PROCESSES OF ANGIOGENESIS

Popravka E.C.[1], Dyatlova A.C.[1], Linkova N. With.[1,2], Polyakova V.O.[3,4]

1st. Petersburg State Polytechnic University Peter the Great;
2 St. Petersburg Institute of Bioregulation And Gerontology, Saint-Petersburg, Russia
3 Research Institute of Obstetrics, Gynecology And Reproductology. D.O. Ott, Saint-Petersburg, Russia
4 Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. Immune status of endometrium changes with age and depends on the etiology of miscarriage. With age, there is degradation of angiogenesis intensity, which is estimated by the expression of CD34 marker, in the endometrium of women with missed abortion. Research of correlation of expression of LIF and CD34 can be used for predictive and integrated assessment of the functional state of the women's endometrium of all ages with developing pregnancy Ist trimester.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ

Каримов А.Х., Абатова А.А.

Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность. Внедрение эндоскопической хирургии, современных вспомогательных технологий, в гинекологическую практику способствуют изменению подходов и улучшению результатов лечения репродуктивной функции женщин. Эндоскопия занимает большое место в диагностике причин бесплодия. Лапароскопия показана во всех случаях, когда дальнейшее обследование и лечение бесплодия невозможно без прямого осмотра органов малого таза: бесплодие неясного генеза, подозрение на трубно-перитонеальное бесплодие и др.

Цель исследования: Изучить эндоскопическую картину трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин.

Материал и методы исследования: В гинекологическом отделении II клиники Ташкентской медицинской академии проведено 118 эндоскопических операций по поводу бесплодия. Длительность бесплодия составила от 2 до 11 лет. При этом первичная форма обнаружена у 83 пациенток, вторичная форма – у 35. Возраст женщин составил 19–39 лет.

С трубно-перитонеальным фактором бесплодия было 57 пациентки. Выявлялась различная степень спаечного процесса и изменение складчатости маточных труб. В анамнезе у этих пациенток – хронический воспалительный процесс органов малого таза, и, как правило, первая беременность, закончившаяся абортом.

У 23 больных обнаружены гидросальпинксы. С целью восстановления репродуктивной функции проводились эндоскопические вмешательства на маточных трубах – сальпинголизис, сальпингоовариолизис, фимбриопластика, хромогидротубация. Контроль проходимости маточных труб проводилось через 3 месяца путем гистеросальпингографии (ГСГ). Проходимость маточных труб восстановлено в 90–95% случаев, хотя репродуктивная система восстановилось в 65% случаев.

Выявлено 11 случаев наружного генитального эндометриоза, причем определено сочетание эндометриоидных очагов на широких маточных, крестцово-маточных связках, яичниках, круглых связках, передне-маточном пространстве, с аденомиозом. При обнаружении очагов эндометриоза проведено коагуляция, удаление эндометриоидных очагов. В дальнейшем рекомендовано гормональное лечение.

Поликистозные яичники, как причина бесплодия, были выявлены у 49 больных. Им проводилась диатермокаутеризация яичников. Беременность у этой категории женщин наступила у 22 через 2–9 месяцев. С эндометриозом беременность наступила у 4-х женщин через 2–5 месяцев. После операции у троих из них были эндометриоидные кисты, производилась резекция яичников, у 2-х – эндометриоз яичников – производилась коагуляция очагов эндометриоза, диатермокаутеризация яичников.

Выводы: 1. У женщин с воспалительными заболеваниями женских половых органов в анамнезе, осложненных бесплодием, необходимо проведение лапароскопии, чтобы своевременно уточнить диагноз.

2. После операции необходимо выработать тактику дальнейшего лечения и реа-

билитации пациенток.

3. Эндоскопия является обязательным компонентом в диагностике и лечении женщин с бесплодием.

Резюме: внедрение эндоскопической хирургии, современных вспомогательных технологий, в гинекологическую практику способствуют изменению подходов и улучшению результатов лечения репродуктивной функции женщин. Лапароскопия показана во всех случаях, когда дальнейшее обследование и лечение бесплодия невозможно без прямого осмотра органов малого таза: бесплодие неясного генеза, подозрение на трубно-перитонеальное бесплодие и др. Эндоскопия является обязательным компонентом в диагностике и лечении женщин с бесплодием.

MODERN TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY TUBAL-PERITONEAL FACTOR

Karimov A. Kh., Abitova A.A.

Tashkent medical Academy
Department of obstetrics and gynecology №2

Summary: the introduction of endoscopic surgery, advanced support technologies, in gynecological practice contribute to changing attitudes and improving the results of treatment of female reproductive function. Laparoscopy is shown in all cases where further investigation and treatment of infertility is not possible without a direct examination of the pelvic organs: Unexplained infertility, a suspicion of tubal-peritoneal infertility, etc. Endoscopy is an essential component in the diagnosis and treatment of women with infertility.

РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ МУЖСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э., Исмаилов Г.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Резюме. Полученные данные подтверждают важную роль проведения оперативного вмешательства по методике Desarda. Использование в этих целях выше изложенной методики показало большую перспективу в решении данной проблемы.

Актуальность. Одной из возможных причин снижения фертильного потенциала мужчин является грыженосительство или перенесенная операция по поводу паховой грыжи. С учетом этого, актуальность представляет влияние различных вариантов герниопластики на репродуктивную функцию у мужчин.

Цель. Проведение сравнительного анализа влияния различных методов грыжесечения на репродуктивную функцию у мужчин.

Материалы и методы. Исследование выполнено в двух группах пациентов. В зависимости от методики грыжесечения пациенты были разделены на две группы. В первой группе выполнялась герниопластика по Лихтенштейну, во второй грыжесечение по Desarda. До оперативного лечения и через 20 дней, три месяца и год после операции производилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере ALOKASSD-1700 с линейным датчиком 10 мГц. Во всех группах проведены спермаморфологические исследования за 6 дней до операции, спустя 3 месяца и через год после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде, на 20 сутки у пациентов, перенесших протезирование по методике Desarda, зафиксирован лучший кровоток в семенном канатике и как следствие меньше остаточный дефицит кровотока – 8,1%. Пациенты 2 группы, перенесшие операцию Лихтенштейна, имели наибольшие из двух групп остаточный дефицит кровотока – 14,8% и индекс резистентности – 0,85%. Проведенные исследования показали, что после хирургического лечения паховой грыжи по методике Лихтенштейна, развивается уменьшение числа сперматозоидов в единице объема эякулята.

Заключение. На основании анализа и полученных результатов мы видим, что герниопластика по Desarda оказывает минимальное действие на эпидемотестикулярную функцию и предпочтительно для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

VARIOUS OPTIONS HERNIOPLASTY AND THEIR INFLUENCE ON AN INDICATOR OF MALE FERTILITY

Magomedov M.M., Magomedbekov R.E., Ismailov G.M.

Of the «Dagestan state medical University» of rmph

Summary. These data confirm the role of surgical intervention on the Desarda technique. The use of the above methods have shown great prospect in solving this problem

СРАВНЕНИЕ БИОТОПОВ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ЭЯКУЛЯТА СУПРУЖЕСКИХ ПАР В ПРЕДГРАВИДАРНЫЙ ПЕРИОД

Почерников Д.Г., Герасимов А.М., Постовойтенко Н.Т.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства Здравоохранения России

Кафедра факультетской хирургии и урологии (зав. каф. – д.м.н., профессор А.И. Стрельников) Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики (зав. каф. – д.м.н., доц. А.И. Малышкина)

Резюме: Обратившимся с целью предгравидарной подготовки супружеским парам, выполнялась оценка биотопа урогенитального тракта, посредством бактериологического анализа эякулята у мужчин, и бактериологического анализа отделяемого цервикального канала и теста «Фемофлор» у женщин. При сравнительном анализе биотопов цервикального канала супруги и эякулята мужа, в большинстве наблюдений биотопы не совпадали. Поэтому мы считаем нерациональным назначение одинакового лечения супругам, не учитывая индивидуальные особенности биотопа мужчины и женщины.

В Российской Федерации доля супружеских пар, прошедших предгравидарную подготовку, не превышает 4% по причине недостаточной осведомленности их о пользе и важности подобных мероприятий. В структуре бесплодия и репродуктивных потерь инфекции мочеполового тракта занимают лидирующее место. Одним из основных этапов предгравидарной подготовки является обследование урогенитального тракта супругов на наличие инфекционных агентов. Именно в предгравидарный период, во многих случаях, после обнаружения патогенной микрофлоры в мочеполовом тракте одного из супругов, врач назначает лечение одновременно обоим супругам, не обследуя другого, предполагая схожую инфицированность половых трактов партнеров. Таким образом, один из супругов получает антибактериальную терапию, которая не подтверждена микробиологическими обследованиями. В настоящее время перечень лабораторных методов, рекомендованный стандартами оказания медицинской помощи при заболеваниях мочеполовой системы у мужчин и женщин, включает бактериологическое исследование спермы и отделяемого цервикального канала. Однако культуральный метод имеет ряд недостатков: длительные сроки культивирования микроорганизмов (в среднем 5–7 дней), а также невозможность культивирования условно патогенной и патогенной анаэробной флоры, являющейся частой причиной урогенитальных заболеваний преимущественно у женщин. С целью повышения эффективности диагностики мочеполовых инфекций у женщин, в том числе условно патогенными микроорганизмами, в клиническую практику введен относительно новый способ диагностики, основанный на методе ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием тест – системы «Фемофлор» (ООО «НПО ДНК – Технология»). Целью нашего исследования является сравнительная характеристика биотопов эякулята и цервикального канала в супружеских парах на этапе предгравидарного периода. В урологическую и гинекологическую клинику ИвГМА в 2016 году обратились 10 супружеских пар с целью предгравидарной подготовки и по поводу бесплодия. Для оценки биотопа урогенитального тракта всем мужчинам проводился бактериологический анализ эякулята, женщинам бактериологический анализ отделяемого цервикального канала и «Фемофлор». Бактериологический анализ проб осуществлялся стандартным методом. Все пациенты на момент осмотра не предъявляли активных жалоб, в течение последних 3 месяцев не получали антибактериальных препаратов и не пользовались барьерной контрацепцией. Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Excel 2010, Statistica 8.0. Средний возраст мужчин (n=10) в семейных парах составил 34,1±5,5 лет, женщин (n=10) 32,5±4,5 лет. Для Грамотрицательной микробной флоры диагностически значимым титром считали ⩾103 колониеобразующих единиц; для Грамположительной флоры ⩾104 КОЕ/мл. Из анамнеза выявлено, что 30% женщин страдали рецидивирующим циститом, 20% мужчины хроническим простатитом. По структуре сопутствующей экстрагенитальной патологии группы мужчин и женщин были репрезен-

тативны. В 40% наблюдений в цервикальном канале по результатам бактериологического посева присутствовали лактобактерии, в 20% рост микрофлоры отсутствовал. В остальных случаях в цервикальном канале присутствовала монокультура, представленная: E.coli – у одной женщины в значимом титре, у троих – Enterococcus (у двух в значимом титре, у одной в незначимом). Ассоциация микроорганизмов выявлена у одной женщины в виде Enterococcus и Klebsiella в значимом титре. В 80% наблюдений «Фемофлор» подтверждал результаты посева содержимого цервикального канала, при этом во всех этих случаях дополнительно тест «Фемофлор» выявлял присутствие в цервикальном канале анаэробных и внутриклеточных (у двоих женщин – Ureaplasma spp., у одной – Mycoplasma hominis) микроорганизмов, которых невозможно обнаружить при стандартном посеве. По результатам бактериологического анализа эякулята у супругов, стерильный посев был у троих мужчин. В остальных наблюдениях сперма мужчин была инфицирована: у троих выявлен Enterococcus в значимом титре; у одного Staphylococcus в незначимом титре. У двоих пациентов выявлена E.coli при этом у одного в значимом титре, а у другого в незначимом; еще у одного мужчины обнаружена Pseudomonas aeruginosa в значимом титре. При сравнительном анализе инфицированности спермы мужа и цервикального канала женщины по результатам культурального исследования нормальные посевы, представленные у мужчин стерильным посевом эякулята, а у женщин отсутствием роста микроорганизмов, встречались в 10% наблюдений. В 50% наблюдений у мужей в посеве эякулята присутствовал рост микроорганизмов, а у женщин напротив посев был нормальный. Всего в 20% случаев у женщин цервикальный канала был инфицирован, а у мужей в посеве эякулята рост микроорганизмов отсутствовал. В 20% супружеских пар сперма и цервикальный канал были инфицированы абсолютно разными микроорганизмами. При сравнительном анализе биотопа эякулята и цервикального канала по результатам теста «Фемофлор», только в 10% случаев биотопы совпадали. Таким образом, наше исследование демонстрирует, что инфицированность цервикального канала и эякулята в супружеских парах не совпадает в большинстве наблюдений (90%), что требует на этапе предгравидарной подготовки обязательного обследования обоих супругов. Мужчинам необходимо делать бактериологический анализ эякулята, женщинам – ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием тест – системы «Фемофлор». Также недопустимо назначение одинакового лечения половым партнерам, при выявлении микроорганизма у одного из них, ввиду разной инфицированности цервикального канала и эякулята.

COMPARE HABITATS CERVICAL CANAL AND EJACULATE COUPLES IN PREGRAVID PERIOD

Pochernikov D.G., Gerasimov A.M., Postovoytenko N.T., Malyshkina A.I.

FGBOU «Ivanovo State Medical Academy» of the Ministry of Health of Russia
Department of Surgery and Urology
Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Genetics

Abstract: To the addressed married couples, the assessment of a biotope of the urogenital tract, by means of the bacteriological analysis of an ejaculate and the bacteriological analysis

of the contents of the cervical canal and the «Femoflor test» at women. In a comparative analysis of biotopes of the cervical canal and ejaculate in the majority of cases the biotopes didn't coincide. Therefore we consider on inefficient setting of identical treatment to the married couples, disregarding specific features of a biotope of the man and the woman.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРИФОЛЛИТРОПИНА АЛЬФА В ПРОГРАММАХ ВРТ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Д.м.н., профессор Густоварова Т.А., Кулешова Д.А.

ГБОУ ВО «Смоленский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме. Целью исследования явилась оценка клинически-эмбриологических исходов, фармакоэкономических аспектов применения корифоллитропина альфа в программах ВРТ, проведенных у пациенток старше 40 лет за счет средств ОМС. Выполнен анализ 40 программ ВРТ (у 20 пациенток – с использованием фоллитропина альфа, у 20 исследуемых – с применением корифоллитропина альфа. Эффективность применения обоих препаратов у пациенток старше 40 лет не отличается, а проведение программы ВРТ с использованием корифоллитропина альфа является более фармакоэкономически обоснованным.

Важнейшим этапом программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является контролируемая овариальная стимуляция (КОС) с целью получения большего числа ооцитов и эмбрионов, а следовательно, повышения вероятности зачатия. Помимо широко известных препаратов человеческого менопаузального гонадотропина (ЧМГ), рекомбинантного фолликулостимулирующего (рФСГ) и лютеинизирующего (рЛГ) гормонов, в течение последних 5 лет для КОС применяют корифоллитропин альфа – рФСГ пролонгированного действия. Расширение показаний для проведения программ ВРТ за счет средств системы ОМС (обязательного медицинского страхования) согласно приказу №107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению", с одной стороны, дает шанс на желанную беременность для большего числа женщин, в том числе и для пациенток старшей возрастной группы, с другой, требует оптимизации затрат на лечение таких пациенток. Целью исследования явилась оценка клинических исходов и эмбриологических характеристик, фармакоэкономических аспектов применения корифоллитропина альфа (Элонва®) в программах ВРТ, проведенных у пациенток старше 40 лет в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. В проспективное исследование были включены 40 пациенток старше 40 лет, прошедших программу ВРТ за счет средств системы ОМС. В I группу вошли 20 пациенток, которым КОС проводилась с использованием фоллитропина альфа в дозе 300 МЕ ежедневно и цетрореликса в дозе 0,25 мг ежедневно (1 мг на курс). Ко II группе были отнесены 20 исследуемых, стимуляция овуляции которым проводилась с применением корифоллитропина альфа в дозе 100 мкг (6 пациенток) или 150 мкг (14 пациенток) – однократно (при массе тела до 60 кг – 100 мкг; свыше 60 кг – 150 мкг) и цетрореликса в дозе 0,25 мг ежедневно (1 мг на курс). У всех пациенток обеих групп дополнительно с 8-го дня стимуляции до дня введения триггера назначали

менотропины (Менопур мультидоза®) в дозе 75 и 150 МЕ ежедневно. При оценке параметров фолликулогенеза и оогенеза в исследуемом цикле, статистически значимых отличий выявлено не было. Следует отметить, что у пациенток II группы доля фолликулов, содержащих ооциты, была больше, в сравнении с женщинами, получавшими фоллитропин альфа, а доля зрелых ооцитов – меньше. На основании данных, полученных Lee J.E. и соавт., можно предположить, что большее число незрелых фолликулов во II группе обусловлено тем, что более половины (55%) исследуемых имели предыдущие циклы ЭКО/ИКСИ в анамнезе. Доля зигот с нормальным оплодотворением (2PN2PB) в I группе составила 77,3%, во II группе – 75,7% (p>0,05), Число переносимых эмбрионов у пациенток I когорты составило – 1,90±0,07, II – 1,65±0,49 (p>0,05). Доля эмбрионов различного качества также не имела статистически значимых различий. У 3 (15%) пациенток I группы была зарегистрирована клиническая беременность, среди женщин II группы клиническая беременность была получена в 2 (10%) случаях (p>0,05). Количество упаковок лекарственных препаратов на курс стимуляции у пациенток I группы составило: 8 упаковок фоллитропина альфа (Гонал-Ф®), 4 упаковки цетрореликса, 1 флакон человеческого менопаузального гонадотропина (Менопур мультидоза®) стоимость цикла КОС – 56 872 руб. У исследуемых II группы – 1 упаковка корифоллитропина альфа (Элонва®), 4 упаковки цетрореликса и 1 флакон Менопур мультидоза®. Стоимость курса КОС – 35 818 руб. Таким образом, стоимость медикаментозного обеспечения КОС во II группе (с применением корифоллитропина и трипторелина) ниже, чем с применением традиционной схемы с фоллитропином альфа на 21 054 руб. Таким образом, использование рФСГ пролонгированного действия – корифоллитропина альфа – не уступает по эффективности применению ежедневных инъекций рФСГ у пациенток старше 40 лет. В программах ВРТ за счет средств системы ОМС выбор данного препарата также является фармакоэкономически обоснованным, позволяет грамотно использовать средства бюджета и оказать квалифицированную медицинскую помощь большему числу пациенток.

CORIFOLLITROPIN ALFA APPLICATION IN ART PROGRAMS IN WOMEN OVER 40 YEARS

Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya st., 28

Summary. Purpose of the study is evaluation of clinical outcomes, embryological characteristics, pharmacoeconomic aspects of corifollitropina alpha application in the ART programs, conducted in patients older than 40 years at the expense of mandatory health insurance funds (compulsory medical insurance). 40 ART programs were analyzed (20 patients whose controlled ovarian stimulation (COS) was carried out using follitropin alfa, 20 patients – using corifollitropina alpha). The effectiveness of corifollitropina alfa and follitropin alfa in patients older than 40 years is the same. Implementation of the ART programs using corifollitropina alpha is more pharmaeconomicly reasonable.

ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ

Пархоменко А.А.[2], Десяткова Н.В.[1], Долгушина Н.В.[1], Суханова Ю.А.[1]

1 ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
2 ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Актуальность. Ожирение широко распространено среди женщин репродуктивного возраста. Доказано, что пациентки с индексом массы тела (ИМТ) ⩾25 кг/м2 имеют более низкие шансы наступления беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и более проблемное течение беременности по сравнению с женщинами с ИМТ <25 кг/м2. В последнее время появились данные о роли лептина и адипонектина, синтезируемых жировой тканью, в генезе репродуктивных потерь у пациенток с избыточной массой тела.

Цель исследования. Оценить исходы программ ВРТ у пациенток с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от уровня адипокинов.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование были включены 147 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, нормальным кариотипом, ИМТ⩾18,0 кг/м2, отсутствием противопоказаний к проведению ВРТ и подписанным информированным согласием на участие в исследовании, из которых 106 пациенток имели ИМТ⩾23 кг/м2 и 41 пациентка – ИМТ<23 кг/м2. Определение уровня лептина и адипонектина в плазме крови проводили на мультиплексном анализаторе Luminex 200.

Результаты. При пороговом ИМТ⩾23 кг/м2 наблюдалось значимо более высокое содержание в крови лептина (21,9±10,5 нг/мл vs. 7,1±5,6 нг/мл) на фоне снижения уровня адипонектина (9,7±5,3 мкг/мл vs. 14,3±6,6 мкг/мл). Также уровень лептина был выше у пациенток, у которых беременность в ходе проведения ЭКО не наступила. При проведении ROC-анализа порогами отсечки для эффективности программ ВРТ с максимальной площадью под кривой стали уровень лептина>18 нг/мл (AUC=0,600) и уровень адипонектина⩽7 мкг/мл (AUC=0,586). Статистически значимо меньшее число клинических беременностей и живорождений было обнаружено у пациенток с ИМТ⩾23 кг/м2. При ИМТ⩾23 кг/м2, уровне лептина > 18 нг/мл и уровне адипонектина < 7 мкг/мл шансы наступления беременности были меньше в 2,5 раз (95% ДИ = 1,0; 6,1), шансы живорождения – в 2,3 раза (95% ДИ = 1,1; 5,5).

Заключение. Неэффективность программ ВРТ у пациенток с избыточной массой тела и ожирением может быть связана с нарушением обмена адипокинов.

THE OUTCOMES OF ART PROGRAMS IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS, DEPENDING ON THE LEVEL OF ADIPOKINES

Parkhomenko A.A.[2], Desyatkova N.V.[1], Dolgushina N.V.[1], Sukhanov Yu.A.[1]

1 Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician VI Kulakov
2 Moscow State University named after MV Lomonosov»

Conclusion. The ineffectiveness of ART programs in overweight and obese patients may be associated with impaired metabolism of adipokines

ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛЛЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕНОВ-РЕГУЛЯТОРОВ АДИПОКИНОВ

Десяткова Н.В.[1], Пархоменко А.А.[2], Долгушина Н.В.[1]

1 ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
2 ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Актуальность. Пациентки с избыточной массой тела (ИМТ ⩾25 кг/м2) имеют более низкую эффективность лечения бесплодия в программах ВРТ. Известно, что гормоны, синтезируемые жировой тканью (лептин и адипонектин) играют важную роль в регуляции репродуктивных функций. Описаны полиморфизмы гена лептина (LEP) и его рецепторов (LEPR), кодирующих уровень и активность адипокинов у человека, которые приводят к ожирению, нарушению гонадотропной функции гипофиза, и различным нарушениям репродуктивной функции.

Цель исследования. Оценить исходы программ ВРТ у пациенток с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от аллельного состояния генов-регуляторов адипокинов.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование были включены 147 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, нормальным кариотипом, ИМТ⩾18,0 кг/м2, отсутствием противопоказаний к проведению ВРТ и подписанным информированным согласием на участие в исследовании. Анализ полиморфизма генов, регулирующих уровень адипокинов (LEP: -2548 (2453) G>A, LEPR: 818(853) A>G (Gln223Arg) и LEPR: 476 (511) A>G (Lys109Arg)), проводили с помощью аллель-специфичной ПЦР.

Результаты. У пациенток, родивших живых детей, значимо чаще отмечалось наличие генотипа AA гена LEP c.-2548 (2453) G>A (ОШ=3,0; 95% ДИ= 1,3; 7,3) и генотипа GG гена LEPR c.476 (511) A>G (ОШ=2,1; 95% ДИ=1,1; 3,9), и реже – генотипа AA гена LEPR c.476 (511) A>G (ОШ=2,1; 95% ДИ=1,1; 3,9).

Заключение. Генотипы GG гена LEPR c.476 (511) A>G и AA гена LEP c.-2548 (2453)

G>A чаще наблюдается у пациенток с позитивными исходами программ ВРТ, тогда как генотип АА гена LEPR c.476 (511) A>G чаще наблюдается при неудачах программ ВРТ, что свидетельствует о защитной или негативной роли данных генотипов в обмене адипокинов.

THE OUTCOMES OF ART PROGRAMS, DEPENDING ON THE ALLELIC STATUS GENES REGULATORS ADIPOKINES

Desyatkova N.V., Parkhomenko A.A.[2,1], Dolgushina N.V.[1].

1 Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician VI Kulakov
2 Moscow State University named after MV Lomonosov»

ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ У ОТЦОВ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ У ПОТОМСТВА. ЕСТЬ ЛИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ДО ЗАЧАТИЯ?

Маркарян Д.С.

Кабинет «Брак и семья» 1990–1992 г.М.Ц. «Линия Жизни», Москва, 2005–20015

Резюме. На собственном материале описана причинно-следственная связь между тератозооспермией у отцов,ассоциированной с инфекциями в сперме,курением сигарет ,алкоголизмом, мутациями в спермиях (тератозооспермия) и психическими болезнями у потомства. Снижение уровня тератозооспермии на этапе Прегравидарной Подготовки Мужчин (ППМ) к зачатию открывает огромные перспективы профилактики большей части психических и других болезней человека.

Введение. Психическими болезнями страдает до 25% населения развитых стран. Установлено, что большая часть всего спектра психических болезней возникает de novo в потомстве родителей не отягощенных манифестными психозами. Описано более 20 мутаций, ассоциированных с шизофренией и другими болезнями психики. Синдром ХУУ (частота 1:1000) однозначно указывает на мутационное событие в мейозе сперматогенеза-слипание и нерасхождение У-хромосом. Имеются основания утверждать,что практически все мутации ведущие к психическим болезням возникают de novo в спермиях отцов и тератозооспермия является обобщенным маркером этих мутаций. Известно,что митоз и мейоз наиболее уязвимы для мутагенных воздействий. При этом абсолютно доминирует роль мужчины, т.к на одно 2-е мейотическое деление в месяц в овогенезе женщин , приходятся миллиарды митозов и сотни миллионов мейозов в сперматогенезе отцов. Ценность настоящего исследования в том, что возможно впервые , одному и тому же специалисту по бесплодию удалось исследовать сперматогенез и проследить за тремя семьями ,в которых бесплодие было связано с интенсивным мутационным процессом в сперматогенезе (тератозооспермия) и собрать сведения о состоянии психического здоровья их потомства спустя 13–25 лет.

Материалы и методы.В работе обобщен материал по 3 семьям,которые в 1992–1999 гг. обратились для лечения по поводу мужского бесплодия. Семья « А» (семья моей дочери). Обратилась в 1992 г. У мужа тотальная тератозооспермия (Астенотератозооспермия. Индекс Крюгера – 0. Инфертильность). Причины– обильная смешанная инфекция в сперме, алкоголизм, курение до 40 сигарет в сутки. Семья « Б» 1992 г. Диагноз тотальная тератозооспермия. Причины– обильная инфекция в сперме,и возможно рентгеноблучение области таза (была травма).Семья В.1999 г.Тотальная тератозооспермия. Причина-обильная смешанная инфекция в сперме, алкоголизм, курение 20–40 сигарет в сутки.Во всех случаях оксидативный стресс в сперме(pH ниже 7.0). Будущие матери здоровы и фертильны. Манифестными психозами семьи не отягощены. Спермограммы автор делал лично ориентируясь на рекомендации ВОЗ (1980 и 1999). Уровень тератозооспермии оценивали по строгим критериям Kruger(1988). Наличие микрофлоры в сперме оценивали по результатам посева и по результатам микроскопии после окраски метиленовой синькой. Состояние психики у потомства описано на основании выписок из историй болезни и сведений полученных от родителей.

Результаты. Семьям был назначен 4–6 месячный курс терапии для восстановления нормального сперматогенеза. Его первый этап был направлен на устранение инфекции из половых желез и мочеполовой системы, запрет на алкоголь и курение. В письменном виде был указан запрет на зачатие до окончания лечения и реабилитации сперматогенеза до нормы. Однако запрет был нарушен и во всех трех семьях уже после первого месячного курса терапии возникла незапланированная беременность. Роды в срок доношенными плодами без видимых пороков развития.В семье « А» родилась внешне здоровая девочка(1993),в семье « Б» внешне здоровые девочка и потом мальчик (1992 и 1994),в семье «В» два внешне здоровых мальчика (2001 и 2003). На момент написания данной работы (2016 г) у девочки из семьи «А» и у девочки из семьи «Б» -шизотипические расстройства. У мальчика из семьи «Б» и у мальчика из семьи « В»– аутизм,склонность к депрессиям. Были периоды суицидальных расстройств. Есть и пороки развития зубов, кишечника, иммуннитета,кишечные ферментопатии.

Заключение. Тератозооспермия –важнейший фактор мужского бесплодия. Является следствием мутагенных воздействий на митозы и мейозы в сперматогенезе, а также на хроматин в головках зрелых спермиев в половых путях и в половых железах. Список мутагенов для сперматогенеза длинный, но наибольшее практическое значение на сегодня имеют токсины инфекций , курение табака и алкоголь. На нашем материале обнаружена ассоциация названных мутагенов и тератозооспермии, как интегрального маркера мутационных событий в яичках и половых железах с одной стороны и возникшими заново психическими болезнями у потомства с другой. Вырисовывается цепочка событий-генитальные инфекции, курение, алкоголь ,другие мутагены---сперматогенез—спермии-мутанты в виде тератозооспермии – перинатальная патология ,пороки развития и психические болезни. Выявленная ассоциация открывает огромные перспективы для первичной, до зачатия, профилактики психических и других болезней, большая часть которых является результатом мутаций в спермиях через Прегравидарную Подготовку Мужчин(ППМ). У нас уже есть эффективные способы снижения уровня тератозооспермий при лечении мужского бесплодия и при ППМ. ППМ стоит дешево и пригодна к массовому применению в амбулаторных условиях. Наш опыт применения ППМ на большой популяции,в контакте с гинекологами в 2005–2015 гг, позволил в 3–4 раза улучшить

перинатальные показатели,в 4 раза снизить частоту пороков развития. (Маркарян Д.С.2010,2013,2014,2015. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол. Status Praesens,Москва,2016,41–42)

FATHERS TERATOZOOSPERMIA AND MENTAL DESEASES IN OFFSPRING. IS THERE A CAUSAL-RESULT LINK AND POSSIBILITY ITS PREVENTION BEFORE CONCEPTION

Markarian D.S.

It describes the relationship between infection in semen,cigarette smoking,alcoholism, mutations in the fathers sperm (teratozoospermia) and mental deaseses in offspring. Pregravidar training of Man (PPM), treatment of Teratozoospermia, opens up huge opportunities for the preconceptional prevention of Mental and others deseases.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ, КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКЦИИ У УЖЕНЩИН

Гладкая В.С., Агеева Е.С.

ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова», Абакан

Проведено изучение особенностей продукции провоспалительных цитокинов у 70 женщин с хроническим эндометритом и бесплодием. Представлены данные анкетирования, лапароскопии, гистероскопии с биопсией эндометрия, исследования уровня цитокинов IL-6, IL-8, TNF-α в сыворотке крови и обследования на наличие ИППП (трихомонада, хламидия, микоплазма, уреплазма) методом ИФА. В биоптатах эндометрия у 62,8% пациенток с наличием хронического эндометрита методом ПЦР выявлены: хламидия (41,9%), уреплазма (11,3%), микоплазма (8,1%), трихомониаз (1,6%). Анализ уровня цитокинов (IL-6, IL-8 и TNF-α) у пациенток с отрицательным результатом на хламидиоз не превысил свои пороговые значения. Уровень цитокина IL-8 у пациенток с хроническим трихомониазом значительно превышал значение не имеющих этой инфекции, (p = 0,018). Выявленные изменения эндометрия у пациенток с бесплодием необходимо учитывать при проведении программы обследования и подготовке к экстракорпоральному оплодотворению.

Ключевые слова: хронический эндометрит, цитокины, инфекции, подготовка экстракорпоральное оплодотворение.

В современном обществе высокая распространенность бесплодного брака существенно влияет на демографические показатели [3]. В России доля бесплодных браков достигает 17,5%, в некоторых регионах Сибирского Федерального округа, где проводились эпидемиологические исследования с целью уточнения истинной распространенности и структуры бесплодного брака колеблется от 16,2% до 24,9% [5,6,7,8,9,10,11]. В Республике Хакасия, согласно статистическим данным распространенность женского бесплодия в 2014 году составила 719,9 на 100 тыс. женского населения. Приведенные данные свидетельствуют, что распространенность беспло-

дия в Сибирском Федеральном округе существенно превышает критический уровень (15%), установленный ВОЗ, отражают низкое качество ресурсов воспроизводства и оказывают негативное влияние на демографическую ситуацию в России.

Установлено, наиболее частой причиной формирование бесплодия у женщин являются воспалительные заболевания органов малого таза, а именно хронический эндометрит, сальпингит, оофорит с формированием тазовых перитонеальных спаек. Распространенность хронического эндометрита у женщин репродуктивного возраста колеблется от 10% до 98%, что обусловлено трудностями диагностики ввиду стертости клинической симптоматики. Отсутствие тенденции к снижению распространенности хронического эндометрита исследователи объясняют высокой частотой прерывания беременности методом кюретажа, необоснованными повторными хирургическими вмешательствами в полость матки, неполноценной реабилитацией травмированного эндометрия, это приводит к комплексу морфофункциональных изменений эндометрия воспалительного генеза, нарушению нормальной циклической трансформации и рецептивности тканей [2,4]. Исследование цитокинов в эндометрии, возможно, позволит выявить новые аспекты иммунной регуляции ранних этапов формирования воспалительного процесса с целью прогноза эффективности лечения хронического эндометрита.

Цель исследования: Изучить особенности продукции провоспалительных цитокинов у женщин с хроническим эндометритом и бесплодием, обусловленным наличием хронической персистирующей инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 70 женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, походивших лечение в гинекологическом отделении ГБУЗ РХ «Республиканский клинический родильный дом» в 2014 году, в соответствии с требованиями к проведению клинических исследований и соблюдением принципов добровольности, прав и свобод личности. Средний возраст обследованных женщин составил 30,3 (4,3) года [95% ДИ: 29,3–31,3]. Средний возраст менархе 13,5 (1,6) лет [95% ДИ: 13,1–13,9], сексуальный дебют в 17,6 (1,9) лет [95% ДИ: 17,1–18,1].

Обследование включало в себя: анкетирование, общий и гинекологический осмотр, гистероскопию, лапароскопию с биопсией эндометрия, исследование биологических образцов эндометрия методом ПЦР и исследование венозной крови методом ИФА.

Оценку уровня цитокинов IL-6, IL-8, TNF-α в сыворотке крови определяли с помощью коммерческих иммуноферментных тест-систем «Протеиновый контур (Россия). Обследование на наличие ИППП (трихомонада, хламидия, микоплазма, уреплазма) проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) на базе кафедры фундаментальной медицины и гигиены Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова.

Статистическая обработка материала исследования выполнена методами вариационной статистики с помощью прикладных программ «STATISTICA v. 7.0 © STATSOFT, USA». Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения проводился с использованием критерия Шапиро-Уилка. Распределение сравниваемых выборок соответствовало нормальному закону, величины представлены в виде среднего арифметического, стандартного отклонения и 95% доверительного интервала: M (CO). Для сравнения данных между группами использовали критерий Стьюдента (t). Различия результатов считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Продолжительность бесплодия у обследованных женщин составила 6,5 (2,1) лет. Из анамнеза у 60,2% женщин в имелись беременно-

сти (от 1 до 4-х), а у 39,8% пациенток – первичное бесплодие. Перенесенные гинекологические заболевания: вагинит (50%), аднексит (58%), патология шейки матки (41%), миома матки (21%), эндометриоз (8%).

Для оценки анатомо-функционального состояния органов малого таза проведены диагностические и лечебные мероприятия (гистероскопия, лапароскопия). У 40% пациенток обнаружен спаечный процесс органов малого таза, согласно классификации J. Hulka: I-я степень выраженности спаечного процесса наблюдалась в 40,7% случаев, II-я – в 40,7%, III-я – в 7,5% и IV-я – в 11,1% случаев. Гидросальпинксы в виде мешотчатых образований маточных труб с наличием серозного содержимого и облитерацией фимбрий, обнаружены у трети женщин (31%), при этом у половины из них имелись двухсторонние необратимые процессы, что явилось поводом для проведения тубэктомии.

Гистероскопическое исследование выявило у 70% пациенток наличие хронического эндометрита, в 10% случаев – железистая гиперплазия эндометрия, что подтверждено гистологическим исследованием биоптатов эндометрия. У 20% женщин патологии эндометрия не выявлено.

Все пациентки накануне операции обследованы на наличие инфекций передаваемых половым путем методом ПЦР. Несмотря на то, что инфекционные агенты являются основным этиологическим фактором хронического эндометрита, только в 39–76% случаев удается выявить возбудителя. Механизм развития воспаления связан с антигеном персистирующей инфекции, который «запускает» иммунный ответ и далее реализуется, как реакция гиперчувствительности замедленного типа [1,3].

Положительные результаты на наличие микроорганизмов в биоптатах эндометрия получены в 62,8% случаев. У обследованных женщин методом ПЦР выявлены: Chlamydia trachomatis (41,9%), Ureaplasma spp. (11,3%), Mycoplasma spp. (8,1%) и трихомониаз (1,6%). При этом данные анамнеза на перенесенные инфекционные заболевания органов малого таза имелись только у 31,4% обследованных пациенток, что свидетельствует о высокой частоте «стертого» течения воспалительного процесса.

Анализ цитокинового профиля выполнен с учетом разделения пациенток на две группы: положительный и отрицательный результат ПЦР на наличие хламидий. Результат показал, что на фоне хронического воспалительного процесса, независимо от персистенции микроорганизма в эндометрии, уровни анализируемых цитокинов (IL-6, IL-8 и TNF-α) не превысили свои пороговые значения, статистически значимых различий не выявлено. Возможно, полученные результаты связаны с особенностями иммунопатологических механизмов взаимодействия микро– и макроорганизма. Хламидийная инфекция носит хронический характер, опосредованная влиянием цитокинового воспаления и регуляторных цитокинов иммунного ответа. Учитывая это, можно предположить, что длительная персистенция Chlamydia trachomatis в эндометрии, способствующая длительной стимуляции иммунного ответа, в конечном итоге не приводит в выраженной цитокиновой активации.

Анализ цитокинового профиля у пациенток с выявленной инфекцией вызванной Trichomonas vaginalis, показал, что на фоне хронического воспалительного процесса, уровень цитокина IL-6 (1,2 пкг/мл) у пациенток с хроническим трихомониазом превышает в 3,8 раза (4,6 (3,7) пкг/мл, p=0,364), статистически значимых различий не выявлено. Уровень цитокина TNF-α (1,4 и 1,9 (1,9) пкг/мл, соответственно) в обследованных группах не отличался, (p=0,797). Уровень цитокина IL-8 у женщины с хроническим трихомониазом значительно превышал значение у пациенток, не имеющих этой инфекции, (20,1 и 5,2 (6,1) пкг/мл, соответственно, p=0,018). Возможно, получен-

ные результаты связаны с тем, что инфекция, вызванная Trichomonas vaginalis, приводит к выраженной цитокиновой активации.

Выводы. Распространенность бесплодия среди женщин репродуктивного возраста в Республике Хакасия находится на высоком уровне и в 2 раза превышает аналогичный показатель в России. У 40% пациенток обнаружен спаечный процесс органов малого таза различной степени выраженности. Гистологическое исследование эндометрия в 70% случаев подтвердило наличие хронического эндометрита. Методом ПЦР у 62,8% обследованных, выявлены хламидиоз (41,9%), уреплазмаз-моз (11,3%), микоплазмоз (8,1%) и трихомониаз (1,6%). Анализ цитокинового профиля показал, что уровни цитокинов (IL-6, IL-8 и TNF-α) у обследованных пациенток с отрицательным результатом на хламидиоз не превысили свои пороговые значения. Уровень цитокина IL-8 у пациенток с хронической трихомонадной инфекцией значительно превышал значение не имеющих этой инфекции, (p=0,018).

Выявленные изменения эндометрия у пациенток с бесплодием необходимо учитывать при проведении программы обследования, реабилитации и подготовке к экстракорпоральному оплодотворению.

CHRONIC ENDOMETRITIS, AS A FACTOR OF VIOLATIONS REPRODUCTION IN WOMEN

Katanov N.F.

State University of Khakassia, Abakan

Summary

The study of the features of production of proinflammatory cytokines in 70 women with chronic endometritis and infertility. The data of the survey are presented, laparoscopy, hysteroscopy with endometrial biopsy, the study of cytokines IL-6, IL-8, TNF-α in serum and screening for sexually transmitted infections (trichomonas, chlamydia, mycoplasma, ureplazmu) ELISA. The endometrial biopsies in 62.8% of patients with the presence of chronic endometritis PCR revealed: chlamydia (41.9%), ureplazmu (11.3%), mycoplasma (8.1%), trichomoniasis (1.6%). Analysis of the cytokine (IL-6, IL-8 and TNF-α) in patients negative for Chlamydia not exceeded their thresholds. The level of the cytokine IL-8 in patients with chronic trichomoniasis significantly exceed the value of not having this infection (p = 0,018). The revealed changes in the endometrium of patients with infertility should be considered in the survey program and preparation for in vitro fertilization.

Keywords: chronic endometritis, cytokines, infection, preparing in vitro fertilization.

THE EFFECT OF THE INFLAMMATION ACTIVITY IN PROSTATE ON SEMEN PARAMETERS AND FERTILITY: A MULTI-CENTRAL STUDY

V.Bozhedomov[1,2,3]*, Semenov A.[4], Mikeshina E.[4], Tomilova I.[5], Bozhedomova G.[2], Zivulko A.[2], Ushakoval.[6], Sukhikh G.[1,6]

1 Department of Obstetrics, Gynecology, Perinatology and Reproduction, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;
2 Department of Clinical Andrology, The Federal State Budget Institution Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;
3 Federal State Budget Institution «Polyclinic No. 1» of the Business Administration for the President of the Russian Federation, Moscow, Russia,
4 Ivanovo Regional Clinical Hospital, Ivanovo, Russia ;
5 Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia;
6 Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology», Moscow, Russia

SUMMARY

Infections of the male urogenital tract are potentially curable causes of male infertility. However, the clinical significance of an increased concentration of leukocytes in the prostatic fluid end ejaculate is controversial.

Study objective: to study the correlation between the inflammation in prostate and male fertility.

The couples (n=1459) examination and semen test followed the WHO requirements. The inflammation was evaluated by polymorphonuclear leukocytes (PMN) rate in expressed prostatic secretions, or post-prostatic massage urine, level of spermal PMNs, reactive oxygen species (ROS) production, nitrates, nitrogen oxide (NO), malondialdehyde (MDA) concentrations. We calculated correlations and compared median values of the study groups of the men with secondary infertility and inflammatory chronic prostatitis (IICP-group; n=100), the fertile men with inflammatory chronic prostatitis (FICP-group; n=105) and the fertile healthy men (FH-group; n=46).

Leukospermia in the secondary infertile couples was found in 19.7%; in 9.3% – the only risk factor. Compared to the FH-patients, the FICP– and IICP-groups had less frequent normozoospermia ($p<0.01$), increased semen viscosity, asthenozoospermia ($p<0.005$), aggregation ($p<0.03$), lower seminal fructose rate ($p<0.03$), higher ROS generation ($p<0.001$), seminal concentrations of nitrates ($p<0.01$) and MDA ($p<0.003$). We found no differences in PMN count and leukospermia frequency, as well as ROS generation in the neat semen between the FICP and IICP. However, the FICP had more expressed signs of intracellular oxidative stress (OS): less ROS generation by washed spermatozoa (OR=6.2; $p<0.01$), MDA (OR=1.2; $p=0.003$), NO (OR=1.3; $p=0.043$). FICP subjects had less frequent asthenozoospermia (OR=2.1; $p<0.001$) and teratozoospermia (OR=4.5; $p<0.001$), increased semen viscosity (OR=2.4; $p<0.001$), higher concentration of Zn2+ (OR=1.5; $p=0.003$), fructose (OR=1.3; $p=0.018$) and citric acid (OR=1.5; $p<0.001$), more frequent normozoospermia (OR=5.3; $p<0.001$).

The semen quality in ICP decreased proportionally to the intensity of OS, that depends upon functional leukocytes activity and protection, including antioxidant capabilities of ejaculate, rather than the concentration of seminal leukocytes.

МАТОЧНЫЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Медведева В.В, Мальгина Г.Б.

ФГБУ Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества,
АО «Центр семейной медицины», Екатеринбург, Россия

Эффективность программ ВРТ у ВИЧ-положительных пациенток не превышает 12%. В структуре причин бесплодия у данной категории женщин превалирует трубный генез, который является результатом перенесенных ранее воспалительных заболеваний органов малого таза. Параллельно с маточными трубами воспалительный компонент способствует развитию патологии эндометрия, которая делает невозможной имплантацию эмбриона в программе ЭКО. Поэтому подготовка к программам ВРТ ВИЧ-положительных женщин должна проводиться с учетом имеющихся у данной категории пациенток гинекологических особенностей.

На сегодняшний день число бесплодных браков в России достигло критического уровня – 15% (по данным ВОЗ). Параллельно с проблемой бесплодия отмечается рост числа ВИЧ-инфицированных, в том числе и у женщин репродуктивного возраста. По последней оценке состояния проблемы ВИЧ инфекции в России на 2016 гол зарегестрировано более 1млн. инфицированных, из них 36,6% – женщины репродуктивного возраста. Часть из них не может иметь спонтанную беременность и нуждаются в проведении ЭКО, что регламентировано новым порядком (приказ МЗ РФ №107н от 30.08.2012). Эффективность программы экстракорпорального оплодотворения на сегодня по различным данным не превышает 45%, у ВИЧ-инфицированных пациенток эффективность не превышает 12%.

Главными предикторами успеха в программах экстракорпорального оплодотворения являются два показателя: 1 – качество получаемых эмбрионов, 2 – качество эндометрия.

На основании ретроспективного анализа проведенных в 2014г в АО "Центр семейной медицины" 83 программ ЭКО у ВИЧ-положительных женщин выявлено достоверное снижение частоты наступление беременности после ЭКО у данной категории пациенток (частота наступления беременности на пункцию 11% по сравнению с 36% у ВИЧ-отрицательных женщин).

Контрольную группу составили 85 женщин репродуктивного возраста без ВИЧ-инфекции. Критерии включения в исследование: репродуктивный возраст (19–35 лет); стадии ВИЧ-инфекции 3–4А (для ВИЧ-инфекции); трубный и/или маточный генез бесплодия. Критерии исключения: возраст менее 19 лет и более 35 лет; ВИЧ инфекция 1, 2, 4Б, 4В стадии; общие противопоказания для проведения программы ЭКО (согласно приказу МЗ РФ №107н от 30.08.2012).

Наряду с клиническим осмотром всем пациенткам проводились гинекологический бимануальный осмотр, исследование в зеркалах, УЗИ органов малого таза полостным датчиком в первую фазу менструального цикла (5–14 день менструального цикла), гистероскопическое исследование с биопсией эндометрия, обзорное гистологическое исследование эндометрия.

В результате гистологического исследования эндометрия у женщин с ВИЧ–инфекцией выявлена повышенная частота развития патологии эндометрия, даже при отсутствии ее визуализации по УЗИ.

Нормальная гистологическая картина получена в 20,6% случаев, тогда как по УЗИ патология отсутствовала у 55,6% пациенток. В 33,3% случаев по гистологии выявлены гиперпластические процессы в эндометрии (в виде гиперплазии эндометрия, нарушения отторжения эндометрия, полипов эндометрия), что сопоставимо с УЗИ-данными, когда признаки гиперплазии были выявлены в 31,7%. У 27,1% пациенток выявлены признаки обострения хронического эндометрита (высокая степень лимфойдной, нейтрофильной инфильтрации, фиброз, склероз стромы), что достоверно отличалось от результатов ультразвука (7,9% пациенток имели подозрение на эндометрит). В 19% случаев по гистологии выявлено сочетание гиперпластических процессов эндометрия с воспалительным компонентом; по УЗИ этот процент был достоверно ниже – 4,8.

Необходимо расширить показания для проведения гистероскопии перед программой ЭКО у данной категории пациенток, учитывая высокий процент патологии по результатам гистологического исследования, а также низкий процент эффективности программ ВРТ. Коррекция выявленной патологии должна проводиться с учетом проведения антиретровирусной терапии, в свою очередь подбор антиретровирусной терапии перед беременностью, возможно, должен проводится в соответствии с выявленной внутриматочной патологией.

UTERINE FACTOR INFERTILITY IN HIV-INFECTED WOMEN

Medvedev V.V., Malgina G.B.

FGBU Research Institute of Maternity and Infancy,
JSC «Center for Family Medicine», Yekaterinburg, Russia

The effectiveness of art in HIV-positive patients does not exceed 12%. The structure of causes of infertility in this group of women prevails pipe Genesis, which is the result of migrated earlier inflammatory diseases of the pelvic organs. In parallel with the fallopian tubes inflammatory component contributes to the development of pathology endometrija that prevents embryo implantation in the IVF program. So the preparation for ART-programs for HIV-positive women must take into account available in this category of patients gynecological features.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНА И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ В ТЕЧЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО ОВАРИАЛЬНОГО ЦИКЛА

Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Клейменова Т.С., Родичкина В.Р.

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

Резюме. Оценка экспрессии половых стероидных гормонов в эндометрии в течение овариального менструального цикла является качественной характеристикой процессов трансформации эндометрия. Детальная оценка экспрессии рецепторов ER и PgR в железах и стромальном компоненте эндометрия с использованием иммуногистохимического метода и иммунофлюоресцентой конфокальной лазерной сканирующей микроскопии позволяет в дальнейшем разработать алгоритм диагностики эндометриальной дисфункции.

Актуальность. Исследование экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона остается одной из главных задач в современной гинекологии в связи с высокой частотой встречаемости бесплодия, невынашивания беременности, неэффективных циклов ЭКО, гиперпластических и онкологических трансформаций эндометрия. Целью исследования явилось изучение экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона в эндометрии в течение нормального овариального менструального цикла у женщин репродуктивного возраста. Материал и методы. Материалом для исследования послужили биоптаты эндометрия от 60 условно здоровых пациенток в возрасте от 25 до 35 лет в разные стадии фазы пролиферации и секреции в связи с планированием беременности, проходивших обследование на базе ФГБНУ «НИИ АГиР имени Д.О. Отта». Отбор пациенток проводился после анализа анамнестических данных, комплекса стандартных клинических и лабораторных методов исследования. Гистологическое, иммуногистохимическое и иммунофлюоресцентное исследование биоптатов эндометрия проводили по стандартной методике. Иммуногистохимическое исследование и исследование методом иммунофлюоресцентной конфокальной лазерной сканирующей микроскопии включали: количественную и качественную оценку экспрессии рецепторов эстрогена (ER), прогестерона (PgR) в биоптатах эндометрия с использованием антител к рецепторам ER ά (альфа) (клон 1D5) и рецепторам PgR (клон PgR 636) в стандартном разведении 1:50 производства (Dako) Cytomation. Оценку экспрессии изучаемых маркеров проводили полуколичественным методом H-Score, а также качественным и количественным методом в системе компьютерного анализа изображений «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия). Для проведения иммуногистохимической иммунофлюоресцентной реакции использовали стандартный одноэтапный протокол. При проведении гистологического и иммуногистохимического исследования исключали хронический эндометрит и гиперплазию эндометрия.

Результаты исследования. В раннюю стадию фазы пролиферации (5–7 день) экспрессия рецепторов ER и PgR в железах и строме эндометрия распределена неравномерно и достигает умеренных значений 80–85% (220–80 баллов). В среднюю стадию фазы пролиферации (8–10 день) экспрессия рецепторов ER и PgR в структурных компонентах эндометрия достигает максимальных значений (100%) с равномер-

ным распределением экспрессии в железах и стромальном компоненте эндометрия (250–300 баллов). В позднюю стадию фазы пролиферации (11–14 день) экспрессия рецепторов половых стероидных гормонов характеризуется неравномерным распределением с резким снижением экспрессии рецепторов ER в железах и стромальном компоненте эндометрия до 50%, при этом экспрессия рецепторов PgR продолжает сохраняться на максимальных значениях (100%). С началом фазы секреции (15–18 день) экспрессия рецепторов эстрогена в железах и строме эндометрия снижается до минимальных значений (40–0%, 100–20 баллов). Экспрессия рецепторов прогестерона сохраняется на высоком уровне в обеих гистогенетических структурах эндометрия (100%, 250–300 баллов). Средняя стадия фазы секреции (19–22 день) характеризуется максимальной экспрессией рецепторов PgR в стромальном компоненте эндометрия с равномерным распределением, однако, в железах эндометрия происходит резкое снижение экспрессии до минимальных цифр и даже до нулевых значений. При этом экспрессия рецепторов ER в железах и строме эндометрия распределена неравномерно и начинает повышаться до 35–40%. В позднюю стадию фазы секреции (23–25 день) экспрессия рецепторов PgR в железах эндометрия окончательно достигает нулевых значений, а в стромальном компоненте продолжает оставаться на максимальном уровне (100%, 280–250 баллов). Происходит постепенное повышение экспрессии рецепторов ER в железах и строме эндометрия до 40–45% и 50–55% соответственно.

Заключение. Верификация экспрессии рецепторов ER и PgR в гистогенетических структурах эндометрия в течение нормального овариального цикла служит основой для оценки патологии рецепторного профиля эндометрия при эндометриальной дисфункции и нарушении фертильности.

EXPRESSION OF ESTROGEN RECEPTORS AND PROGESTERONE IN THE ENDOMETRIUM DURING THE NORMAL OVARIAN CYCLE

Tolibov G.H., Tral T.G., Kleimenova T.S., Rodichkina V.R.

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

Summary. The evaluation of sex steroid hormones expression during ovarian menstrual cycle in endometrium is a qualitative characteristic of the endometrial transformation processes. A detailed assessment of ER and PgR receptors expression in glands and endometrial stromal component using immunohistochemistry and immunofluorescent confocal laser scanning microscopy makes possible to develop an algorithm for diagnostic of endometrial dysfunction

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА СУПРУЖЕСКИХ ПАР С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Никоноркина И.Ю.

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ РФ, Хабаровск

Резюме: На основании клинико-лабораторного и диагностического обследования у 25 пациенток с неразвивающейся беременностью в 100% случаев был верифицирован хронический эндометрит. Поэтому на этапе прегравидарной подготовки, помимо проведения мероприятий, направленных на восстановление функции эндометрия, было выполнено обследование полового партнера и восстановление его фертильности.

В последние годы в структуре невынашивания беременности выросла доля неразвивающейся беременности, которая наблюдается в 9–20% случаев при спонтанных выкидышах (Радзинский В.Е., 2009).

По данным собственного исследования доля неразвивающейся беременности в структуре пациенток, госпитализированных в гинекологические стационары, составляет 8,4% (2014 г.), и 8,9% (2015 г.).

Адекватное состояние эндометрия – один из факторов определяющих успех имплантации оплодотворенной яйцеклетки, как в естественном цикле, так и при применении ВРТ. Сбалансированное гормональное воздействие способствует циклическому обновлению клеточного состава слизистой оболочки матки и обеспечению его зрелости. К нарушению роста эндометрия может привести развитие хронического эндометрита, при котором происходит снижение количества и качества рецепторного аппарат и наступает гормональный дисбаланс.

На основании вышеизложенного целью нашего исследования было определение эффективности коррекции выявленных нарушений на этапе прегравидарной подготовки на основании оценки показателей фертильности супругов.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе женских консультаций г. Хабаровска в период с 01.07.2015 по 30.08.2016.

В исследование было включено 25 супружеских пар, обратившихся с жалобами на отсутствие беременности в течение 1 года (и более) после завершения предыдущего гестационного периода неразвивающейся беременностью.

Критериями включения были верифицированная патология эндометрия у женщины и наличие нарушений спермограммы у полового партнера. Критериями исключения было наличие у супружеской пары сифилиса, туберкулеза, СПИДа. декомпенсированных экстрагенитальных заболеваний.

Согласно цели исследования, супружеским парам прошли был проведен следующий алгоритм обследования: анамнестическое (менструальная функция, перенесенные заболевания, оперативные вмешательства, гинекологический анамнез); физикальное, лабораторное (микроскопия, бактериология, ПЦР, спермограмма); и диагностическое (УЗИ, лапароскопия).

Результаты. Гинекологическая патология воспалительного генеза репродуктивной системы женщины была верифицирована в 100%. В структуре данной патологии преобладал хронический эндометрит (100%), сальпингоофорит – 48%, цервицит и вагинит – у 56%. Верификация диагноза осуществлялась на основании клинического обследования, данных микроскопии влагалищных мазков, культурального

метода, ПЦР-диагностики, ПЦР-диагностики in real time, морфологического метода, УЗИ. По данным УЗИ у пациенток группы обследования в 100% случаев был диагносцирован тонкий эндометрий (менее 7 мм во вторую фазу цикла). В 68% случаев толщина эндометрия была в пределах 3–6 мм. Менее 3 мм М-эхо – 8%, 6–7 мм – 24% обследованных пациенток.

Наличие этиологического фактора воспалительного процесса гениталий было выявлено у 88% пациенток. В структуре микробного пейзажа преобладали (56%) представители класса Mollicutes (в титре более 104), хламидии – 16%, вирусы – 28%.

Показатели спермограммы у половых партнеров свидетельствовали о том что наибольшую группу составили мужчины с наличием тератозооспермии (33%), астенотератозооспермия (29%), олигозооспермия (13%), нормозооастеноспермия (4%).

В комплекс мероприятий прегравидарной подготовки входило применение антибактериальных средств с иммуномодулирующей терапией, на втором этапе выполнялась коррекция дисгормональных расстройств. Лечение полового партнера проводилось у андролога с коррекцией показателей спермограммы.

Заключение. У пациенток с неразвивающейся беременностью в 100% случаев был верифицирован хронический эндометрит. Поэтому на этапе прегравидарной подготовки, помимо проведения мероприятий, направленных на восстановление функции эндометрия, необходимо выполнять обследования полового партнера и контролировать его фертильность.

PREGRAVIDARNAJA PREPARATION OF COUPLES WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN HISTORY

Pestrikova T.Y., Yurasova E.A., Nikonorkina I.Y.

FGBOU IN State Medical University, Ministry of Health, Khabarovsk

Summury: Based on the clinical, laboratory and diagnostic examinations, chronic endometritis was confirmed in 100% of patients with still pregnancy. That's why while preparing for pregnancy, it is necessary not only to restore the endometrium function, but to examine sexual partners and return their fertility to normal.

МАРКЕРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Понизовкина А.И.[2], Сыркашева А.Г.[1], Долгушина Н.В.[1]

1 ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
2 ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Актуальность. Оксидативный стресс, являющийся проявлением дисбаланса между образующимися в организме активными формами кислорода и активностью антиоксидантной системы организма, приводит к повреждению клеточных структур

и принимает участие в патогенезе различных заболеваний, в том числе женской репродуктивной системы. При этом влияние оксидативного стресса на качество яйцеклеток и эмбрионов, а значит, на исход программ ВРТ, остается недостаточно изученным.

Цель исследования. Оценить возможности прогнозирования эффективности программ ВРТ с помощью маркеров оксидативного стресса в крови и фолликулярной жидкости (ФЖ) пациенток.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование были включены 108 пациенток с различными формами бесплодия. У всех пациенток стимуляцию функции яичников проводили по протоколу с антагонистами ГнРГ. В зависимости от исхода изученного цикла ВРТ пациентки были разделены на 2 группы: группа 1 – с наступившей беременностью (n=38) и группа 2 – с отсутствием клинической беременности (n=70). В качестве параметров для оценки состояния уровня оксидативного стресса и антиоксидантных систем организма были использованы малоновый диальдегид (МДА), являющийся конечным продуктом перекисного окисления липидов, соотношение восстановленного глутатиона к окисленному глутатиону (GSH/GSSG), составляющее основу окислительно-восстановительного гомеостаза клетки, и ферментативная активность каталазы, являющейся одним из основных ферментов антиоксидантной системы. Первые два параметра оценивались как в крови, так и в ФЖ; GSH/GSSG оценивалось в крови.

Результаты. В группе 2 концентрация МДА в крови пациенток была значимо выше, чем в группе 1 (4,9±0,7 и 4,5±0,7 в группах 2 и 1 соответственно, p=0,0473). В группе 2 была выявлена значимая положительная корреляционная связь между показателями МДА в крови и в ФЖ (r=0,703, p<0,0001), а также отрицательная корреляционная связь с ферментативной активностью каталазы в ФЖ (r=-0,319, p=0,0455). Среднее количество полученных ооцитов и зрелых ооцитов было значимо выше в группе 1 пациенток.

Выводы. Оксидативный стресс может приводить к неэффективности программ ВРТ, что, вероятно, происходит за счет снижения качества ооцитов и эмбрионов.

MARKERS OF OXIDATIVE STRESS AS PREDICTORS OF THE EFFECTIVENESS OF PROGRAMS ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Ponizovkin A.I.[2], Circasia A.G.[1], Dolgushina N.In.[1]

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation
2 National University «Moscow state University named after M.V. Lomonosov»

Relevance. Oxidative stress is a manifestation of the imbalance produced in the body with active forms of oxygen and antioxidant systems of the organism, leading to damage to cellular structures and participates in the pathogenesis of various diseases, including the female reproductive system. The influence of oxidative stress on the quality of oocytes and embryos, and hence on the outcome of art programs remains poorly understood.

РОЛЬ КАЧЕСТВА ГАМЕТ В ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ХЕТЧИНГА БЛАСТОЦИСТ ЧЕЛОВЕКА В ПРОГРАММАХ ВРТ

Романов А.Ю., Ибрагимова Э.О., Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Макарова Н.П.

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

Актуальность. Во время преимплантационного развития эмбрион человека находится внутри гликопротеиновой оболочки, которая называется блестящей оболочкой (лат. zona pellucida). Выход эмбриона из блестящей оболочки происходит, предположительно, на 5–6 сутки после оплодотворения и обозначается термином хетчинг (англ. hatching – вылупление). До 75% всех морфологически нормальных бластоцист неспособны к самостоятельному выходу из блестящей оболочки. Отсутствие самостоятельного хетчинга может являться одной из основных причин привычной неудачи имплантации эмбриона. Эффективность программ ВРТ определяется рецептивностью эндометрия и качеством эмбриона, которое, в свою очередь, определяется качеством гамет, из которых был получен эмбрион, и условиями культивирования. Считается, что главную роль в обеспечении качества эмбриона играет ооцит, а не сперматозоид.

Цель исследования. Оценка роли качества гамет в эффективности хетчинга бластоцист человека в программах ВРТ.

Материалы и методы. Стимуляция функции яичников проводилась по протоколу с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) с применением рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) или человеческого менопаузального гонадотропина. В качестве триггера овуляции использовали хорионический гонадотропин или агонист ГнРГ. Морфологическую оценку ооцитов проводил эмбриолог во время проведения ИКСИ.

Результаты. Было исследовано 62 бластоцисты, из которых 15 оказались способны к спонтанному хетчингу (группа №1) и 47 – неспособны (группа №2).

Частота цитоплазматических дисморфизмов (ЦП) ооцитов составила 14,5% (n=9), экстрацитоплазматических (ЭЦП) – 9,7% (n=6), сочетанных – 3,2% (n=2). Дисморфизмы ооцитов, из которых были получены бластоцисты, не оказывали значимого влияния на хетчинг за исключением сочетанного наличия ЦП и ЭЦП дисморфизмов. В целом, при наличии какого-либо дисморфизма ооцитов, риск неудачи хетчинга в программах ВРТ не увеличивался (относительный риск, ОР=1,24, 95% доверительный интервал, ДИ=0,85;1,81). ОР неудач хетчинга при ЦП дисморфизмах ооцитов составил 0,83 (95% ДИ=0,51;1,35), при ЭЦП дисморфизмах – 0,62 (95% ДИ=0,28;1,41), при сочетанных дисморфизмах – 1,25 (95% ДИ=1,08;1,45).

Нормозооспермия (НЗС) (n=24, 38,7%), астенозооспермия (АЗС) (n=21, 33,9%) и тератозооспермия (ТЗС) (n=17, 27,4%) наблюдались в исследовании с одинаковой частотой. Выявлено, что патология сперматозоидов не увеличивала риск неудачи хетчинга: при АЗС ОР неудачи хетчинга составил 1,37 (95% ДИ=0,96;1,96); при ТЗС ОР неудачи хетчинга составил 1,32 (95% ДИ=0,90;1,93).

Выводы. Эффективность хетчинга бластоцист человека в программах ВРТ не зависит от качества ооцитов и сперматозоидов, из которых были получены бла-

стоцисты, за исключением сочетанного наличия цитоплазматических и экстрацитоплазматических дисморфизмов ооцитов, при наличии которых риск неудачи хетчинга повышается в 1,25 раз. Полученные данные диктуют необходимость дальнейшего поиска возможных предикторов данного нарушения и подробного изучения его механизмов и роли в эффективности программ ВРТ.

THE ROLE OF GAMETE QUALITY IN HUMAN BLASTOCYST HATCHING SUCCESS RATE IN THE ASSISTED REPRODUCTION

Romanov A.Yu., Ibragimova E.O., Dolgushina N.V., Syrkasheva A.G., Makarova N.P.

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

During preimplantation development the embryo is inside glycoprotein shell called zona pellucida (lat. zona pellucida). The exit of the embryo from zona pellucida (hatching) is supposed to happen in 5–6 days after fertilization. Up to 75% of morphologically normal human blastocysts cannot spontaneously leave zona pellucida. Blastocyst inability to hatch can be one of the major cause of recurrent implantation failure. The effectiveness of IVF cycles is determined by the endometrial receptivity and embryo quality, which is determined by the quality of the gametes from which was derived an embryo, and also in vitro conditions. It is believed that the main role in the quality of the embryo plays the oocyte, not the sperm.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ ТГФ-β И ИЛ-18 В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ ПАРТНЕРА ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Николаева М.А., Бабаян А.А., Степанова Е.О., Смольникова В.Ю., Калинина Е.А., Донцова Т.В., Кречетова Л.В.

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

Целью настоящего исследования явилось определение прогностической значимости определения содержания TGF-β1 и интерлейкина-18 (ИЛ-18) в семенной плазме (СП) полового партнера при оценке эффективности лечения методом ЭКО и ЭКО/ИКСИ, с применением аппликации СП в день проведения трансвагинальной пункции (ТВП). Было установлено, что наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на наступление беременности при лечении методом ЭКО независимо от примененного метода оплодотворения (стандартного ЭКО или ИКСИ), является содержание IL 18 во всем объеме семенной плазмы, полученной при эякуляции.

В многочисленных экспериментальных исследованиях было установлено, что семенная плазма (СП) оказывает иммуномодулирующее действие на функции

эндометрия, в связи с чем были предприняты попытки использовать введение СП в репродуктивный тракт женщин для повышения эффективности программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Однако, до сих пор не удается подтвердить позитивное влияние введения СП при проведении программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и ЭКО с использованием интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИКСИ). Мы предположили, что эффекты введения СП могут определяться ее иммуномодулирующим потенциалом, который, как было показано ранее, определяется содержанием TGF-β1 (Transforming Growth Factor – beta 1) в СП партнера, а также соотношением этого параметра и уровня других цитокинов СП, возможно, препятствующих имплантации. Поэтому целью настоящего исследования явилось определение прогностической значимости определения содержания TGF-β1 и интерлейкина-18 (ИЛ-18) в СП полового партнера для оценки вероятности наступления беременности в программах ЭКО и ЭКО/ИКСИ с использованием аппликации СП в день проведения ТВП.

В исследование были включены 69 супружеских пар, проходивших лечение бесплодия, обусловленного трубно-перитонеальным фактором, методом ЭКО с использованием интравагинального введения СП партнера в день проведения ТВП. Критериями включения явились трубный фактор бесплодия, возраст пациентки не более 40 лет, число предшествующих безуспешных циклов ЭКО не более двух. Критериями исключения были эндометриоз III и IV степени распространения и патозооспермия тяжёлой степени. Содержание в СП цитокинов TGF-β1 и ИЛ-18 оценивали с помощью проточной цитофлуорометрии и флуоресцентных микросфер с использованием специальных наборов – Human TGF– β1 и IL-18 FlowCytomix Simplex Kits (Bender MedSystems, Vienna, Austria).

В зависимости от результатов лечения в каждой группе пациенток были выделены две подгруппы: 1а подгруппу составили пациентки с успешным исходом программы ЭКО (n=19), 1б подгруппу – женщины с отрицательным результатом лечения (n=20); 2а подгруппу составили пациентки с успешным исходом программы ЭКО/ИКСИ (n=13), 2б подгруппу – женщины с отрицательным результатом лечения (n=17). Исследуемые группы не отличались по возрасту, индексу массы тела, длительности бесплодия, количеству полученных ооцитов и перенесенных эмбрионов.

С помощью ROC анализа было установлено, что общее содержание ИЛ-18 в эякуляте является наиболее значимым предиктором успеха как в программе ЭКО, так и ЭКО/ИКСИ. При использовании указанного параметра в программе стандартного ЭКО площадь под кривой составила 0,729, чувствительность и специфичность теста 100% и 60%; положительная и отрицательная прогностическая значимость составили 70% и 100% соответственно. При использовании указанного параметра в программе ЭКО/ИКСИ площадь под кривой составила 0,762, чувствительность и специфичность теста – 62% и 94%; положительная и отрицательная прогностическая значимость составили 89% и 76% соответственно. Таким образом, общее содержание ИЛ-18 в эякуляте является значимым фактором, позволяющим прогнозировать наступление беременности при лечении методом ЭКО с использованием аппликации семенной плазмы в день проведения ТВП независимо от примененного метода оплодотворения (стандартного ЭКО или ИКСИ). Выявленная взаимосвязь между общим содержанием ИЛ-18 в эякуляте и исходами программ ВРТ свидетельствует о возможном влиянии на эффективность лечения бесплодия естественных половых контактов, при которых в половые пути женщины поступает весь объем эякулята.

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE CONTENT OF THE THF-.BETA. AND IL-18 IN THE SEMINAL PLASMA IS A PARTNER IN THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Nikolaev M.A., Babayan A.A., Stepanova E.O., Smolnikova V.J., Kalinin E.A., Dontsova T.V., Krechetova L.V.

Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. N.a. Academician V.I. Kulakov Moscow, Russia

This study aims to determine whether the levels of seminal TGF-β1 and IL-18 are associated with reproductive outcomes in patients exposed to seminal plasma (SP) during in vitro fertilization (IVF) or IVF with intracytoplasmic sperm injection (ICSI). A prospective study, which included 69 couples undergoing IVF (n=39) or ICSI (30) was carried out. This study supports the notion that the measurement of IL-18 in SP is a strong predictor of IVF and ICSI success in patients exposed to SP via timed intercourse before Day-OPU and intravaginal application on the Day-OPU.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭКСТРАКЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ У МУЖЧИН С НЕОБСТРУКТИВНОЙ АЗООСПЕРМИЕЙ: УРОВЕНЬ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И ЖИВОРОЖДЕНИЙ

Ефремов Е.А., Касатонова Е.В., Мельник Я.И., Залетова В.В., Мсхалая Г.Ж.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России Москва

Актуальность. Необструктивная азооспермия (НОА) встречается у 10% мужчин, обращающихся за помощью по поводу бесплодного брака, и составляет до 90% всех случаев выявленной азооспермии. Микрохирургическая экстракция тестикулярных сперматозоидов (MD-TESE) общепризнанно является золотым стандартом в преодолении бесплодия при данной патологии, с максимально высоким уровнем получения пригодных по своим морфо-функциональным качествам для ЭКО/ИКСИ сперматозоидов.

Цель настоящего исследования являлось определение вероятности достижения клинической беременности и вероятности рождения ребенка у пациентов в программе ЭКО/ИКСИ с применением MD-TESE. Вторично оценивалась вероятность нормального оплодотворения ооцитов и получения бластоцист на 5 сутки развития.

Материалы и методы. В исследование было включено 92 пациента с НОА, обратившихся по поводу бесплодного брака в андрологический кабинет НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина и Медицинскую клинику репродукции “Мама”. Все пациенты

прошли гормональное обследование (анализ крови на ЛГ, ФСГ, общий тестостерон, ингибин В) и генетическое тестирование, включая исследование кариотипа и выявление делеций AZF-локуса Y-хромосомы. Получение сперматозоидов методом MD-TESE и забор ооцитов при трансвагинальной пункции проводилось одновременно. Статистическая обработка выполнена при помощи пакета прикладных программ StatSoft Inc. (США, версия 12). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 30 лет [28; 36]. Большинство пациентов имело нормальный уровень ЛГ и общего тестостерона – 6,08 [3,81; 8,1] МЕ/л и 14,75 [11,1; 18,34] нмоль/л, соответственно, в то время как уровень ФСГ – 12,8 [5,73; 18,32] МЕ/л был выше нормы, а уровень ингибина В – 16.7 [11,2; 46,4] пг/мл –ниже референсных значений. Некоторые из пациентов с НОА имели нормальный уровень ФСГ, который может быть объяснен наличием блока сперматогенеза на уровне сперматоцитов или сперматид при нормальном количестве сперматогоний. Уровень успешной экстракции сперматозоидов составил 33,6%, процент нормального оплодотворения – 69,5%, образования бластоцисты на 5-й день – 49,5%. Частота наступления клинической беременности составила 43%, частота рождения ребенка состивила 30%.

Заключение. Тестикулярные сперматозоиды, полученные при MD-TESE, могут обеспечить высокие показатели достижения клинической беременности и живорождений при ЭКО/ИКСИ, сравнимые с таковыми при использовании сперматозоидов из эякулята. MD-TESE у пациентов с НОА характеризуется высокой вероятность экстракции сперматозоидов.

MICROSURGICAL EXTRACTION OF SPERM CELLS IN MEN WITH NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA: THE LEVEL OF FERTILIZATION, ATTAINMENT CLINICAL PREGNANCIES AND LIVE BIRTHS

Efremov E.A., Kasatonov E.V., Miller Y.I., V.V.Zaletova, Mskhali G.J.

Institute of Urology and Interventional Radiology. N.a. N.A. Lopatkin – branch FGBI «NMIRTS» Russian Ministry of Health, Moscow

Relevance. Non-obstructive azoospermia (NOA) occurs in 10% of men seeking help for infertile marriages, and up to 90% of all cases diagnosed azoospermia. Microsurgical testicular sperm cells extraction (MD-TESE) is widely recognized as the gold standard in overcoming infertility in this disease, with the highest levels suitable for obtaining their morpho-functional qualities for IVF / ICSI sperm cells.

ВСЕГДА ЛИ НЕРЕЦЕПТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИЙ НЕ РЕЦЕПТИВЕН?

Никитин С.В., Радионова В.В., Феоктистов А.А.

Клиника «Мать и дитя», Санкт-Петербург, Россия

С нарушением рецептивности эндометрия или десинхронизацией взаимодействия эндометрия с оплодотворенной яйцеклеткой связывают около 2/3 неудачных попыток ЭКО. Последние исследования приблизили нас к пониманию того, что определяет его рецептивность и как можно ее измерить. Но даже стандартизация гистологического и иммуногистохимического исследований с оценкой экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона, выбора антител для диагностики эндометриальной дисфункции не всегда позволяют упростить интерпретацию полученных результатов и способствовать оптимизации выбора лечения.

Настоящее исследование представлено по результатам наблюдения 3 женщин старше 40 лет с тонким эндометрием, с хроническим сальпингоофоритом и спаечной болезнью органов малого таза по данным проведенной не позднее 1 года до начала лечения бесплодия в клинике с использованием метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) лапароскопии. В анамнезе было от 3 до 5 попыток ЭКО. С целью выбора оптимального метода подготовки к ЭКО проведена гистероскопия с биопсией эндометрия. При гистологическом исследовании отмечались фибропластические изменения в строме эндометрия с неравномерным снижением экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона. При иммуногистохимическом исследовании также наблюдалось увеличение в 2–3 раза цитотоксических Т лимфоцитов (CD8+), Т хелперов (CD4+), В лимфоцитов (CD20+) и плазмоцитов (CD138+) в период предполагаемого окна имплантации. С целью проведения коррекции состояния эндометрия и адекватной подготовки к использованию вспомогательных репродуктивных технологий проведено антибактериальное лечение на фоне проводимой циклической гормональной и метаболической терапии, физиотерапевтическое лечение. При гистологическом и иммуногистохимическом контроле лечения было выявлено незначительное снижение цитотоксических Т лимфоцитов (CD8+), Т хелперов (CD4+) и В лимфоцитов (CD20+), и увеличение плазмоцитов (CD138+). Проведенное после это лечение бесплодия с использованием экстракорпорального оплодотворения дало положительный результат. Сохраняющая терапия не была выше стандартной.

Несмотря на недостаточность данных нашего наблюдения, возможно предположить, что не всегда и не все выявляемые и характерные для воспаления ультраструктурные изменения в эндометрии говорят о воспалении. Возможно, что дисфункция эндометрия в состоянии субкомпенсации, выраженной субкомпенсации или декомпенсации не связанной с воспалением не всегда сопровождается нарушением рецептивности и при таком эндометрии в состоянии децидуализации может иметь место имплантация. Видимо, не рецептивный эндометрий при отсутствии активного воспаления не должен становиться причиной отмены переноса эмбрионов.

IT ALWAYS PRECEPTIVE ENDOMETRIUM IS NOT RECEPTIVE?

Nikitin S.V., Radionov V.V., Feoktistov A.A.

Clinic «Mother and child», St.-Petersburg, Russia

Despite our lack of observation data may suggest that not always and not all detected and inflammation characteristic ultrastructural changes in the endometrium suggest inflammation.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D (VDR) С УРОВНЕМ ВИТАМИНА D В КРОВИ И КАЧЕСТВОМ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Наими З.М.С., Калинина Е.А., Донников А.Е.

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

В последнее время медицинское сообщество во всем мире уделяет огромное внимание проблеме дефицита витамина D, который достиг уровня пандемии. В том числе, низкий уровень витамина D ассоциирован со снижением репродуктивной функции у женщин и мужчин, избыточной массой тела, заболеваниями ЦНС и многими другими. На сегодняшний день существуют данные о влиянии витамина D на эффективность программ ВРТ. По данным ряда исследований витамин D непосредственно влияет на процессы, участвующие в реализации репродуктивной функции женщины. Клеточные эффекты витамина D и его метаболитов очень сложные и осуществляются главным образом через внутриядерные VDR при посредничестве лиганд-активированного фактора транскрипции, который принадлежит к ядерным гормон-рецепторам. Рецептор витамина D кодируется геном VDR, полиморфизм которого модулирует биологические эффекты витамина D. Исследование полиморфизма гена VDR может способствовать пониманию особенностей биологического эффекта витамина D в программах ВРТ.

Цель исследования: изучить значимость полиморфизма гена рецептора витамина D (VDR) как молекулярно-генетического маркера при оценке частоты имплантации и наступления клинической беременности, а также качества эмбрионов в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

В ходе проспективного исследования случай-контроль обследованы 142 пациентки, проходившие программу ЭКО(ИКСИ) со стимуляцией суперовуляции и переносом эмбрионов в этом цикле. У всех пациенток был определен уровень 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови и полиморфизм гена VDR. В зависимости от уровня витамина D женщины были разделены на 3 группы: с дефицитом витамина D в крови (<10 нг/мл), с недостаточностью витамина D в крови (10–29 нг/мл), с нормальным уровнем витамина D в крови (30–100 нг/мл).

В ходе проведенного анализа ассоциации полиморфизма гена VDR с уровнем витамина D в сыворотке крови было установлено, что среди пациенток с генотипами A/G и A/A полиморфизма гена VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI) [rs 10735810] дефицит витамина D в сыворотке крови встречался у 13,4% женщин, недостаточность витамина D – у 70,1%, а нормальный уровень витамина D был выявлен у 16,5% женщин, включенных в исследование. В то время как среди пациенток с генотипом G/G полиморфизма гена VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI) у 40% пациенток был выявлен дефицит витамина D в крови и у 60% – недостаточность этого витамина. Исходя из полученных результатов, носительство генотипа G/G данного полиморфизма более чем в 2 раза увеличивает вероятность дефицита витамина D в сыворотке крови (p=0,005). А по данным зарубежных исследований, нормальный уровень витамина D в сыворотке крови повышает частоту имплантации и наступление клинической беременности в программах ЭКО.

При проведении анализа ассоциации полиморфизма гена VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI) с качеством полученных эмбрионов при различных уровнях витамина D в сыворотке крови было выявлено, что носительство генотипа G/G данного полиморфизма (по сравнению с генотипами A/A и A/G) более чем в 3 раза уменьшает риск получения эмбрионов плохого качества (p=0,012).

Проведенные исследования ассоциации полиморфизма гена VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI) с уровнем витамина D в крови демонстрируют результаты, которые могут быть применены в клинической практике, в частности, для повышения эффективности программ ВРТ у пациенток с генотипом G/G. У таких женщин выявлена большая вероятность дефицита витамина D и, как следствие, необходима коррекция уровня данного витамина перед программой ЭКО. Тем более, у пациенток с генотипом G/G даже при недостаточности витамина D в крови по сравнению с дефицитом, значительно снижается риск получения эмбрионов плохого качества, что в совокупности ведет к повышению эффективности программ ЭКО для таких женщин.

Таким образом, полиморфизм гена VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI) [rs 10735810] является независимым фактором, способным прогнозировать уровень витамина D в сыворотке крови, который влияет на исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий, а также качество эмбрионов, и может дополнить арсенал уже имеющихся маркеров.

Резюме: Основной задачей при лечении бесплодия в программах экстракорпорального оплодотворения является получение большого количества фолликулов, достаточного числа зрелых ооцитов с целью выбора большего числа высококачественных эмбрионов для переноса в полость матки и наступление клинической беременности. Генетическая вариабельность представляется важным предиктором исходов программ ВРТ. В качестве такого предиктора выступает полиморфизм гена рецептора витамина D – VDR 2A>G (Lys2Arg) (FokI).

ASSOCIATION OF GENE POLYMORPHISM OF VITAMIN D RECEPTOR (VDR) WITH VITAMIN D LEVELS IN THE BLOOD, AND EMBRYO QUALITY IN PROGRAMS OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Naimi Z.M.S., Kalinina E.A., Donnikov A.E.

Scientific center for obstetrics, gynecology and Perinatology academician V.I. Kulakov Ministry of health of Russia, Moscow

Summary: The main objective in treatment of infertility by IVF is obtaining large number of follicles, sufficient number of mature oocytes to select larger number of high quality embryos for transfer into uterine cavity and occurrence of clinical pregnancy. Genetic variability is important predictor of outcomes at ART programs. Thus, the VDR gene polymorphism 2A>G (Lys2Arg) (FokI) is independent factor that can predict the level of vitamin D in blood serum, which affects outcomes of assisted reproductive technologies and embryo quality, and can complement the existing arsenal of markers.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕИНВАЗИВНОЙ СЕЛЕКЦИИ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Шурыгина О.В., Тугушев М.Т., Сараева Н.В., Байзарова А.А.

Кафедра репродуктивной медицины, клинической эмбриологии и генетики.
Самарский Государственный Медицинский Университет

Возможности видеонаблюдения за развитием эмбрионов позволяют более широко использовать данный вид неинвазивного скрининга для качественного отбора на перенос наиболее перспективного к имплантации эмбриона при проведении SET, увеличивать уровень SET в клинике ВРТ без опасения снижения эффективности программ ВРТ

Целью современных репродуктивных технологий (ВРТ) является рождение одного здорового ребенка. Все усилия специалистов направлены на получение оптимального количества качественных яйцеклеток, выращивание эмбрионов хорошего качества, отбор и перенос одного эмбриона и возможности замораживания оставшихся эмбрионов отличного и хорошего качества. В последние годы в эмбриологической практике, наряду с общепринятой, классической морфологической оценкой эмбрионов, появился метод непрерывного видеонаблюдения за развитием эмбрионов. С помощью специальной микроскопической техники появилась возможность оценки морфодинамики и морфокинетики развития эмбрионов. Time-lapse или покадровая съемка– разновидность замедленной киносъёмки, при которой значительную часть времени механизм съёмочного оборудования выключен, а экспозиция и последующая смена кадра осуществляется периодически. По сути – это замедленная киносъёмка или фотосъёмка с точным количеством кадров в минуту.

Несомненными преимуществами таких систем являются: неинвазивность, сни-

жение стресса при продленном культивировании, поскольку эмбрионы не нужно доставать из инкубатора для оценки качества, совместное культивирование в чашках WOW, отсутствие необходимости смены среды. Данный вид оценки качества эмбрионов позволяет выбрать по совокупности ряда характеристик эмбрион, имеющий наиболее высокие шансы к имплантации. Эмбрионы, демонстрирующие реверсивный характер дробления, неправильное дробление не рекомендуются к переносу, поскольку, по данным специальной литературы, подобный характер дробления имеет корреляции с анэуплоидией. Дополнительными характеристиками для оценки развития эмбрионов являются: наличие и степень выраженности фрагментации, мультинуклеация, время первых дроблений зиготы, а также временные промежутки между первым, вторым и третьим дроблением, а также время формирования бластоцисты.

В лаборатории ВРТ Медицинской компании ИДК в рутинной практике используется система непрерывного видеонаблюдения за развитием эмбрионов (PrimoVision, Vitrolife). Для культивирования эмбрионов использовались чашки WOW (Nunc), универсальная среда Continius Single Culture (Irvine Scientific, USA).

С 2013 года по 2015 год проведено 457 циклов ВРТ (ЭКО, ИКСИ, ЭКО/ИКСИ) с использованием системы видеонаблюдения за развитием эмбрионов. Доля переносов одного эмбриона за этот период возросла с 36,2% (2013 г.) до 52% (2015 г.). Показатели частоты беременности (ЧНБ) составил 48,7% (2013), 45,9% (2014 г.) , 47,4% (2015), частоты имплантации (ЧИ) 36,4% (2013 г.), 35,3% (2014 г.), 37% (2015 г.) при снижении показателя многоплодной беременности 15,7% (2013 г.), 14,4% (2014 г.), 10,4% (2015 г.).

При сопоставлении данных по ЧНБ и ЧИ в циклах ЭКО со стандартным культивированием и с применением системы неинвазивного скрининга, данные выше во второй группе: ЧНБ 57,6% (в группе пациентов с применением видеомониторинга) против 44% (в группе со стандартным культивированием), ЧИ 47% и 34% соответственно. В программе ИКСИ: ЧНБ 50,7% (в группе пациентов с применением видеомониторинга) против 37% (в группе со стандартным культивированием), ЧИ 43,7% и 33% соответственно.

Таким образом, применение метода неинвазивного скрининга за развитием эмбрионов позволяет специалистам более смело идти на перенос одного эмбриона в циклах

ВРТ и расширять показания для переноса одного эмбриона, несвязанных напрямую с медицинскими показаниями, т.е. увеличить долю элективных переносов одного эмбриона. Увеличение доли переноса одного эмбрионов является эффективным инструментом для снижения уровня многоплодной беременности, профилактикой акушерских рисков при вынашивании беременности. Для эмбриологов лабораторий ВРТ данная технология предоставляет возможность обучения, документации процесса, а внедрение ее в систему контроля качества в лабораториях ВРТ позволит снизить риски при продленном культивировании эмбрионов.

MODERN METHODS OF NON-INVASIVE SELECTION OF EMBRYOS IN IVF PROGRAMS

Shurygina O.V., Tugushev T.M., Saraeva N. In., Bazarova A.

Samara State Medical University

The opportunities of time-lapse technology let us use more widely the given kind of the noninvasive screening of the embryo development for a qualitative choice for transferring a more perspective one for the embryo implantation during realizing SET, increase the number of SET in the ART-clinics without feeling the danger of IVF programs effectiveness.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКО ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИОЗА

Шестакова О.В.[1], Тетелютина Ф.К.[2]

1 Центр Репродуктивного Здоровья (Ижевск)
2 ФГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия (Ижевск)

Резюме. В статье показана эффективность и исходы программы ЭКО у женщин после лечения эндометриоза препаратами, содержащими диеногест.

Актуальность. На сегодняшний день частота бесплодия в разных регионах России диагностирована от 8 до 19%. По данным разных исследователей, частота эндометриоза варьирует от 12 до 50% у женщин репродуктивного возраста (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., 2006; Адамян Л.В., 2006). Частота наружного генитального эндометриоза у женщин с бесплодием, предположительно, достигает 50% в общей популяции бесплодия.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения диеногеста у пациенток с эндометриозом перед программой экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Материал и методы. За период 2014–2015 гг в отделении вспомогательных репродуктивных технологий проведено лечение бесплодия за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) 359 пациенткам, из них 81 (22,5%) пациентка с диагностировано бесплодие, ассоциированное эндометриозом. Нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни пациенток с эндометриозом в возрасте 25—42 лет. Они прошли программу ЭКО за счет ОМС.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 32,6 ± 5,8 года, с длительностью бесплодия от 1 года до 12 лет. Превалировало вторичное бесплодие – 51 (63,0%) пациентка, первичное бесплодие установлено у 30 (37,0%). У каждой третьей женщины в анамнезе были аборты. Замершие беременности в анамнезе имели 9 (17,6%) пациенток, самопроизвольный выкидыш – 13 (25,5%). Только у 13 (25,5%) пациенток есть ребенок. Анализ репродуктивного здоровья пациенток показал, что первое ранговое место занимают хронические тазовые боли у 64 (79,0%) пациенток, усиливающиеся накануне и во время менструации, на втором ранговом месте – перименструальные кровянистые выделения – 52 (64,2%), у 11 (13,9%) – констати-

рована альгодисменорея,. Аденомиоз диагностирован у 14 (17,3%) пациенток при проведении гистероскопии в первую фазу менструального цикла. Наружный генитальный эндометриоз диагностирован при лапароскопии у 67 (82,7%) пациенток, из них у 49 (73,1%) пациенток проведена резекция яичника (одно или двусторонней) по поводу эндометриоидной кисты, что привело к снижению овариального резерва. Лекарственная терапия была проведена 74 (91,3%) пациенткам, лечебный эффект которой основан на подавлении стероидогенеза в яичниках, создании гипоэстрогенного состояния или ановуляции: препарат «Визанна» принимали 63 (85,2%) пациентки от трех до шести месяцев и 11 (14,8%) пациенток – комбинированный эстрогено-гестагеный препарат «Жанин» 3 месяца без перерыва. Лекарственной терапия была назначена гинекологами женских консультаций. Программа ЭКО начата через 3 месяца после выполненного хирургического вмешательства – у 6 (8,7%) пациенток. Лечение бесплодия шло по стандартным схемам с использованием аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов, рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона с учетом индивидуального уровня гормонов. Контроль эффективности стимуляции овуляции осуществлялась при динамическом наблюдении. Оплодотворение проводилось методом ЭКО – ИКСИ. В результате программы ЭКО за счет средств ОМС, частота наступления клинической беременности из расчета на перенос эмбрионов, получена у 26 (32,0%) пациенток с эндометриозом. Следует отметить, что не получено ни одной беременности после пролонгированного приема «Жанина», видимо, это связано с бедным ответом яичников на стимуляцию овуляции в программе ЭКО. Беременность замерла в сроке 6–8 недель у 6 (23,0%) пациенток. Следует указать, что каждая третья беременная родила преждевременно – 6 (30,0%), но тщательное наблюдение за состоянием матери и плода позволило исключить очень ранние роды. В сроке 28 недель – у 1(5,0%) пациентки, 30—33 недели – у 2(10,0%), 34—36 недель – у 3 (15,0%) пациенток. Новорожденные родились с массой тела от 1800 г. до 3560 г. с оценкой по Апгар 5–8 балов. Случаев перинатальной смертности не было.

Вывод. Своевременная диагностика и лечение любых форм эндометриоза увеличивают шансы на благоприятный исход программы ЭКО за счет средств ОМС. Следует отметить, что комбинированные оральные контрацептивы в пролонгированном режиме, при сниженном овариальном резерве, перед программой ЭКО блокируют функцию яичников.

THE EFFECTIVENESS IVF AFTER TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Shestakova O.V.[1], Tetelutina F.K.[2]

1 Center for reproductive health (Izhevsk)
2 Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk)

Resume. The article shows the effectiveness and outcomes of IVF in women after treatment for endometriosis preparations containing dienogest.

РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В МИКСТ-ИНФЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Жеребятьева О.О., Михайлова Е.А., Константинова О.Д., Махалова Г.О.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург

Резюме: Было показано, что в спектре изолированных из уретральных проб аэробных микроорганизмов присутствовали энтеробактерии (в том числе клебсиеллы, эшерихии), энтерококки, коринебактерии, стафилококки (коагулазонегативные и коагуазопозитивные), а также грибы рода Candida. Уровень показателя микробной обсемененности и свойства S.epidermidis и грибов рода Candida свидетельствуют об их этиологической значимости.

Актуальность рецидивирующих урогенитальных болезней определяется нарушением сексуальной и репродуктивной функций, снижением качества жизни, формированием бесплодия. Наряду возбудителями венерических инфекций, представители нормальной микрофлоры тоже могут выступать в качестве этиологических агентов формирования воспаления, затрудняя диагностику и лечение данной группы инфекций. Важно выявить возможных возбудителей репродуктивно-значимых микст-инфекций, установить их факторы патогенности для рациональной терапии.

Цель: выявить роль условно-патогенных стафилококков и грибов рода Candida в развитии воспалительных процессов гениталий у мужчин.

Материалы и методы. Были обследованы 55 мужчин с неспецифическими воспалениями гениталий (уретриты, простатиты), обратившиеся в кожно-венерологический диспансер. Диагноз устанавливался дерматовенерологом на основе клинических, физикальных и лабораторных данных. До начала антибактериальной терапии проводилась бактериологическое исследование уретрального отделяемого. Для оценки этилогической значимости изолированных штаммов условно-патогенных бактерий определяли показатель микробной обсемененности (ПМО КОЕ/мл.), уровень персистентного фактора – антилизоцимной активности (АЛА) и чувствительность к антибиотикам. Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методами на основании морфологических, тинкториальных,

культуральных свойств, биохимический профиль оценивали с помощью тест-систем фирмы LACHEMA (Чехия).Способность штаммов деградировать лизоцим оценивали чашечным методом

Результаты показали, что в спектре выделяемых из проб аэробных микроорганизмов грампозитивные и грамнегативные таксоны – энтеробактерии (в том числе клебсиеллы, эшерихии), энтерококки, коринебактерии, стафилококки (коагулазоотрицательные и коагуазоположительные), а такжегрибы рода Candida.

Частота высеваемости коагулазоотрицательных стафилококков (в основном S.epidermidis) составило 89,5%, причем в 81,6% ПМО достигал 105 КОЕ/мл; коагулазноположительные – S.aureus высеваная у 7% женщин. Все выделенные штаммы эпидермальных стафилококков обладали АЛА, причем у 76% штаммов ее уровень превышал 6 мкг/мл. Дрожжевые грибы рода Candida изолировались из цервикального отделяемого 44,8% женщин. Одновременно эти таксоны – S.epidermidis и грибы рода Candida обнаруживались у 20,9% обследуемых. Количественное содержание грибковой флоры не превышало 103 КОЕ/мл, однако у всех штаммов обнаружилось способность к деградации лизоцима, уровень которой был ⩾ 2 мкг/мл. Высокий уровень ПМО и АЛА для S.epidermidis и грибов рода Candida свидетельствуют в пользу важной роли эпидермального стафилококка и дрожжевых грибов в развитии урогенитальных инфекций. Другие выявленные таксоны микроорганизмов – энтеробактерии, энтерококки не имели этиологически значимых признаков.

THE ROLE OF OPPORTUNISTIC MICROFLORA IN THE UROGENITAL MIXED INFECTION IN MEN REPRODUCTIVE ORGANS

Zherebyateva O.O., Mikhailova E.A., Konstantinov O.D., G.O.Makhalova

FGBOU VO «Orenburg State Medical University»

Summary: It was shown that at a range of the aerobic microorganisms isolated from urethral assays there were Enterobacteriaceae (including Klebsiyella, Escherichia), Enterococcus, Corynebakterium, Staphylococcus (koagulazonegativny and koaguazopozitivny), and also genus Candida. Level of an indicator of a microbial contamination and S.epidermidis property and of the genus Candida testify to their etiological importance.

ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН СНИЖАЮТ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЦИКЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Баландина А.Н.[1,2], Кольцова Е.М.[1], Тетерина Т.А.[3], Симоненко Е.Ю.[3,4], Полетаев А.В.[1], Зорина И.В.[3], Яковенко С.А.[3,4], Атауллаханов Ф.И.[1,2,4,5]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация;
2 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» РАН, Москва, Российская Федерация;
3 ЭКО Центр «АльтраВита» Москва, Российская Федерация;
4 Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Москва, Российская Федерация;
5 Московский физико-технический институт (государственный университет), Долгопрудный, Российская Федерация.

Резюме

Гиперкоагуляция, зарегистрированная при помощи глобального теста гемостаза тромбодинамики, является независимым предиктором ненаступления беременности в результате проведения цикла экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Для женщин с проблемами зачатия характерны состояния и заболевания, сопровождающиеся усилением свертываемости крови. Вероятно, что гиперкоагуляционные нарушения в системе гемостаза являются одной из причин бесплодия и привычного невынашивания.

Целью данного исследования была оценка состояния системы гемостаза с помощью стандартных и глобальных лабораторных тестов у женщин с бесплодием до начала цикла ЭКО и в течение программы ЭКО, а также выявление возможной связи между нарушениями системы гемостаза и исходом программы ЭКО.

В проспективное когортное исследование было включено 114 женщин с бесплодием (возраст от 24 до 44 лет, медиана 32 года), которым проводили программу ЭКО в свежем коротком цикле в клинике «АльтраВита» с октября 2015 г. по май 2016 г. Взятие крови проводили на 2–3 день менструального цикла до начала гормонотерапии (точка 1), на фоне приема фолликулостимулирующих гормонов (точка 2), в день пункции фолликулов (точка 3), в день переноса эмбрионов (точка 4) и через неделю после переноса эмбрионов (точка 5). Определяли следующие показатели свертывания: АЧТВ, ТВ, Протромбин по Квику, фибриноген, концентрация D-димеров, тромбодинамика. Исходом считали наступление/ненаступление клинической беременности (наличие сердцебиения эмбриона по ультразвуковому исследованию на 5ю неделю после переноса эмбриона).

Из 114 пациенток беременность в результате ЭКО наступила у 28 женщин (24,6%). Между группами забеременевших и незабеременевших женщин не наблюдалось различий по возрасту, индексу массы тела, длительности бесплодия, типу бесплодия или факторам бесплодия. При этом доля женщин старше 35 лет была достоверно выше в группе незабеременевших женщин (37% по сравнению с 14% для забере-

меневших, p<0,05). Различий в проводимой терапии и количестве полученных ооцитов и эмбрионов также не было выявлено. Среди показателей гемостаза обратила на себя внимание скорость роста сгустка, определяемая в тесте тромбодинамика: в точке 1 скорость роста сгустка была достоверно выше в группе незабеременевших женщин (p<0,05). Остальные показатели свертывания достоверно не различались в группах забеременевших и незабеременевших женщин.

Мы выделили по данным тромбодинамики подгруппу с гиперкоагуляцией (повышенной скоростью роста сгустка) и нормокоагуляцией на момент вступления в протокол ЭКО и оценили частоту наступления беременностей в этих подгруппах. Она составила соответственно 8,3% и 28,9%.

Все тесты гемостаза, за исключением АЧТВ, отразили усиление свертывания на фоне проводимой гормонотерапии в цикле ЭКО с последующей нормализацией после переноса эмбриона.

Таким образом, гиперкоагуляция у женщин с бесплодием до вступления в протокол ЭКО, выявленная по данным тромбодинамики, является независимым негативным предиктором ненаступления беременности. Тромбодинамика может быть использована для выделения группы риска, для которой целесообразно проведение антикоагулянтной терапии с целью нормализации гемостаза перед проведением процедуры ЭКО.

Работа поддержана грантом Президента для молодых кандидатов наук № МК-913.2017.4.

HYPERCOAGULABLE DISORDERS OF HEMOSTASIS IN WOMEN REDUCES THE CHANCE OF PREGNANCY IN A CYCLE OF IN VITRO FERTILIZATION

Balandin A.N.[1,2], Koltsov E.M.[1], Teterina T.A.[3], Simonenko E.Yu.3[,4], Poletaev A.V.[1], Zorina I.V.[3], Yakovenko S.A.[3,4], Ataullakhanov F.I.[1,2,4,5]

1 National Scientific-Practical Centre Of Pediatric Hematology, Oncology And Immunology Named After Dmitry Rogachev
2 Federal state budgetary institution «Center for theoretical problems of physicochemical pharmacology
3 ECO Centre «Altravita» Moscow, Russian Federation.
4 Moscow state University. M.V. Lomonosov, Moscow, Russian Federation.
5 Moscow Institute of physics and technology (state University), Dolgoprudny, Russian Federation

Summery

Hypercoagulation detected with global hemostasis thrombodynamics assay in infertile women independently predict unsuccessful in vitro fertilization outcomes.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Черненкова М.Л., Тетелютина Ф.К., Шиловская Е.И.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, г. Ижевск, Россия

Применение в усовершенствованной программе прегравидарной подготовки цитокино– и озонотерапии у женщин с обострением хронического пиелонефрита способствует восстановлению клеточного и гуморального иммунитета, снижению осложнений беременности, родов, послеродового периода, улучшению состояния плода и качества здоровья новорожденного.

Изучение вопроса взаимного влияния хронического пиелонефрита и беременности важно, в связи с высоким процентом акушерских осложнений, неблагоприятными перинатальными исходами и высокой заболеваемостью новорожденных, что подчеркивает медицинское и социально – экономическое значение проблемы.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения усовершенствованной программы прегравидарной подготовки у женщин с обострением хронического пиелонефрита.

Под нашим наблюдением с обострением хронического пиелонефрита было 278 женщин, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении, в том числе у 133 (47,8%) пациенток дополнительно к традиционному противовоспалительному лечению применили в/в капельно озонированный физ. раствор, у 145 (52,2%) – комбинацию озонотерапии с цитокинотерапией. Группу сравнения составили 50 пациенток с обострением хронического пиелонефрита, получившие традиционное лечение (антибактериальная, дезинтоксикационная терапия).

При бактериологическом исследовании мочи в группе наблюдения наиболее часто были выявлены E. Coli (45,5% и 60,4%), Staph, epidezmidis (16,0% и 18,1%), Proteus (10,4% и 16,2%), Klebsiella (3,3% и 10,9%). У каждой 3-й пациентки обнаружена полирезистентность микробной флоры к антибактериальным препаратам.

Медицинская эффективность применения цитокинов в сочетании с озонотерапией в усовершенствованной программе прегравидарной подготовки женщин с пиелонефритом подтверждена снижением лейкоцитоза с 14.33±5,54 до 7,64±1,47 (109л), СОЭ, ЛИИ с 4,97±3,13 до 1,05±0,84 (ед), ПСММ с 0,359±0,196 до 0,228±0,075 (ед), улучшением биохимических показателей крови, нормализацией гемостазиограммы, восстановлением клеточного и гуморального звена иммунитета, улучшением качества осадка мочи. В динамике гестации прослеживалось снижение осложнений беременности. В I триместре установлено снижение частоты УПБ на 20,4%, во II – III триместре – преэклампсии на 9,3%, ПН на 14,1%. гипоксии плода на 19,6% ($p<0,05$). Установлено снижение количества преждевременных родов на 8,5%, аномалий родовой деятельности на 9,3%, гипотонических кровотечений на 3,4%, травм мягких тканей на 8,6% ($p<0,05$). В послеродовом периоде частота острого послеродового эндометрита была реже в 1,7 раза. Таким образом, применение усовершенствованной программы прегравидарной подготовки у женщин с обострением хронического пиелонефрита способствует высокой эффективности профилактики

осложнений в послеродовом периоде, улучшению состояния здоровья плода, снижению степени риска антенатального инфицирования, гипоксического поражения ЦНС и врожденных пороков развития плода, улучшению качества здоровья новорожденного.

THE EFFECTIVENESS OF IMPROVED PREGRAVID TRAINING PROGRAM FOR WOMEN WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

Chernenkova M.L., Tetelyutina F.K., Shilovskaya E.I.

FGBOI VO IGMA Minzdrava Rossii, department of obstetrics and gynecology of FPK, Izhevsk, Russia

The use of an advanced training program pregravid cytokine and ozone therapy in women with acute exacerbation of chronic pyelonephritis contributes to the restoration of cellular and humoral immunity, reduce the complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period, improve the condition of the fetus and newborn health quality.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГРАММАХ ЭКО

Пиманчева Ю.И.,Зуев В.М., Александров М.Т., Калинина Е.А., Кукушкин В.И., Джибладзе Т.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Институт Физики твердого тела РАН
Научно-клинический Центр реабилитации женского здоровья

260 женщин с неуспешными программами ЭКО были обследованы с использованием раман-флюоресцентной спектроскопии. Реабилитация эндометрия произведена с помощью внутриматочной лазерной фото-иммунной терапии. Показана высокая эффективность неинвазивной прижизненной экспресс-дианостики морфо-функционального состояния эндометрия и его реабилитации.

260 women with unsuccesfull IVF programs were examined by means of raman fluorescential technology and treated with intrauterine laser induced therapy. Morfological and functial conditions in endometrium seemed to be improved. Pregnancy was occurred in 46,9% patients.

С целью экспресс-диагностики и оценки морфо-функционального состояния эндометрия, его лечения и мониторинга применяли лазерную рамановскую люминисцентную диагностику и лазерную фото-иммунную терапию. В исследование вошли 260 пациенток в возрасте от 28 до 47 лет с неуспешными программами ЭКО в анамнезе в количестве от 2 до 12. Из них у 215 (82,7%) был диагностирован хронический эндометрит, подтвержденный морфологически.

У 45 (17,3%) женщин отсутствие циклических изменений в эндометрии были обусловлены гормональной дисфункцией разного генеза.

Исследовали спектральные характеристики эндометрия. Определяли показатели преобладающего метаболизма и его активности– аэробности (анаэробности)

– отношение интенсивности флюоресценции на длине волны лазерного излучения 670нм (± 5 нм) к интенсивности флюоресценции на длине волны 700 нм (± 5 нм), показатели пролиферации и их цикличность и структурированность.

Индекс аэробности нормального эндометрия составил 1,2–1,7 отн. Ед., индекс аэробности при морфо-функциональной несостоятельности эндометрия составил менеее 0,95–1,1 отн.ед.

(Индекс аэробности лечебного препарата, содержащего хлорофилл составил– 2,2–2,5 отн. Ед).

Комплексное лечение включало: использование препарата, содержащего хлорофилл и внутриматочное лазерное облучение эндометрия с длиной волны 0,63 мкм.

Воздействие на эндометрий низко-интенсивного лазерного излучения на фоне приема хлорофилла приводило к увеличению объема сосудистого русла, улучшению кровоснабжения, микроциркуляции и оксигенации, активации пролиферативной активности эндометрия, его метаболизма и восстановлению его морфофункционального состояния.

В результате комплексной терапии с использованием хлорофилла и внутриматочного облучения эндометрия восстановление показателей оксигенации, метаболизма и морфо-функционального состояния эндометрия отмечены у 296 (87,0%) женщин, существенное улучшение у 26 (7,6%) женщин, незначительные изменения у 18(5,4%).

После комплексной терапии женщины вступали в программу ВРТ. В группе женщин, которым был произведен криоперенос имплантация наступила у 122 (46,9%) женщин, Таким образом, лазерная конверсионная диагностика (показатели отражения и люминесцентная составляющие) оказалась высокоэффективным и полезным неинвазивным методом оценки структурно-функционального состояния эндометрия и его реабилитации. Метод комплексной фотоиммунной терапии показал высокую эффективность в повышении регенеративной активности эндометрия, восстановлении метаболизма и структурно-функционального его состояния.

ГЛАВА 9 / CHAPTER IX

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
MODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE DIAGNOSIS THE REPRODUCTIVE SYSTEM

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ

Хириева П.М., Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Аракелян А.С., Сашин Б.Е., Гречихина Н.Ф., Маланова Т.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Внутриматочные синехии занимают одно из ведущих мест в генезе маточной формы женского бесплодия. Актуальными на сегодняшний день остаются вопросы профилактики и лечения данного состояния в связи с высокой частотой рецидива, которая по данным различных авторов составляет от 20 до 62,5%, а также с отсутствием эффективных методов терапии, направленных на патогенетические механизмы.

Цель исследования: анализ клинико-анамнестических данных и репродуктивных исходов у женщин с внутриматочными синехиями.

Материалы и методы: Проведен анализ хирургического лечения 145 пациенток репродуктивного возраста с интраоперационно установленным диагнозом внутриматочные синехии.

Результаты: Средний возраст пациенток составил 3 ± 1 года. Статистически значимых различий в росто – весовых показателях выявлено не было. Изучение анамнестических данных выявило наличие перенесенных оперативных вмешательств у 85% пациенток. Наиболее частыми оперативными вмешательствами были удаление остатков плодного яйца (34%) и диагностическое выскабливание слизистой полости матки (24%). Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 86% пациенток. Частота миомы матки составила 27%, хронического цервицита 28%, хронического эндометрита 27%, наружного генитального эндометриоза 24%, хрониче-

ского сальпингоофорита 15%. Основные жалобы, предъявляемые пациентками: вторичное бесплодие 33%, олигоменорея 18%, первичное бесплодие 12%, невынашивание беременности 11%, болевой синдром 23%, аменорея 5%.

При гистероскопическом этапе оперативного вмешательства с помощью жидкостной проточной системы фирмы «Karl Storz» (Германия) 1 степень внутриматочных синехий выявлена у 66,2%, 2 степень обнаружена у 24,1%, третья степень (синдром Ашермана) – у 9,65%. В послеоперационном периоде во всех случаях назначалась восстановительная физиотерапия в интенсивном режиме. При 2-й и 3-й степенях тяжести рассечение внутриматочных синехий сопровождалось циклической гормональной терапией в течение 2-х месяцев. Контрольная гистероскопия с целью выявления рецидивов внутриматочных синехий проводилась через 3 месяца после оперативного вмешательства.

Частота наступления беременности в 1 группе составила 46,8%, во второй группе 37,14%, в третьей группе 21,42%. Частота рецидивов внутриматочных синехий составила в 3 группе – 71,42%, во второй группе – у 28,57%, в 1 группе -10,41%.

Заключение: Гистероскопия с использованием механической и электрической энергий с комплексной послеоперационной терапией позволила реализовать репродуктивную функцию у 67% женщин. Наличие оперативных вмешательств, в том числе в полости матки, является фактором риска развития внутриматочных синехий. Частота рецидивирования и репродуктивные исходы женщин с внутриматочными синехиями зависят от степени тяжести процесса, что может служить прогностическим критерием для планирования терапевтических мероприятий в послеоперационном периоде.

SURGICAL TREATMENT OF REPRODUCTIVE-AGE WOMEN WITH INTRAUTERINE ADHESIONS

Khirieva P.M., Adamyan L.V., Martynov S.A., Danilov A.Yu., Arakelyan A.S., Sashin B.E., Grechikhina N.F., Malanova T.B.

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation 1

The purpose of the research: analysis of clinical and anamnestic data and reproductive outcomes in women with intrauterine adhesions.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ У ПАЦИЕНТОК С МАТОЧНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

Черкасова А.Л., Максимова Т.А., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Брюнин Д.В., Ищенко А.И., Хохлова И.Д.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова Кафедра акушерства и гинекологии №1 Россия, г. Москва

Резюме: 48 женщинам с внутриматочными синехиями и бесплодием проводилось комплексное лечение, включающее гистероскопию, лазерную деструкцию внутриматочных сращений, введение в полость матки антиадгезивного препарата, противовоспалительную, ангиопротекторную терапию. Беременность наступила у 15 женщин.

Ключевые слова: внутриматочные синехии, бесплодие, противоспаечный гель.

Одной из наиболее часто встречающихся причин маточной формы бесплодия являются внутриматочные синехии, которые могут быть представлены как единичными соединительнотканными тяжами, так и полностью облитерировать полость матки.

Как правило, возникновение внутриматочных синехий является следствием воспалительного процесса и сопровождается наличием хронического эндометрита и нарушением рецептивности эндометрия.

Целью исследования явилась разработка комплексного метода лечения и профилактики рецидивов внутриматочных синехий у пациенток с маточной формой бесплодия.

Результаты: Нами пролечено 48 женщин в возрасте от 23 до 45 лет, с бесплодием и внутриматочными синехиями. При обследовании у всех пациенток обнаружены внутриматочные синехии разной степени распространенности, признаки хронического эндометрита. У 31 (64.6%) при иммуногистохимическом исследовании обнаружено снижение рецептивности эндометрия. Лечение проводилось с помощью минигистероскопа KARL STORZ с каналом для операционных инструментов диаметром 1,8 мм (5 Fr), который позволял применять лазерные кварцевые световоды для деструкции фиброзной ткани. Под внутривенной анестезией, без расширения цервикального канала, производилась лазерная деструкция внутриматочных сращений, с формированием полости матки. С целью профилактики рецидива под контролем УЗ исследования пациенткам в полость матки вводился противоспаечный гель, в состав которого входит: гиалуроновая кислота, карбоксиметилцеллюлоза и альгинат натрия. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось комплексное лечение, включающее гормональную, противовоспалительную и ангиопротекторную терапии. Лечение хронического эндометрита включало антибактериальную терапию, физиотерапию, лазерную терапию.

Спустя 3–6 месяцев после операции контрольная офисная гистероскопия была произведена у 32 пациенток. Рецидив выявлен у 2 пациенток с полной облитерацией полости, им была произведена повторная операция. До настоящего времени беременность наступила у 15 пациенток.

Заключение: таким образом, разработанный комплексный метод лечения и профилактики внутриматочных синехий, включающий лазерохирургические оператив-

ные вмешательства, введение антиадгезивных препаратов, проведение противовоспалительной и гормональной терапии, а также физиотерапии, является эффективным и способствует наступлению беременности у женщин с маточной формой бесплодия.

COMPREHENSIVE TREATMENT AND PREVENTION OF INTRAUTERINE ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE FORM OF INFERTILITY

Cherkasova A.L., Maximova T.A., Djhibladze T.A., Zuev V.M., Bryunin D.V., Ishchenko A.I., Hohlova I.D.

Keywords: intrauterine adhesions, infertility, anti-adhesive gel.

Abstract: 48 women with intrauterine adhesions and infertility was a complex treatment including hysteroscopy, laser destruction of intrauterine adhesions, the introduction into the uterus of anti-adhesive medication, anti-inflammatory and angioprotective therapy. Pregnancy occurred in 15 women.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мартынов С.А., Адамян Л.В., Данилов А.Ю., Козаченко А.В., Зурабиани З.Р., Гречихина Н.Ф., Хабас Г.Н., Клименченко Н.И.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: беременность, опухоли и опухолевидные образования яичников, лапароскопия, лапаротомия, осложнения.

Цель: Провести сравнительный анализ операций, выполненных лапароскопическим и лапаротомным доступом по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников (О/ООЯ) во время беременности.

Материалы и методы: ретроспективное и проспективное исследование 157 беременных с О/ООЯ, которым хирургическое лечение было выполнено во время беременности.

Результаты: Из 157 женщин, 44 (28,0%) хирургическое лечение было выполнено лапаротомным доступом (1 группа), 113 (71,9%) – лапароскопическим (2 группа). Обе группы были сопоставимы по среднему возрасту, индексу массы тела, паритету, частоте перенесенных общих и гинекологических операций, характеру сопутствующей патологии. Средний размер яичниковых образований был достоверно больше в 1 группе (13,7±0,7 см против 9,8±0,6 см, $p < 0,05$). В лапаротомной группе 2 (4,5%) женщины перенесли хирургическое вмешательство в 1 триместре, 34 (77,3%) – между 13 и 23 неделями гестации, 3 (6,8%) – между 24 и 26 неделями гестации и 5 (11,4%) – в третьем триместре. В лапароскопической группе 1 (0,9%) беременная была прооперирована в первом триместре, 108 (95,6%) – между 13 и 23 неделями

гестации и 4 (3,5%) – между 24 и 26 неделями гестации. Доброкачественные О/ООЯ были диагностированы в 145 случаях: зрелые кистозные тератомы – 50, серозные цистаденомы – 20, серозные папиллярные цистаденомы – 7, муцинозные (в том числе диморфные) цистаденомы – 21, цистаденофибромы – 1, доброкачественная стромальноклеточная опухоль – 2, эндометриоидные кисты – 26, параовариальные кисты – 3, кисты желтого тела – 2, простые кисты, лишенные выстилающего эпителия – 2, тека-лютеиновая киста – 1. Пограничные серозные папиллярные цистаденомы были диагностированы в 6 случаях. Злокачественные опухоли были выявлены в 7 случаях: 2 дисгерминомы, 1 незрелая тератома, 1 герминогенная опухоль смешанного строения, 1 серозная папиллярная цистаденокарцинома, 1 эндометриоидная аденокарцинома и 1 метастатическая аденокарцинома кишечного типа.

По сравнению с лапаротомной группой, в лапароскопической группе отмечалась меньшая продолжительность операций (60,2±2,6 минут против 88,7±2,5 минут, $p<0,05$), меньшая интраоперационная кровопотеря (97,5±10,7 мл против 245,4±55,0 мл, $p<0,05$), меньшая потребность в наркотических анальгетиках (1,7±0,3 мл 2% промедола против 3,9±0,4 мл), меньшая продолжительность послеоперационного обсервационного периода (5,7±0,2 дней против 8,1±0,3 дней, $p<0,05$) и меньшая продолжительность госпитализации (8,6±0,4 дней против 10,9±0,5 дней, $p<0,05$). Исход беременностей был проанализирован во всех случаях. Нами не было выявлено достоверных различий между лапароскопической и лапаротомной группами в гестационном сроке, массе плода (3230,0±342,5 г. и 3186,0±502,1 г), оценке по шкале Апгар, частоте низкой массы тела при рождении и прерывания беременности. Один случай позднего выкидыша имел место на 2-е сутки после лапароскопической операции по поводу эндометриоидной кисты с выраженным болевым синдромом в 15 недель гестации. Один случай антенатальной гибели плода был диагностирован на 36 неделе беременности у женщины, перенесшей лапаротомную операцию по поводу муцинозной цистаденомы в 25 недель гестации.

Заключение: Лапароскопический метод имеет неоспоримые преимущества в лечении беременных с О/ООЯ за счет менее выраженных послеоперационных болей, меньшей потребности в наркотических анальгетиках, меньшей продолжительности госпитализации и скорейшему восстановлению двигательной активности.

COMPARISON OF LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY IN TREATMENT OF ADNEXAL MASSES DURING PREGNANCY

Martynov S.A.[1], Adamyan L.V.[1], Danilov A.U.[1]

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

Key Words: Pregnancy, adnexal masses, laparoscopy, laparotomy, complications.

The issue presents the possibilities of new surgical technologies in treatment of adnexal masses during pregnancy. Laparoscopic approach has obvious benefits in pregnancy and allows to eliminate a disease requiring surgery no negative impact on pregnancy course and fetus health.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Фархат К.Н., Макиян З.Н., Данилов А.Ю., Аракелян А.С., Адамян Л.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации,
г. Москва, Российская Федерация

Аномалии матки и влагалища наблюдают у 4,3–6,7% женщин репродуктивного возраста, а частота встречаемости сопутствующего эндометриоза может превышать 50%. Наружный генитальный эндометриоз в 25–50% случаев является причиной бесплодия у женщин репродуктивного возраста, а у пациенток с хроническими тазовыми болями этот показатель достигает 45–82%. Большинство авторов связывают сочетание пороков развития и эндометриоза с нарушением оттока менструальной крови при несимметричных аномалиях, несвоевременной диагностикой и неадекватным лечением. Оперативное вмешательство у пациенток с аномалиями развития и сопутствующим эндометриозом представляет сложную задачу, учитывая значительное влияние данных патологий на репродуктивную функцию. Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического и восстановительного лечения с оценкой репродуктивных исходов у больных с аномалиями развития матки и влагалища в сочетании с эндометриозом. В проспективное когортное исследование вошли 198 пациенток с аномалиями матки и влагалища, проходившие оперативное лечение в ФГБУ «НЦАГиП им. В. И. Кулакова» Минздрава России с 2013 по 2015 год. Были сформированы следующие группы: 1 группа – 105 пациенток с аномалиями матки и влагалища и сочетанным наружным генитальным эндометриозом; 2 группа – 93 пациентки с аномалиями матки и влагалища без сопутствующего наружного генитального эндометриоза. Постановка диагноза и оперативное лечение выполнено в зависимости от анатомической формы порока развития, клинических проявлений и репродуктивных исходов, согласно классификации Адамян Л. В. (1998 г.). Объем оперативного вмешательства при сопутствующем эндометриозе зависел от степени распространения и локализации процесса. Производили иссечение и коагуляцию гетеротопий, при эндометриоидных кистах выполняли энуклеацию (цистэктомию) капсулы. В послеоперационном периоде проведены реабилитационные мероприятия: физиотерапевтические методы лечения (магнитотерапия), ранняя активизация больных. Гормональная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормона в течение 3–4-х месяцев назначена при распространенном эндометриозе и его рецидивах 20% пациенток. Наружный генитальный эндометриоз диагностирован у 53% больных. Жалобы на нарушение менструального цикла предъявляли 58,6% пациенток, болевой синдром выявлен у 17,2%, первичное бесплодие у 41,5%, вторичное бесплодие у 18,6% и привычное невынашивание беременности у 26,2% пациенток с аномалиями матки и влагалища. Первичное бесплодие наблюдали у 55% пациенток с сочетанным эндометриозом, что достоверно выше по сравнению со второй группой – 25,3%. Результаты оперативного лечения изучены в сравнительном аспекте с данными до проведения хирургической коррекции. Дисменорею до операции наблюдали у 53,5%, а после операции у 11,4%; выраженный болевой синдром был отмечен у 18,1% до лечения, а в послеоперационном периоде составил

– 1,9%. Оценка репродуктивных исходов была проведена у 98 пациенток (55 женщин в 1 группе и 43 во 2 группе). У женщин в 1 группе беременность наступила в 60,0% случаев, а во 2 группе в 55,9% (p=0,5432). Комплексный подход к лечению пациенток с аномалиями матки и влагалища и сопутствующим эндометриозом, включающий хирургическую коррекцию порока развития, иссечение и коагуляцию эндометриоидных гетеротопий с последующим назначением гормональной терапии, показал себя эффективным в отношении уменьшения клинических симптомов заболевания и восстановления репродуктивной функции.

Резюме: целью исследования явилось изучение отдаленных результатов хирургического и восстановительного лечения с оценкой репродуктивных исходов у больных с аномалиями матки и влагалища в сочетании с эндометриозом Комплексный подход к лечению пациенток с пороками развития матки и влагалища и сопутствующим эндометриозом, включающий хирургическую коррекцию порока развития, иссечение и коагуляцию эндометриоидных гетеротопий с последующим назначением гормональной терапии, показал себя эффективным в отношении уменьшения клинических симптомов заболевания и восстановления репродуктивной функции.

RESULTS OF SURGICAL AND REHABILITATION TREATMENT IN PATIENTS WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES WITH CONCOMITANT ENDOMETRIOSIS

Farkhat K.N., Makiyan Z.N., Danilov A.U., Arakelyan A.S., Adamyan L.V.

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

Resume: the aim of the research was to study the long-term results of surgical and rehabilitation treatment and the assessment of reproductive outcomes in patients with uterovaginal anomalies and concomitant endometriosis. A comprehensive approach to the treatment of patients with uterovaginal malformations in combination with endometriosis which includes surgical correction of anomalies, excision and coagulation of endometrioid heterotopias followed by hormonal therapy, revealed to be effective in reducing clinical symptoms and recovery of reproductive function.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ, МИОМЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОНОПОЛЯРНОГО И БИПОЛЯРНОГО КОАГУЛЯТОРА, АРГОН УСИЛЕННОГО ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА,

Варданян В.Г.

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения у гинекологических больных с помощью использования монополярного и биполярного коагу-

лятора, аргон усиленного электрокоагулятора, plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser.

Показания к хирургическому лечению явились: бесплодие (при наличии миомы матки с центрипитальным ростом узла и деформацией полости матки); невынашивание беременности (при отсутствии других причин), меноррагии; болевой синдром; нарушение функции соседних органов; быстрый рост опухоли.

Нами обследовано и прооперировано 187 пациенток миомой матки, 164 – эндометриоидными кистами яичников в возрасте от 18 до 45 лет. Все пациентки подверглись лапароскопической миомэктомии, цистэктомии. Методика операции отличалась использованием электрохирургии (монополярной, биполярной), аргон усиленного электрокоагулятора, plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser в соответствующих группах больных. Дефект стенки матки после миомэктомии восстанавливали синтетическим рассасывающимся шовным материалом «vicryl», «V-loc». Целостность яичника восстанавливали после вылущивания эндометриоидных кист больших размеров 10 см о более также синтетическим рассасывающимся шовным материалом «vicryl», «V-loc».

Результаты исследования: результаты хирургического лечения оценивали по динамике основных параметров, характеризующих течение операции, частоты образования спаек, частоты наступления беременности.

Использование ligasure, plasmajet, DUO CO2 Surgical Laser при сравнении с электрохирургией и аргон усиленной электрохирургией на основных этапах операции приводит к снижению интраоперационной кровопотери с 196,5 ± 92,1, 182,6 ± 74,7, 228 ± 67,2 мл до 51,4±88,2, 69,8±74,7, 107,7 ± 56,4 мл.

Спаечный процесс в малом тазу при контрольной лапароскопии выявлен в 14,5% случаев у пациенток, оперированных электрохирургией и plasmajet. Частота формирования спаек в малом тазу у пациенток, оперированных ligasure и аргон усиленной электрохирургией составило 12,0%, UltraPulse DUO CO2–8,9%.

Из 187 оперированных больных миомой матки 104 (55,6%) обратились по поводу бесплодия. У 92 (88,9%) пациенток наступила маточная беременность. Частота наступления маточной беременности в группах больных, оперированных ligasure, plasmajet, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser составила 21,5% , 28,3% и 39,1% соответственно.

Заключение: уникальные (режущие и гемостатические) свойства plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser позволяют совершенствовать технику лапароскопической миомэктомии, повышать эффективность хирургического лечения гинекологических больных.

Использование plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser на основных этапах миомэктомии, цистэктомии позволяет: бескровно рассекать ткани; повышать абластичность операции; снизить травматичность операции; сократить послеоперационный койко/день; повысить частоту наступления беременности.

Выводы. При лапароскопической цистэктомии, миомэктомии у гинекологических больных репродуктивного возраста целесообразно использование plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO2 Surgical Laser на основных этапах операции.

LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY, MYOMECTOMY USING MONOPOLAR AND BIPOLAR COAGULATOR, ELECTROCAUTERY, ARGON ENHANCED, PLASMAJET, LIGASURE, ULTRAPULSE DUO CO 2 SURGICAL LASER

Vardanyan V.G.

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

Conclusion: unique (cutting and hemostatic) properties plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO 2 Surgical Laser allows to improve the technique of laparoscopic myomectomy, to enhance the effectiveness of surgical treatment of gynecological patients.

Using plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO 2 Surgical Laser at key stages of myomectomy, cystectomy, you can: bloodless cut tissue; ablastics improve operations; reduce trauma surgery; reduce post-operative bed / day; improve the pregnancy rate. Conclusions. When laparoscopic cystectomy, myomectomy gynecological patients of reproductive age it is advisable to use plasmajet, ligasure, UltraPulse DUO CO 2 Surgical Laser on the main stages of the operation.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Попов А.А., Краснопольская К.В., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Зинган Ш., Абрамян К.Н., Орлова С.А., Барто Р.А., Камалова А.Н.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, МЦ «Москворечье»

Резюме: представлены результаты оперативного лечения глубокого инфильтративного эндометриоза у пациенток с бесплодием и хроническими тазовыми болями, лапароскопическим и робот-ассистированным доступом. На наш взгляд лапароскопические и робот-ассистированные операции при инфильтративных формах эндометриоза создают условия для адекватного удаления измененных тканей за счет улучшения визуализации, с максимально бережным сохранением овариального резерва, особенно у пациенток с заведомо сниженным репродуктивным прогнозом.

Введение: Эндометриоз относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, сопровождается нарушением менструальной и репродуктивной функции, стойким болевым симптомом, снижением трудоспособности больных. Частота этого заболевания колеблется от 7 до 50% у женщин репродуктивного возраста. Основными симптомами являются: бесплодие (40%), дисменорея (82,7–83,4%), болевой синдром (43,3–50%). Наиболее тяжелой формой заболевания является глубокий инфильтративный эндометриоз, частота встречаемости которого составляет 5–12% среди всех случаев эндометриоидного поражения. Лапароскопические и робот-ассистированные операции при инфильтративных фор-

мах эндометриоза создают условия для адекватного удаления измененных тканей за счет улучшения визуализации, с максимально бережным сохранением овариального резерва, особенно у пациенток с заведомо сниженным репродуктивным прогнозом.

Материалы и методы: с 2013 по 2016 нами было выполнено 172 оперативных вмешательства по поводу инфильтративных форм эндометриоза различной локализации. Средний возраст пациенток составил 33 года. Наиболее частой локализацией эндометриоидных инфильтратов были: ретроцервикальная область – 131 пациентка (76,16%) при этом инфильтрат стенки кишки был выявлен у 89 больных (51,74%), в 42 случаях (24,4%) выявлен инфильтрат ректовагинальной перегородки, в 8 случаях (4,6%) отмечено поражение стенки мочевого пузыря, в 11 (6,4%) в инфильтрат была вовлечена стенка мочеточника.

Результаты: среди 172 пациенток в большинстве случаев оперативное пособие выполнено лапароскопическим доступом– 140 пациенток, в 12 случаях потребовалось проведение лапаротомии. В течение последних 2 лет 20 пациенток были прооперированы с использованием хирургического роботического комплекса DaVinci SI. Резекция ретроцервикального инфильтрата выполнена в 95 (55,23%) случаях, методом сбривания со стенки кишки инфильтрат удален у 47 (27,32%) пациенток. У 12 (8,3%) пациенток поражение кишки потребовало выполнения резекции с наложением аппаратного анастомоза, в 105 (61,1%) случаях произведен уретеролизис, в 3 (1,7%) выполнена резекция мочевого пузыря.

Заключение: за весь период наблюдения не было выполнено ни одной гистерэктомии, что позволило сохранить фертильность всем больным с инфильтративным эндометриозом. Нудно отметить преимущества робот-ассистированного доступа при глубоком инфильтративном эндометриоз: уменьшилась частота резекции в пользу «сбривания». Является идеальным доступом при урогенитальном эндометриозе.Дает возможность выполнения нерв-сберигающих операций.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Popov A.A., Krasnopolskaya K.V., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Zingan S.I., Abramyan K.N., Orlov S.A., Barto R.A., Kamalova A.N.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, MC «Moskvorechie»

Resume: The results of surgical treatment of deep infiltrative endometriosis patients with infertility and chronic pelvic pain, laparoscopic and robot-assisted access. In our opinion, laparoscopic and robot-assisted surgery for infiltrative forms of endometriosis create conditions for adequate removal of affected tissues by improving the visualization, with the most careful preservation of ovarian reserve, especially in patients with a known reproductive reduced forecast.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Сонова М.М., Тарасова Е.О., Косаченко В.М.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им А.И. Евдокимова
Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого , Москва

Резюме: Описание клинического случая массивной кровопотери при внематочной беременности с быстрым восстановлением. Применение современных технологий способствует fast-track-хирургии, таких как, мини-инвазивного лапароскопического доступа для выполнения операции и одномоментная реинфузия крови.

Цель: демонстрация применение fast-track-хирургии в ургентной гинекологии и оптимизация подходов к массивной кровопотере при внематочной беременности

Материал и методы: описание клинического случая. В приемное отделение 28.09.2016 года была доставлена беременная пациентка Ф., 35 л, с жалобами на кровяные выделения из половых путей, боли во всех отделах живота (ВАШ 10 баллов), тошноту, слабость. Особенности анамнеза: дату последней менструации не помнит, данная беременность вторая, роды в 2011 – кесарево сечение. Гинекологические заболевания отрицает. Контрацепцию отрицает. Больной себя считает в течение последнего месяца, когда впервые появились скудные кровяные выделения из половых путей. Около 1 час назад появились резкие боли в нижних отделах живота. Мочевой тест на беременность положительный. При осмотре: состояние средней степени тяжести, контактна, отвечает на вопросы, несколько заторможена, кожные покровы бледные, видимые слизистые бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 в мин, ЧДД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот подвздут, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Местный статус: в зеркалах слизистая шейки матки цианотична, выделения кровяные, скудные, бимануальный осмотр затруднен ввиду выраженной болезненности. При УЗИ TV+TA: эндометрий 10 мм, плодное яйцо в полости матки не визуализируется, яичники не визуализируются из-за большого количества сгустков в малом тазу. Заключение: Гемоперитонеум. Клинико-лабораторные показатели: Эр 4,12*10 12 ; Нв 135 г/л; Ht 37,4%; Tr 314 10 9; L 17,6 10 9. АЧТВ 36,5 с; ТВ 13; МНО 1,38., группа крови О(1), Rh положительный. Установлен диагноз: нарушенная трубная беременность. Гемоперитонеум. Немедленно медицинский персонал извещен о необходимости экстренной операции и подготовки аппарата для реинфузии крови Cell -Saver. Пациентка из приемного отделения в сопровождении врача доставлена в развернутую операционную.

12.30 Осмотрена анестезиологом на операционном столе: ИМТ 30, рост 168 см, вес 85 кг. Риск МНОАР 4 БС. Произведена пункция и катетеризация центральной вены, дополнительный периферический доступ, уретральный катетер. На ЭКГ– мониторе: синусовая тахикардия 100 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст Sat 100%. Начато анестезиологическое пособие с коррекцией гемодинамических нарушений: индукция (реланиум 5 мг, кетамин 100 мг, листенон 150 мг), инфузионная поддержка (кристаллоиды 1000 мл, коллоиды). Произведена интубация трахеи ЭТТ №7,5 (прием Селлика) с первой попытки. Начата ИВЛ в режиме VC ДО 620 мл ЧД 12 МОД 6,8/мин Ppeak 14

мл H2O2 Fet CO2 36–38 мм.рт.ст. SpO2 100% Air:Sev :O2 0,7–1-0,3 На ЭКМ : синусовая тахикардия 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт ст Sat 100%.

12.50 начало операции при поддержке анестезии-кетамин дробно. Произведено наложение пневмоперитонеума (давление в брюшной полости 16 мм рт ст, объем 3 л) при помощи иглы Вереша с дальнейшим введением в верхнюю левую точку Калька троакара с заменой на лапароскоп в 12.55. При осмотре: в брюшной полости около 3 литров крови со сгустками, произведена санация с параллельным забором крови в аппарат для реинфузии, после введения дополнительных троакаров начата санация, выявление источника кровотечения, параллельно проводилась ревизия брюшной полости, в малом тазу тело матки по средней линии, правильной формы, незначительно увеличено, розовое. Правый яичник не увеличен, правая маточная труба утолщена на всем протяжении, синюшного цвета, имеется линейный разрыв в ампулярном отделе, из которого подтекает кровь. Левый яичник и маточная труба не изменены. Произведена сальпингэктомия справа. После остановки кровотечения продолжена санация и ревизия брюшной полости – печень нормальной величины, цвета и формы. Желчный пузырь, передняя стенка желудка не изменены. Петли кишечника умеренно вздуты. Параллельно проводился сбор крови аппаратом Cell -Saver и реинфузия 2000 мл, переливание свежезамороженной одногруппной плазмы (830 мл). Клинико-лабораторные показатели интраоперационно эр 3,81*10 12; Нв 121 г/л; Ht 34,9%; Tr 161 10 ; L 16,7 10 9. 13.50 операция окончена. Продолжительность операции-1час.

Общий объем кровопотери 3600 мл, реинфузия 2000 мл

Анестезиологическое пособие во время операции: после гемостаза вводился фентанил 0,1 на фоне ингаляции Air: Sev 0,2 : 0,8. По окончании операции на ЭКМ: синусовая тахикардия 90 уд в мин, АД 110/70 мм рт ст SpO2 100%, диурез положительный. С учетом объема кровопотери и тяжести состояния больная переведена в ОРИТ на ИВЛ.

Интраоперационный объем инфузионно-трансфузионной терапии составил 4 830 мл (кристаллоиды 1500 мл, коллоиды 500 мл, реинфузия 2000 мл, СЗП 830 мл.

На 1е сутки после операции пациентка экстубирована. на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии была выписана. Клинико-лабораторные показатели при выписке : Эр 3,3 10 12; гем 107г/л ;Ht 30,4%;Tr 167 10 9; L 9,6 10 9, АЧТВ 29,7с; ТВ 24,6; МНО 1,14.

Выводы: Частота внематочной беременности составляет 1/30 000 случаев спонтанной беременности (Annika Chadee, 2016). Известно, что грозным осложнением внематочной беременности является материнская смертность. По данным Росгосстата, в 2015г в России этот показатель составил 5% среди всех причин других причин. Применение лапароскопических технологий в сочетании с аппаратом для реинфузии крови Ceel-Saver , слаженность действий медицинского персонала и их квалификация в условиях обычной ургентной гинекологии позволяет оказать качественную помощь и способствует ранней выписке , что является основным компонентом fast-track-хирургии.

APPLICATION OF A COMBINATION OF A LAPAROSCOPY AND THE CEEL-SAVER AT MASSIVE BLOOD LOSS

Sonova M.M., Tarasova E.A., Kosachenko V.M.

Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU named after A.I. Evdokimov
City clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy , Moscow

This is a clinical case of ruptured ectopic pregnancy with hemoperitoneum and early rehabilitation. Using of laparoscopic procedure with reinfusion blood is main component of fast-track-surgery.

Summary: in article is the case of application of a laparoscopy and the device CeelSaver at ectopic pregnancy with massive blood loss is carried out.

With this combination was able to successfully carry out surgery by laparoscopic access while maintaining stable patient hemodynamic parameters.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Нурмухаметова Э.Т., Завалко А.Ф.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст.Самара ОАО «РЖД»,
Медицинский университет «Реавиз», г.Самара, Россия

Лейомиома матки занимает второе место в структуре гинекологических заболеваний, являясь распространенной опухолью репродуктивной системы. В связи с растущим вопросом сохранения органа при лечении лейомиомы матки все большую распространенность набирает метод эмболизации маточных артерий (ЭМА) как альтернативный гистерэктомии. Данный метод – эндоваскулярный, малоинвазивный, воздействует на все узлы, позволяет сохранить репродуктивную функцию женщинам. Цель исследования: изучение отдаленных результатов лечения лейомиомы матки путем ЭМА. Нами проанализированы истории болезней 62 пациенток в возрасте от 24 до 51 года с лейомиомой матки, по поводу чего им выполнена ЭМА по стандартной методике Сельдингера. Средний возраст составил 37+1,5 лет. Большая часть пациенток репродуктивного возраста. У 6 в анамнезе не было беременностей, и они направлены на ЭМА для лечения лейомиомы, как основной причины бесплодия, выявленной после полного обследования пары. Размеры матки у пациенток варьировали от 7 до 15 недель, размеры узлов от 21 мм до 96 мм. Лейомиомы матки были растущими, с появлением клинической симптоматики. Основные жалобы, предъявляемые пациентками, это: меноррагии – у 41 (73,2%); выраженный болевой синдром – у 33 (58,9%); «сдавление» соседних органов – 21 (37,5%). У 41(73%) пациентки-анемия. Каждой пациентке проводилось УЗИ с исследованием кровотока, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия. По количеству узлов: от 1 до 3 узлов – у 35(62,5%); множественная лейомиома – у 21(37,5%). Распределение характера расположения узлов в исследуемой группе: субсерозно-интерстициальные-19(33,9%) пациенток; интерстициальные– 17(30,4%);

интерстициально-субмукозные-12(21,4%); множественная лейомиома с деформацией полости матки – у 13(23,2%) и без деформации полости матки – у 8 (14,3%) пациенток. Двум пациенткам ЭМА провести не удалось в связи с анатомическими особенностями, выраженной извитостью и спазмом обеих маточных артерий. Четырем женщинам выполнена односторонняя ЭМА в связи с анатомическим строением и спазмом другой маточной артерии. Эти пациентки исключены из изучаемой группы. В течение 1 года исследования кровоток в узлах не определялся у 97,2% пациенток. После ЭМА в течение первых трех месяцев размеры матки уменьшились в среднем на 26,3%, к шестому месяцу регресс достиг 30,2%, а через год наблюдений – на 47,9%. Размеры миоматозных узлов (при многоузловой – доминантного узла) к третьему месяцу после ЭМА уменьшились на 32,7%; к шестому – на 51,5%; к 12 месяцам – на 64,6%. У одной пациентки – эффекта через 1 год не наблюдалось, сохранялась клиника, выполнена лапаротомная миомэктомия, так как узел располагался интерстициально по задней стенке размером 8 см, пациентка планирует беременность. Двум женщинам в возрасте старше 45 лет выполнена лапароскопическая ампутация матки без придатков, в связи с ростом множественных узлов, с аденомиозом II-III ст., с сохранением меноррагий, снижением гемоглобина крови. Одной пациентке, в связи с миграцией в полость матки субмукозного узла, уменьшенного после ЭМА с 55мм до 25мм, потребовалась гистерорезектоскопия. В ходе опроса большинство женщин довольны результатом ЭМА, уменьшением узлов и размеров матки более 50% предыдущего размера, исчезновением болевого и геморрагического синдрома, чувства сдавления соседних органов. По полученным результатам можно рекомендовать эмболизацию лейомиомы матки женщинам репродуктивного возраста как альтернативный операции метод лечения, сохраняющий функциональный орган, ведущий к уменьшению рецидивов после лечения.

THE RESULTS OF TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA BY THE METHOD OF UTERINE ARTERY EMBOLIZATION

Nurmukhametova E., Zavalko A.F.

Road clinical hospital at the station Samara OJS «Russian Railways»,
Medical University «Reaviz», Samara, Russia

Leiomyoma of the uterus occupies the second place in the structure of gynecological diseases. In connection with the growing issue of preserving the body in the treatment of uterine leiomyoma increasingly gaining prevalence method is uterine artery embolization. Been studied long-term results of treatment of 62 patients at the age from 24 to 51 years with uterine leiomyoma. After embolization of the uterine arteries during the first three months, the uterus size decreased by an average of 26.3 per cent, the sixth month regression has reached 30.2%, and a year of observations – by 47.9%. The size of myoma nodes (for multi-node dominant node) to the third month after embolization decreased by 32.7%; the sixth – 51.5%; to 12 months – 64.6%.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Абдуллаева Г.Ш.

Россия, г. Казань, Казанская государственная медицинская академия
ГАУЗ ГКБ №7

Проведена оценка результатов клинического применения концепции мультимодальное обезболивание на послеоперациоонный период и стресс ответ после гинекологических операций на придатках матки. Данная концепция была применена 20 пациенток с гинекологической патологией требующей оперативное лечение.

Концепция fast-track хирургии на основе мультимодальных периоперационных реабилитационных программ впервые было предложено в 90-е годы прошлого века датским анестезиологом Henric Kehlet. Термином «хирургия быстрого выздоровления» обозначают комплекс мероприятий, направленных на снижения длительности госпитализации и ускоренную реабилитацию пациенток после хирургических вмешательств. Пациенты должны быть информированы, чтобы активно участвовать в процессе лечения. Одним из ключевых параметров фаст-трак хирургии является внедрение и использование эффективной методы обезболивания, так как боль снижает послеоперационную реабиилитацию.

Цель – улучшить результаты хирургического лечения больных с гинекологическими заболеваниями путем применение мультимодального обезболивания.

В исследование включены 20 больных, которым планировалось выполнение эндовидеохирургических операции на придатках матки по поводу гинекологических заболеваний, которые были поделены на 2 группы. В обеих группах использовались стандартные схемы послеоперационного обезболивания, состоящие из внутривенного назначения 1 г. парацетамола через каждые 6 ч, внутримышечного введения 75 мг диклофенака через каждые 12 ч в комбинации с внутримышечной анальгезией 100 мг трамадола по запросу пациентки (максимальная доза 400 мг трамадола в сутки). В основной группе пациентам проведена лапароскопия трансумбиликальным доступом в изопневматическом режиме с применением ТАР-блока (n=10), в группе сравнения больным выполнена классическая эндовидеохирургия традиционным доступом и стандартное послеоперационное лечение (n = 10).

Исследование включало себя оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при кашле через 2, 6, 24 часов после операции. Кроме того оценивался эндокринный стресс-ответ на операционную травму на основании показателей уровня кортизола и сахара крови на этапах исследования.

Результаты исследование показали, что через 6 часов после операций было снижение послеоперационного болевого синдрома по ВАШ. На наш взгляд уменьшение болевого синдрома обусловлены травматичность доступа и минимизация операционной травмы передней брюшной стенке, отсутствия влияния углекислого газа и ранней активизацией пациенток через 6 часов после операции и ранним энтеральным питанием, способствующем ликвидации слабости в послеоперационном периоде. Уровень глюкозы и кортизола в крови до, ч/з 6 часов и 24 часа после операции не изменилась.

Наш опыт применения протокола мультимодального обезболивание в клинической практике позволила улучшить течение послеоперационного периода, умень-

шить послеоперационный болевой синдром и сократить сроки реабилитации пациенток, перенесших оперативное вмешательство на придатках матки к активной деятельности.

ANESTHETIC ASPECTS OF THE PROGRAM OF EARLY REHABILITATION IN GYNECOLOGY

Abdullayev G.S.

Russia, Kazan, Kazan State Medical Academy
GKB №7

The evaluation of the results of clinical application of multimodal analgesia concept Postoperative period and stress response after gynecological surgery on uterine appendages. This concept has been applied to 20 patients with gynecological diseases requiring surgical treatment.

ПОКАЗАНИЯ К МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Буянова С.Н., Гукасян С.А., Юдина Н.В., Бабунашвили Е.Л., Петракова С.А.

Россия, г. Москва, ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Резюме. Представлены современные сведения о тактике ведения женщин репродуктивного возраста с миомой матки во время беременности. Отражены показания к миомэктомии и условия для благоприятного исхода беременности.

Актуальность. Одной из современных тенденций в акушерстве и гинекологии является увеличение заболеваний миомой матки у женщин молодого возраста, следовательно, возрастание удельного веса беременных с миомой матки в акушерских стационарах. Наряду с благоприятными исходами беременности при миоме матки достоверно чаще, чем в популяции, беременность прерывается в любом сроке гестации, а также достоверно чаще различные осложнения в родах и послеродовом периоде. Улучшить исход беременности возможно при определении показаний для миомэктомии.

Цель: снижение репродуктивных потерь у женщин с миомой матки.

Материалы и методы исследования. Нами выполнена миомэктомия при беременности у 234 пациенток в возрасте от 19 до 44 лет. Репродуктивные проблемы в анамнезе имели 65 (27,8%) женщин: из них у 18 (27,7%) были самопроизвольные аборты, у 20 (30,7%) неразвивающиеся беременности, 27 (41,5%) страдала бесплодием. У 47,9% пациенток была единичная миома, у 52,1% – множественная. Во всех наблюдениях отмечен быстрый рост узлов в I – начале II триместра беременности: у 62,7% беременных узлы были более 10 см в диаметре, у 37,3% – более 20–30 см. Преобладала интерстициальная и субсерозная локализация узлов (32,5% и 30,7%), однако у 14,9% была шеечно-перешеечная локализация, в 4,7% – узлы распола-

гались интралигаментарно. Поводом для госпитализации в институт были жалобы на боли в животе и при пальпации узла, дизурические расстройства (частые мочеиспускания, затрудненное мочеиспускание, вплоть до острой задржки мочи), стойкие запоры, гипертонус матки. При УЗИ с допплерометрией выявлено у 58% пациенток расположение плаценты на узле, у 25,8% – на противоположной от узла стенке матки, в 16,1% наблюдений – плацента занимала 2/3 узла.

Анализ вышеизложенного позволил нам выделить "нишу" для миомэктомии во время беременности, поскольку показанием для этой операции является не сам факт наличия даже большой миомы, а ситуация, создающая угрозу для здоровья женщины или риск потери матки. Это:

1. Нарушение кровообращения, некроз узла, подтвержденные УЗИ;
2. Большие узлы, препятствующие пролонгированию беременности;
3. Атипично расположенные узлы, приводящие к нарушению функции тазовых органов;
4. Невозможность прерывания беременности при шеечно-перешеечной локализации большого узла при начавшейся отслойке плаценты;
5. Наличие репродуктивных потерь в анамнезе.

Полученные результаты. Миомэктомия, выполненная во время беременности по строгим показаниям, позволила получить благоприятные материнские и перинатальные исходы у 88,1% женщин при данной беременности, при том, что у 27,8% из них были репродуктивные потери в анамнезе. Беременность завершилась родами у 84,9% женщин, из них у 32,8% оперативные роды путем кесарева сечения, 23,4% – через естественные родовые пути. Неблагоприятные исходы во время беременности были у 11,2% беременных (причиной явилась полная локализация плаценты на узле во всех случаях). Неблагоприятные исходы после миомэктомии установлены у 3,9%. Наиболее частыми причинами перинатальных потерь после проведения миомэктомии во время беременности являются подслизистые или интерстициальные узлы, деформирующие полость матки, прикрепление плодного яйца или плаценты целиком к узлу, низкорезистентный и низкоскоростной кровоток в плаценте при активном центральном типе кровотока в узле.

Заключение. Миомэктомия во время беременности, выполненная по строгим показаниям с соблюдением акушерской и хирургической тактики, является относительно безопасным и реальным шансом в репродуктивном прогнозе женщин с миомой матки.

Репродуктивный прогноз благоприятнее при соблюдении двух условий: толщина интактного миометрия между нижним полюсом узла и полостью матки не менее 5 мм, расположение плаценты на узле не более чем на 1/3.

INDICATIONS FOR MYOMECTOMY DURING PREGNANCY AND RESULTS

Buyanova S.N., Ghukasyan S.A., Yudina N.V., Babunashvili E.L., Petrakov S.A.

Russia, Moscow, GBUZ «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology»

Abstract. Presents the most current information on the management of women of reproductive age with uterine myoma during pregnancy. Reflected the indications for myomectomy and the conditions for a favorable outcome of pregnancy.

МИОМЭКТОМИЯ КАК ЭТАП ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Юдина Н.В., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Гукасян С.А.

Россия, г. Москва, ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Резюме. Представлена тактика ведения женщин репродуктивного возраста с миомой матки на этапе планирования беременности. Отражены показания и особенности хирургической тактики. Все рекомендации основаны на результатах собственной научно-исследовательской и клинической работы МОНИИАГ.

Актуальность. Сегодня каждая 4–5-я женщина в мире больна миомой. В настоящее время 80% женщин в возрасте 30–40 лет подвержены риску данного заболевания. С каждым годом возрастает количество женщин с сочетанием миомы матки и беременности или женщин с миомой, планирующих беременность.

Цель: снижение риска развития акушерских и перинатальных осложнений у женщин с миомой матки путем совершенствования диагностических мероприятий, тактики ведения и оптимизации показаний к миомэктомии вне беременности.

Материалы и методы исследования Нами были обследованы и прооперированы 830 женщин репродуктивного возраста с миомой матки за период с 2011 по 2015 годы. Из 830 женщин не знали о наличии у них миомы матки (длительно не наблюдались у гинеколога) 289 (34,8%) пациенток, пренебрежение прегравидарной подготовкой на амбулаторном этапе отмечено у 384 (46,2%). Множественная миома матки была выявлена у 476 (57,8%) женщин, количество узлов варьировало от 2 до 25. Единичная миома диагностирована у 354 (42,6%) оперированных. Почти у ¾ больных имелось атипичное расположение узлов и центростремительный рост. Размеры доминантного узла при множественной миоме матки варьировали от 8 до 30 см в диаметре, при единичных миоматозных узлах от 5 до 18 см в диаметре. Признаки нарушения кровообращения в миоматозных узлах были выявлены у 482 (58,0%) пациенток. Показаниями к оперативному лечению были: быстрый рост опухоли; атипичное расположение узлов; большие и гигантские размеры миомы; маточные кровотечения, обусловленные миомой; некроз узла; бесплодие при наличии миомы. Всем пациенткам была произведена миомэктомия лапаротомическим доступом. Особенностями хирургической технологии являются внутрикапсульное вылу-

щивание узла миомы; исключение для гемостаза энергетических воздействий; адекватная кооптация краев раны на матке путем наложения 1–2 х рядов отдельных швов без оставления «мертвого пространства», тщательный гемостаз, проведение противоспаечных мероприятий. Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае.

Полученные результаты. Проведение миомэктомии и комплексной послеоперационной реабилитации на этапе планирования беременности позволило получить желанную беременность у 501 пациентки из 830 (60,4%) женщин. У 61,6% беременность завершилась родами, в настоящее время беременность прогрессирует на разных сроках гестации почти у 28,8%, неблагоприятные исходы отмечены у 9,6%. За время наблюдения ни в одном случае разрыва матки во время беременности после миомэктомии отмечено не было.

Заключение. Таким образом, миомэктомия – реальный фактор улучшения репродуктивного здоровья при миоме матки и бесплодии. При планировании беременности у пациенток с миомой матки необходимо проведение прегравидарной подготовки. Проведение гормональной терапии вместо миомэктомии при планировании беременности неэффективно. Применение эмболизации маточных артерий и фокусированной ультразвуковой абляции под контролем магнитно-резонансной томографии на этапе прегравидарной подготовки нецелесообразны.

Удалению подлежат все узлы от 4 см и больше. Удаление всех узлов снижает вероятность появления новых узлов. Большие размеры и множественность узлов не являются противопоказанием для миомэктомии. Важно учитывать, что малоинвазивным при лапароскопии является лишь доступ, а сама хирургическая технология одинакова с лапаротомией и требует высокой квалификации хирурга. Показанием для лапароскопического доступа являются субсерозные узлы любых размеров, интерстициально – субсерозные узлы с погружением нижнего полюса в миометрий не более 2-х см (1 ряд эндошвов). При интерстициальных, шеечных, интралигаментарных узлах больших размеров, а также при центростремительном росте узла безопаснее миомэктомия лапаротомическим доступом с последующим комплексом реабилитационных мероприятий.

MYOMECTOMY AS STEP PREGRAVID PREPARE WOMEN WITH UTERINE MYOMA

Yudina N.V., Buyanova S.N., Shchukin N.A., Ghukasyan S.A.,

Russia, Moscow, GBUZ «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology»

Abstract: the tactics of the management of women of reproductive age with uterine myoma on the pregnancy planning. Displayed indications and peculiarities of surgical tactics. All recommendations are based on the results of the research work and clinical experience of MONIIAG.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОФЕРМЕНТАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Колесов А.А., Максимова О.В., Симонова Т.В., Чобанян А.Г.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

На фоне высокой распространенности заболеваний женской репродуктивной системы возникновение спаечного процесса отмечается у 60–93% пациенток после любого хирургического вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Применение иммуноферментативной терапии улучшает результаты комплексной профилактики послеоперационного спаечного процесса у больных после операций на яичниках и маточных трубах.

Актуальность. Формирование послеоперационного спаечного процесса является причиной широкого спектра осложнений, запускается уже в первые сутки после повреждения брюшины и заканчивается через 7 дней, значительно снижая эффективность оперативного вмешательства.

Особую актуальность профилактика спаечного процесса в малом тазу после абдоминальных вмешательств, приобретает у пациенток репродуктивного возраста в связи с высоким риском развития трубно-перитонеального бесплодия.

В связи с особенностями строения перитонеум обладает своеобразной системой репарации, отличающейся от способов заживления других тканей. Активация провоспалительных цитокинов инициирует каскад процессов, формирующих временный соединительнотканный тяжистый каркас, без которого нормальное заживление брюшины не происходит. По мнению большинства специалистов, основополагающими в исчезновении временных спаек являются литические процессы, в первую очередь фибринолиз, а также деградация других компонентов межклеточного вещества соединительной ткани. Для активной профилактики спаек необходимо воздействие на выраженность литических процессов.

Цель. В связи с выше изложенными данными, определенный интерес представляет изучение возможности использования иммуномодуляторов с целью повышения эффективности профилактики спаечного процесса у гинекологических больных после абдоминальных операций на придатках матки. В задачи исследования входило определение эффективности иммуномодулирующей терапии на частоту и тяжесть послеоперационной адгезии у больных, оперированных по поводу заболеваний яичников и маточных труб.

Материалы и методы. В соответствие с поставленными задачами была проведена эндоскопическая оценка характера спаечного процесса у 72 пациенток после операций на яичниках или маточных трубах, которым в связи с бесплодием были произведены лапароскопические вмешательства.

В зависимости от объема послеоперационных профилактических мероприятий было две группы больных. В контрольную группу вошли 33 пациентки с общепринятым объемом терапии в послеоперационном периоде. В основную группу вошли 39 пациенток, которым в послеоперационном периоде наряду с базисной терапией с целью профилактики спаечного процесса проводился курс терапии препаратами обладающими иммуноферментативной активностью.

Ведущим критерием эффективности проводимой терапии являлись результаты лечебно-диагностической лапароскопии.

Программа обследования наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями включала в себя определение показателей иммунного статуса.

Полученные результаты. В основной группе I степень тяжести спаечного процесса отмечена у 56%, II степень – у 28%, III степень у 2%, IV степень – у 4%. В контрольной группе: I степень – у 42%, II степень – у 40%, III степень у 10%, IV степень – 8%.

Следует отметить, что у больных контрольной группы отмечено наличие спаечного процесса, практически идентичного по тяжести с исходным, в то время как у больных после лечения препаратом «Лонгидаза» степень распространения спаечного процесса существенно изменилась, что позволило избежать развития тяжелых форм спаечного процесса, при которых отмечаются деструктивные изменения маточных труб. Эффект от применения препарата «Лонгидаза» обусловлен антиангиогенным, противовоспалительным и супрессивным воздействием на механизм формирования спаек. При динамическом исследовании показателей клеточного компонента иммунитета в основной группе снижение концентрации CD3 и CD4 Т – лимфоцитов имело место у 57,7% больных, в то время как в контрольной группе дефицитное состояние сохранялось у 93% пациенток.

Заключение. Включение иммуномодуляторов в программу послеоперационного ведения больных позволило восстановить фагоцитарную активность нейтрофилов у большинства пациентов основной группы (только у 3 больных этот показатель был ниже нормы), при отсутствии изменений данного показателя в контрольной группе.

Важно подчеркнуть, что положительная динамика иммунологических показателей коррелировала с клиническими данными и, в первую очередь, с выраженностью спаечного процесса.

Корреляция частоты и тяжести спаечного процесса с показателями иммунного статуса в послеоперационном периоде у больных, перенесших вмешательства на яичниках и маточных трубах, позволяет рекомендовать применение иммуномодуляторов в комплексной профилактике спаечного процесса у больных после операций на яичниках и маточных трубах.

APPLICATION IMMUNOFERMENTATIVE THERAPY IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE ADHESIONS IN GYNECOLOGIC PATIENTS

Kolesov A.A., Maksimova O.V., Simon T.W., Chobanian, A.G.

Doctor of MSMSU them. A.I. Evdokimov Ministry of health of the Russian Federation

Postoperative adhesive process leads to various complications and turns out to be one of the most common reasons of reducing effective surgery. Using of immunotherapy improves the results of complex prophylactic treatment of postoperative adhesive process in patients after ovarian and fallopian tubes surgery.

МИОМЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Аникина Т.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России, г. Краснодар
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Миома матки стала в последнее время одной из наиболее распространенных опухолей среди беременных, что требует от акушера-гинеколога не только проведения миомэктомии, но и грамотного медикаментозного сопровождения.

Миомы матки считаются уникальной причиной бесплодия у 1–3% женщин, могут сопровождать бесплодие в 5–10% и быть вовлечены в 7% случаев спонтанных абортов (Zhang Y et al., 2014; Khaund A et al., 2008 Bulletti C et al., 1999). Известно, что миома значительно увеличивается в размерах во время ранних сроков беременности и затем уменьшается к третьему триместру. Несмотря на то, что у большинства женщин с миомой наступает обычная беременность, данные литературы утверждают, что они могут иметь высокий риск проблем вынашивания и осложнений беременности (Promislow JHE et al., 2004; Cignini P et al., 2011), что при наличии миом большого диаметра (от 5 см), требует оперативного лечения во время беременности.

Цель исследования выработать алгоритм пред– и послеоперационного ведения беременных после миомэктомии.

Материалы и методы: прооперированы 54 беременные в I-II триместрах беременности по поводу миом матки. Возраст беременных составил 30,5±2,9 года. Срок беременности от 7 до 17 недель. Всем проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) с цветным допплеровским картированием (ЦДК). Все удаленные миомы исследовались патоморфологом.

Результаты: в результате проведенного исследования оказалось, что большая половина беременных (57,4%) до наступления беременности не знали о наличии миомы, необходимо отметить, что подавляющее большинство из них (30 беременных из 54) не были у гинеколога от 2 до 5 лет или отказывались от проведения миомэктомии (как правило это были женщины, вынужденные в последние годы менять место жительства по семейным обстоятельствам). Размеры удаленных миом варьировали в больших пределах: от 5 см в диаметре до 30 см. Необходимо отметить, что диагноз миома во время беременности может потребовать особого к себе отношения для проведения адекватного лечения. Обязательным в данном случае является наличие в стационаре аппарата УЗИ экспертного класса. Проведение УЗИ до операции с ЦДК показало, что у всех беременных в узлах имелся активный кровоток. Необходимым является, с нашей точки зрения, проведение УЗИ интраоперационно и на первые послеоперационные сутки.

Необходимо показания к операции во время беременности оценивать как со стороны матери, так и со стороны плода. Миомэктомия относительно безопасна для плода в I и II триместрах беременности, когда концентрация вырабатываемого плацентой прогестерона возрастает практически в 2 раза. Он является протектором беременности, уменьшает сократительную деятельность матки, снижает тонус и возбудимость миометрия, повышает растяжимость мышечных структур, усиливает запирательную функцию внутреннего зева. В связи с этим объяснима акту-

альность назначения микронизированного прогестерона до и после операции. Мы назначаем микронизированный прогестерон 200 мг ежедневно за 2–3 дня до операции и продолжаем под контролем клинических проявлений и УЗИ (цервикометрия) в течение 5–10 дней.

Вопрос антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии решается индивидуально и зависит как от выполненного объема, так и от визуального осмотра удаленной миомы и данных патоморфологического исследования. Гистологическое исследование удаленных миом дает различные результаты: от "лейомиома" до "тотального некроза узла", лейомиомы с дистрофическими изменениями, гнойно-некротическим воспалением". Назначение антибиотиков до операции может быть спровоцировано клинической картиной: подъемом температуры, повышением уровня маркеров воспаления и т.д.

Кроме этого, актуальным у прооперированных беременных является вопрос назначения пробиотиков, мы рекомендуем прием пероральных пробиотиков в течении 2-х месяцев, начиная от момента поступления и до 2-х месяцев после операции.

Из числа прооперированных беременных и завершивших беременность на сегодняшний день, все были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Вес плодов составил 3400±157 г, с оценкой по шкале АПГАР 7–8 баллов.

Заключение. Сочетание беременности с миомой матки – серьезная проблема репродуктивного здоровья женщин и их будущего поколения. Выработанная нами тактика ведения беременных, с проведенной миомэктомией, заключающаяся в назначении микронизированного прогестерона в суточной дозе 200 мг интравагинально, антибиотиков до и/или после операции по показаниям, вместе с пробиотиками до 2 месяцев после операции, контролем УЗИ, позволила сохранить 98,1% беременностей до 37–39 недель.

MYOMECTOMY DURING PREGNANCY: MEDICATION SUPPORT

Karahalis L. Yu., Penlan G.A., Anikina T.A.

FSBEI KSMU Ministry of health of Russia, Krasnodar
Department of obstetrics, gynecology and Perinatology of the faculty

Hysteromyoma has became recently one of the most common tumor among pregnant, that expect from obstetrician not only myomectomy, but pharmacological management.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Попов А.А., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Вроцкая В.С., Тюрина С.С., Коваль А.А., Чечнева М.А., Логутова Л.С.

Московский Областной НИИ Акушерства и Гинекологии

Введение: частота несостоятельного рубца после кесарева сечения в США составляет 1,03%. Частота разрыва оперированной матки составляет 0,07% при ана-

лизе исходов 2,951,297 беременностей, частота разрыва неоперированной матки з составляет 0,012%.

Материалы и методы: В исследование было включена 61 пациентка с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения, прооперированная в отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ с 2009 по 2016гг. Во всех случаях показанием к операции было подтвержденное при офисной гистероскопии и гидросонограффии истончение послеоперационного рубца на матке менее 3мм и локализации «ниши» на уровне или выше внутреннего зева.

Результаты: во всех случаях операция произведена лапароскопическим доступом, произведено иссечение несостоятельного рубца, восстановление перешейка отдельными абсорбирующимися швами в 2 ряда. Толщина мимометрия в зоне рубца после операции составляла 8,74 мм (5,1–10,4). Беременность наступила 7 пациенток, родоразрешено 6 больных, 1 беременна. Послеоперационных осложнений и разрывов матки зарегестрировано небыло.

Заключение: Лапароскопичская метропластика является эффективным и безопасным методом коррекции нестостоятельного рубца на матке.

Резюме: В исследование было включена 61 пациентка с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения. Восстановление перешейка произведено лапароскопическим доступом отдельными швами в 2 ряда. Толщина мимометрия в зоне рубца после операции составляла 8,74 мм (5,1–10,4).

LAPAROSCOPIC CORRECTION OF INCOMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION

Popov A.A., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Vrockaya V.S., Tyurina S.S., Koval A.A., Chechneva M.A., Logutova L.S.

Moscow Regional research Institute of Obstetrics and Gynecology

Resume: 61 patients were underwent laparoscopic correction of incompetent uterine scar after cesarean section with 2 layer single sutures. Myometrial thickness after surgery was 8,74 мм (5,1–10,4).

ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шукуров Ф.И.

г. Ташкент, Узбекистан, Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения женского бесплодия, в последние годы наблюдается рост числа женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием. Нарушение репродуктивной функции женщин является следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24–62%. Внутриматочная патология является единственной причиной бесплодия у 10–15% женщин, а в сочетании с другими факторами ее частота увеличивается до 50%. Роль патологии эндометрия в патогенезе бесплодия несомненна. Причем именно патология эндометрия ответственна за отсутствие имплантации в 30% случаев. Одним из условий для наступления и успешного развития беременности является готовность эндометрия матки к нидации плодного яйца. Соответственно любые морфофункциональные изменения слизистой матки делают невозможным нормальную имплантацию эмбриона. Внедрение в клиническую практику гистероскопии существенно расширило возможности диагностики патологических состояний эндометрия. Сегодня гистероскопия приобретает все большее значение как метод, позволяющий выявлять внутриматочную патологию у пациенток с бесплодием. Однако многие аспекты применения гистероскопии в диагностике и лечении внутриматочной патологии у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников освещены недостаточно.

Целью нашего исследования явилось: диагностика внутриматочной патологии у женщин бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 женщин в возрасте от 20 до 35 лет. В основную группу вошли 30 женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников. Контрольную группу составили 20 здоровые женщины репродуктивного возраста. Продолжительность бесплодия колебалась от 1 до 6 лет, 5,8±0,4 лет в среднем. Гистероскопические оперативные вмешательства проводили с использованием аппаратуры «Karl Storz» в жидкой среде отдельно или одновременно с лапароскопией. Гистероскопическое исследование проводилось преимущественно в фолликулярную фазу менструального цикла, так как хорошая визуализация полости матки в этот период обеспечивает более полную топическую диагностику внутриматочной патологии. Гистероскопическое исследование сопровождалось аспирационной биопсией эндометрия для последующего иммуногистохимического исследования эндометрия.

Результаты исследования. По данным проведенной гистероскопического исследования из 30 женщин с доброкачественными структурными патологиями яичников у 26 (10,8%) женщин обнаружена внутриматочная патология: хронический эндометрит – у 11 (4,6%), синехии в полости матки – у 5 (2,1%), гиперпластические процессы эндометрия – у 4 (1,6%), инородные тела полости матки в виде шелковых швов после операции кесарева сечения – у 6 (2,5%). У пациенток с синехией и инородных тел полости матки в виде шелковых швов после операции кесарева сечения проводили гистероскопическую их коррекцию: удаление инородных тел из полости матки в виде шелковых швов после кесарева сечения) – у 6 (2,5%), рассечение синехий в полости матки – у 5 (2,1%). По нашим данным, использование гистероскопии совместно с лапароскопией способствует полной диагностике причин бесплодия, одновременной их коррекции малоинвазивными методами, что повышает частоту наступления беременности у женщин с бесплодием.

Заключение. Внутриматочная патология часто встречается среди пациенток с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников. Гистероскопия проведенная в сочетании с лапароскопией является клинически эффективным и обоснованным методом, так как позволяет своевременно диагностировать наличие различных патологических состояний полости матки с их последующим устранением, тем самым улучшить результаты эндохирургических операций. Женщины с доброкачественными структурными изменениями яичников являются группой риска по внутриматочной патологии, следовательно, процедура гистероскопии с последующим лечением выявленной патологии позволяет реально повысить частоту наступления беременности у данной группы пациенток.

Резюме: Обследовано 50 женщин: основную группу вошли 30 женщин с бесплодием, контрольную группу составили 20 здоровые женщины репродуктивного возраста. По данным гистероскопического исследования из 30 женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников у 26 (10,8%) женщин обнаружена различные внутриматочные патологии. Использование гистероскопии совместно с лапароскопией способствует полной диагностике причин бесплодия, одновременной их коррекции малоинвазивными методами, что повышает частоту наступления беременности у женщин с бесплодием.

THE USE OF HYSTEROSCOPY IN DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE PATHOLOGY IN WOMEN WITH INFERTILITY DUE TO A, BENIGN STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES

Shukurov F.I.

Tashkent, Uzbekistan, Tashkent Medical Academy
Department of obstetrics and gynecology №1

Summary: the study included 50 women: study group included 30 women with infertility, the control group consisted of 20 healthy women of reproductive age. According hysteroscopic study of 30 women with benign ovarian structural changes in 26 (10.8%) of women discovered various intrauterine pathology. The use of hysteroscopy in conjunction with

laparoscopy facilitates a complete diagnosis of the causes of infertility, their simultaneous correction using minimally invasive techniques, which increases the frequency of pregnancy in women with infertility.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Попов А.А., Мананникова Т.Н., Федоров А.А., Логинова Е.А., Головин А.А, Ашурова Г.З.

ГБУЗ МО Московский Областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, отделение эндоскопической хирургии. Москва, Россия

Резюме: представлены результаты лапароскопической и робот-асситированной гистерэктомии у 150 больных с морбидным ожирением (ИМТ >35 кг/м2). Мы считаем, что выполнение гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением лапароскопическим и робот-ассистированным доступами является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

Морбидное ожирение представляет собой актуальную медико-социальную проблему. В России частота данной патологии среди женщин составляет около 3%. Доказано, что ожирение значимо увеличивает риск развития гиперпластических процессов эндометрия, рака яичников и эндометрия. В связи с высокой распространенностью у больных с ожирением заболеваний тела матки и придатков часто возникает необходимость проведения гистерэктомии.

За период с 2012 по 2016 года 150 женщинам с морбидным ожирением выполнено оперативное лечение в объеме гистерэктомии. В 67% случаях выполнен лапароскопический доступ, в 32,5% – робот-ассистированный и в 0,6% – лапароконверсия. Средний возраст больных составил 57±8,1 лет. Средний ИМТ составлял 46,45±8,2 (разброс показателей от 35,64 до 73,2) кг/м2, при этом у 18 ИМТ>60кг/м2. Женщины с злокачественным процессом эндометрия имели значительно более высокий ИМТ (52,4±8,7кг/м2) по сравнению с больными с доброкачественными заболеваниями внутренних половых органов (ИМТ 46±7кг/м2). Показаниями к оперативному лечению являлись: рак эндометрия (42%), атипическая гиперплазия эндометрия и аденоматоз (17%), симптомная миома матки (18%), сочетание патологии эндометрия, тела матки и придатков (23%). У всех пациентов был отягощенный соматический анамнез: гипертоническая болезнь (98%), ИБС (69,2%), нарушения ритма (7,7%), сахарный диабет II типа (35,8%), варикозная болезнь, ХВН (40%), лимфедема (3,1%), тромбофлебит (3,1%), заболевания бронхо-легочной системы (10,8%), язвенная болезнь (6,2%), рак молочной железы (1,54%), пупочные грыжи (15,4%), анемии разной степени тяжести (9,2%).

Длительность операции составила 75±39,35мин, длительность ЭТН – 90±40,6мин, кровопотеря 100±62,2мл. Пребывание в стационаре 4±0,85койко-дня. Частота осложнений составила 10%, при этом преобладали гнойно-септические осложнения послеоперационной раны. Мы не наблюдали осложнений, ассоциированных

с хирургическим доступом. Гнойно-септические осложнения были только у больных с расширением объема операции до герниопластики, минилапаротомии или «открытой» лапароскопии. Интраоперационные осложнения (ранения кишки (n=3), мочевого пузыря (n=2)) были следствием наличия выраженного спаечного процесса в брюшной полости и полости малого таза. У одной больной выполнена лапароконверсия, которую мы не относим в группу осложнений, поскольку она была связана с неудачной попыткой «открытой» лапароскопии у пациентки с осложненным хирургическим анамнезом и наличием вентральной грыжи больших размеров.

По результатам хирургического лечения у 52% больных диагностирован рак тела матки, при этом преобладали более благоприятные формы заболевания: эндометриоидный морфологический тип (95%), GI (56,4%) и не– или малоинвазивные опухоли (FIGO IA, 75,6%). Обращает на себя внимание неточность предоперационной гистологической диагностики: в 15 (10%) наблюдениях рак тела матки впервые выявлен после проведенного хирургического лечения.

Мы полагаем, что лапароскопический и робот-асситированный-доступы для выполнения гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением при наличии достаточного опыта хирурга и оснащения операционной является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

LAPAROSCOPIC AND DA VINCI-ASSISTED HYSTERECTOMY: THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT IN MORBID OBESE PATIENTS

Popov A.A., Manannikova T.N., Fedorov A.A., Loginova E.A., Golovin A.A., Ashurova G.Z.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology. Moscow, Russia

Resume: This article presents our results of laparoscopic and DA VINCI-assisted hysterectomy among 150 morbid obese patients (BMI >35 kg/m2). We believe that laparoscopic and DV-assisted approach for hysterectomy is preferable due to low complication rate, less traumatism and fast recovery.

РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ СТРАТЕГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Воронина Е.В., Перелыгина И.О., Денисова Н.В.

БУЗ ВО ВГКБСМП №1, ГБОУ ВПО ВГМУ им.Н.Н.Бурденко, Воронеж

Приведена статистика проведения органосохраняющего лечения заболеваний, преобладающих в структуре хирургической помощи экстренного гинекологического

стационара, обоснована возможность проведения данного вида лечения у пациенток репродуктивного возраста.

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста количества пациенток молодого возраста с гинекологической патологией, подлежащей хирургическому лечению. Согласно современным статистическим данным, 40–60% женщин до 50 лет имеют миому матки, 20–40% – эндометриоидные поражения генитального тракта, 3% беременностей имеют эктопическую локализацию.

Подходы к лечению большинства указанных заболеваний традиционно отличаются хирургическим радикализмом. Проблема приобретает большое социальное значение, поскольку омоложение данного контингента пациенток неизбежно влечет за собой снижение репродуктивного потенциала в целом. В этой связи актуальной является разработка лечебных и реабилитационных алгоритмов, позволяющих реализовать органосохраняющую стратегию в ведении пациенток репродуктивного возраста.

В гинекологическом стационаре БУЗ ВО ВГКБСМП №1 г. Воронежа в 2015 году прооперировано 423 пациентки с миомой матки. Из них в возрасте 25–30 лет 27, что составило 6.4%, 31–35 лет – 61 (14.4%), 36–40 лет – 76 (17.9%), 41–45 лет – 159 (37.5%). В 323 (76.36%) случаях произведено органосохраняющее лечение. При этом объем оперативных вмешательств распределился следующим образом: гистерорезектоскопические миомэктомии произведены у 11 (40.74%) пациенток от 25 до 30 лет, 7 (11.47%) пациенток 31–35 лет, 28 (36.84%) пациенток 36–40 лет; 67 (42.14%) пациенток возраста 41–45 лет; лапароскопическая миомэктомия в группе 25–30 лет – 16 (59.26%) пациенток, 31–35 лет – 54 (88.52%) пациенток, 36–40 лет – 48 (63.16%) пациенток, 41–45 лет у 92 (57.86%) пациенток. В текущем году в отделении пролечено 242 пациентки с трубной беременностью. Из них в возрасте 18–20 лет 20 (8.2%), 21–25 лет 87 (35.9%), 26–30 лет 94 (38.8%), 31–35 лет 41 (16.9%). Из них удаление маточной трубы произведено у 45 (18.6%) пациенток. В остальных случаях удалось избежать удаления органа, при этом сальпинготомия произведена у 57 (23.6%) пациенток, выдавливание плодного яйца у 140 (57.8%) пациенток. В целом, органосохраняющее лечение проведено у 20 (100%) пациенток 18–20 лет, 73 (83.9%) 21–25 лет, 78 (82.97%) 26–30 лет, 26 (63.41%) 31–35 лет. Увеличение доли органосохраняющего лечения в структуре хирургической помощи становится возможным благодаря оптимизации оперативной техники, использованию современного эндоскопического оборудования и инструментария, шовного материала. При этом успех лечения во многом определяется соблюдением комплексного алгоритма реабилитации, предусматривающего преемственность в ведении пациенток на этапе экстренной стационарной помощи и амбулаторного долечивания. В практике гинекологического стационара активно используется интраоперационное введение противоспаечных барьеров, оптимальное сочетание антибактериальной, противовирусной терапии и иммунологической реабилитации.

Таким образом, органосохраняющая стратегия хирургического лечения пациенток молодого возраста является приоритетной в гинекологическом стационаре БУЗ ВО ВГКБСМП №1, что должно способствовать сохранению репродуктивного потенциала этих больных.

REALIZATION OF AN ORGAN-PRESERVING SURGICAL STRATEGY UNDER EMERGENCY CONDITIONS IN THE GYNECOLOGY DEPARTMENT

Voronina E.V., Perelygina I.O., Denisova N.V.

Statistics of an organ-preserving treatment which are prevailed among the surgical procedures under emergency conditions in the department of gynecology together with the justification for providing this kind of treatment for women of childbearing age are represented.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Ваганов Е.Ф., Арютин Д.Г., Тониян К.А., Белоусова А.А.

Анализ лечения 19 пациенток с диагнозом переднего и апикального пролапса с использованием Т-образного полипропиленового сетчатого протеза показал эффективность проводимой операции, уменьшение выраженности пролапса тазовых органов (по классификации POP-Q) по результатам плановых контрольных осмотров и анкетирования, которые были выполнены через 1; 6 и 12 мес. Это позволяет рекомендовать данный метод коррекции в качестве возможной альтернативы сакровагинопексии.

При хирургической коррекции пролапса тазовых органов проведение пластических операцией с использованием только аутотканей может сопровождаться рецидивом в 30–60% наблюдений. По данным как отечественных, так зарубежных авторов, на современном этапе развития доказана целесообразность и важность использования сетчатых протезов в реконструкции тазового дна. Лапароскопическая сакровагинопексия является одним из «золотых стандартов» в коррекции апикального пролапса. Однако, проведение диссекции в зоне промонториума, значительные риски повреждений сосудистых и нервных сплетений, длительность операции диктуют необходимость поиска новых методик и оценки их эффективности.

Проведен анализ лечения 19 пациенток с верифицированным диагнозом переднего и апикального пролапса. Возраст больных варьировал от 44 до 68 лет, в среднем составляя 57,9±6,7 года. На момент лечения у всех пациенток были выявлены те или иные сопутствующие экстрагенитальные заболевания, причем у 12 обследованных отмечалось наличие 3–4 нозологических форм. Оценка выраженности дефекта тазового дна проводилась по классификации POP-Q, приложение BARD. Показаниями для проведения оперативного лечения являлись: цистоцеле 2 степени у 9, 3 степени – у 7, в сочетании с опущением матки 2 степени – у 10, 3 степени – у 6, выпадение купола влагалища у 3 пациенток соответственно. У 8 пациенток до операции было диагностировано стрессовое недержание мочи, которое у 5 из 8 пациенток было купировано после операции без проведения дополнительной уретропексии. Всем пациенткам была проведена реконструктивная операция с использованием Т-образного полипропиленового сетчатого протеза (Soft) с фиксацией про-

теза в области культи шейки матки (у 13 пациенток была проведена субтотальная гистерэктомия), в области перешейка матки при сохранении матки (у 3 пациенток), в области купола влагалища (при выпадении купола влагалища – 3), дополнительная фиксация в области передней стенки влагалища до уровня нижней трети (модификация лапароскопический латеральной фиксации с использованием сетчатого импланта Prof. Dubuisson J.B.). Рукава сетки выведены через сформированные тоннели под париетальной брюшиной передней брюшной стенки до кожи, в точке на 4 см выше и на 2 см латеральнее от передней верхней подвздошной ости. Ввиду наличия пролапса задней стенки влагалища у 7 пациенток одномоментно выполнена кольпоперинеоррафия, левторопластика. Срок отдаленного наблюдения пациенток составил от 6 месяцев до 16 месяцев. Комплексная оценка эффективности проводилась по анкетам PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventor) PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire).

Длительность операции варьировалась от 60 до 140 минут. Дополнительным фактором продолжительности оперативного лечения являлось проведение гистерэктомии. Кровопотеря во время операции в среднем составила 100 мл. Интраоперационое ранение стенки мочевого пузыря диагностировано у 1 пациентки, что потребовало ушивания дефекта с проведением катетеризации до 7 суток после операции. Остальные пациентки были выписаны на 3–4 сутки. У 5 пациенток отмечено возникновение транзиторного болевого синдрома в проекции каналов проведения импланта, на протяжении 3–6 недель после операции. Болевой синдром купировался самостоятельно. Плановый контрольный осмотр и анкетирование были проведены через 1, 6, 12 месяцев. У 13 пациенток достигнута 0 стадия, у 2 пациенток – 1 стадия по классификации POP-Q. Согласно опросникам, у 17 из 19 пациенток после операции зарегистрировано значительное улучшение по следующим показателям: ощущение инородного тела во влагалище, отсутствие жалоб на тазовые боли, обструктивное мочеиспускание, ургентное мочеиспускание. Следует отметить отсутствие развития диспареунии de novo. У 3 из 8 пациенток с сохранением дооперационной клиники недержания мочи при напряжении и у 2 пациенток с развитием de novo через 4–6 месяцев проведена стандартная уретропексия по методике TVT-O, без осложнений.

Анализ предварительных результатов показал, что лапароскопическая латеральная фиксация с использованием сетчатого импланта в коррекции пролапса гениталий является эффективной, технически доступной, безопасной альтернативой сакровагинопексии. Полученные результаты служат основанием для дальнейшего исследования безопасности и эффективности данной методики.

LAPAROSCOPIC LATERAL FIXATION FOR THE CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE

Vaganov E.F., Aryutin D.G., Tonia K., Belousov A.A.

The analysis of treatment 19 patients with anterior and apical prolapse using a T-shaped polypropylene mesh showed effectiveness of the surgery, reduced severity of pelvic organ prolapse (on POP-Q classification). Planned follow-up examinations and questionnaires were performed at 1, 6, 12 months. This allows us to recommend this method of correction an possibility alternative to sacrocolpopexy.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ

Кузьмина Н.С., Беженарь В.Ф., Калугина А.С.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. академика И.П. Павлова МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, ООО «АВА-ПЕТЕР», Санкт-Петербург

Эндометриоз, на сегодняшний день, является одной из основных причин бесплодия. Почти 2/3 пациенток находятся в возрасте моложе 30 лет, поэтому, приоритетное значение имеет определение для больных с эндометриозом яичников органосберегающей стратегии лечения с целью сохранения овариального резерва. С целью увеличения шансов успешного лечения бесплодия, во время оперативного лечения может быть использована методика применения гемостатических матриц с целью интраоперационного гемостаза без использования хирургических энергий.

Актуальность. Лечение наружного генитального эндометриоза (НГЭ) является сложной и многогранной проблемой для практического врача, особенно при наличии бесплодия и сниженного овариального резерва. По данным статистики Российской Федерации с 2004 года отмечен неуклонный рост частоты женского бесплодия у женщин в возрасте 18–49 лет с 146,6 , до 244,6 на 100 000 женского населения в 2014 г. С целью оценки овариального резерва наиболее информативными считаются показатели числа антральных фолликулов в обоих яичниках при ультразвуковом исследовании и содержание антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке крови. У пациенток, планирующих беременность, при сниженном овариальном резерве важна совместная с репродуктологом оценка очередности репродуктивных вмешательств: хирургическое лечение или предварительный забор ооцитов для ЭКО.

Цели: Дать сравнительную оценку состояния овариального резерва у больных после лапароскопического удаления эндометриоидных кист яичников с применением биполярной коагуляции и без использования хирургических энергий с применением гемостатических матриц.

Материал и методы: за период с мая 2015 по сентябрь 2016 года в отделении гинекологии ПСПбГМУ им. акад И.П. Павлова и в отделении оперативной гинекологии клиники «АВА-ПЕТЕР» были включены в исследование из лапароскопически оперированных больных по поводу эндометриоидных кист яичников 41 пациентка с бесплодием, имеющие сниженный овариальный резерв (АМГ<1), а также 32 инфертильных пациентки с эндометриоидными кистами яичников, имевших АМГ (>1). При этом 19 (47,5%) пациенток были прооперированы с применением гемостатических матриц (Surgicel, Surgiflo, «Ethicon») без использования хирургических энергий, 22(53,6%) больным проведена лапароскопическая операция с применением биполярной коагуляции. Из пациенток с нормальным уровнем овариального резерва 15-ти (46,8%) была проведена операция с применением гемостатичеких матриц, 17-ть (53,1%) – прооперированы по обычной методике с биполярной коагуляцией. Осложнений во время операций и в послеоперационном периоде у исследуемых больных не было. Все пациентки были обследованы по стандартной методике определения состояния овариального резерва: перед операцией на 2–5 день менструального цикла измеряли уровень АМГ, ФСГ, по УЗИ производилась оценка

объема и количества фолликулов в яичниках. После проведенного лечения, через 3 месяца у всех исследуемых групп больных повторно производилось исследование овариального резерва. По данным проведенного исследования установлено, что в группе больных со сниженным овариальным резервом после операций с применением гемостатических матриц уровень АМГ уменьшился незначительно (в среднем с 0,87 до 0,79 нг/мл), тогда как в группе больных, оперированных с применением биполярной коагуляции отмечено более существенное снижение уровня АМГ (в среднем на 0,13 нг/мл). Оценивая группу контроля, следует отметить, что у больных в послеоперационном периоде уровень АМГ снизился, в среднем, на 0,7 нг/мл в группе оперированных больных без коагуляции ткани яичников, и, соответственно на 1,1 нг/мл, в среднем, после операций с применением биполярной коагуляции.

Выводы: по данным проведенного исследования предварительно можно заключить, что во время оперативного лечения, после удаления капсулы эндометриоидной кисты, методика применения гемостатических матриц с целью интраоперационного гемостаза без использования хирургических энергий может быть успешно использована с целью сохранения овариального резерва и увеличения шансов успешного лечения бесплодия. Представленные данные исследования являются предварительными. Настоящее исследование продолжается с целью получения и оценки дальнейших результатов.

NEW APPROACHES TO LAPAROSCOPIC SURGERY OVARIAN ENDOMETRIOMA

Kuzmina N.S., Bezhenar V.F., Kalugina A.S.

First Saint Petersburg State Medical University. academician I.P. Pavlov, Department of Obstetrics, Gynecology And Neonatology,
OOO «AVA-PETER» St.-Petersburg

Endometriosis, today, is one of the main causes of infertility. Almost 2/3 of the patients are under the age of 30 years, so has the definition of priority for patients with ovarian endometriosis saving strategies treatment in order to preserve ovarian reserve. For a successful fertility treatment during the operative treatment may be used technique of equipment application of hemostatic matrix for the purpose of intraoperative hemostasis without using surgical energies.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Щукина Н.А., Барто Р.А.

ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Предложена диагностика состоятельности рубца на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности и показания для проведения метропластики.

Актуальность: в последние годы акушеры все чаще сталкиваются с проблемой несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения на этапе планирования следующей беременности. Течение беременности при несостоятельном рубце представляет угрозу разрыва матки на всех этапах гестации, вращение плаценты в рубец, её отслойки и кровотечения.

С целью улучшения репродуктивных исходов нами было обследовано и прооперировано 45 пациенток в возрасте от 18 до 39 лет с выявленным несостоятельным рубцом на матке через 1 и более лет после кесарева сечения на этапе планирования следующей беременности.

Объем обследования включал стандартные клинические, биохимические, микробиологические, иммуноферментные, гемостазиологические, функциональные и морфологические методы.

Полученные результаты.

У всех обследуемых толщина миометрия в области рубца на матке составила менее 2 мм. У 60% женщин визуализировались «ниши» со стороны полости матки, у 22% отмечалось втяжение наружного контура матки, в 13% наблюдениях имелось сочетание деформации наружного и внутреннего контура матки с сохраненным миометрием менее 1 мм. У 15% обследуемых, ниши сочетались с жидкостным образованием в проекции рубца или с множественными полостями в миометрии. Визуализация истонченного миометрия в области рубца на матке до 2–3 мм в сочетании с объемными образованиями в нем, отсутствие убедительной васкуляризации миометрия при энергетическом картировании, служило показанием для дополнительных методов обследования, таких как гидросонография и офисная гистероскопия. Методика гидросонографии с анэхогенным контрастированием не только позволила оценить состояние послеоперационного рубца на матке, но и определить реальную глубину дефекта миометрия и минимальную толщину стенки матки в этой области. Чувствительность гидросонографии составила 87%, специфичность 100% и точность 93%. Исследование проведено 58% пациенток.

При выявлении объемных образований в области рубца на матке, эндометриоза рубца, а также деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии для подтверждения диагноза и его морфологической верификации 49% пациенток произведена офисная гистероскопия. У 27% обследуемых, выявлен эндометриоз послеоперационного рубца, у 36% «старые» лигатуры. У всех обследуемых визуализировались ниши в области рубца, но определить реальную их глубину не представлялось возможным. Показатели чувствительности, специфичности и точности офисной гистероскопии в диагностике несо-

стоятельного рубца на матке оказались ниже, чем при гидросонографии и составили 93%, 84% и 89% соответственно.

Таким образом, были определены четкие показания для оперативного лечения:

– истончение послеоперационного рубца на матке в сочетании с его эндометриозом и инородными телами;

– истончение миометрия в зоне рубца до 2 мм и менее.

Условия для проведения метропластики:

– типичное расположение рубца на матке;

– один рубец на матке в нижнем маточном сегменте;

– планирование беременности.

Наилучшим критерием эффективности оперативного лечения было наступление беременности

Заключение. Статистический анализ показывает, что эффективность диагностики несостоятельного рубца на матке основывается на совокупности клинических, эхографических и эндоскопических методов исследования. Данные комплексного УЗИ в сочетании с гидросонографией и офисной гистероскопией, свидетельствующие об истончении миометрия в зоне рубца до 2 мм и меньше и/или истончение его в сочетании с эндометриозом и инородными телами, являются показанием для проведения метропластики.

DIAGNOSIS OF COMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION AT THE STAGE OF PREGNANCY PLANNING AND MEDICAL INDICATIONS FOR METROPLASTY

Buyanova S.N., Puchkov N. In. Shchukina N.A., Barto R.A.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Conclusion. Statistical analysis shows that the diagnostic performance of insolvent scar on the uterus is based on a set of clinical, echographic and endoscopic methods of research. Ultrasound data in combination with hydrosonography and office hysteroscopy showing the thinning of the myometrium in the scar area up to 2 mm or less and/or thinning in conjunction with endometriosis and foreign bodies are an indication for carrying out metroplasty.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (ГБУЗ МО МОНИИАГ)

Резюме: проанализированы эффективность различных методов оперативного лечения при тяжелых формах пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста.

Пролапс гениталий является одной из частых и трудно решаемых проблем в гинекологии. По данным разных авторов частота данной патологии достигает 40% от всех гинекологических заболеваний и своей кульминации достигает в пожилом и старческом возрасте. Операции, использующиеся для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста, условно можно разделить на две группы: позволяющие сохранить возможность половой жизни в дальнейшем и исключающие таковую. К первой группе относятся операции с применением синтетических материалов – передняя, задняя и тотальная экстраперитонеальная кольпопексия в сочетании, при необходимости, с влагалищной экстирпацией матки. Операцией, исключающей в дальнейшем возможность половой жизни и направленной на частичную облитерацию влагалища является срединная кольпоррафия (операция Нейгебауера-Лефора). Цель исследования: снизить частоту тяжелых и рецидивных форм пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста путем оптимизации их хирургического лечения. Материалы и методы: нами оперировано 170 пациенток в возрастном диапазоне от 55 до 78 лет с тяжелыми формами пролапса гениталий. В зависимости от характера пролапса пациентки нами были разделены на 2 группы: I группа – 96 пациенток с опущением и выпадением стенок влагалища тяжелой степени. II группа – 74 пациентки с полным или неполным выпадением матки (культи шейки матки) или купола влагалища в сочетании с цисто-ректо-энтероцеле 3 ст. Среди пациенток второй группы выделены 2 подгруппы: IIA – 46 пациенток, живущих половой жизнью; IIБ – 28 пациенток, не живущих половой жизнью (все пациентки этой подгруппы были старше 70 лет). Всем пациенткам из I группы и IIA подгруппы (142 больные) произведена операция – экстраперитонеальная кольпопексия с применением синтетического протеза. 27 пациенткам из IIA подгруппы (с полным выпадением матки – 21 пациентка, или с наличием патологии шейки или тела матки – 6 пациенток) вагинопексия была выполнена в сочетании с влагалищной экстирпацией матки. Из 142 больных (пациентки из I группы и IIA подгруппы) 82 произведена передняя экстраперитонеальная кольпопексия проленовым протезом, 44 – задняя экстраперитонеальная кольпопексия, 12 – сочетание передней и задней экстраперитонеальной кольпопексии, 4 – тотальная кольпопексия. Пациенткам из IIБ подгруппы коррекция пролапса гениталий произведена путем операции срединная кольпоррафия.

Результаты исследования: все операции были проведены без технических сложностей. Послеоперационные осложнения были отмечены в двух случаях в виде формирования гематом в околопузырном пространстве, которые были опорожнены на 6

и 14 сутки после операции. Оценка эффективности оперативного лечения проводилась через 2 и 6 месяцев после вмешательства. В 4 случаях (4,9%) через 2 месяца после проведения передней экстраперитонеальной кольпопексии проленовым протезом диагностирована эрозия передней стенки влагалища. В трех случаях в амбулаторных условиях удалось иссечь пролабирующий фрагмент проленового протеза, после чего произошло заживление влагалищной стенки. В одном случае в связи с большой площадью эрозии потребовалась госпитализация пациентки, была произведена операция: иссечение участка проленового протеза с наложением вторичных швов на переднюю стенку влагалища. При контрольном осмотре через 6 месяцев после операции у 6 пациенток (2 больные из I группы, 4 – из IIA подгруппы) диагностировано ректоцеле 3 степени, что явилось показанием для проведения задней экстраперитонеальной кольпопексии с применением проленового протеза. У 3 пациенток (25%), перенесших сочетанную переднюю и заднюю кольпопексию диагностировано неполное выпадение матки, что явилось показанием для проведения в дальнейшем лапароскопической сакровагинопексии (2 случая) или влагалищной экстирпации матки (1 пациентка). При контрольном осмотре пациенток из II Б подгруппы через 2 и 6 месяцев после операции результаты операции были оценены удовлетворительно, прогрессирования заболевания не выявлено.

Заключение: таким образом, для лечения тяжелых и рецидивных форм пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста операции с применением проленовых протезов для проведения вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии являются эффективными с минимальным числом осложнений и рецидивов. При оказании высококвалифицированной медицинской помощи данные осложнения легко устранимы, рецидивы корригируемы. Особенно надежной является незаслуженно забытая операция Нейгебауера-Лефора (срединная кольпоррафия), однако, данная операция применима у небольшого круга пациенток.

FEATURES OF THE TREATMENT OF SEVERE AND RECURRENT FORMS OF GENITAL PROLAPSE IN ELDERLY AND SENILE AGE

Mgeliashvili M.V., Buyanova S.N., Petrakov S.A.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Resume: analysis of efficiency different methods of surgical treatment for severe forms of prolapse of genitalia for patients of advanced and senile age.

НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, Москва, Россия

Резюме: Было проведено оперативное лечение 83 пациенткам с генитальным пролапсом с элонгацией шейки матки. В основной группе 47 пациенткам была выполнена предложенная нами трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом, в контрольной (36 женщин) – Манчестерская операция. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

Согласно данным различных авторов доля тазового пролапса среди гинекологических заболеваний, требующих хирургической коррекции достигает 28–38,9%. Несостоятельность мышц тазового дна это вид тазового пролапса, часто ведущий к элонгации и гипертрофии шейки матки. Современные методы лечения данного состояния в 8,9–22% случаев сопровождаются рецидивами, что требует оптимизации хирургических методов.

Целью исследования стало изучение эффективности новой модификации Манчестерской операции по сравнению с её классическим вариантом для хирургического лечения тазового пролапса с элонгацией шейки матки.

В Клинике акушерства и гинекологии имени Снегирева Первого МГМУ им. Сеченова и «Лечебно-реабилитационном центре» (г. Москва) с 2011 по 2015 год было обследовано и выполнено оперативное лечение 83 пациенткам с пролапсом органов малого таза в сочетании с элонгацией шейки матки. Больные были разделены на 2 группы: I – основную (47) и II – контрольную (36 женщин). В основной группе пациенткам было проведено оперативное лечение по предложенной нами методике – трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом (патент N2533983 «Способ коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки»): в дополнение к стандартной методике Манчестерской операции на уровне клитора через запирательные отверстия по направлению к бедренным складкам проводили проводники с сетчатым имплантатом, представляющим собой узкую ленту. проводники извлекали, а сетчатый имплантат фиксировали к шейке матки и культям кардинальных связок нерассасывающимися отдельными швами, шейку матки фиксировали в малом тазу путем потягивания за свободные концы сетчатого имплантата. В контрольной группе была выполнена Манчестерская операция по стандартной методике. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Статистический анализ полученных данных выполнялся с помощью пакетов SPSS Statistics 17.0.

Длительность хирургического вмешательства составила соответственно 47,8±26,2 и 57,5±35,1 минут. В послеоперационном периоде характеристики основных показателей периферической крови, динамика снижения послеоперационной

лихорадки, изменение вида температурной кривой, нормализация качественных характеристик пульса, а также острофазовых показателей крови (изменений среднего количества лейкоцитов и их палочкоядерных форм, СОЭ) в обеих группе больных практически не отличались. Через 1 месяц после операции жалобы на дискомфорт в области промежности предъявляли 15 (31,9%) пациенток в I группе и 11 (30,6%) – во II. 2 (4,3%) женщины в I группе и 3 (8,3%) – во II предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, 2 (4,3%) и 1 (2,8%) соответственно – на затрудненное мочеиспускание. На фоне проведения комплексной реабилитационной терапии через 2–3 месяца частота и выраженность этих жалоб снижалась. Рецидив генитального пролапса был отмечен в первой группе через 24 месяца, у 1(2,1%) пациентки – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле. Во второй группе – через 12 месяцев у 1(2,8%) женщины – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле, через 24 месяца – у 2(5,56%). Гематомы промежности были диагностированы у 3 (6,2%) пациенток I группы в раннем послеоперационном периоде и у 4 (11,1%) пациенток II группы. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей был отмечен у 1(2,1%) женщины первой группы. Эффективность лечения генитального пролапса составила в первой группе – 97,9% и 91,7% – во второй.

Таким образом, предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, не удлиняет время операции, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX

Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov
Clinic of Obstetrics And Gynecology n.a. V.F. Snegirev, Moscow, Russia

Abstract: Was carried out surgical treatment of 83 patients with genital prolapse with elongation of the cervix. In the main group of 47 patients was performed transobturatory proposed servicessince mesh implant, in the control (36 women) – Manchester operation. Examination of patients was performed after 1, 3, 6, 12 and 24 months after surgery. Proposed modification of the Manchester operation is technically simple to implement, is not accompanied by severe postoperative complications, allows to restore the topography of the pelvic organs and impaired functions.

НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф.Снегирева, Москва, Россия

Резюме: Было проведено оперативное лечение 83 пациенткам с генитальным пролапсом с элонгацией шейки матки. В основной группе 47 пациенткам была выполнена предложенная нами трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом, в контрольной (36 женщин) – Манчестерская операция. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

Согласно данным различных авторов доля тазового пролапса среди гинекологических заболеваний, требующих хирургической коррекции достигает 28–38,9%. Несостоятельность мышц тазового дна это вид тазового пролапса, часто ведущий к элонгации и гипертрофии шейки матки. Современные методы лечения данного состояния в 8,9–22% случаев сопровождаются рецидивами, что требует оптимизации хирургических методов.

Целью исследования стало изучение эффективности новой модификации Манчестерской операции по сравнению с её классическим вариантом для хирургического лечения тазового пролапса с элонгацией шейки матки.

В Клинике акушерства и гинекологии имени Снегирева Первого МГМУ им. Сеченова и «Лечебно-реабилитационном центре» (г. Москва) с 2011 по 2015 год было обследовано и выполнено оперативное лечение 83 пациенткам с пролапсом органов малого таза в сочетании с элонгацией шейки матки. Больные были разделены на 2 группы: I – основную (47) и II – контрольную (36 женщин). В основной группе пациенткам было проведено оперативное лечение по предложенной нами методике – трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом (патент N2533983 «Способ коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки»): в дополнение к стандартной методике Манчестерской операции на уровне клитора через запирательные отверстия по направлению к бедренным складкам проводили проводники с сетчатым имплантатом, представляющим собой узкую ленту. проводники извлекали, а сетчатый имплантат фиксировали к шейке матки и культям кардинальных связок нерассасывающимися отдельными швами, шейку матки фиксировали в малом тазу путем потягивания за свободные концы сетчатого имплантата. В контрольной группе была выполнена Манчестерская операция по стандартной методике. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Статистический анализ полученных данных выполнялся с помощью пакетов SPSS Statistics 17.0.

Длительность хирургического вмешательства составила соответственно 47,8±26,2 и 57,5±35,1 минут. В послеоперационном периоде характеристики основных показателей периферической крови, динамика снижения послеоперационной

лихорадки, изменение вида температурной кривой, нормализация качественных характеристик пульса, а также острофазовых показателей крови (изменений среднего количества лейкоцитов и их палочкоядерных форм, СОЭ) в обеих группе больных практически не отличались. Через 1 месяц после операции жалобы на дискомфорт в области промежности предъявляли 15 (31,9%) пациенток в I группе и 11 (30,6%) – во II. 2 (4,3%) женщины в I группе и 3 (8,3%) – во II предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, 2 (4,3%) и 1 (2,8%) соответственно – на затрудненное мочеиспускание. На фоне проведения комплексной реабилитационной терапии через 2–3 месяца частота и выраженность этих жалоб снижалась. Рецидив генитального пролапса был отмечен в первой группе через 24 месяца, у 1(2,1%) пациентки – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле. Во второй группе – через 12 месяцев у 1(2,8%) женщины – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле, через 24 месяца – у 2(5,56%). Гематомы промежности были диагностированы у 3 (6,2%) пациенток I группы в раннем послеоперационном периоде и у 4 (11,1%) пациенток II группы. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей был отмечен у 1(2,1%) женщины первой группы. Эффективность лечения генитального пролапса составила в первой группе – 97,9% и 91,7% – во второй.

Таким образом, предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, не удлиняет время операции, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX UTERI

Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov
Clinic of Obstetrics and Gynecology n.a. V.F. Snegirev, Moscow, Russia

Abstract: Was carried out surgical treatment of 83 patients with genital prolapse with elongation of the cervix. In the main group of 47 patients was performed transobturatory proposed servicessince mesh implant, in the control (36 women) – Manchester operation. Examination of patients was performed after 1, 3, 6, 12 and 24 months after surgery. Proposed modification of the Manchester operation is technically simple to implement, is not accompanied by severe postoperative complications, allows to restore the topography of the pelvic organs and impaired functions.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ЦЕРКЛЯЖ ШЕЙКИ МАТКИ ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Голицына Ю.С., Шешко П.Л., Хабас Г.Н., Шмаков Р.Г.

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия

Лапароскопический (ЛС) (трансабдоминальный) серкляж шейки матки производится для профилактики развития истмико-цервикальной недостаточности, синдрома потери плода, а также преждевременных родов. Трансабдоминальный серкляж может быть произведен или до беременности в качестве предгравидарной подготовки, или в I-II триместре беременности в случае невозможности выполнения трансвагинального серкляжа.

Нами было выполнено 15 операций ЛС серкляжа шейки матки: 12 пациенткам до беременности и 3 пациенткам во время беременности в сроке от 10 до 15 недель. Показанием к установке ЛС серкляжа послужило отсутствие влагалищной порции шейки матки после перенесенных ранее операций на шейке матки (ампутация шейки матки, радикальная трахелэктомия). Возраст женщин был от 26 до 40 лет, в среднем составил 33,06 ±1,65 лет.

Операция на шейке матки была выполнена: 6 пациенткам по поводу CIN III, 7 – по поводу рака шейки матки, одной женщине в связи с рубцовой деформацией шейки матки и одной – с эндометриозом шейки матки.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. Правильность положения установленной мерсиленовой ленты в области перешейка матки контролировалось визуально, пальпаторно и при помощи послеоперационного ультразвукового исследования. Ни в одном случае не зафиксировано трансфикции сетки через влагалищные своды.

Одна пациентка с трахелэктомией в анамнезе и ЛС серкляжем во время беременности была родоразрешена в сроке 34 недели путем операции кесарево сечение в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Родилась живая девочка весом 2200г, ростом 44 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Две пациентки с ЛС серкляжем во время беременности находятся под наблюдением на 32 и 34 неделе беременности, которая протекает без осложнений. Остальные пациентки находятся на этапе подготовки к беременности.

Наш первоначальный опыт показывает, что лапароскопический серкляж у пациенток с ампутацией шейки матки или трахелэктомией является эффективным способом профилактики несостоятельности шейки матки при последующей беременности, репродуктивных потерь и преждевременных родов.

LAPAROSCOPIC CERVICAL CERCLAGE IN PREGNANT AND NONPREGNANT WOMEN

Golitsyna Y.S., Sheshko P.L., Khabas G.N., Shmakov R.G.

Federal State Enterprise Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Named by V.I. Kulakov Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Laparoscopic cerclage performed when the vaginal part of the cervix is removed after surgery (cervicectomy, radical trachelectomy). Cerclage is an effective intervention to prevent spontaneous pregnancy loss. The new approach for laparoscopic cerclage is a safe, effective and reasonable treatment after failure of vaginal cerclage.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ И ВАГИНАЛЬНЫЙ ЦИРКЛЯЖ МАТКИ: РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ

Попов А.А., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Вроцкая В.С., Краснопольская К.В., Петрухин В.А., Барто Р.А., Ефанов А.А.

Московский Областной НИИ Акушерства и Гинекологии

Цель: хирургическая прегравидарная подготовка пациенток с функциональной и органической несостоятельностью шейки матки, культи шейки матки, маточно-влагалищного анастамоза.

Методы: в исследование были включены 83 пациентки, прооперированные в отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ за период с 2011 по 2016гг. Для установления сетчатого протеза нами использовались различные оперативные доступы: трансабдоминальный у 74 пациенток (лапароскопический у 70 пациенток, лапаротомный у 3 пациенток в связи со спаечным процессом и миомой матки больших размером, робот-ассистированный в 1 случае) и трансвагинальный в 9 случаях. 79 пациенток прооперировано на этапе планирования беременности. Пациентки были разделены на 3 группы. I группа – 17 пациенток после радикальной абдоминальной или вагинальной трахелэктомии. II группа – 41 пациентка, после ампутации или высокой конизации шейки матки, из них в двух случаях выполнен трансвагинальный цервико-истмический циркляж матки (TVCIC) во втором триместре гестации. III группу составили 25 пациенток с невынашиванием беременности и неэффективной коррекцией ИЦН в анамнезе. В 2 случаях коррекция ИЦН (TVCIC) произведена во 2 триместре гестации.

Результаты: в первой группе среди пациенток после трахелэктомии беременность наступила у 4 (23%) больных с использованием ВРТ. Из них 3 пациентки были родоразрешены досрочно оперативным путем на 31, 33 и 27 неделях гестации. Нами выявлено, что в данной группе больных у 8 (47%) женщин путем применения программ ВРТ добиться наступления беременности не удалось. Во 2 группе беременность наступила у 15 пациенток, родоразрешены 12 из них со средним сроком гестации 37,6 недель, 3 беременны в настоящее время. В III группе беременность наступила у 16 пациенток, 13 из них родоразрешены со средним гестационным сро-

ком 37,3 недели, 3 пациентки беременны. Во всех трех группах интра– и послеоперационных осложнений зарегистрировано не было. В трех случаях у пациенток из 2 и 3 группы диагностирована неразвивающаяся беременность на сроках 8, 10 и 13 недель гестации, было произведена гистероскопия, РДВ без технических сложностей, что свидельствует об отсутствии стенозирования цервикального канала синтетическим протезом.

Выводы: выполнение циркляжа матки на этапе планирования беременности является безопасным и эффективным этапом подготовки больных, перенесших хирургические вмешательства на шейке матки, а также при неэффективной коррекции ИЦН в анамнезе.

ABDOMINAL AND VAGINAL CERCLAGE: REPRODUCTIVE OUTCOMES

Popov A.A., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Vrockaya V.S., Krasnopolskaya K.V., Petruhin V.A., Barto R.A., Efanov A.A.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

The implementation of cerclage of the uterus at the stage of planning of pregnancy is a safe and effective step in the preparation of patients undergoing surgical interventions on the cervix, and also with ineffective correction ICI in anamnesis.

ВЫБОР МЕТОДА МИОМЭКТОМИИ: ВОПРОСЫ ЗА И ПРОТИВ

Чочаева Е.М., Давыдов А.И.

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

Цель – оптимизация миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. Выполнен про– и ретроспективный анализ 106 миомэктомий у пациенток репродуктивного возраста, которым в зависимости от типа миомы матки (классификация FIGO, 2011) произведены гистерорезектоскопия, лапароскопия, мини-лапаротомия. Все пациентки были крайне заинтересованны в сохранении репродуктивной и менструальной функций. При выборе метода органосберегающего хирургического лечения особое внимание уделяли расположению и размерам миоматозных узлов. Показаниями к трансцервикальной миомэктомии в наших исследованиях являлись подслизистые узлы миомы 1-ого типа (66,7%) и 0-ого типа (33,3%). Преимуществами этого метода является то, что это относительно простой, безопасный и, вместе с тем, высокоэкономичный метод, с меньшей травматичностью, (при величине матки до 10 недель беременности и узлов миомы – до 5 см). Показаниями к лапароскопическим операциям являлись подбрюшинная и внебрюшинная (50%) и межмышечная (50%) локализация узлов миомы. В 25% случаев одновременно с лапароскопической миомэктомией производили трансцервикальную миомэктомию. Среди преимущества традиционной лапароскопии, необходимо выделить, возможность более

детального осмотра органов брюшной полости, а также с высокой степенью точности оценить топографические взаимоотношения между маткой, ее придатками и патологическими образованиями. Кроме этого, применение традиционной лапароскопии позволяло удалять узлы миомы из труднодоступных мест – задней и боковых стенок матки.

Показаниями к мини-лапаротомии являлись миома матки больших размеров (33,3%), миома матки с подбрюшинной локализацией опухоли (46,7%), сочетание подбрюшинной миомы матки с мено– метроррагиями (13,7%) или бесплодием (6,3%). В сравнении с лапароскопической миомэктомией, мини-лапаротомия способствует анатомичному сопоставлению раневых поверхностей на матке после удаления межмышечных и подбрюшинных опухолей с широким и глубоким основанием и более благоприятному заживлению, формированию полноценного рубца на матке, что является важным фактором для последующего течения беременности. Поэтому, мы не являемся сторонниками лапароскопического удаления межмышечных и подбрюшинных узлов миомы с широким и/или глубоким основанием.

При анализе величины кровопотери во время хирургического лечения, наблюдалось достоверное ($p<0,05$) ее снижение при проведении органосберегающих операций, при этом, в процессе гистерорезектоскопии кровопотери не отмечалось. Проведенный анализ показал значительное уменьшение длительности пребывания больных в стационаре и более быструю реабилитацию после проведения органосберегающих операций.

Таким образом, при выборе метода оперативного лечения больных миомой матки, особое внимание следует уделять таким факторам как, размер матки, размер и локализацию миоматозных узлов по данным трансвагинальной эхографии и гистероскопии, выраженность клинической картины заболевания, наличие сопутствующей патологии. Подобный дифференцированный подход способствует сохранению репродуктивной и менструальной функции женщин.

Резюме

Цель – оптимизация миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. Выполнен анализ 106 миомэктомий. Методы: гистерорезектоскопия, лапароскопия, мини-лапаротомия. При выборе метода миомэктомии необходимо учитывать величину матки, размер и локализацию миомы, тяжесть клиники, наличие сопутствующей патологии.

CHOICE OF METHOD MYOMECTOMY: QUESTIONS FOR AND AGAINST

Chochaeva E.M., Davydov A.I.

Department of obstetrics, gynecology and perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The purpose – optimization of myomectomy patients of reproductive age. The analysis of 106 myomectomy. Methods: hysteroresectoscopy, laparoscopy, mini-laparotomy. When choosing a method of uterine myomectomy should be considered value, size and location of fibroids, severity of the clinic, the presence of comorbidity.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ

Кузьмина Н.С., Беженарь В.Ф., Калугина А.С.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. академика И.П. Павлова МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, ООО «АВА-ПЕТЕР», Санкт-Петербург

Эндометриоз, на сегодняшний день, является одной из основных причин бесплодия. Почти 2/3 пациенток находятся в возрасте моложе 30 лет, поэтому, приоритетное значение имеет определение для больных с эндометриозом яичников органосберегающей стратегии лечения с целью сохранения овариального резерва. С целью увеличения шансов успешного лечения бесплодия, во время оперативного лечения может быть использована методика применения гемостатических матриц с целью интраоперационного гемостаза без использования хирургических энергий.

Актуальность. Лечение наружного генитального эндометриоза (НГЭ) является сложной и многогранной проблемой для практического врача, особенно при наличии бесплодия и сниженного овариального резерва. По данным статистики Российской Федерации с 2004 года отмечен неуклонный рост частоты женского бесплодия у женщин в возрасте 18–49 лет с 146,6 , до 244,6 на 100 000 женского населения в 2014 г. С целью оценки овариального резерва наиболее информативными считаются показатели числа антральных фолликулов в обоих яичниках при ультразвуковом исследовании и содержание антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке крови. У пациенток, планирующих беременность, при сниженном овариальном резерве важна совместная с репродуктологом оценка очередности репродуктивных вмешательств: хирургическое лечение или предварительный забор ооцитов для ЭКО.

Цели: Дать сравнительную оценку состояния овариального резерва у больных после лапароскопического удаления эндометриоидных кист яичников с применением биполярной коагуляции и без использования хирургических энергий с применением гемостатических матриц.

Материал и методы: за период с мая 2015 по сентябрь 2016 года в отделении гинекологии ПСПбГМУ им. акад И.П. Павлова и в отделении оперативной гинекологии клиники «АВА-ПЕТЕР» были включены в исследование из лапароскопически оперированных больных по поводу эндометриоидных кист яичников 41 пациентка с бесплодием, имеющие сниженный овариальный резерв (АМГ<1), а также 32 инфертильных пациентки с эндометриоидными кистами яичников, имевших АМГ (>1). При этом 19 (47,5%) пациенток были прооперированы с применением гемостатических матриц (Surgicel, Surgiflo, «Ethicon») без использования хирургических энергий, 22(53,6%) больным проведена лапароскопическая операция с применением биполярной коагуляции. Из пациенток с нормальным уровнем овариального резерва 15-ти (46,8%) была проведена операция с применением гемостатичеких матриц, 17-ть (53,1%) – прооперированы по обычной методике с биполярной коагуляцией. Осложнений во время операций и в послеоперационном периоде у исследуемых больных не было. Все пациентки были обследованы по стандартной методике определения состояния овариального резерва: перед операцией на 2–5 день менструального цикла измеряли уровень АМГ, ФСГ, по УЗИ производилась оценка

объема и количества фолликулов в яичниках. После проведенного лечения, через 3 месяца у всех исследуемых групп больных повторно производилось исследование овариального резерва. По данным проведенного исследования установлено, что в группе больных со сниженным овариальным резервом после операций с применением гемостатических матриц уровень АМГ уменьшился незначительно (в среднем с 0,87 до 0,79 нг/мл), тогда как в группе больных, оперированных с применением биполярной коагуляции отмечено более существенное снижение уровня АМГ (в среднем на 0,13 нг/мл). Оценивая группу контроля, следует отметить, что у больных в послеоперационном периоде уровень АМГ снизился, в среднем, на 0,7 нг/мл в группе оперированных больных без коагуляции ткани яичников, и, соответственно на 1,1 нг/мл, в среднем, после операций с применением биполярной коагуляции.

Выводы: по данным проведенного исследования предварительно можно заключить, что во время оперативного лечения, после удаления капсулы эндометриоидной кисты, методика применения гемостатических матриц с целью интраоперационного гемостаза без использования хирургических энергий может быть успешно использована с целью сохранения овариального резерва и увеличения шансов успешного лечения бесплодия. Представленные данные исследования являются предварительными. Настоящее исследование продолжается с целью получения и оценки дальнейших результатов.

NEW APPROACHES TO LAPAROSCOPIC OVARIAN ENDOMETRIUM

Kuzmina N.S., Bejenari V.F., Kalugin A.S.

First Saint-Petersburg State Medical University. Academician n.a. IP Pavlov's, Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology,
OOO «AVA-PETER», St. Petersburg

Endometriosis, today, is one of the main causes of infertility. Almost 2/3 of the patients are under the age of 30 years, so has the definition of priority for patients with ovarian endometriosis saving strategies treatment in order to preserve ovarian reserve. For a successful fertility treatment during the operative treatment may be used technique of equipment application of hemostatic matrix for the purpose of intraoperative hemostasis without using surgical energies.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Щукина Н.А., Барто Р.А.

ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Предложена диагностика состоятельности рубца на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности и показания для проведения метропластики.

Актуальность: в последние годы акушеры все чаще сталкиваются с проблемой несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения на этапе планирования следующей беременности. Течение беременности при несостоятельном рубце представляет угрозу разрыва матки на всех этапах гестации, вращение плаценты в рубец, её отслойки и кровотечения.

С целью улучшения репродуктивных исходов нами было обследовано и прооперировано 45 пациенток в возрасте от 18 до 39 лет с выявленным несостоятельным рубцом на матке через 1 и более лет после кесарева сечения на этапе планирования следующей беременности.

Объем обследования включал стандартные клинические, биохимические, микробиологические, иммуноферментные, гемостазиологические, функциональные и морфологические методы.

Полученные результаты.

У всех обследуемых толщина миометрия в области рубца на матке составила менее 2 мм. У 60% женщин визуализировались «ниши» со стороны полости матки, у 22% отмечалось втяжение наружного контура матки, в 13% наблюдениях имелось сочетание деформации наружного и внутреннего контура матки с сохраненным миометрием менее 1 мм. У 15% обследуемых, ниши сочетались с жидкостным образованием в проекции рубца или с множественными полостями в миометрии. Визуализация истонченного миометрия в области рубца на матке до 2–3 мм в сочетании с объемными образованиями в нем, отсутствие убедительной васкуляризации миометрия при энергетическом картировании, служило показанием для дополнительных методов обследования, таких как гидросонография и офисная гистероскопия. Методика гидросонографии с анэхогенным контрастированием не только позволила оценить состояние послеоперационного рубца на матке, но и определить реальную глубину дефекта миометрия и минимальную толщину стенки матки в этой области. Чувствительность гидросонографии составила 87%, специфичность 100% и точность 93%. Исследование проведено 58% пациенток.

При выявлении объемных образований в области рубца на матке, эндометриоза рубца, а также деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии для подтверждения диагноза и его морфологической верификации 49% пациенток произведена офисная гистероскопия. У 27% обследуемых, выявлен эндометриоз послеоперационного рубца, у 36% «старые» лигатуры. У всех обследуемых визуализировались ниши в области рубца, но определить реальную их глубину не представлялось возможным. Показатели чувствительности, специфичности и точности офисной гистероскопии в диагностике несо-

стоятельного рубца на матке оказались ниже, чем при гидросонографии и составили 93%, 84% и 89% соответственно.

Таким образом, были определены четкие показания для оперативного лечения:

– истончение послеоперационного рубца на матке в сочетании с его эндометриозом и инородными телами;

– истончение миометрия в зоне рубца до 2 мм и менее.

Условия для проведения метропластики:

– типичное расположение рубца на матке;

– один рубец на матке в нижнем маточном сегменте;

– планирование беременности.

Наилучшим критерием эффективности оперативного лечения было наступление беременности

Заключение. Статистический анализ показывает, что эффективность диагностики несостоятельного рубца на матке основывается на совокупности клинических, эхографических и эндоскопических методов исследования. Данные комплексного УЗИ в сочетании с гидросонографией и офисной гистероскопией, свидетельствующие об истончении миометрия в зоне рубца до 2 мм и меньше и/или истончение его в сочетании с эндометриозом и инородными телами, являются показанием для проведения метропластики.

DIAGNOSIS OF COMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION AT THE STAGE OF PREGNANCY PLANNING AND MEDICAL INDICATIONS FOR METROPLASTY

Buyanova S.N., Puchkov N. In., Shchukina N.A., Barto R.A.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Conclusion. Statistical analysis shows that the diagnostic performance of insolvent scar on the uterus is based on a set of clinical, echographic and endoscopic methods of research. Ultrasound data in combination with hydrosonography and office hysteroscopy showing the thinning of the myometrium in the scar area up to 2 mm or less and/or thinning in conjunction with endometriosis and foreign bodies are an indication for carrying out metroplasty.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (ГБУЗ МО МОНИИАГ)

Резюме: проанализированы эффективность различных методов оперативного лечения при тяжелых формах пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста.

Пролапс гениталий является одной из частых и трудно решаемых проблем в гинекологии. По данным разных авторов частота данной патологии достигает 40% от всех гинекологических заболеваний и своей кульминации достигает в пожилом и старческом возрасте. Операции, использующиеся для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста, условно можно разделить на две группы: позволяющие сохранить возможность половой жизни в дальнейшем и исключающие таковую. К первой группе относятся операции с применением синтетических материалов – передняя, задняя и тотальная экстраперитонеальная кольпопексия в сочетании, при необходимости, с влагалищной экстирпацией матки. Операцией, исключающей в дальнейшем возможность половой жизни и направленной на частичную облитерацию влагалища является срединная кольпорафия (операция Нейгебауера-Лефора).

Цель исследования: снизить частоту тяжелых и рецидивных форм пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста путем оптимизации их хирургического лечения.

Материалы и методы: нами оперировано 170 пациенток в возрастном диапазоне от 55 до 78 лет с тяжелыми формами пролапса гениталий. В зависимости от характера пролапса пациентки нами были разделены на 2 группы: I группа – 96 пациенток с опущением и выпадением стенок влагалища тяжелой степени. II группа – 74 пациентки с полным или неполным выпадением матки (культи шейки матки) или купола влагалища в сочетании с цисто-ректо-энтероцеле 3 ст. Среди пациенток второй группы выделены 2 подгруппы: IIА – 46 пациенток, живущих половой жизнью; IIБ – 28 пациенток, не живущих половой жизнью (все пациентки этой подгруппы были старше 70 лет). Всем пациенткам из I группы и IIА подгруппы (142 больные) произведена операция – экстраперитонеальная кольпопексия с применением синтетического протеза. 27 пациенткам из IIА подгруппы (с полным выпадением матки – 21 пациентка, или с наличием патологии шейки или тела матки – 6 пациенток) вагинопексия была выполнена в сочетании с влагалищной экстирпацией матки. Из 142 больных (пациентки из I группы и IIА подгруппы) 82 произведена передняя экстраперитонеальная кольпопексия проленовым протезом, 44 – задняя экстраперитонеальная кольпопексия, 12 – сочетание передней и задней экстраперитонеальной кольпопексии, 4 – тотальная кольпопексия. Пациенткам из IIБ подгруппы коррекция пролапса гениталий произведена путем операции срединная кольпоррафия.

Результаты исследования: все операции были проведены без технических сложностей. Послеоперационные осложнения были отмечены в двух случаях в виде фор-

мирования гематом в околопузырном пространстве, которые были опорожнены на 6 и 14 сутки после операции. Оценка эффективности оперативного лечения проводилась через 2 и 6 месяцев после вмешательства. В 4 случаях (4,9%) через 2 месяца после проведения передней экстраперитонеальной кольпопексии проленовым протезом диагностирована эрозия передней стенки влагалища. В трех случаях в амбулаторных условиях удалось иссечь пролабирующий фрагмент проленового протеза, после чего произошло заживление влагалищной стенки. В одном случае в связи с большой площадью эрозии потребовалась госпитализация пациентки, была произведена операция: иссечение участка проленового протеза с наложением вторичных швов на переднюю стенку влагалища. При контрольном осмотре через 6 месяцев после операции у 6 пациенток (2 больные из I группы, 4 – из IIA подгруппы) диагностировано ректоцеле 3 ст, что явилось показанием для проведения задней экстраперитонеальной кольпопексии с применением проленового протеза. У 3 пациенток (25%), перенесших сочетанную переднюю и заднюю кольпопексию диагностировано неполное выпадение матки, что явилось показанием для проведения в дальнейшем лапароскопической сакровагинопексии (2 случая) или влагалищной экстирпации матки (1 пациентка). При контрольном осмотре пациенток из II Б подгруппы через 2 и 6 месяцев после операции результаты операции были оценены удовлетворительно, прогрессирования заболевания не выявлено. Заключение: таким образом, для лечения тяжелых и рецидивных форм пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста операции с применением проленовых протезов для проведения вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии являются эффективными с минимальным числом осложнений и рецидивов. При оказании высококвалифицированной медицинской помощи данные осложнения легко устранимы, рецидивы корригируемы. Особенно надежной является незаслуженно забытая операция Нейгебауера-Лефора (срединная кольпоррафия), однако, данная операция применима у небольшого круга пациенток.

FEATURES OF THE TREATMENT OF SEVERE AND RECURRENT FORMS OF GENITAL PROLAPSE IN ELDERLY AND SENILE AGE

Mgeliashvili M.V., Buyanova S.N., Petrakov S.A.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Resume: analysis of efficiency different methods of surgical treatment for severe forms of prolapse of genitalia for patients of advanced and senile age.

НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф.Снегирева, Москва, Россия

Резюме: Было проведено оперативное лечение 83 пациенткам с генитальным пролапсом с элонгацией шейки матки. В основной группе 47 пациенткам была выполнена предложенная нами трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом, в контрольной (36 женщин) – Манчестерская операция. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

Согласно данным различных авторов доля тазового пролапса среди гинекологических заболеваний, требующих хирургической коррекции достигает 28–38,9%. Несостоятельность мышц тазового дна это вид тазового пролапса, часто ведущий к элонгации и гипертрофии шейки матки. Современные методы лечения данного состояния в 8,9–22% случаев сопровождаются рецидивами, что требует оптимизации хирургических методов.

Целью исследования стало изучение эффективности новой модификации Манчестерской операции по сравнению с её классическим вариантом для хирургического лечения тазового пролапса с элонгацией шейки матки.

В Клинике акушерства и гинекологии имени Снегирева Первого МГМУ им. Сеченова и «Лечебно-реабилитационном центре» (г. Москва) с 2011 по 2015 год было обследовано и выполнено оперативное лечение 83 пациенткам с пролапсом органов малого таза в сочетании с элонгацией шейки матки. Больные были разделены на 2 группы: I – основную (47) и II – контрольную (36 женщин). В основной группе пациенткам было проведено оперативное лечение по предложенной нами методике – трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом (патент N2533983 «Способ коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки»): в дополнение к стандартной методике Манчестерской операции на уровне клитора через запирательные отверстия по направлению к бедренным складкам проводили проводники с сетчатым имплантатом, представляющим собой узкую ленту. проводники извлекали, а сетчатый имплантат фиксировали к шейке матки и культям кардинальных связок нерассасывающимися отдельными швами, шейку матки фиксировали в малом тазу путем потягивания за свободные концы сетчатого имплантата. В контрольной группе была выполнена Манчестерская операция по стандартной методике. Обследование пациенток выполняли через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Статистический анализ полученных данных выполнялся с помощью пакетов SPSS Statistics 17.0.

Длительность хирургического вмешательства составила соответственно 47,8±26,2 и 57,5±35,1 минут. В послеоперационном периоде характеристики основных показателей периферической крови, динамика снижения послеоперационной

лихорадки, изменение вида температурной кривой, нормализация качественных характеристик пульса, а также острофазовых показателей крови (изменений среднего количества лейкоцитов и их палочкоядерных форм, СОЭ) в обеих группе больных практически не отличались. Через 1 месяц после операции жалобы на дискомфорт в области промежности предъявляли 15 (31,9%) пациенток в I группе и 11 (30,6%) – во II. 2 (4,3%) женщины в I группе и 3 (8,3%) – во II предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, 2 (4,3%) и 1 (2,8%) соответственно – на затрудненное мочеиспускание. На фоне проведения комплексной реабилитационной терапии через 2–3 месяца частота и выраженность этих жалоб снижалась. Рецидив генитального пролапса был отмечен в первой группе через 24 месяца, у 1(2,1%) пациентки – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле. Во второй группе – через 12 месяцев у 1(2,8%) женщины – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле, через 24 месяца – у 2(5,56%). Гематомы промежности были диагностированы у 3 (6,2%) пациенток I группы в раннем послеоперационном периоде и у 4 (11,1%) пациенток II группы. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей был отмечен у 1(2,1%) женщины первой группы. Эффективность лечения генитального пролапса составила в первой группе – 97,9% и 91,7% – во второй.

Таким образом, предложенная модификация Манчестерской операции технически проста в выполнении, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, не удлиняет время операции, позволяет восстановить топографию органов малого таза и их нарушенные функции.

A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX

Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley E.P.

First Moscow state medical University named after I.M. Sechenov
Clinic of Obstetrics And Gynecology n.a. V.F. Snegirev, Moscow, Russia

Abstract: Was carried out surgical treatment of 83 patients with genital prolapse with elongation of the cervix. In the main group of 47 patients was performed transobturatory proposed servicessince mesh implant, in the control (36 women) – Manchester operation. Examination of patients was performed after 1, 3, 6, 12 and 24 months after surgery. Proposed modification of the Manchester operation is technically simple to implement, is not accompanied by severe postoperative complications, allows to restore the topography of the pelvic organs and impaired functions.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ЦЕРКЛЯЖ ШЕЙКИ МАТКИ ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Голицына Ю.С., Шешко П.Л., Хабас Г.Н., Шмаков Р.Г.

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия

Лапароскопический (ЛС) (трансабдоминальный) церкляж шейки матки производится для профилактики развития истмико-цервикальной недостаточности, синдрома потери плода, а также преждевременных родов. Трансабдоминальный церкляж может быть произведен или до беременности в качестве предгравидарной подготовки, или в I-II триместре беременности в случае невозможности выполнения трансвагинального церкляжа.

Нами было выполнено 15 операций ЛС церкляжа шейки матки: 12 пациенткам до беременности и 3 пациенткам во время беременности в сроке от 10 до 15 недель. Показанием к установке ЛС церкляжа послужило отсутствие влагалищной порции шейки матки после перенесенных ранее операций на шейке матки (ампутация шейки матки, радикальная трахелэктомия). Возраст женщин был от 26 до 40 лет, в среднем составил 33,06 ±1,65 лет.

Операция на шейке матки была выполнена: 6 пациенткам по поводу CIN III, 7 – по поводу рака шейки матки, одной женщине в связи с рубцовой деформацией шейки матки и одной – с эндометриозом шейки матки.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. Правильность положения установленной мерсиленовой ленты в области перешейка матки контролировалось визуально, пальпаторно и при помощи послеоперационного ультразвукового исследования. Ни в одном случае не зафиксировано трансфикции сетки через влагалищные своды.

Одна пациентка с трахелэктомией в анамнезе и ЛС церкляжем во время беременности была родоразрешена в сроке 34 недели путем операции кесарево сечение в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Родилась живая девочка весом 2200г, ростом 44 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Две пациентки с ЛС церкляжем во время беременности находятся под наблюдением на 32 и 34 неделе беременности, которая протекает без осложнений. Остальные пациентки находятся на этапе подготовки к беременности.

Наш первоначальный опыт показывает, что лапароскопический церкляж у пациенток с ампутацией шейки матки или трахелэктомией является эффективным способом профилактики несостоятельности шейки матки при последующей беременности, репродуктивных потерь и преждевременных родов.

ВЫБОР МЕТОДА МИОМЭКТОМИИ: ВОПРОСЫ ЗА И ПРОТИВ

Чочаева Е.М., Давыдов А.И.

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

Цель – оптимизация миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. Выполнен про– и ретроспективный анализ 106 миомэктомий у пациенток репродуктивного возраста, которым в зависимости от типа миомы матки (классификация FIGO, 2011) произведены гистерорезектоскопия, лапароскопия, мини-лапаротомия. Все пациентки были крайне заинтересованны в сохранении репродуктивной и менструальной функций. При выборе метода органосберегающего хирургического лечения особое внимание уделяли расположению и размерам миоматозных узлов. Показаниями к трансцервикальной миомэктомии в наших исследованиях являлись подслизистые узлы миомы 1-ого типа (66,7%) и 0-ого типа (33,3%). Преимуществами этого метода является то, что это относительно простой, безопасный и, вместе с тем, высокоэкономичный метод, с меньшей травматичностью, (при величине матки до 10 недель беременности и узлов миомы – до 5 см). Показаниями к лапароскопическим операциям являлись подбрюшинная и внебрюшинная (50%) и межмышечная (50%) локализация узлов миомы. В 25% случаев одновременно с лапароскопической миомэктомией производили трансцервикальную миомэктомию. Среди преимущества традиционной лапароскопии, необходимо выделить, возможность более детального осмотра органов брюшной полости, а также с высокой степенью точности оценить топографические взаимоотношения между маткой, ее придатками и патологическими образованиями. Кроме этого, применение традиционной лапароскопии позволяло удалять узлы миомы из труднодоступных мест – задней и боковых стенок матки.

Показаниями к мини-лапаротомии являлись миома матки больших размеров (33,3%), миома матки с подбрюшинной локализацией опухоли (46,7%), сочетание подбрюшинной миомы матки с мено– метроррагиями (13,7%) или бесплодием (6,3%). В сравнении с лапароскопической миомэктомией, мини-лапаротомия способствует анатомичному сопоставлению раневых поверхностей на матке после удаления межмышечных и подбрюшинных опухолей с широким и глубоким основанием и более благоприятному заживлению, формированию полноценного рубца на матке, что является важным фактором для последующего течения беременности. Поэтому, мы не являемся сторонниками лапароскопического удаления межмышечных и подбрюшинных узлов миомы с широким и/или глубоким основанием.

При анализе величины кровопотери во время хирургического лечения, наблюдалось достоверное ($p<0,05$) ее снижение при проведении органосберегающих операций, при этом, в процессе гистерорезектоскопии кровопотери не отмечалось. Проведенный анализ показал значительное уменьшение длительности пребывания больных в стационаре и более быструю реабилитацию после проведения органосберегающих операций.

Таким образом, при выборе метода оперативного лечения больных миомой матки, особое внимание следует уделять таким факторам как, размер матки, размер и локализацию миоматозных узлов по данным трансвагинальной эхографии и гистероскопии, выраженность клинической картины заболевания, наличие сопутствую-

щей патологии. Подобный дифференцированный подход способствует сохранению репродуктивной и менструальной функции женщин.

Резюме

Цель – оптимизация миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. Выполнен анализ 106 миомэктомий. Методы: гистерорезектоскопия, лапароскопия, мини-лапаротомия. При выборе метода миомэктомии необходимо учитывать величину матки, размер и локализацию миомы, тяжесть клиники, наличие сопутствующей патологии.

CHOICE OF METHOD MYOMECTOMY: QUESTIONS FOR AND AGAINST

Chochaeva E.M., Davydov A.I.

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The purpose – optimization of myomectomy patients of reproductive age. The analysis of 106 myomectomy. Methods: hysteroresectoscopy, laparoscopy, mini-laparotomy. When choosing a method of uterine myomectomy should be considered value, size and location of fibroids, severity of the clinic, the presence of comorbidity.

ОЦЕНКА ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Шатунова Е.П., Каменев Е.В., Каторкина Е.С.

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

Актуальность исследования. Миома матки является наиболее распространенным доброкачественным новообразованием у женщин. В лечении миомы матки ведущая роль принадлежит хирургическому лечению, а именно – гистерэктомии. В связи с этим, актуальность поиска органосохраняющих методов лечения миомы матки, не вызывает сомнений.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей течения послеоперационного периода у больных с миомой матки, перенесших эмболизацию маточных артерий(ЭМА) трансрадиальным доступом.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и ЭМА 50 женщинам с миомами матки, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Клиник СамГМУ в 2016 году. Обследование включало оценку анамнестических и клинических данных, лабораторные, инструментальные (УЗИ) методы исследования. Средний возраст больных составил 40,5 лет. Ведущими симптомами заболевания были маточные кровотечения различной степени выраженности, боли и синдром сдавления близлежащих органов, выражающийся в чувстве тяжести в низу

живота, дизурии и запорах. У 20 женщин обнаружена постгеморрагическая анемия, в тяжелых случаях снижение гемоглобина до 80 г/л. У большинства пациенток при обследовании выявлены различные экстрагенитальные заболевания: артериальная гипертензия, варикозная болезнь нижних конечностей, метаболический синдром, спаечная болезнь органов брюшной полости, ишемический инсульт в анамнезе. По локализации миомы были единичными и множественнными, субсерозными, интерстициальными и субмукозными. Все пациентки нуждались в оперативном лечении.

Эмболизация маточных артерий проводилась пациенткам под местной анестезией. Доступ к маточным артериям осуществлялся посредством пункции правой лучевой артерии по стандартной методике Сельдингера. Использовались микроэмболы Embosphere 700–900 и 900-1200 мкм (Biosphere Medical S.A.). Трансрадиальный доступ не увеличивал время флюороскопии (в среднем 4,2 мин) и расходы контрастного вещества.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде всем женщинам назначали инфузионную, антибактериальную терапию, анальгетики. Продолжительность постельного режима после операции составила 2-3 часа, что значительно короче по сравнению с ранее применяемым трансфеморальным доступом. Все пациентки перенесли постэмболизационный синдром разной степени тяжести и жаловались на тазовую боль и субфебрильную температуру. Очень выраженный болевой синдром отмечали 20 женщин (40%), который купировался назначением ненаркотических анальгетиков. В 24 наблюдениях (48%) температура тела повышалась максимально на 4-5сутки до 38 С, и не сопровождалась выраженными жалобами на дискомфорт со стороны оперированных. Больные с субмукозными и интерстициально-субмукозными узлами отмечали кровянистые выделения из половых путей на 2-4 день после ЭМА, которые носили умеренный характер. Лейкоцитоз на 2 день после ЭМА не превышал 14х109/л и в среднем составил – 8,2 х109 /л. Тошноты и рвоты в послеоперационном периоде у больных не было. В месте пункции правой лучевой артерии сосудистых осложнений не выявлено. К моменту выписки (4-5 сутки) симптомы постэмболизационного синдрома были купированы. Пяти пациенткам с субмукозным расположением узлов 0 и 1 типов была назначена предоперационная терапия улипристалом ацетатом в течение 3 месяцев, а затем проведена ЭМА. Результатом такого подхода было уменьшение (с 5см до 3см) и экспульсия этих узлов в 1 менструальное кровотечение, что позволило избежать гистерэктомии и сохранить менструальную и репродуктивную функции.

Заключение. Несмотря на развитие у всех больных постэмболизационного синдрома ЭМА является эффективным методом, позволяющим сохранить специфические женские функции, а трансрадиальный сосудистый доступ оказался безопасным и комфортным как для пациенток, так и для медицинского персонала.

РЕЗЮМЕ

Изучены клинические данные, течение постэмболизационного синдрома у пациенток с миомами матки. Эмболизация маточных артерий проводилась 50 женщинам с различной локализацией фибромиом трансрадиальным доступом эмбосферами. В послеоперационном периоде отмечены тазовые боли, гипертермия, лейкоцитоз у всех пациенток. Трансрадиальный сосудистый доступ оказался безопасным и комфортным.

SUMMARY. ASSESSMENT POSTEMBOLIZATION PERIOD IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

Shatunova E.P., Kamenev E.V., Katorkina E.S.

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

Studied clinical data, for postembolization syndrome in patients with myomas of the uterus. Uterine artery embolization was performed for 50 women with different localization of fibroids transradial access with embosphere. In the postoperative period is marked by pelvic pain, hyperthermia, leukocytosis in all patients. Transradial vascular access was safe and comfortable.

ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Шатунова Е.П., Нестеренко С.А., Дахнюк С.Е.

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

Актуальность. Невынашивание беременности в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой. Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна и лидирующая роль принадлежит инфекционному фактору.

Материал и методы обследования. Мы наблюдали 108 женщин после прерывания беременности в сроки от 5 до 12 недель по поводу самопроизвольного аборта (87) и неразвивающейся беременности (21). «Замирание» беременности в 80,9% случаев происходило на сроках 5-6 недель. Обследование включало оценку анамнестических, клинических данных, лабораторные, инструментальные (УЗИ), гистологические, микробиологические методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 23,2+1,2 года. При анализе социально-бытовых факторов выявлено, что 39% женщин были не замужем, средний возраст начала половой жизни – 17,4±1,2 г. Установлена низкая частота применения гормональной контрацепции (7,4%), относительно высокий уровень использования барьерного, календарного методов, прерванного полового акта (37%). Доля женщин с перенесенными инфекциями, передающимися половым путем, (хламидиоз, генитальный герпес, ВПЧ) составила 35%. Среди заболеваний, вызываемых условно-патогенной флорой, наиболее часто выявлялись кандидоз, уреаплазмоз (36,1%). Бактериальный вагиноз обнаружен в 42(38,8%) наблюдениях. Частота сопутствующей экстрагенитальной патологии составила 74 случая (68,5%). Обращает на себя внимание высокий процент сопутствующих заболеваний инфекционного и воспалительного характера: ОРВИ (66,6%), гриппа(21,2%), хронического тонзиллита (30,5%), хронического пиелонефрита (19,4%), хронического бронхита и пневмоний (19,4%).

Анализ историй болезни показал, что 88 (81,4%) обследованных имели в анамнезе гинекологическую патологию, в том числе воспалительные заболевания орга-

нов малого таза 35-(32,4%). Первобеременных было – 82(57,4%). При анализе акушерского анамнеза у 26 повторно беременных, установлено, что 9 всех беременностей закончилось родами, 13 – абортами, 3 – неразвивающееся беременностью, 1 – внематочной беременностью.

В структуре невынашивания данной беременности неразвивающаяся беременность составила 19,4% (21 случай). Анализ причин прерывания настоящей беременности выявил, что недостаточность гравидарного желтого тела яичников была обнаружена в 38(35,1%) случаев, антифосфолипидный синдром, генетические тромбофилии – в 3 (2,7%) наблюдений, инфекционная патология – в 38(35,1%), хромосомная патология эмбриона в -9(8,3%). Среди инфекционной патологии в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом вирусный фактор H1N1 занял ведущую роль в невынашивании беременности, а особенно неразвивающейся беременности, т.к. у 12 беременных (11,1%) прерывание беременности было связано с перенесенным гриппом H1N1. Следует подчеркнуть, что в группе пациенток с самопроизвольным абортом грипп H1N1 выявлен у 5 женщин (5,7%), с неразвивающейся беременностью у 7 пациенток (33,3%). Изменения периферической крови у 79,6% женщин характеризовались умеренно воспалительными сдвигами в виде нейтрофилеза с увеличением палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов. Гистологическое исследование соскобов из полости матки в 102 (94,4%) случаях показало наличие воспалительной лейко–и лимфоцитарной инфильтрации в ворсинах хориона, кровоизлияния различной степени давности. В сосудах ворсин отмечались выраженные периваскулярные инфильтраты, дистрофические изменения их стенок. У женщин, перенесших гриппозную инфекцию, выявлялись выраженная лимфоцитарная инфильтрация, большое количество макрофагов, плазматических клеток.

Заключение: проведенное нами исследование свидетельствует о роли инфекционного фактора в генезе ранних репродуктивных потерь, что должно быть учтено при проведении предгравидарной подготовки.

РЕЗЮМЕ

Минздрава РФ, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Клиники СамГМУ

Обследовано 108 женщин после прерывания беременности в сроки от 5 до 12 недель: оценка анамнестических, клинических данных, лабораторные, инструментальные (УЗИ), гистологические, микробиологические методы исследования. Доля женщин с перенесенными инфекциями, передающимися половым путем, (хламидиоз, генитальный герпес, ВПЧ) составила 35%, кандидоз, уреаплазмоз (36,1%). Гистологическое исследование соскобов из полости матки показало наличие воспалительной инфильтрации в ворсинах хориона.

SUMMARY. INFECTION AS A CAUSE OF REPRODUCTIVE LOSSES

Shatunova E.P., Nesterenko S.A., Dakhnyuk S.E.

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

Surveyed 108 women after termination of pregnancy within 5 to 12 weeks: assessment of anamnestic, clinical, laboratory, instrumental (ultrasonography), and histological, microbiological methods of research. The proportion of women with a history of infections, sexually transmitted (chlamydia, genital herpes, HPV) was 35%, candida, ureaplasma (36,1%). Histological examination of scrapings from the uterus showed the presence of inflammatory infiltration in the chorionic villi.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1 / CHAPTER I

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

4 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ В 2015 ГОДУ
Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гусева Е.В., Гребенник Т.К.

5 SURGICAL CARE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2015
Frolova O.G., Ryabinkina I.N., Guseva E.V., Grebennik T.K.

5 РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ В РЕГИОНАХ РОССИИ В 2015 ГОДУ
Сидорова И.С., Филиппов О.С., Никитина Н.А.

6 RESULTS FROM MATERNAL DEATH AUDITS OF PRE-ECLAMPSIA IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2015
Nikitina N.A., Sidorova I.S.

7 РИСКОВАННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ УГРОЗЫ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПЛАНОВ МОЛОДЕЖИ
Таенкова И.О., Троценко О.Е., Таенкова А.А., Балахонцева Л.А.

8 HIGH-RISK SEXUAL BEHAVIOR AS AN INDICATOR OF POTENTIAL THREAT OF ACQUIRING HIV INFECTION AND REALIZATION OF YOUTH REPRODUCTIVE PLANS
Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Taenkova A.A., Balakhontseva L.A.

9 РЕЕСТР ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК ГОРОДА МОСКВЫ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Полякова Е.И.

10 REGISTER OF GYNECOLOGICAL DISEASES OF GIRLS AND YOUNG WOMEN OF THE CITY OF MOSCOW ACCORDING TO THE CENTER FOR REPRODUCTIVE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MOROZOV DGKB
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Koltunov I.E., Korotkov S.A., Osipov G.T., Polyakova E.I.

10 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
Сабурова Х.Ш., Додхоева М.Ф., Каримова Р.Н.

13 FACTORS CONTRIBUTING TO THE FREQUENCY OF ABDOMINAL PREGNANCY IN THE RURAL AREA
Saburova H.Sh., Dodkhoeva M.F.

13 ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ. ОЦЕНКА РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДАЧИ УЛУЧШЕНИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА
Дондюк Ю.В., Ушанлы А.С.

14 THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS. ASSESSMENT OF IMPLEMENTATION OF THE TASKS OF IMPROVING MATERNAL HEALTH IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA
Dondyuk Yu., Usonly A.S.

15 ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ГИНЕКОЛОГОВ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИИ» В АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»
Владимирцев В.А.

16 GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF ENDOCRINOLOGICAL GYNECOLOGY AT THE AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION «MOSMED»
Vladimirtsev V.A.

17 РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ: МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ МЕР ПО ИХ СНИЖЕНИЮ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Бушмелева Н.Н., Гасников В.К., Тетелютина Ф.К.

18 REPRODUCTIVE LOSS: LONG-TERM EXPERIENCE OF THE SCIENTIFIC BASIS FOR MEASURES TO REDUCE THEM IN THE UDMURT REPUBLIC
Bushmeleva N.N., Gasnikov V.K., Tetelyutina F.K.

19 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН
Ашурова Н.Г., Киличева В.А., Ашуров Т.Х.

20 MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS FEMALE INFERTILITY
Ashurov N.G., Kilicheva V.A., Ashurov T.H.

20 ВЛИЯНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ И СТРУКТУРУ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
Каюмова Д.Т., Рахматова Н.С.

21 SUMMARY EFFECT OF ADVANCED TECHNOLOGIES IN OBSTETRICS AND NEONATOLOGY ON PERFORMANCE AND STRUCTURE EARLY NEONATAL MORTALITY
Kayumova D.T., Rakhmatova N.S

ГЛАВА 2 / CHAPTER II

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

22 МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Барсегян Л.К.[1], Оразов М.Р.[1], Токаева Э.С.[1]

23 MARKERS OF BONE METABOLISM DISORDERS IN PATIENTS WITH PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS
Barsegyan L.K.[1], Orazov M.R.[1], Tokaeva E.S.[1]

24 КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ АКТИВАЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЭУ– И ЭКТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ
Азнаурова Я.Б.[1], Гаража А.В.[2], Буздин А.А.[2], Адамян Л.В.[1]

25 INTERCONNECTION BETWEEN EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM ON SIGNALING PATHWAYS LEVEL
Yana Aznaurova[1], Andrew Garazha[2], Anton Buzdin[2], Leila Adamyan[1],

25 ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗ – АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Барсегян Л.К.[1], Оразов М.Р.[1], Токаева Э.С.[1]

26 CAUSE – EFFECT DETERMINANTS OF ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED PELVIC PAIN
Barsegyan L.K.[1], Orazov M.R.[1], Tokaeva E.S[1].

27 ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ
Хайитбаева К.Х.

28 HORMONAL CONTRACEPTION IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS
Khaitbaev K.H.

28 ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК MUSASHI-1 В ОЧАГАХ АДЕНОМИОЗА
Джамалутдинова К.М., Козаченко И.Ф., Файзуллина Н.М., Щеголев А.И.

30 FEATURES OF EXPRESSION STEM CELL MARKER MUSASHI-1 IN THE FOCI OF ADENOMYOSIS
Dzhamalutdinova K.M., Kozachenko I.F., Faizullina N.M., Shchegolev A.I.

30 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ИЗ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА
Фархат К.Н.[1], Макиян З.Н.[1], Савилова А.М.[2], Асатурова А.В.[1], Адамян Л.В.[1]

32 MOLECULAR AND GENETIC CHARACTERISTICS OF MESENCHYMAL STROMAL CELLS FROM EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES
Farkhat K.N., Makiyan Z.N., Savilova A.M., Asaturova A.V., Adamyan L.V.

32 ФИБРОАДЕНОМАТОЗ – МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ
Шапкин Я.В.[1], Крылова Ю.С.[2], Хейфец В.Х.[1]

34 FIBROADENOMATOSIS – MOLECULAR MARKERS OF PROLIFERATIVE ACTIVITY
Shapkin Y.V.[1], Krylova J.S.[2], KheifetsV.H.[1]

34 ЛИПИДОМНЫЙ АНАЛИЗ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДОМ ПРЯМОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ
Адамян Л.В.1, Борисова А.В1, Козаченко А.В.1, Франкевич В.Е.[1], Стародубцева Н.Л.[1], Чаговец В.В.[1], Салимова Д.Ф.[2], Кононихин А.С.[1], Коган Е.А.[2].

35 LIPIDOMIC ANALYSIS OF EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM OF VARIOUS LOCALIZATION BY DIRECT MASS SPECTROMETRY
Adamyan Leila, Borisova A., Kozachenko A., Frankevich V., Starodubtseva N., Chagovets V., Salimova D., Kononikhin A., Kogan E.A.

36 ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА СУПРЕССОРА ЦИТОКИНОВОГО СИГНАЛИНГА-1 (SOCS-1) МАКРОФАГАМИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ
Воронин Д.Н., Сотникова Н.Ю., Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Кирсанов А.Н., Воскресенская Д.Л.

37 SYNTHESIS OF SUPPRESSOR OF CYTOKINE SIGNALING-1 (SOCS-1) BY ENDOMETRIAL MACROPHAGES OF PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA
Voronin D.N., Sotnikova N.Yu., Malyshkina A.I., Antsiferova Yu.S., Kirsanov A.N., Voskresenskaya D.L.

38 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ПОИСК СРЕДСТВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ И ПОТОМСТВО
Боровская Т.Г., Полуэктова М.Е., Вычужанина А.В., Щемерова Ю.А., Машанова В.А., Камалова С.И., Гольдберг В.Е.*

39 THE EXPERIMENTAL SEARCH FOR THE MEANS OF PHARMACOTHERAPY TO OVERCOME THE TOXIC EFFECT OF CYTOSTATIC DRUGS ON THE GONADS AND THE OFFSPRING
Borovskaya T.G., Poluektova M.E., Vychuzhanina, A.V., Semenova Y.A., Masanova V.A., Kamalov S.I., Goldberg V.E.

40 ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРА В ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ГЕТЕРОТОПИЯХ
Клейменова Т.С., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

41 KISSPEPTIN AND KISSPEPTIN RECEPTOR`S EXPRESSION IN ECTOPIC ENDOMETRIUM
Kleimenova T.S, Drobintseva S.A, Polyakov V.O.

41 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В МАТКЕ У ПАЦИЕНТОК С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ АДЕНОМИОЗА
Кравцова Е.И., Авакимян А.С., Симовоник А.Н., Рудеева О.А.

43 FEATURES ARTERIAL BLOOD FLOW TO THE UTERUS IN WOMEN WITH INITIAL STAGE OF ADENOMYOSIS
Kravtsov E., Avakimyan V., Simovonik A., Rudeeva O.

43 РЕГУЛЯЦИЯ АПОПТОЗА В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ПОЛУЧАВШИХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТЕРАПИЮ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТОМ
Малышкина А.И., Кирсанов А.Н., Анциферова Ю.С., Воронин Д.Н., Нагорный С.Н.

44 REGULATION OF APOPTOSIS IN MYOMA NODES IN PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA LARGE RECEIVING PREOPERATIVE THERAPY ULIPRISTAL ACETATE. ABSTRACT
Malyshkina A.I., Kirsanov A.N., Antsiferova Yu.S., Voronin D.N., Nagornii S.N.

45 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И СТРУКТУРА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Тихончук Е.Ю., Асатурова А.В., Адамян Л.В.

46 THE DETECTION RATE AND THE STRUCTURE OF PATHOLOGICAL CHANGES OF THE ENDOMETRIUM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOSIS
Tikhonchuk E.Yu., Asaturova A.V., Adamyan L.V.

47 СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ
Филиппова Е.С., Адамян Л.В., Козаченко И.Ф.

48 THE STATE OF OVARIAN RESERVE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOMAS
Filippova E.S, Adamyan L.V., Kozachenko I.F.

49 ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ НА ПРОЦЕССЫ АНГИОГЕНЕЗА
Поправка Е.С.[1], Дятлова А.С.[1], Линькова Н.С.[1,2], Полякова В.О.[3,4]

50 THE INFLUENCE OF THE IMMUNE STATUS OF THE ENDOMETRIUM GRAVIDARUM ON THE PROCESSES OF ANGIOGENESIS
Popravka E.C.[1], Dyatlov A.C.[1], Linkova N. With.[1,2], Polyakova V.O.[3,4]

51 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ФОКУСИРОВАННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ И МИОМЭКТОМИИ
Адамян Л.В., Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Демура Т.А., Зурабиани З.Р., Козаченко И.Ф., Бегиева Г.А.

52 CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF LEIOMYOMA OF THE CORPUS UTERI IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AFTER PREVIOUSLY PERFORMED UAE, MRGFUS ABLATION AND MYOMECTOMY
Porotikova I.E., Gavrilova T.Y., Adamyan L.V., Demura T.A., Zurabiani Z.R., Kozachenko I.F., Begieva G.A.

52 ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРА В ФЕТАЛЬНЫХ ОРГАНАХ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА
Родичкина В.Р., Дробинцева А.О., Полякова В.О.

53 EXPRESSION KISSPEPTIN AND ITS RECEPTOR IN FETAL ORGANS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM HUMAN
Rodichkina V.R., Derbentseva A.O., Polyakova V.O.

54 МИКРОФЛОРА РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ
Махалова Г.О., Михайлова Е.А., Азнабаева Л.М.

55 MICROFLORA OF THE FEMALE REPRODUCTIVE TRACT WITH NONSPECIFIC INFLAMMATORY DISEASES OF GENITALS
Machalova G.O., Mikhailova, E.A., Aznabaeva L.M.

56 ФАКТОРЫ РИСКА И СТРУКТУРА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖИТЕЛЬНИЦ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
Пономарев В.В., Пенжоян Г.А., Багдасарян Л.Ю.

57 RISK FACTORS AND STRUCTURE ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES FROM RESIDENTS OF THE KRASNODAR TERRITORY
Ponomarev V.V., Penzhoyan G.A., Baghdasaryan L.Y.

57 МЕЛАТОНИН – НОВЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Андреева Е.Н., Абсатарова Ю.С.

59 MELATONIN – A NEW FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF METABOLIC DISORDERS IN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME
Andreeva E.N., Absatarova Y.S.

59 ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПА ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т ЛИМФОЦИТОВ И NK КЛЕТОК ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Аванесова Т.Г., Левкович М.А., Ермолова Н.В.

61 THE CHANGE IN THE PHENOTYPE OF CYTOTOXIC T LYMPHOCYTES AND NK CELLS IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS
Avanesova T.G., Levkovich M.A., Ermolova N.In.

61 МОНОНУКЛЕАРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ГЕСТАГЕНОВ
Карева Е.Н., Коцюбинская Н.А., Булатова Л.С., Камагина Е.В.

63 PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS AS A TARGET OF ACTION OF PROGESTOGENS
Karev E.N., Kotsyubinskaya N.A., Bulatov L.S., Kamagina E.V.

63 ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Тетелютина Ф.К., Сахабутдинова Е.П., Федорова И.В.

64 HISTOMORPHOLOGICAL FEATURES OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PRE-ECLAMPSIA
Teteljutina F.K., Sahabutdinova E.P., Fedorova I.V.

65 ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
Эседова А.Э., Акаева Ф.С., Идрисова М.А., Гарунов Э.Г., Апандиева М.М.

66 ETIOLOGICAL STRUCTURE OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS
Esedova A.E., Akayev F.S., Idrisov M.A., Garunov E.G., Apandieva M.M.

67 СОСТАВ МИКРОБИОЦЕНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО БИОТОПА И ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Шахова К.А.

69 COMPOSITION MICROBIOCENOSIS UROGENITAL BIOTOPES AND CHARACTERISTICS OF LOCAL IMMUNITY DEPENDING ON THE SEVERITY OF SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS
Andosova L.D., Kontorshchikova K.N., Shakhov K.A.

69 АДИПОКИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ
Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В., Успенская Ю.Б., Васильева И.В.

70 ADIPOKINES AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH OBESITY
Vazieva E.R., Kuznetsova I.V., Uspenskaya Yu.B. Vasilyeva I.V.

71 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МИОМОЙ МАТКИ
Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И.

72 CLINICO-MORPHOLOGICAL FEATURES OF ENDOMETRIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH UTERINE MYOMA
Tolibova GH, Tralee TG, Tsypurdeeva AA, Kakhiani MI.

72 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЛОКНА СПАЕК У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.
Адамян Л.В., Кондратович Л.М., Козаченко А. В.

73 MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA REPRODUCTIVE AGE.
Adamyan L.V., Kondratovich L.M., Kozachenko A.V.

ГЛАВА 3 / CHAPTER III

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ NEW METHODS IN DIAGNOSIS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

74 ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
Манухин И.Б., Захарова Т.П., Манухина Е.И.

75 IMPORTANCE OF IDENTIFYING ATYPICAL FORMS OF HERPES GENITALIS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM
Manukhin I.B., Zakharova T.P., Manukhina E.I.

76 СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ
Токаева Э.С.[1], Оразов М.Р.[1], Барсегян Л.К.[1]

77 THE STRUCTURE OF EXTRAGENITAL DISEASES IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN
Tokaeva E.S.[1], Orazov M.R.[1], Barsegyan L.K.[1]

77 ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Лещенко О.Я., Аталян А.В., Маланова А.Ю.

79 DIAGNOSTICS AND FORECASTING OF REPRODUCTIVE DISORDERS HAVE BEEN ASSOCIATING WITH GENITAL TUBERCULOSIS IN WOMEN
Leschenko O.Ya., Atlan A.V., Malanov A.Yu.

79 ОЦЕНКА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ ПО ДАННЫМ ИММУНОФЕРМЕНТОГО И ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦЕНТНОГО АНАЛИЗА
Салов И.А., Турлупова Т.И., Басова Т.А., Паршин А.В.

80 ASSESSMENT OF CYTOMEGALOVIRUS AND HERPES INFECTIONS IN WOMEN WITH CERVICITIS ACCORDING TO THE RESULTS ELISA AND IMMUNOFLUORESCENCE ANALYSIS
Salov I.A., Turlupova T.I., Basova T.A., Parshin A.V.

81 ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНТРАСТ-УСИЛЕННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОТОКА ПРИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ МАТКИ
Мирошникова Н.А., Макиян З.Н., Адамян Л.В., Быченко В.Г, Козлова А.В.

82 DYNAMIC CONTRAST-ENHANCED MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DETERMINE BLOOD FLOW IN SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES
Miroshnikova N.A., Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Bychenko V.G., Kozlova A.V.

82 ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Стародубцева Н.Л., Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Бугрова А.Е., В.В Чаговец, Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

83 PROTEOMIC ANALYSIS OF CERVICOVAGINAL FLUID DURING NEOPLASTIC TRANSFORMATION OF CERVICAL EPITHELIUM ASSOCIATED WITH HPV INFECTION
Starodubtseva N.L., Zardiashvili M.D., Nazarova N.M., Nekrasova M.E., Bugrova A.E., Chagovets V.V., Kononikhin A.S., Frankevich V.E.

84 МАГНИТНО-РЕЗОНАНСКАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ
Палкина А.А., Тулупова О.Н.

85 REZONANSNOGO MAGNETIC TOMOGRAPHY AS A METHOD OF CHOICE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MALFORMATIONS OF THE UTERUS
Palkin A.A., Tulupov O.N.

85 ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯТРОГЕННЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА
Барто Р.А., Чечнева М.А.

87 FEATURES OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF IATROGENIC FORMS OF ENDOMETRIOSIS
Barto R.A., Chechneva M.A.

87 ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАТА СИНХРОННА ВОЗРАСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЭПИФИЗА
Иванов С.В.

89 DYNAMICS OF POSTNATAL DEVELOPMENT OF THE REPRODUCTIVE HOMEOSTAT SYNCHRONOUS AGE-RELATED CHANGES OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATUS OF THE PINEAL GLAND
Ivanov S.V.

89 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОГОСЛОЙНОГО МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩЕГО ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
Рахматуллина А.Р., Асатурова А.В., Шамаракова М.В., Ежова Л.С., Козаченко А.В., Адамян Л.В.

91 MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STRATIFIED MUCIN-PRODUCING INTRAEPITHELIAL LESION (SMILE) OF THE UTERINE CERVIX, DIAGNOSTIC CRITERIA AND CLINICAL SIGNIFICANCE
Rakhmatullina A.R., Asaturova A.V., Samorukova M.V., Ezhova L.S., Kozachenko A.V., Adamyan L.V.

91 НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА
Петросян М.А., Морозкина С.Н., Кветной И.М., Шавва А.Г.

93 NEW APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS
Petrosyan M.A., Morozkina S.N., Kvetnoy I.M., Shavva A.G.

93 АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПРИ БЕСПЛОДИИ
Пономарев В.В., Безруков А.Г., Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю.

94 ANAMNESTIC AND ULTRASOUND MARKERS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND GENITAL ENDOMETRIOSIS COMBINATION IN INFERTILITY
Ponomarev V.V., Bezrukov A.G., Penzhoyan G.A., Karahalis L.Y.

95 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ЯИЧНИКОВ
Быков А.Г., Адамян Л.В., Наговицына М.Н., Щеголев А.И.

96 IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF CELLS IN ENDOMETRIOSIS OVARIAN
Bykov A.G., Adamyan L.V., Nagovitsina M.N., Shchegolev A.I.

96 ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Гаспарян С.А., Василенко И.А., Попова О.С., Метелин В.Б., Кузнецов А.Б.

97 ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS: NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS DISEASE RECURRENCE
Gasparyan S., Vasilenko I., Popova O., Metelin V., Kuznetsov A.

98 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ЛИПИДОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могилина М.Н., Стебло Е.И.

99 DEFINITION OF THE RELATION OF ANTHROPOMETRIC DATA AND BLOOD LIPIDS IN PATIENTS WITH INCREASED WEIGHT AND OBESITY
Karahalis L.Yu., Penlan G.A., Mogilina M.N., The Steblou E.

99 ОЦЕНКА ВНУТРИЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Новрузова Н.Х., Давыдов А.И., В.М.Пашков

100 ESTIMATION OF THE INTRAENDOMETRIAL BLOOD FLOW AT PATIENTS WITH A ENDOMETRIAL PATHOLOGY
Novruzova N.H., Davidov A.I., Pashkov V.M.

101 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ
Шукуров Ф.И.

102 PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF BIOCHEMICAL MARKERS IN THE DIAGNOSIS OF BENIGN STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES
Shukurov F.I.

103 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ
Таирова М.Б., Давыдов А.И., Стрижаков Л.А.

104 ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE OVARIAN ENDOMETRIOSIS
Tairova M.B., Davydov A.I., Strizhakov L.A.

105 НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Гасанова Г.Ф.[1], Аполихина И.А.[1,2]

106 NEW DEVELOPMENTS IN DIAGNOSIS OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION
Hasanova G.F.[1] , Apolikhina I.A.[1,2]

106 СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА
Таций И.Д., Гасымова Д., Горбакова Л.Ш

107 A SYSTEMATIC APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC CERVICITIS
Tatsiy, I.D., Gasimov D., Gorbatova L. W.

108 НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДАМИ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ
Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М., Франкевич В.Е.

109 NON-INVASIVE DIAGNOSTICS OF CERVICAL NEOPLASIA BY MASS SPECTROMETRY
Chagovets V.V., Starodubtseva N.L., Kononikhin A.S., Bugrova A.E., Zardiashvili M.D., Nekrasova M.E., Nazarova N.M., Frankevich V.E.

110 ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЙОДОМ ДЕВУШЕК – СТУДЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
Денисов М.С., Герасимова Л.И., Сидорова Т.Н., Денисова Т.Г.

111 IODINE PROVISION OF FEMALE STUDENTS WITH MENSTRUAL IRREGULARITIES
Denisov M.S., Gerasimova L.I., Sidorova T.N., Denisova T.G.

112 МОЛЕКУЛЯРНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ХОДА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Чаговец В.В, Борисова А.В., Козаченко А.В., Адамян Л.В.

112 MS BASED TECHNOLOGICAL PLATFORM FOR BIOLOGICAL TISSUE DIFFERENTIATION
Frankevich V.E., Starodubtseva N.L, Kononikhin A.S, Chagovets V.V, Borisova A.V, Kozachenko A.V, Adamyan L.V.

113 СОМАТИЧЕСКИЕ МУТАЦИИ ГЕНА MED12 У ЖЕНЩИН С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИОМОЙ МАТКИ
Согоян Н.С., Адамян Л.В., Кузнецова М.В., Трофимов Д.Ю.

114 SOMATIC MED12 GENE MUTATIONS IN WOMEN WITH MULTIPLE UTERINE FIBROIDS
Sogoyan N.S., Adamyan L.V., Kuznetsova M.V., Trofimov D.Yu.

114 РАЗРАБОТКА ОНТОЛОГИИ БОЛЕЗНЕЙ И СИМПТОМОВ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФЕНОТОТИПИРОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
Бурджалиева К.И.[1], Гайдук М.В.[1], Черных В.Б.[2,3,4], Угаров И.В.[1,4]

116 THE DEVELOPMENT OF THE ONTOLOGY OF DISEASES AND SYMPTOMS FOR DEEP PROTOTYPENBAU GENETICALLY DETERMINED DISEASE OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM
Nurgalieva K.I.[1], Hayduk M.V.[1], Chernykh V.B.[2,3,4], Ugarov I.V.[1,4]

116 ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРФУЗИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ БЕСПЛОДИИ И ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Филипенкова Т.Е., Щербакова Л.Н., Панина О.Б.

118 INTRAUTERINE PERFUSION AND CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA INFERTILITY AND HABITUAL MISCARRIAGE
Filipenkova T.E., Shcherbakova L.N., Panina O.B.

118 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Фазлеева Э.Р., Тетелютина Ф.К., Копысова Е.Д.

120 PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DISEASE IN TERMS OF DEVELOPMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY
Fazleeva E.R., Teteljutina F.K., Kopysova E.D.

120 ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ
Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Аксенова В.Б.

122 THREE-DIMENSIONAL SONOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PREGNANCY IN THE INTERSTITIAL PART OF THE FALLOPIAN TUBES
Shishkina, T. Yu., Krasnova I.A., Aksenova V.B.

122 ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Гуламмахудова Д.В.

122 CURRENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AT WOMEN AT THE REPRODUCTIVE AGE
Dilobar Valijanovna Gulammahmudova

124 ОБ ОЧАГАХ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН
Морева Ж.Г.[1], Миронов А.Ю.[1], Васильев М.М.[2], Сащенко В.П.[3]

126 CONCEMING THE NIDI OF T.VAGINALIS INFECTION IN WOMEN
Moreva Zh.G.[1], Mironov A.Y.[1], Vasiliev M.M.[2], Saschenko V.P.[3]

ГЛАВА 4 / CHAPTER IV

ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ THE CONSERVATIVE THERAPY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

127 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ У ЖЕНЩИН В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Матрасулова Д.М., Юлдашов Ж.А.

128 THE USE OF THERAPEUTIC EXERCISES IN WOMEN IN THE COMPLEX OF PREVENTIVE MEASURES IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD
Matrasulov D.M., Joldasov J.A.

129 МЕТОД АРТ-ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Гайдарова А.Х., Гигинеишвили Г.Р., Котенко Н.В., Гаршина О.В.

130 METHOD ART PSYCHOTHERAPY IN THE COMPLEX REHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS AFTER MASTECTOMY ABOUT BREAST CANCER
Gaydarova A.H., Gigineishvili G.R., Kotenko N.V., Garshina O.V.

130 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Токаева Э.С.[1], Оразов М.Р.[1], Барсегян Л.К.[1]

132 MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS – ASSOCIATED PELVIC PAIN
Tokaeva E.S.[1], Orazov M.R.[1], Barsegyan L.K.[1]

132 ЛОКАЛЬНАЯ БАРОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ СОСТОЯНИЙ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Чураков А.А.

134 LOCAL BAROTHERAPY IN MEDICAL REHABILITATION AFTER SURGICAL CORRECTION OF THE ANOMALIES OF THE VAGINA IN WOMEN STATES
Ipatova M.V., Malanova T.B., Churakova A.A.

134 ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН НАКАНУНЕ ОПЕРАТИВНОГО СИМУЛЬТАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
Симрок В.В., Желтоножская Ю.Б., Симрок-Старчева Д.В.

135 PREVENTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN WOMEN BEFORE OPERATIVE SIMULTANEOUS INTERVENTION
Simrok V.V., Zheltonozhskaya Y.B., Simrock-Starceva D.V.

136 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИТАМИНА D ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЬГОМЕНОРЕИ
Герасимова Л.И., Денисов М.С., Денисова Т.Г.

137 THE USE OF VITAMIN D IN THE PREVENTION OF ALGOMENOREE
Gerasimova L.I., Denisov M.S., Denisova T.G.

137 ВАГИНАЛЬНЫЙ ЭСТРИОЛ И ИНЪЕКЦИИ АУТОПЛАЗМЫ (PLASMOLIFTING) ЭФФЕКТИВНО УМЕНЬШАЮТ СИМПТОМЫ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ
Лещенко О.Я.

139 VAGINAL ESTRIOL AND INJECTIONS OF AUTOPLASMA (PLASMOLIFTING) REDUCE THE SYMPTOMS OF VULVOVAGINAL ATROPHY

139 ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ, СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Шнейдерман М.Г

141 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОКСИФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Даминова К.М.

142 EFFICIENCY OF MOXIFLOXACIN IN THE TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
Daminova K.M.

143 ИННОВАЦИИ В КОНТРАЦЕПЦИИ
Прилепская В.Н.

144 INNOVATIONS IN CONTRACEPTION
Prilepskaya V.N.

145 КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Прилепская В.Н.

147 CLIMACTERIC SYNDROME. NEW OPPORTUNITIES IN MENOPAUSAL THERAPY
Prilepskaya V.N.

147 ФАРМАКОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
Крамарский В.А., Трусов Ю.В., Хышиктуев Л.В., Файзуллина Н.И.

148 PHARMACOPUNCTURE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN
Kramarski V.A., Trusov, Y.V., Khyshiktuyev L.V., Faizullin N. And.

149 ЛИНЕЙНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Овчинников Р.И., Гамидов С.И., Попова А.Ю., Ижбаев С.Х.

150 LINEAR SHOCK WAVE THERAPY OF ERECTILE DYSFUNCTION
Ovchinnikov R.I., Gamidov S.I., Popova A.Yu., Izhbaev S.H.

150 ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКО ДОЗИРОВАННЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ОРАЛЬНЫМИ КОНТРАЦЕПТИВАМЫ
Рихсибаева Л.Н., Пахомова Ж.Е., Каюмова Д.Т.

151 ASSESSMENT OF SEVERITY OF PAIN IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS AFTER TREATMENT OF LOW DOSE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE
Rihsibaev L.N.

152 ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАСТНОГО МАССАЖА И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ МОСКОВСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Гайдарова А.Х., Котенко Н.В.

153 THE USE OF CONTRAST MASSAGE AND ULTRASONIC CAVITATION MOSCOW MINERAL WATER IN PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS
Gaydarova A.H., Kotenko N.V.

153 КОМБИНИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, СОДЕРЖАЩИЙ 30 МКГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И 3 МГ ДРОСПИРЕНОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ
Исмоилова Д.У.

155 COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE CONTAINING 30 MCG ETHINYL ESTRADIOL AND 3 MG OF DROSPIRENONE IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS
Ismoilova D.U.

155 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА
Логинова К.Б.**, Доброхотова Ю.Э.**, Дюкова Г.М.*

156 PECULIARITIES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS PREMENSTRUAL SYNDROME. PREMENSTRUAL SYNDROME. STRATEGY AND TACTICS
Loginova K.**, DobrochotovaY.**, Dukova G.*

157 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Эседова А.Э., Идрисова М.А., Бегова С.В., Махтибекова П.А.

158 PECULIARITIES OF GENITOURINARY MENOPAUSAL SYNDROME IN WOMEN ON A BACKGROUND OF OBESITY
Esedova A.E., Idrissova M.A., Begova S.V., Bakhtibekova P.A.

159 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Пеганова О.Н., Тугушев М.Т., Обухова А.В., Герасименко Н.А.

160 CVD OCCUPY THE LEADING POSITIONS IN THE DEATH STRUCTURE AMONG CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES. POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS) IS A DISEASE LEADING TO METABOLIC CHANGES

160 РЕПРОДУКТИВНЫЕ РИСКИ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ
Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Иванова Н.Е.

162 REPRODUCTIVE RISKS AND CLINICAL POLYMORPHISM OF FEMALE EPILEPSY
Odintsova G.V., Chugunova A.A., Ivanova N.E.

162 ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖНЩИН ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ
Умаханова М.М., Торчинов А.М., Цидаева М.М., Белецкая А.А., Юрина Е.В.

164 THE MAIN ASPECTS OF THE STUDY AND EVALUATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF WOMEN AFTER SPONTANEOUS ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER
Umahanova M.M., A.M., Tsidaeva M.M., Beletskaya, A.A., Yurina E.V.
Torchinov A.M., Umahanova M.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanov S.R.

164 КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Гасанова Г.Ф.[1] , Аполихина И.А.[1,2]

165 COMBINED PREVENTIVE TREATMENT OF GENITAL WARTS EXTERNAL GENITALIA IN WOMEN
Hasanova G.F.[1], Apolikhina I.A.[1,2]

166 ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОБАРОТЕРАПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ИММУНИТЕТА
Махалова Г.О., Кшнясева С.К., Жеребятьева О.О., Михайлова Е.А.

167 APPLICATION HYPOBAROTHERAPY PREGRAVID PREPARATION IN WOMEN WITH POST-INFECTIOUS IMMUNITY DISORDERS
Makhalova G.O., Kshnyaseva S.K., Zherebyateva O.O., Mikhailova E.A.

167 ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С УЧЕТОМ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
Сонова М.М., Мельниченко К.А.

168 TREATMENT OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS CONSIDERING THE ECONOMIC INDICATORS
Sonova M.M., Melnichenko K.A.

168 ОЦЕНКА ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОК, РАНЕЕ ИМЕВШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ
Муханова Ж.Е., Пасман Н.М.

170 FERTILITY OUTCOME AFTER ECTOPIC PREGNANCY TREATMENT AND REHABILITATION
Mukhanova Zh.Y., Pasman N.M.

170 ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН
Малинина О.Ю., Воропаев А.А., Котенко Н.В., Гайдарова А.Х.

172 APPLICATION OF NON-INVASIVE NEUROMODULATION IN TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN
Malinina O. Yu., Nikolaev A.A., Kotenko N. In. Gaydarova A.H.

172 АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН
Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

173 AMBULATORY TREATMENT OF GENITAL HERPES IN WOMEN
Tsiguleva O.A., Harutyunyan N.S.

174 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНУТРИЕНТОВ ДЛЯ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
Шодиев Б.В.

175 EXPERIENCE OF APPLICATION OF MICRONUTRIENTS FOR MASS PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA
Shodiev B.V.

175 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОК И ПРОГЕСТИНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ
Юлдашева Д.Ю., Каюмова Д.Т., Усманова А.О.

176 EVALUATION EFFICIENCY COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES AND PROGESTIN AS PREVENTIVE TREATMENT ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PREMENOPAUSAL
Yuldashev D.Yu, Kayumova D.T, Usmanov A.O.

176 СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА
Таций И.Д.

178 SYSTEMATIC APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HRONIC CERVICITIS
Tatsiy I.D.

178 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО ПРОБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Абашова Е.И., Мишарина Е.В., Рулев В.В., Шалина М.А.

180 THE CLINICAL EFFICACY OF EXTENDED INTRAVAGINAL APPLICATION OF PROBIOTIC IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS
Abasova E.I., Misharin E.V., Rulev V.V., Shalina A.M.

180 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Манухин И.Б., Невзоров О.Б., Царькова М.А.

182 COMPREHENSIVE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENCE OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
Manukhin I.B., Nevzorov O.B., Tsarkova M.A.

ГЛАВА 5 / CHAPTER V

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ
ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY

183 ИННОВАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАНЕЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНОЙ ТРУБНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ
Асатурова А.В., Адамян Л.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М., Санникова М.В., Хабас Г.Н.

184 INNOVATIVE DIAGNOSTIC PANEL OF IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF SEROUS TUBAL INTRAEPITHELIAL CARCINOMA
Asaturova A.V., Adamyan L.V., Ezhova L.S., Fayzullin N.M., Sannikov M.V., Habas G.N.

184 ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКРЕТОРНЫХ КЛЕТОК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКА ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ: ИННОВАЦИОННАЯ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ
Асатурова А.В., Адамян Л.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М., Хабас Г.Н., Санникова М.В.

185 THE STUDY OF SECRETORY CELLS OF THE FALLOPIAN TUBE IN THE DIAGNOSIS OF SEROUS CARCINOMA AND OVARIAN HIGH-GRADE: INNOVATIVE PREDICTIVE MODEL
Asaturova A.V.,Adamyan L.V., Ezhova L.S., Faizullin N.M.,Habas G.N., Sannikov M.V.

186 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ
Некрасова М.Е., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Зардиашвили М.Д., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Шешко П.Л., Трофимов Д.Ю.

187 PREVALENCE OF DIFFERENT HPV TYPES IN PATIENTS WITH CEVICAL PRECANCEROUS DISEASES AND CERVICAL CANCER
Nekrasova M.E., Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Sycheva E.G., Zardiashvili M.D., Bourmenskaya O.V., Dovletkhanova E.R., Sheshko P.L., Trophimov D.Y.

187 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКО ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Некрасова М.Е., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

189 MOLECULAR GENETIC MARKERS OF INCREASED RISK OF NEOPLASTIC TRANSFORMATION ASSOCIATED WITH PAPILLOMA VIRUS DISEASES OF THE CERVIX
Bourmenskaya O.V., Nazarova N.M., Sycheva E.G., Nekrasova M.E., Bestaeva N.V., Zardiashvili M.D., Ovodenko D.L., Trofimov D.Y.

190 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Аминодова И.П., Посисеева Л.В.

191 THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF WOMEN OF DIFFERENT AGE PERIODS WITH SEVERE CERVICAL DYSPLASIA
Aminodova I.P., Posiseyeva L.V.

192 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЯИЧНИКОВ У НОСИТЕЛЬНИЦЫ BRCA2 МУТАЦИИ: ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МРТ
Алипов В.А., Солопова А.Е.

193 CASE, MULTIFOCAL BREAST CANCER AND OVARIAN CANCER IN CARRIERS OF BRCA2 MUTATIONS: THE USE OF A COMPREHENSIVE MRI
Alipov V.A., Solopova A.E.

194 ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА, КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ДИСПЛАЗИИ И РАКОВЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ИНФИЦИРОВАНЫ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
Козуб А.В., Козуб К.В.

195 HERPES SIMPLEX VIRUS, AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF DYSPLASIA AND CANCEROUS PROCESSES OF THE CERVIX I N WOMEN INFECTED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS
Kozub A.V., Kozub K.V.

196 РОЛЬ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ РС-10 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЭКСЦИЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПВИ
Симонова Т.В., Царькова М.А., Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Колесов А.А., Чобанян А.Г., Максимова О.В., Фириченко С.В., Семенцова Н.А., Невзоров О.Б., Петров А.Н., Завалишина Л.Э., Андреева Ю.А., Франк Г.А.

197 THE ROLE OF A MARKER OF PROLIFERATIVE ACTIVITY OF PC-10 TO DETERMINE THE INDICATIONS FOR CERVICAL EXCISION IN LESIONS OF PVI
Simonova T.V., Tsarkova M.A., Minkina G.N., Manuhin I.B., Kolesov A.A., Chobanyan A.G., Maksimova O.V., Firichenko S.V., Sementsova N.A., Nevzorov O.B. Petrov A.N., Zavalishina L.E., Andreev Y., Frank G.A.

197 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Исмоилова Д.У.

198 MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR RISK OF MALIGNANCY ENDOMETRIAL POLYPS
Ismoilova D.W.

199 ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ
Солопова А.Е.[1], Алипов В.А.[1], Сдвижков А.М.[2], Терновой С.К.[1]

200 COMPLEX MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EVALUATION OF LOCAL SPREAD OF OVARIAN CANCER
Solopova A.E.1, Alipov, V.A.[2], Zdzvizhkou M.A., Ternovoy S.K.[1]

200 ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯШИЕ К РАЗВИТИЮ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Юлдашева Д.Ю., Аскарова У.Ж., Ахмедова Г.А.

201 SUMMARY AGGRAVATING FACTORS PRIVODYASHIE TO THE DEVELOPMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA
Yuldasheva D.Y., Askarova U.J., Akhmedova G.A.

202 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЯИЧНИКОВ У НОСИТЕЛЬНИЦЫ BRCA2 МУТАЦИИ: ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МРТ

Алипов В.А., Солопова А.Е.

203 CASE, MULTIFOCAL BREAST CANCER AND OVARIAN CANCER IN CARRIERS OF BRCA2 MUTATIONS: THE USE OF A COMPREHENSIVE MRI

Alipov V.A., Solopova A.E.

ГЛАВА 6 / CHAPTER VI

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND THE POSTPARTUM PERIOD

204 РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ТЕЛОЦИТОВ ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Крылова Ю.С.[1],Козонов Г.Р.[1], Барам Д.В.[2]

206 THE ROLE AND IMPORTANCE IN TELOTSITOV DISCOORDINATION LABOR
Krylova Y.S.[1], Kozonov G.R.[1], Baram D.V.[2]

206 АПОПТОЗ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ТРОМБОФИЛИЯХ
Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р.

208 APOPTOSIS OF ENDOTHELIAL CELLS IN THE PATHOGENESIS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THROMBOPHILIA
Torchinov A. M, Umahanova M.M., Mironov A.V., Osmanov S.R.

208 ПРЕДРОДОВАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА
Силаев К.А.

210 PSYCHOPROPHYLACTIC PREPARATION FOR CHILDBIRTH
Silaev K.A.

210 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОК С РЕАЛИЗОВАННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D
Васильева Э.Н., Герасимова Л.И., Мальцева Л.И., Денисова Т.Г., Гунин А.Г., Орешников Е.В.

211 PECULIARITIES OF METABOLIC PROCESSES IN PATIENTS WITH IMPLEMENTED PREECLAMPSIA ON THE BACKGROUND OF DEFICIENCY OF VITAMIN D
Vasilyeva E.N., Gerasimova L.I., Maltseva L.I., Denisova T.G., Gunin A.G., Oreshnikov E.V.

211 EARLY DIAGNOSIS OF MICROCEPHALY
Kamalidinova S.H., Azimova G.

213 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОЦЕФАЛИИ
Камалидинова Ш., Азимова Г.

213 ИММУННОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДНК-РАСПОЗНАЩИХ РЕЦЕПТОРОВ В СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ВОРСИНАХ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Куликова Г.В., Хлестова Г.В., Наговицына М.Н., Низяева Н.В., Баев О.Р., Щеголев А.И.

214 IMMUNOHYSTOCHEMICAL FEATURES OF DNA-RECOGNITION RECEPTORS IN SYNCYTIOTROPHOBLAST OF INTERMEDIATE PLACENTA VILLI IN EARLY– AND LATE-ONSET PREECLAMPSIA
Kulikova G.V., Khlestova G.V., Nagovitsyna M.N., Nizyaeva N.V., Baev O.R., Shchegolev A.I.

215 РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТА ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Хлестова Г.В.[1], Низяева Н.В.[1], Куликова Г.В.[1], Ляпин В.М.[1], Сухачева Т.В.[2], Серов Р.А.[2], Логинова Н.С.[1], Баев О.Р.[1], Щеголев А.И.[1]

216 THE ROLE OF SYNCYTIOTROPHOBLAST IMPAIRMENT OF PLACENTA VILLI IN THE PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA
Khlestova G.V.[1], Nizyaeva N.V.[1], Kulikova G.V.[1], Lyapin V.M.[1], Logynova N.S[1]., Sukhacheva T.V.[2], Serov R.A.[2], Baev O.R.[1], Shchegolev A.I.[1]

217 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБВИТИЯ ПУПОВИНЫ
Данькина И.А., Джеломанова С.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

218 DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC ASPECTS OF THE ANTENATAL DIAGNOSIS OF UMBILICAL CORD ENTANGLEMENT
Denikina I.A., Gilmanova S.A., Denikina V.V., Chistyakov A.A.

218 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Кузибаева Р.К., Гранатович Н.Н.

219 PRECONCEPTION CARE IN THE PREVENTION OF PRETERM BIRTH
Kuzibaeva R.K., Granatovich N.N.

220 НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРЕДИКЦИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Никитина Н.А., Сидорова И.С.

221 SCIENTIFIC BASIS OF PREDICTION OF PRE-ECLAMPSIA
Nikitina N.A., Sidorova I.S.

221 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЕДИНСТВЕННОЙ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКОЙ
Додхоева М.Ф., Рахимова Ш.С., Умарова З.И., Парвонаева Дж. С.

222 COURSE FEATURES PREGNANCY IN PATIENTS WITH A SINGLE FUNCTIONING KIDNEY
Dodhoeva M.F., Rakhimova S.S., Umarova Z.I, Parvonaeva J. pp.

223 ОСОБЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

225 FEATURES IMPROVE THE FUNCTION OF THE FETOPLACENTAL COMPLEX AT THYROID GLAND HYPERFUNCTION
Dankin I.A., Dankin V.V., Chistyakov A.A.

225 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ
Магзумова Н.М., Хатамов Х.М.

226 ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF SEPTIC COMPLICATIONS IN THE POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR
Magzumova N.M., Khatamov Kh.M.

227 ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПАРАЦИИ РУБЦА МИОМЕТРИЯ
Пекарева Е.О., Пекарев О.Г., Майбородин И.В.

228 USE OF STEM CELLS TO IMPROVE REPAIR SCARS MYOMETRIUM
Pekareva E.O., Bakers O.G., Maiborodin I.V.

228 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Умарова З.И., Рахимова Ш.С.

229 PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH UROLITHIASIS
Umarova Z.I., Rakhimova S.S.

230 РАСЧЕТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА (ЗРП) В СТРУКТУРЕ КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Ярыгина Т.А.[1], Батаева Р.С.[2]

231 THE CALCULATION OF INDIVIDUAL RISK DELAY GROWTH RETARDATION (IUGR) IN THE STRUCTURE OF THE COMBINED SCREENING IN THE 1ST TRIMESTER OF PREGNANCY
Yarygina T.A.[1], Bataeva R.S.[1,2]

231 МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Соснина А.К., Болотских В.М., Полякова В.О.

233 MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE PLACENTA IN MULTIPLE PREGNANCIES AFTER ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY
Sosnina A.K., Bolotskih V.M., Polyakov V.O.

233 ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА
Атаходжаева Ф.А.,Пулатова Г.А.

234 INFLUENCE THE COURSE AND OUTCOME OF BIRTH ON THE OCCURRENCE OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS
Atakhodjaev F.A., Pulatova, G.A.

234 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТАМИ
Юсупов У.Ю., Даулетова М.Ж.

236 PREMATURE BIRTH AT PREGNANT WOMEN WITH MYOCARDITES
Yusupov U. Yu., Dauletova M.J.

236 ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО ИЛИ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТОЙ
Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Умарова Г.М., Бабаханова А.М.

237 PREVENTION OF BLEEDING IN CESAREAN SECTION IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE DETACHMENT OF NORMAL OR LOW-LYING PLACENTA
Yusupbayev R.B., Dauletova M.J., Umarova G.M., Babakhanov A.M.

238 ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Цахилова С.Г., Дзансолова А.В., Мугадова З.В., Кузнецов В.М.

238 THE POSSIBLE ROLE OF POLYMORPHISMS OF THE RECEPTOR ANGIOTENSIN II IN THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA
The Tsakhilov S.G., Dzansolov A.V., Muradova V.Z., Kuznetsov V.M.

239 ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ
Гусева Е.М., Волков В.Г.

240 OPTIMIZATION OF A METHOD OF PREVENTING PATHOLOGIC HEMORRHAGE DURING LABORS
Guseva E.M., Volkov V.G.

240 РЕПРОДУКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Адамян Л.В., Шифман Е.М., Арустамян Р.Р., Ляшко Е.С.
, Конышева О.В., Кузьмин В.Н.

242 REPRODUCTIVE ABILITY IN WOMEN WITH CEREBROVASCULAR DISEASE
Adamyan L.V., Shifman E.M., Arustamyan R.R., Lyashko E.S.,
Konyshev V.O., Kuz'min V.N.

242 УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Савченко Т.Н., Дергачева И.А., Шаповалова Ю.О., Патахова П.Г.

243 THE LEVEL OF VITAMIN D IN WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE
Savchenko T.N., Dergacheva I.A., Shapovalova J.O., Patahova P.G.

244 РОЛЬ УГЛЕВОДНОГО СТАТУСА В ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ПЛОДА И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ
Высочанскя Ю.С., Рыбалов О.В.

245 THE ROLE OF CARBOHYDRATE STATUS IN THE EMBRYONIC DEVELOPMENT OF THE FETUS AND THE WAYS OF ITS CORRECTION

245 ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ АНЕУПЛОИДИИ ЭМБРИОНОВ И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Долгушина Н.В., Десяткова Н.В., Коротченко О.Е.,
Сыркашева А.Г., Кулакова Е.В.[1], Ильина Е.О.

246 EMBRYO ANEUPLOIDY RATE AND IVF OUTCOMES IN PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY
Dolgushina N.V., Desyatkova N.V., Korotchenko O.E.,
Syrkasheva A.G., Kulakova E.V., Ilyina E.O.

247 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Борщева А.А.

248 PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH EPILEPSY
Borscheva A.A.

248 АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Тулынина Е., Нажмутдинова Д.К.

250 ANALYSIS OF THE OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH GESTATIONAL HYPERTENSION
Tulynina E., Nazhmutdinova D.K.

250 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ
Симрок В.В., Валиев О.А., Симрок Н.И.

251 DOPPLER ULTRASOUND IN DETERMINING OBSTETRIC TACTICS
Simrok V.V., Valiev, O.A., Simrock N.I.

252 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА РУБЦА НА МАТКЕ НА ЭТАПЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
Чечнева М.А., Барто Р.А., Климова И.В., Панов А.Е.

253 ULTRASOUND EVALUATION OF THE SCAR ON THE UTERUS AT THE STAGE OF PREPARATION PREGRAVID
Chechneva M.A., Barto R.A .,Klimova I.V., Panov A.E.

253 РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПОЗДНЕГО АБОРТА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В., Фальковская О.О.

255 REHABILITATION OF WOMEN AFTER A LATE ABORTION WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE FETUS
Kravchenko E.N., Kolombet E.V., Falkowski O.O.

255 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Курбанова Н.Б.

257 MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF SPINA BIFIDA IN NEWBORNS
Dodkhoeva M.F., Melnikova V.Yu., Kurbanova N.B

258 ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНЦИТИАЛЬНЫХ УЗЕЛКОВ В ВОРСИНАХ ПЛАЦЕНТЫ ЗАВИСИТ ОТ ФОРМЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Ляпин В.М., Туманова У.Н., Щеголев А.И.

259 THE NUMBER OF SYNCYTIAL KNOTS IN PLACENTAL VILLI DEPENDS ON THE FORM OF PREECLAMPSIA
Lyapin V.M., Tumanova U.N., Shchegolev A.I.

259 К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КЛЕКСАН» У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ ПАРИТЕТОМ РОДОВ И ТРОМБОФИЛИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Бегова С.В., Эседова А.Э., Бегов А.Б.

261 ABOUT THE STUDY THE EFFICACY OF THE DRUG CLEXANE IN PREGNANT WOMEN WITH HIGH PARITY BIRTHS AND THROMBOPHILIA IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN
Begova S.V., Asadov A.C., Racing A.B.

261 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Алексеева Л.Л., Тудупова Б.Б., Борголов А.В., Жамбалова Р.М., Ангапова А.В., Будашеева О.Б., Ангадаева Н.В.

263 A CLINICAL CASE OF PREGNANCY ON THE BACKGROUND OF END-STAGE RENAL DISEASE
Alekseeva L.L., Todupova B.B., Borgolov A.V., Gambarova R.M., Angapova A.V., Budasheeva O.B., Angadaeva N.V.

263 РОЛЬ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ И ТРОМБОФИЛИИ В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ
Озолиня Л.А., Лапина И.А., Овсепян Н.Р.

265 ROLE HYPERCOAGULATION AND THROMBOPHILIA IN THE NONCARRYING OF PREGNANCY IN THE FIRST TRIMESTER
Ozolinya L.A., Lapina I.A., Ovsepyan N.R.

265 ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Карданова М.А.

267 FEATURES OF THE PERINATAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH PREECLAMPSIA
Bogomazova I.M., Ignatko I.V., Belousova V.S., Kardanova M.A.

267 РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Клецова М.И., Данькина И.А., Джеломанова Е.С.

268 THE ROLE OF ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES IN PREECLAMPSIA
Jeromanovs A., Churilov A.V., Klicove M.And., Denikina I.A., Gelmanova E.

269 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
Стокоз К.Ю., Быстрицкая Т.С.

270 THE EFFECTIVENESS OF HIRUDOTHERAPY IN PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH PRIMARY OLIGOMENORRHEA IN PUBERTY
Stokoz Y.K., Bystritskaya T.S.

270 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ
Виницкий А.А., Шмаков Р.Г.

272 COMPARATIVE EVALUATION DIFFERENT METHODS OF SURGICAL HEMOSTASIS AT ORGAN-PRESERVING ABDOMINAL DELIVERY IN PATIENTS WITH PLACENTA ACCRETA
Vinitskiy A.A., Shmakov R.G.

272 ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТАЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ
Игнатко И.В., Родионова А.М.

273 FEATURES OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL HISTORY IN WOMEN WITH FETAL ARRHYTHMIA
Ignatko I.V., Rodionova A.M.

273 ОЦЕНКА ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТИРОКСИНЕМИИ, КАК ФАКТОРА РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Наумова Ю.В.

275 EVALUATION OF THYROID STATUS AND GESTATIONAL HYPOTHYROXINEMIA AS A RISK FACTOR OF COMPLICATED PREGNANCY
Naumova Y.V.

275 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Салов И.А., Аржаева И.А.

277 FEATURES OF THE SYSTEM «MOTHER-PLACENTA-FETUS» WHEN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES
Salov I.A., Araeva I.A.

277 ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У МАТЕРИ
Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Лысенко С.Н., Гурьева В.М., Коваленко Т.С.

279 PERINATAL PROTECTION OF THE FETUS IN DIABETES IN THE MOTHER
Petrukhin V.A., Burumkulova F.F., Lysenko S.N., Guryev V.M., Kovalenko T.S.

279 МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И СЗРП
Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Ибрагимова С.М., Дериш К.Ф.

280 MARKERS FOR PREDICTION EARLY AND LATE PREECLAMPSIA AND FETAL DEVELOPMENT DELAY
Strizhakov A.N., Timohina E.V., Ibragimov S.M., Derishev K.F.

281 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П.

282 METHODS OF DIAGNOSIS OF OBESITY IN PREGNANT WOMEN
Chabanova N.B., Vasilkova T.N., Shevlyukova T.P.

282 АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ
Юлдашева Д.Ю., Хушмуродова Н.К.

283 ANALYSIS OF PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH IN VITRO FERTILIZATION
Yuldasheva D.Yu., Khushmurodova N.K.

283 ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ И ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
Мадаминова Ш.Б., Каюмова Д.Т.

284 SUMMARY DURING LABOR IN WOMEN WITH PREMATURE AND PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES
Madaminova Sh.B., Kayumova D.T.

284 НОСИТЕЛЬСТВО ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Шиляева Е.Г., Новикова М.В.

286 CARRIAGE THROMBOPHILIA GENE AS A FACTOR COMPLICATED PREGNANCY
Shilyaeva E.G., Novikov M.V.

286 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Шиляева Е.Г., Чураков А.А.

288 DETERMINATION OF RISK FACTORS OF FORMATION PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH BRONCHIAL ASTHMA
Shilyaeva E.G., Churakov A.A.

288 МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ, КАК ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Ашурова Н.Г, Шодиев Б.В., Киличева В.А.

290 MICROELEMENTOSES, AS A CAUSAL FACTOR IN THE STRUCTURE OF REPRODUCTIVE LOSSES
Ashurov N.G., Shodiev B.V., Kilicheva V.A.

291 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ
Бадриева Ю.Н., Тетелютина Ф.К., Лагутко Н.Н., Фазлеева Э.Р.

292 FEATURES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA DURING GESTATION
Badrieva Y.N., Teteljutina F.K., Lagutko N.N., Fazleeva E.R.

292 ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РОДАМ
Исматова М.И., Еркинова Н.Е., Хамроев С.В.

293 FACTORS LEADING TO PREMATURELY BIRTH
Ismatova M.I., Erkinova N.E., Hamroyev S.B.

294 АНАЛИЗ АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПО ТРИМЕСТРАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕЕ ТЯЖЕСТИ
Каюмова Д.Т., Турдиева Ф.Р.

295 SUMMARY ANALYSIS ANTIANEMIC THERAPY IN PREGNANCY TRIMESTERS DEPENDING ON THE DEGREE OF GRAVITY
Kayumov D.T., Turdieva F.R.

295 ГЕРПЕВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ
Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Клецова М.С.

296 HERPESVIRUS INFECTION IN OBSTETRICS
Kletsov M.I., Churilov A.V., Sviridov V.V., Gilmanova S.A., Kletsova M.S.

297 КОРРЕКЦИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ ФЛОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Клецова М.С.

298 CORRECTION OF THE VAGINAL FLORA IN PREGNANT WOMEN WITH DIABETES
Kletsov M.I., Churilov A.V., Sviridov V.V., Gilmanova S.A., Kletsova M.S.

299 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Кормакова Т.Л., Гуменюк Е.Г., Уквальберг М.Е., Карпеченко А.В., Самарина Н.А.

300 RISK FACTORS AND PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF MATERNITY PATIENTS WITH HYPOTONIC BLOODING IN EARLY POSTNATAL PERIOD
Kormakova T.L., Gumenyk E.G., Ukvalberg M.E.,

Karpechenko A.V., senior lecturer, Samarina N.A.

301 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Лагутко Н.Н., Тетелютина Ф.К.

302 FEATURES OF FETAL AND NEONATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTONIA ON A BACKGROUND OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA
Lagutko N.N., Tetelyutina F.K.

303 ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Михайлова Ю.В., Суворова Г.С., Салов И.А.

304 INFORMATIVE INDICATORS OF MICROCIRCULATION IN THE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF WOUND COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION
Michailova Y.V., Suvorova G.S., Salov I.A.

304 ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА
Дука Ю.М., Хало М.В.

306 EXPERIENCE OF MAINTAINING THE COMPLICATED FORMS OF POLYCARPOUS PREGNANCY IN THE CONDITIONS OF THE PERINATAL CENTER
Duka Y.M., Khalo M.V.

307 РЕТРОХОРИАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Васильева Л.Н., Стефанович В.Т.

308 RETROCHORIAL HEMATOMA AND THEIR INFLUENCE ON THE OUTCOME OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH
Nikitina E.V., Lobachivs'ka O.S., Vasiliev L.N., Stefanovich, V.T.

308 ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА
Атаходжаева Ф.А., Пулатова Г.А.

309 THE INFLUENCE OF COURSE AND OUTCOME OF LABOR ON THE OCCURRENCE OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS
Atakhodjayeva F.A., Pulatova G.A.

309 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ
Ботирова Д.Б.

310 IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC MEASURES IN PREMATURE DETACHMENT OF NORMALLY SITUATED PLACENTA
Botirova D.B.

311 АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН
Магзумова Н.М., Муминжонова И.Ф.

312 ANALYSIS AND IDENTIFICATION OF CAUSES OF REPRODUCTIVE LOSSES IN WOMEN
Magzumova N.M., Muminjonov I.F.

312 ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.

314 CYTOMORPHOMETRIC STUDY OF ENDOTHELIAL CELLS WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY
Torchinov Am, Umahanova M.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanov S.R.

314 РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Полушкина Е.С.[1], Ахмедова А.И.[1], Шмаков Р.Г.[1], Виноградова М.А.[1], Соколова М.А.[2]

316 REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN SUFFERING FROM CHRONIC MYELOPROLIFERATIVE DISEASES
Polushkina E.S.[1], Akhmedova A.I.1, Shmakov R.G.1, Vinogradova M.A.1, Sokolova M.A.[2]

316 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Ахмедова А.И.[1], Волочаева М.В.[1], Шмаков Р.Г.[1], Пароконная А.А.[2]

318 MANAGEMENT OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH BREAST CANCER
Akhmedova A.I.[1], Volochaeva M.V.[1], Shmakov R.G.[1], Parokonnaya A.A.[2]

318 ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И БЕРЕМЕННОСТЬ
Ахвледиани К.Н., Лубнин А.Ю., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Травкина А.А., Шмигельский А.В., Хейреддин А.С., Коваленко Т.С., Магилевская Е.В., Кокляева Н.В.

320 BRAIN TUMOR AND PREGNANCY
Akhvlediani K.N., Lubnin A. Yu., Logutova L.S., Petrukhin V.A., Travkina A.A., Shmigelski A.V., Hayreddin A.C., Kovalenko T.S., Magilevskaia E.V., Kokliaeva N.V.

320 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОГО СИНДРОМА
Костюков К.В., Гладкова К.А., Сакало В.А., Гус А.И., Тетруашвили Н.К.

321 FETOSCOPIC LASER PHOTOCOAGULATION IN TWIN-TO-TWIN TRANSFUSION SYNDROME
Kostyukov K.V., Gladkova K.A, Sakalo V.N., Gus A.I., Tetruashvili N.K.

321 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА
Шидловская Н.В., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Баринова И.В., Башакин Н.Ф.

323 FEATURES OF PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN ADRENAL INSUFFICIENCY AFTER TREATMENT OF THE DISEASE ITSENKO-KUSHINGA
Shidlovskaya N.V., Petrukhin V.A., Burumkulova F.F., Barinov I.V., Bashkin N.F.

323 ФЕТАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА КАК МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ВЫХАЖИВАНИЯ ПЛОДА И ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Лященко Д.Н.

325 FETAL ANATOMY OF THE PERSON HEART AS MORPHOLOGICAL BASIS OF THE FETUS AND DEEPLY PREMATURELY NEWBORNS NURSING
Diana N. Liashchenko

325 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА
Стрижаков А.Н., Мирющенко М.М., Игнатко И.В., Попова Н.Г., Богомазова И.М.

327 THE PREDICTION OF THE INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME OF THE FETUS IN HIGH RISK PREGNANCY
Strizhakov A.N., Miryuscshenko M.M., Ignatko I.V., Popova N.G., Bogomazova I.M.

328 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА
Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Мареева М.Ю.

329 MODERN ASPECTS OF MANAGEMENT AND DELIVERY OF PREGNANT WOMEN WITH ARTIFICIAL HEART VALVES
Mravyan S.R., Petrukhin V.A., Pronina V.P., Mareeva, M. Yu.

330 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ФОНТЕНА
Петрухин В.А., Мравян С.Р.

331 FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY, UNDERGOING SURGERY FONTAINE
Petruhin V.A., Mravyan S.R.

331 К ВОПРОСУ ОБ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРАХ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ
Тимакина Д.Н., Буланов М.Н., Мурашкин В.В.

333 TO THE QUESTION ABOUT THE ULTRASOUND MARKERS PREDICT THE OUTCOME OF EARLY PREGNANCY
Timakin D.N., Bulanov M.N., Murashkin Vladimir

333 АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РЕТРОХОРИАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ
Репина Н.Б., Пшеничная И.Н., Бен Салха Мехди.

334 ACTUAL PROBLEMS SYNDROME UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN WOMEN WITH AVERAGE RETROCHORIAL HEMATOMAS
Repina N.B., Pshenichnaya I.N., Ben Salha Mehdi.,

335 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ИХ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ
Копысова Е.Д., Тетелютина Ф.К.

336 PREGNANCY, CHILDBIRTH, AND THEIR OUTCOMES IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY HISTORY
Kopysova E.D., Tetelyutina F.K.

336 ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ
Воронцова М.С., Кравченко Е.Н., Цыганкова О.Ю.

338 OPTIMIZATION METHOD OF CORRECTING CERVICAL INCOMPETENCE BY NON-SURGICAL WAY
Vorontsova M.S., Kravchenko E.N., Tsygankova O.Yu.

338 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБЕТОЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Подтетенев А.Д., Афанасьева Н.В., Самойлова Ю.А.

340 EXPERIENCE OF CARBETOCIN FOR PREVENTION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE UNDER PERINATAL CENTERS
Strizhakov A.N., Ignatko I.V., Podtetenev A.D., Afanasieva N.V., Samoilova Yu.A.

341 ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННОМ КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА
Игнатко И.В., Карданова М.А., Богомазова И.М., Флорова В.С., Кузнецов А.С.

343 FEATURES OF SOMATIC STATUS OF CHILDREN 1 YEAR OF AGE, BIRTH ON ANTENATAL DIAGNOSED CRITICAL STATE OF THE FETUS
Ignatko I.V, Kardanova M.A., Bogomazova I.M., Florova V.S., Kuznetsov A.S.

343 СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНОГО И МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ
Федюнина И.А., Стрижаков А.Н., Асланов А.Г., Игнатко И.В.

345 THE MATERNAL HEPATIC AND UTERO-PLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT WITH HEPATIC DYSFUNCTION DURING PREGNANCY
Fedyunina I.A., Strizhakov A.N., Aslanov A.G., Ignatko I.V.

345 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Игнатко И.В., Флорова В.С., Кузнецов А.С., Карасева Е.В.

347 PSYCHOSOMATIC STATUS OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY
Ignatko I.V, Florova V.S., Kuznetsov A.N., Karaseva E.V.

347 ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КРИОПРИЦЕПИТАТА (ФК) ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И., Чурганова А.А.

349 THE USE OF FIBRIN KRIOPRITSEPITATE DURING CESAREAN SECTION. LONG-TERM RESULTS
Strizhakov A.N., Ignatko I.V., Davydov A.I., Churganova A.A.

349 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА НА ФОСФОРИЛИРОВАННЫЙ ПРОТЕИН-1 СВЯЗЫВАЮЩИЙ ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА (АКТИМ ПАРТУС) У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСЦИЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ
Фириченко С.В., Микаилова Л.У., Телекаева Р.Б., Захарова Т.П.

351 THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE TEST FOR PHOSPHORYLATED PROTEIN-1 BINDING INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR (ACTIM PARTUS) IN PREGNANT WOMEN WITH EXCISION OF THE CERVIX IN THE MEDICAL HISTORY
Firichenko S.V., Mikailova L.U., Telechea R.B., Zakharova T.P.

351 МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У БЕРЕМЕННЫХ
Черняева Ю.В., Пацкань И.И., Соловьева Е.М.

352 MULTIMODAL APPROACH IN THE DIAGNOSIS OF SYNDROME OF ABDOMINAL PAIN IN PREGNANT WOMEN
Chernyaev Yu.V., Packag I.I., Solovyov E.M.

353 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЦИТОКИНА IL-1β ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Белоусова В.С., Свитич О.А., Богомазова И.М.

354 CLINICAL SIGNIFICANCE OF CYTOKINE GENE POLYMORPHISM OF IL-1β IN PRETERM LABOR
Belousova V.S., Svitich O.A., Bogomazova I.M.

354 РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТА ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Хлестова Г.В[1]., Низяева Н.В[1]., Куликова Г.В[1]., Ляпин В.М[1]., Сухачева Т.В[2]., Серов Р.А[2]., Логинова Н.С.[1], Баев О.Р.[1], Щеголев А.И.[1]

355 SUMMERY THE ROLE OF SYNCYTIOTROPHOBLAST IMPAIRMENT OF PLACENTA VILLI IN THE PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA
Khlestova G.V.[1], Nizyaeva N.V.[1], Kulikova G.V.[1], Lyapin V.M.[1], Logynova N.S[1]., Sukhacheva T.V.[2], Serov R.A.[2], Baev O.R.[1], Shchegolev A.I.[1]

356 НОВЫЕ МАРКЕРЫ РИСКА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКРИНИНГЕ В 1 ТРИМЕСТЕР БЕРЕМЕННОСТИ
Камалидинова Ш., Азимова Г.,

356 NEW MARKERS CALCULATION OF RISK DURING SCREENING ULTRASOUND I TRIMESTER OF PREGNANCY
Kamalidinova Sh., Azimova G.

358 THE METHODS OF BLOOD SAVING AT CESAREAN SECTION IN PREGNANT WOMEN WITH BLOOD PREMATURE DETACHMENT OF NORMAL OR LOW-LYING PLACENTA

Yusupbaev R.B., Mukhamadova Sh.S., Umarova G.M., Babakhanova A.M.

ГЛАВА 7 / CHAPTER VII

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH: POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY

359 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ УРИНОКОЛЬПОСА
Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Моксякова Е.Г.

360 CLINICAL CASE DIAGNOSIS OF URINOKOLPOS
Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Polyakova E.I., Korotkova S.A., Maksyakova E.G.

360 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ДЕВОЧЕК (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Адамян Л.В., Сибирская Е.В.,Короткова С.А., Тарбая Н.А., Осипова Г.Т., Геворгян А.П.

362 FAULT DIAGNOSIS OF ABDOMINAL PAIN IN GIRLS (CLINICAL CASE)
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Korotkova S.A.,Tarbaya N.O., Osipova G.T., Gevorgyan A.P.

362 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Геворгян А.П., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т.

364 DIFFERENTIATED APPROCH TO THE TREATMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA OF ADOLESCENTS
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Gevorgyan A.P., Tarbaya N.O., Osipova G.T.

364 НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНАХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ
Личак Н.В.[1], Оразов М.Р.[2], Хамошина.М.Б.[2]

366 SOME CHARACTERISTICS OF MENSTRUAL FUNCTION AT TEEN GIRLS LIVING IN THE REGION OF ECOLOGICAL DISASTER
Lichak N.V.[1], Orazov M.R.[2], Khamoshina M.B.[2]

366 ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И СОМАТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОЙ РАДИАЦИИ
Личак Н.В.[1], Оразов М.Р.[2], Хамошина.М.Б.[2]

367 PREMORBID BACKGROUND AND SOMATIC MORBIDITY AT TEEN GIRLS, LIVING IN RESIDING LOW RADIATION
Lichak N.V.[1], Orazov M.R.[2], Khamoshina M.B.[2]

368 ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Моксякова Е.Г.

369 FACTORS CONTRIBUTE TO ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PUBERTY
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Korotkova S.A., Osipova G.T.,Moksyakova E.G.

369 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКРОЗА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕВОЧКИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИЗОЛИРОВАННЫЙ ПЕРЕКРУТ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ
Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Трунов В.О., Моксякова Е.Г., Короткова С.А., Осипова Г.Т.

371 A CLINICAL CASE OF NECROSIS OF THE DIVERTICULUM OF MEKELE THE GIRL WITH SUSPICION OF ISOLATED TORSION OF THE FALLOPIAN TUBE
Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Sharkov S.M., Trunov V.O., Maksyakova E.G., Korotkov S.A., Osipov G.T.

371 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
Лысяк Д.С., Стокоз К.Ю.

373 СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В АРТЕРИЯХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ ПЕРВИЧНУЮ ОЛИГОМЕНОРЕЮ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
Лысяк Д.С.

374 HEMODYNAMICS IN OVARIAN ARTERIES IN WOMEN WITH PRIMARY OLIGOMENORRHEA IN PUBERTY
Lysyak D.S.

374 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Бабенко-Сорокопуд И.В., Вустенко В.В.

376 MANAGEMENT OF ADOLESCENT GIRLS WITH PREMENSTRUAL SYNDROME
Yakovlev E.B., Iron, A.A., Govorukha I.T., Babenko-Sorokopud I.V., Ustenko V.V.

376 ВУЛЬВОВАГИНИТ, КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Матрасулова Д.М.

377 VULVOVAGINITIS, AS THE MOST FREQUENTLY GYNECOLOGIC PATHOLOGY CHILDHOOD
Matrasulova D.M.

378 КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Е.Г.Моксякова

379 ТАКИМ ОБРАЗОМ, ПРАВИЛЬНО ПОДОБРАННАЯ И СБАЛАНСИРОВАННАЯ ПРОТИВОАНЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВОДИТ К УСПЕШНОМУ ИЗЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕВОЧЕК С АМКПП
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Osipova G.T., Tarbaya N.O., Moksyakova E.G.

379 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ПЕРЕКРУТОМ ПРИДАТКОВ МАТКИ С УЧЕТОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРЕКРУЧЕННОГО КОНГЛОМЕРАТА
Уварова Е.В., Киселева И.А, Батырова З.К., Кумыкова З.Х., Чупрынин В.Д., Буралкина Н.А., Латыпова Н.Х., Асатурова А.В., Ежова Л.С.

380 MANAGEMENT IN GIRLS WITH OVARIAN TORSION GIVEN THE MORPHOLOGICAL STRUCTURE TWISTED CONGLOMERATE
Uvarova E.V., Kiseleva I.A., Batyrova Z.K., Kumykova Z.Kh., Chuprynin V.D., Buralkina N.A., Latypova N.Kh., Asaturova A.V., Ezhova L.S.

ГЛАВА 8 / CHAPTER VIII

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF INFERTILE MARRIAGES

381 СИГНАЛЬНЫЕ МОЛЕКУЛЫ: РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ В МЕХАНИЗМАХ ИМПЛАНТАЦИИ
Айламазян Э.К., Кветной И.М.

383 SIGNAL MOLECULES: ROLE AND IMPORTANCE IN THE MECHANISMS OF IMPLANTATION
Aylamazyan E.K.[1], Kvetnoy I.M.[1]

383 ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ВРТ МЕТОДОМ NGS (ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЯ) ПО ТЕХНОЛОГИИ ILLUMINA
Глинкина Ж.И.[1], Курцер М.А.[1], Якунина Н.А.[1], Нормантович Т.О.[1], Овчинникова М.М.[2], Высоцкий А.Ю.[1], Хилькевич Л.В.[1], Троценко И.Д.[1]

384 PREVENTION OF CONGENITAL AND HEREDITARY PATHOLOGY IN THE PROGRAM OF THE IVF METHOD OF NGS (HIGH-THROUGHPUT SEQUENCING) TECHNOLOGY ILLUMINA
Glinkina Zh.[1], Kurtser M.A.1, Yakunin N.[1], Normantovich T.O.[1], Ovchinnikov M.M.[2], Vysotsky A.Y.[1], Lee L.Q.[1], Trotsenko I.D.[1]

385 ЭКСПРЕССИЯ ФАКТОРОВ РОСТА TGF-β, GM-CSF В ЭНДОМЕТРИИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ИСХОД ПРОГРАММЫ ЭКСТАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Дятлова А.С.[1], Поправка Е.С.1, Полякова В.О.2,3, Линькова Н.С.1[4], Крылова Ю.С.2

386 THE EXPRESSION OF GROWTH FACTORS TGF-β, GM-CSF IN THE ENDOMETRIUM AS A DETERMINANT OF THE OUTCOME OF THE PROGRAM EXTRACORPOREAL FERTILIZATION
Dyatlov A.S., Amendment E.S., Polyakova V.O., Linkova N. With., Krylov Y.S.

386 СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ И НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ЭКТРОКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)
Куценко Ирина Игоревна, Рудеева Ольга Анатольевна, Кравцова Елена Иосифовна, Авакимян Вероника Артемовна.

388 LOCAL REGULATORY FACTORS IN PATIENTS WITH ADENOMYOSIS AND UNSUCCESSFUL ATTEMPTS VITRO FERTILIZATION IS POSSIBLE ALSO (IVF)
Kutsenko I.I., Rudeeva O.A., Kravtsov E.I., Avakimyan V.A.

388 ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ В ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ МАТЕРЕЙ И ИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Хмельницкая А.В., Бегизова А.М.

389 ASSESSMENT OF SIGNIFICANCE OF AUTOANTIBODIES IN THE IMMUNOREACTIVITY OF MOTHERS AND THEIR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER
Torchinov A.M., Tcakhilova S.G., Khmelnitskaya A.V., Begizova A.M.

390 ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ НА ПРОЦЕССЫ АНГИОГЕНЕЗА
Поправка Е.С.[1], Дятлова А.С.[1], Линькова Н.С.[1,2], Полякова В.О.[3,4]

391 THE INFLUENCE OF THE IMMUNE STATUS OF THE ENDOMETRIUM GRAVIDARUM ON THE PROCESSES OF ANGIOGENESIS
Popravka E.C.[1], Dyatlova A.C.[1], Linkova N. With.[1,2], Polyakova V.O.[3,4]

392 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ
Каримов А.Х., Абатова А.А.

393 MODERN TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY TUBAL-PERITONEAL FACTOR
Karimov A. Kh., Abitova A.A.

393 РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ МУЖСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ
Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э., Исмаилов Г.М.

394 VARIOUS OPTIONS HERNIOPLASTY AND THEIR INFLUENCE ON AN INDICATOR OF MALE FERTILITY
Magomedov M.M., Magomedbekov R.E., Ismailov G.M.

394 СРАВНЕНИЕ БИОТОПОВ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ЭЯКУЛЯТА СУПРУЖЕСКИХ ПАР В ПРЕДГРАВИДАРНЫЙ ПЕРИОД
Почерников Д.Г., Герасимов А.М., Постовойтенко Н.Т.

396 COMPARE HABITATS CERVICAL CANAL AND EJACULATE COUPLES IN PREGRAVID PERIOD
Pochernikov D.G., Gerasimov A.M., Postovoytenko N.T., Malyshkina A.I.

397 ПРИМЕНЕНИЕ КОРИФОЛЛИТРОПИНА АЛЬФА В ПРОГРАММАХ ВРТ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ
Д.м.н., профессор Густоварова Т.А., Кулешова Д.А.

398 CORIFOLLITROPIN ALFA APPLICATION IN ART PROGRAMS IN WOMEN OVER 40 YEARS

399 ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ
Пархоменко А.А.[2], Десяткова Н.В.[1], Долгушина Н.В.[1], Суханова Ю.А.[1]

400 THE OUTCOMES OF ART PROGRAMS IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS, DEPENDING ON THE LEVEL OF ADIPOKINES
Parkhomenko A.A.[2], Desyatkova N.V.[1], Dolgushina N.V.[1], Sukhanov Yu.A.[1]

400 ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛЛЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕНОВ-РЕГУЛЯТОРОВ АДИПОКИНОВ
Десяткова Н.В.[1], Пархоменко А.А.[2], Долгушина Н.В.[1]

401 THE OUTCOMES OF ART PROGRAMS, DEPENDING ON THE ALLELIC STATUS GENES REGULATORS ADIPOKINES
Desyatkova N.V., Parkhomenko A.A.[2,1], Dolgushina N.V.1.

401 ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ У ОТЦОВ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ У ПОТОМСТВА. ЕСТЬ ЛИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ДО ЗАЧАТИЯ?
Маркарян Д.С.

403 FATHERS TERATOZOOSPERMIA AND MENTAL DESEASES IN OFFSPRING. IS THERE A CAUSAL-RESULT LINK AND POSSIBILITY ITS PREVENTION BEFORE CONCEPTION
Markarian D.S.

403 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ, КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКЦИИ У УЖЕНЩИН
Гладкая В.С., Агеева Е.С.

406 CHRONIC ENDOMETRITIS, AS A FACTOR OF VIOLATIONS REPRODUCTION IN WOMEN
Katanov N.F.

407 THE EFFECT OF THE INFLAMMATION ACTIVITY IN PROSTATE ON SEMEN PARAMETERS AND FERTILITY: A MULTI-CENTRAL STUDY
V.Bozhedomov[1,2,3]*, Semenov A.[4], Mikeshina E.[4], Tomilova I.[5], Bozhedomova G.[2], Zivulko A.[2], Ushakoval.[6], Sukhikh G.[1,6]

408 МАТОЧНЫЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
Медведева В.В, Мальгина Г.Б.

409 UTERINE FACTOR INFERTILITY IN HIV-INFECTED WOMEN
Medvedev V.V., Malgina G.B.

410 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНА И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ В ТЕЧЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО ОВАРИАЛЬНОГО ЦИКЛА
Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Клейменова Т.С., Родичкина В.Р.

411 EXPRESSION OF ESTROGEN RECEPTORS AND PROGESTERONE IN THE ENDOMETRIUM DURING THE NORMAL OVARIAN CYCLE
Tolibov G.H., Tral T.G., Kleimenova T.S., Rodichkina V.R.

412 ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА СУПРУЖЕСКИХ ПАР С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Никоноркина И.Ю.

413 PREGRAVIDARNAJA PREPARATION OF COUPLES WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN HISTORY
Pestrikova T.Y., Yurasova E.A., Nikonorkina I.Y.

413 МАРКЕРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Понизовкина А.И.[2], Сыркашева А.Г.[1], Долгушина Н.В.[1]

414 MARKERS OF OXIDATIVE STRESS AS PREDICTORS OF THE EFFECTIVENESS OF PROGRAMS ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
Ponizovkin A.I.[2], Circasia A.G.[1], Dolgushina N.In.[1]

415 РОЛЬ КАЧЕСТВА ГАМЕТ В ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ХЕТЧИНГА БЛАСТОЦИСТ ЧЕЛОВЕКА В ПРОГРАММАХ ВРТ
Романов А.Ю., Ибрагимова Э.О., Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Макарова Н.П.

416 THE ROLE OF GAMETE QUALITY IN HUMAN BLASTOCYST HATCHING SUCCESS RATE IN THE ASSISTED REPRODUCTION
Romanov A.Yu., Ibragimova E.O., Dolgushina N.V., Syrkasheva A.G., Makarova N.P.

416 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ ТГФ-β И ИЛ-18 В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ ПАРТНЕРА ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Николаева М.А., Бабаян А.А., Степанова Е.О., Смольникова В.Ю., Калинина Е.А., Донцова Т.В., Кречетова Л.В.

418 PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE CONTENT OF THE THF-.BETA. AND IL-18 IN THE SEMINAL PLASMA IS A PARTNER IN THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
Nikolaev M.A., Babayan A.A., Stepanova E.O., Smolnikova V.J., Kalinin E.A., Dontsova T.V., Krechetova L.V.

418 МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭКСТРАКЦИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ У МУЖЧИН С НЕОБСТРУКТИВНОЙ АЗООСПЕРМИЕЙ: УРОВЕНЬ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И ЖИВОРОЖДЕНИЙ
Ефремов Е.А., Касатонова Е.В., Мельник Я.И., Залетова В.В., Мсхалая Г.Ж.

419 MICROSURGICAL EXTRACTION OF SPERM CELLS IN MEN WITH NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA: THE LEVEL OF FERTILIZATION, ATTAINMENT CLINICAL PREGNANCIES AND LIVE BIRTHS
Efremov E.A., Kasatonov E.V., Miller Y.I., V.V.Zaletova, Mskhali G.J.

420 ВСЕГДА ЛИ НЕРЕЦЕПТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИЙ НЕ РЕЦЕПТИВЕН?
Никитин С.В., Радионова В.В., Феоктистов А.А.

421 IT ALWAYS PRECEPTIVE ENDOMETRIUM IS NOT RECEPTIVE?
Nikitin S.V., Radionov V.V., Feoktistov A.A.

421 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D (VDR) С УРОВНЕМ ВИТАМИНА D В КРОВИ И КАЧЕСТВОМ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Наими З.М.С., Калинина Е.А., Донников А.Е.

423 ASSOCIATION OF GENE POLYMORPHISM OF VITAMIN D RECEPTOR (VDR) WITH VITAMIN D LEVELS IN THE BLOOD, AND EMBRYO QUALITY IN PROGRAMS OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
Naimi Z.M.S., Kalinina E.A., Donnikov A.E.

423 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕИНВАЗИВНОЙ СЕЛЕКЦИИ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ
Шурыгина О.В., Тугушев М.Т., Сараева Н.В., Байзарова А.А.

425 MODERN METHODS OF NON-INVASIVE SELECTION OF EMBRYOS IN IVF PROGRAMS
Shurygina O.V., Tugushev T.M., Saraeva N. In., Bazarova A.

425 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКО ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИОЗА
Шестакова О.В.[1], Тетелютина Ф.К.[2]

427 THE EFFECTIVENESS IVF AFTER TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS
Shestakova O.V.[1], Tetelutina F.K.[2]

427 РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В МИКСТ-ИНФЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН
Жеребятьева О.О., Михайлова Е.А., Константинова О.Д., Махалова Г.О.

428 THE ROLE OF OPPORTUNISTIC MICROFLORA IN THE UROGENITAL MIXED INFECTION IN MEN REPRODUCTIVE ORGANS
Zherebyateva O.O., Mikhailova E.A., Konstantinov O.D., G.O.Makhalova

429 ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН СНИЖАЮТ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЦИКЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Баландина А.Н.[1,2], Кольцова Е.М.[1], Тетерина Т.А.[3], Симоненко Е.Ю.[3,4], Полетаев А.В.[1], Зорина И.В.[3], Яковенко С.А.[3,4], Атауллаханов Ф.И.[1,2,4,5]

430 HYPERCOAGULABLE DISORDERS OF HEMOSTASIS IN WOMEN REDUCES THE CHANCE OF PREGNANCY IN A CYCLE OF IN VITRO FERTILIZATION

Balandin A.N.[1,2], Koltsov E.M.[1], Teterina T.A.[3], Simonenko E.Yu.3[,4], Poletaev A.V.[1], Zorina I.V.[3], Yakovenko S.A.[3,4], Ataullakhanov F.I.[1,2,4,5]

431 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Черненкова М.Л., Тетелютина Ф.К., Шиловская Е.И.

432 THE EFFECTIVENESS OF IMPROVED PREGRAVID TRAINING PROGRAM FOR WOMEN WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

Chernenkova M.L., Tetelyutina F.K., Shilovskaya E.I.

432 РЕАБИЛИТАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГРАММАХ ЭКО

Пиманчева Ю.И.,Зуев В.М., Александров М.Т., Калинина Е.А., Кукушкин В.И., Джибладзе Т.А.

ГЛАВА 9 / CHAPTER IX

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
MODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE DIAGNOSIS THE REPRODUCTIVE SYSTEM

434 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ
Хириева П.М., Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Аракелян А.С., Сашин Б.Е., Гречихина Н.Ф., Маланова Т.Б.

435 SURGICAL TREATMENT OF REPRODUCTIVE-AGE WOMEN WITH INTRAUTERINE ADHESIONS
Khirieva P.M., Adamyan L.V., Martynov S.A., Danilov A.Yu., Arakelyan A.S., Sashin B.E., Grechikhina N.F., Malanova T.B.

436 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ У ПАЦИЕНТОК С МАТОЧНОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ
Черкасова А.Л., Максимова Т.А., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Брюнин Д.В., Ищенко А.И., Хохлова И.Д.

437 COMPREHENSIVE TREATMENT AND PREVENTION OF INTRAUTERINE ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE FORM OF INFERTILITY
Cherkasova A.L., Maximova T.A., Djhibladze T.A., Zuev V.M., Bryunin D.V., Ishchenko A.I., Hohlova I.D.

437 ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Мартынов С.А., Адамян Л.В., Данилов А.Ю., Козаченко А.В., Зурабиани З.Р., Гречихина Н.Ф., Хабас Г.Н., Клименченко Н.И.

438 COMPARISON OF LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY IN TREATMENT OF ADNEXAL MASSES DURING PREGNANCY
Martynov S.A.[1], Adamyan L.V.[1], Danilov A.U.[1]

439 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Фархат К.Н., Макиян З.Н., Данилов А.Ю., Аракелян А.С., Адамян Л.В.

440 RESULTS OF SURGICAL AND REHABILITATION TREATMENT IN PATIENTS WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES WITH CONCOMITANT ENDOMETRIOSIS
Farkhat K.N., Makiyan Z.N., Danilov A.U., Arakelyan A.S., Adamyan L.V.

440 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ, МИОМЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОНОПОЛЯРНОГО И БИПОЛЯРНОГО КОАГУЛЯТОРА, АРГОН УСИЛЕННОГО ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА,
Варданян В.Г.

442 LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY, MYOMECTOMY USING MONOPOLAR AND BIPOLAR COAGULATOR, ELECTROCAUTERY, ARGON ENHANCED, PLASMAJET, LIGASURE, ULTRAPULSE DUO CO 2 SURGICAL LASER
Vardanyan V.G.

442 ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Попов А.А., Краснопольская К.В., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Зинган Ш., Абрамян К.Н., Орлова С.А., Барто Р.А., Камалова А.Н.

443 EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP INFILTRATING ENDOMETRIOSIS
Popov A.A., Krasnopolskaya K.V., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Zingan S.I., Abramyan K.N., Orlov S.A., Barto R.A., Kamalova A.N.

444 ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПРИ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ
Сонова М.М., Тарасова Е.О., Косаченко В.М.

446 APPLICATION OF A COMBINATION OF A LAPAROSCOPY AND THE CEEL-SAVER AT MASSIVE BLOOD LOSS
Sonova M.M., Tarasova E.A., Kosachenko V.M.

446 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
Нурмухаметова Э.Т., Завалко А.Ф.

447 THE RESULTS OF TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA BY THE METHOD OF UTERINE ARTERY EMBOLIZATION
Nurmukhametova E., Zavalko A.F.

448 АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ
Абдуллаева Г.Ш.

449 ANESTHETIC ASPECTS OF THE PROGRAM OF EARLY REHABILITATION IN GYNECOLOGY
Abdullayev G.S.

449 ПОКАЗАНИЯ К МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ
Буянова С.Н., Гукасян С.А., Юдина Н.В., Бабунашвили Е.Л., Петракова С.А.

451 INDICATIONS FOR MYOMECTOMY DURING PREGNANCY AND RESULTS
Buyanova S.N., Ghukasyan S.A., Yudina N.V., Babunashvili E.L., Petrakov S.A.

451 МИОМЭКТОМИЯ КАК ЭТАП ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Юдина Н.В., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Гукасян С.А.

452 MYOMECTOMY AS STEP PREGRAVID PREPARE WOMEN WITH UTERINE MYOMA
Yudina N.V., Buyanova S.N., Shchukin N.A., Ghukasyan S.A.,

453 ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОФЕРМЕНТАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Колесов А.А., Максимова О.В., Симонова Т.В., Чобанян А.Г.

454 APPLICATION IMMUNOFERMENTATIVE THERAPY IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE ADHESIONS IN GYNECOLOGIC PATIENTS
Kolesov A.A., Maksimova O.V., Simon T.W., Chobanian, A.G.

455 МИОМЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Аникина Т.А.

456 MYOMECTOMY DURING PREGNANCY: MEDICATION SUPPORT
Karahalis L. Yu., Penlan G.A., Anikina T.A.

456 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Попов А.А., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Вроцкая В.С., Тюрина С.С., Коваль А.А., Чечнева М.А., Логутова Л.С.

457 LAPAROSCOPIC CORRECTION OF INCOMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION
Popov A.A., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Vrockaya V.S., Tyurina S.S., Koval A.A., Chechneva M.A., Logutova L.S.

458 ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ
Шукуров Ф.И.

459 THE USE OF HYSTEROSCOPY IN DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE PATHOLOGY IN WOMEN WITH INFERTILITY DUE TO A, BENIGN STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES
Shukurov F.I.

460 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Попов А.А., Мананникова Т.Н., Федоров А.А., Логинова Е.А., Головин А.А, Ашурова Г.З.

461 LAPAROSCOPIC AND DA VINCI-ASSISTED HYSTERECTOMY: THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT IN MORBID OBESE PATIENTS
Popov A.A., Manannikova T.N., Fedorov A.A., Loginova E.A., Golovin A.A., Ashurova G.Z.

461 РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ СТРАТЕГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Воронина Е.В., Перелыгина И.О., Денисова Н.В.

463 REALIZATION OF AN ORGAN-PRESERVING SURGICAL STRATEGY UNDER EMERGENCY CONDITIONS IN THE GYNECOLOGY DEPARTMENT
Voronina E.V., Perelygina I.O., Denisova N.V.

463 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Ваганов Е.Ф., Арютин Д.Г., Тониян К.А., Белоусова А.А.

464 LAPAROSCOPIC LATERAL FIXATION FOR THE CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE
Vaganov E.F., Aryutin D.G., Tonia K., Belousov A.A.

465 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ
Кузьмина Н.С., Беженарь В.Ф., Калугина А.С.

466 NEW APPROACHES TO LAPAROSCOPIC SURGERY OVARIAN ENDOMETRIOMA
Kuzmina N.S., Bezhenar V.F., Kalugina A.S.

467 АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА
Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Щукина Н.А., Барто Р.А.

468 DIAGNOSIS OF COMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION AT THE STAGE OF PREGNANCY PLANNING AND MEDICAL INDICATIONS FOR METROPLASTY
Buyanova S.N., Puchkov N. In. Shchukina N.A., Barto R.A.

469 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А.

470 FEATURES OF THE TREATMENT OF SEVERE AND RECURRENT FORMS OF GENITAL PROLAPSE IN ELDERLY AND SENILE AGE
Mgeliashvili M.V., Buyanova S.N., Petrakov S.A.

471 НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

472 A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX
Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

473 НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

474 A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX UTERI
Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

475 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ЦЕРКЛЯЖ ШЕЙКИ МАТКИ ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Голицына Ю.С., Шешко П.Л., Хабас Г.Н., Шмаков Р.Г.

476 LAPAROSCOPIC CERVICAL CERCLAGE IN PREGNANT AND NONPREGNANT WOMEN
Golitsyna Y.S., Sheshko P.L., Khabas G.N., Shmakov R.G.

476 АБДОМИНАЛЬНЫЙ И ВАГИНАЛЬНЫЙ ЦИРКЛЯЖ МАТКИ: РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ
Попов А.А., Федоров А.А., Мананникова Т.Н., Вроцкая В.С., Краснопольская К.В., Петрухин В.А., Барто Р.А., Ефанов А.А.

477 ABDOMINAL AND VAGINAL CERCLAGE: REPRODUCTIVE OUTCOMES
Popov A.A., Fedorov A.A., Manannikova T.N., Vrockaya V.S., Krasnopolskaya K.V., Petruhin V.A., Barto R.A., Efanov A.A.

477 ВЫБОР МЕТОДА МИОМЭКТОМИИ: ВОПРОСЫ ЗА И ПРОТИВ
Чочаева Е.М., Давыдов А.И.

478 CHOICE OF METHOD MYOMECTOMY: QUESTIONS FOR AND AGAINST
Chochaeva E.M., Davydov A.I.

479 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ
Кузьмина Н.С., Беженарь В.Ф., Калугина А.С.

480 NEW APPROACHES TO LAPAROSCOPIC OVARIAN ENDOMETRIUM
Kuzmina N.S., Bejenari V.F., Kalugin A.S.

481 АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА
Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Щукина Н.А., Барто Р.А.

482 DIAGNOSIS OF COMPETENT UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION AT THE STAGE OF PREGNANCY PLANNING AND MEDICAL INDICATIONS FOR METROPLASTY
Buyanova S.N., Puchkov N. In., Shchukina N.A., Barto R.A.

483 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А.

484 FEATURES OF THE TREATMENT OF SEVERE AND RECURRENT FORMS OF GENITAL PROLAPSE IN ELDERLY AND SENILE AGE
Mgeliashvili M.V., Buyanova S.N., Petrakov S.A.

485 НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА В СОЧЕТАНИИ С ЭЛОНГАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

486 A NEW APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN COMBINATION WITH ELONGATION OF THE CERVIX
Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley E.P.

487 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ЦЕРКЛЯЖ ШЕЙКИ МАТКИ ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Голицына Ю.С., Шешко П.Л., Хабас Г.Н., Шмаков Р.Г.

488 ВЫБОР МЕТОДА МИОМЭКТОМИИ: ВОПРОСЫ ЗА И ПРОТИВ
Чочаева Е.М., Давыдов А.И.

489 CHOICE OF METHOD MYOMECTOMY: QUESTIONS FOR AND AGAINST
Chochaeva E.M., Davydov A.I.

489 ОЦЕНКА ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ
Шатунова Е.П., Каменев Е.В., Каторкина Е.С.

491 SUMMARY. ASSESSMENT POSTEMBOLIZATION PERIOD IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA
Shatunova E.P., Kamenev E.V., Katorkina E.S.

491 ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Шатунова Е.П., Нестеренко С.А., Дахнюк С.Е.

493 SUMMARY. INFECTION AS A CAUSE OF REPRODUCTIVE LOSSES
Shatunova E.P., Nesterenko S.A., Dakhnyuk S.E.