



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

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



Москва,
6–9 июня, 2017

Moscow,
June 6–9, 2017

XXX Юбилейный международный конгресс с курсом эндоскопии

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ в диагностике и лечении гинекологических заболеваний

XXX Jubilee international Congress with Endoscopic Course

NEW TECHNOLOGIES for Diagnosis and Treatment of Gynecologic Diseases

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

М., 2016 – 284 с.

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

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

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

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

EDITED BY:

Academician of RAS, professor
G.T. SUKHIKH

Academician of RAS, professor
L.V. ADAMYAN

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Адамян Л.В.,
Макиян З.Н.,
Кондратович Л.М.

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

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

ISBN 978-5-906484-36-9

©«МЕДИ Экспо», 2017



Л.В. Адамян

Президент конгресса

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

Leila Adamyan

President of the Congress

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



Г.Т. Сухих

Председатель Организационного Комитета Конгресса

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

Gennadiy Sukhikh

Chairman of the Organizing Committee of the Congress

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



ГЛАВА 1/ CHAPTER 1:

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗА 2016 ГОД

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

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

Совершенствование акушерско-гинекологической помощи является важной задачей здравоохранения по укреплению репродуктивного здоровья женщин.

Цель: представить основные тенденции показателей акушерско-гинекологической помощи за 2015-2016 годы на основании данных официальной статистики.

В 2016 г. в организациях родовспоможения принято 1845659 родов (с 22 нед.), что на 45565 меньше по сравнению с 2015 г. Распределение родов в зависимости от уровня организации представлено следующим образом: в учреждениях I уровня принято 174366 (9,4%) родов, II уровня – 1155181 (62,8%), III уровня – 509012 (27,5%). Сокращение родов произошло в учреждениях I уровня (на 25984) и II уровня (на 56177), в то же время на III уровне это число увеличилось на 29496 по сравнению с 2015 г. Число родивших вне родильного отделения уменьшилось в 2016 г. по сравнению с 2015 г. на 253 (5443 против 5696).

Число женщин, у которых зарегистрированы заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности, в 2016 г. составило 1328740 (72% от всех родивших). На каждую женщину приходилось 1,9 заболеваний. Основными заболеваниями, зарегистрированными во время беременности, были анемия (31,2%), болезни мочеполовой системы (16,0%), угроза прерывания беременности (17,4%), патологические состояния плода

(10,9%). По сравнению с 2015 г. увеличилось число больных сахарным диабетом (на 16261), эндокринной патологией (на 4235).

Число преждевременных родов (22-37 нед.) в 2016 г. составило 106211 (5,75% от общего числа родов).

Число женщин, у которых зарегистрированы заболевания и патологические состояния, осложнившие роды и послеродовой период, в 2016 г. составило 1161514, а число заболеваний – 2043469, что на 974718 меньше, чем в 2015 г. Основными видами патологии в родах и послеродовом периоде в 2016 г. были: анемия (457125 – 22,4%), болезни системы кровообращения (105412 – 5%), нарушения родовой деятельности (153286 – 7,5%). Высоким осталось число преждевременного разрыва плодных оболочек (360790 – 18%).

В 2016 г. общее число операций кесарева сечения составило 513630. На I уровне проведена 28141 (5%) операция, на II-м – 305954 (60%) и III-м – 179535 (35%). На 1000 родов пришлось 279,3 операции кесарева сечения.

Число операций кесарева сечения в сроки 22-27 недель составило 4879. В зависимости от уровня учреждения в эти сроки оно проведено 179 (на I –м), 2613 (на II) и 2087 (на III).

Таким образом, в 2016 г. число родов уменьшилось, но сохраняется значительное число женщин с патологией беременности и родов, что требует внимания как врачей акушеров-гинекологов, так и узких специалистов.



MAIN INDICATORS OF ACURITY OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL SERVICE FOR 2016

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

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

РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)» (ПРИКАЗ № 572-Н) В ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Адамян Л.В.1,2, Смольнова Т.Ю.2,1, Конышева О.В.3,2, Михсин С.В.3, Вечорко В.И.3

1 ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России (директор академик РАН Сухих Г.Т.)

2 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России (зав. кафедрой академик РАН Адамян Л.В.)

3 ГКБ №15 им. Филатова О.М. (главный врач В.И. Вечорко)

Прошло 5 лет с момента начала действия Порядка, который был дан практическому здравоохранению с целью выбора оптимальных стратегий ведения беременных, рожениц, родильниц, а также больных с гинекологической патологией, унификации и стандартизации медицинской помощи для улучшения перинатальных исходов, снижения материнской и гинекологической заболеваемости и смертности.

Проведен анализ изменений в организации специализированной акушерско-гинекологической помощи беременным с сердечно-сосудистой патологией на базе многопрофильной ГКБ №15 им Филатова О.М.

В 2016 году в амбулаторном отделении специализированной помощи беременным (ОСПБ) на базе ГКБ №15 было проконсультировано 9015 беременных, из них 5925 (65,7%) – беременные с сердечно-сосудистыми

заболеваниями. Ведущей патологией, выявленной на амбулаторном этапе, были: малые anomalies сердца (МАС) (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно, дополнительные хорды левого желудочка, аневризма межпредсердной перегородки) – 36%, нарушения сердечного ритма – 18%, артериальная гипертензия – 17,5% и др. Из них 4300 (47%) беременным было рекомендовано родоразрешение в специализированном по сердечно-сосудистым заболеваниям родильном стационаре.

В 2016 г. на базе акушерского отделения было родоразрешено 8097 женщин, из них с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 3222 (39,8%). Ведущими заболеваниями на стационарном этапе были: структурные anomalies сердца – 70,6% (МАС – 49,7%), артериальная гипертензия – 16,1%, нарушения сердечного ритма – 10% и т.д. Таким образом, основная

>> www.reproductive-congress.ru

патология, выявляемая на амбулаторном этапе, идентична основной патологии стационара.

В 2016 году было отмечено снижение доли малых аномалий сердца в структуре заболеваемости стационара до 49,7% по сравнению с 85,3% и 97,9% в 2015 и 2014 гг соответственно, что объясняется адекватным распределением больных в другие стационары г. Москвы и регионов. Так, до 25% в 2016 году по сравнению с 16% в 2015 году увеличилось направление для родоразрешения в стационары при многопрофильных больницах при одновременном снижении направлений в роддома общего профиля (28% в 2016 году и 52% в 2015 г). Вместе с тем отмечена положительная динамика концентрации пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией для родоразрешения на базе ГКБ№15 до 47% по сравнению с 32% в 2015 году. Налицо реализация «Порядка».

Возрастание роли адресного ВМП подтверждает тенденция уменьшения доли иногородних пациенток с 40% в 2014 году, до 33 и 27% в 2015 и 2016 гг.

Расширением использования метода ЭХОКГ – как обязательного метода обследования беременных с сердечно-сосудистой патологией, прописанном в Порядке, обусловлено увеличение частоты амбулаторного проведения ЭХОКГ на базе ОСПБ: с 493 до 938 случаев в 2015 и 2016 гг соответственно.

В результате правильной маршрутизации и пренатального скрининга отмечено снижение частоты врожденных пороков у новорожденных с 6,3 и 7,8% в 2014 и 2015 году до 3,4% в 2016 г, что подтверждает роль своевременной пренатальной диагностикой. Одновременно у плодов отмечено увеличение пороков сердечно-сосудистой системы до 66,7% в 2016 году (60,7 и 52,4% в 2015 и 2014 гг.), что обусловлено сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы одновременно у матери и плода.

Выполнение Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи у беременных с сердечно-сосудистой патологией является концептуальным аспектом в профилактике ряда осложнений, как у матери, так и плода. У плода – это прежде всего пренатальная диагностика с целью обнаружения врожденных аномалий и возможность своевременного получения ВМП как в пренатальный так и постнатальный периоды, что стало возможным благодаря Порядку. У матери – это профилактика кардиоэмболических осложнений, что становится крайне актуальным при отдельных вариантах внутрисердечных аномалий и их сочетаний. Именно кардиоваскулярная патология определяет течение беременности и особенности родоразрешения, а в последствии – трудоспособность и жизненный прогноз.

THE ROLE OF THE ORDER NO. 572-N ON THE PROFILE OF “OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (WITH THE EXCEPTION OF THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES)” IN THE ORGANIZATION OF SPECIALIZED OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Adamyan L.V.1, 2, Smolnova T.Yu.2, 1, Konysheva O.V.2, 3, Mihsin S.V.3, Vechorko V.I. 3

1 Academician V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Healthcare of Russia

2 Moscow State University of Medicine and Dentistry by the name A.I. Evdokimov

3 Clinical Hospital № 15 by the name OM Filatov (Chief Physician Vechorko V.I.)

In 2016, 5,255 (65.7%) pregnant women with cardiovascular diseases were consulted in the 3 Clinical Hospital №15. The leading pathology

revealed at the outpatient stage was: small heart abnormalities (MAS) (mitral valve prolapse, patent foramen ovale, additional left ventricular

>> www.reproductive-congress.ru

chords, atrial septum aneurysm) – 36%, cardiac arrhythmias – 18%, arterial hypertension – 17, 5% and others.

In 2016, 3222 (39.8%) women with cardiovascular pathology were delivered. The leading pathology was: structural abnormalities of the heart – 70.6% (MAS – 49.7%), arterial hypertension – 16.1%, violations Heart rate – 10%, etc..... An increase in cardiovascular malformations in fetuses was noted up to 66.7%

in 2016 (60.7 and 52.4% in 2015 and 2014). Implementation of the Order is a conceptual aspect in the prevention of maternal mortality and perinatal losses.

Key words: pregnant women, cardiovascular diseases, small heart abnormalities, mitral valve prolapse, patent foramen ovale, additional left ventricular chords, atrial septum aneurysm, cardiovascular malformations, fetuses, the Order, prevention of maternal mortality, perinatal losses.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

г. Москва, ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ.

Цель исследования. Важное значение в диагностике предраковых и злокачественных заболеваний эндометрия имеет своевременное выявление различных пролиферативных процессов эндометрия. Исходя из того, что на современном этапе развития здравоохранения наиболее важная роль в выявлении патологии эндометрия принадлежит поликлиническому скринингу, необходимо знать частоту и виды выявляемой патологии. От успешной деятельности первичного звена оказания медицинской помощи во многом зависят прогноз и исход заболевания.

Материалы и методы. Ретроспективно оценена частота встречаемости и нозологическая принадлежность пролиферативных процессов эндометрия при скрининговых эхографических исследованиях за один календарный год. Число обследованных женщин составило 10890, у них проведено 11801 ультразвуковое исследование органов малого таза трансвагинальным датчиком. Возраст женщин варьировал от 18 до 81 года.

Результаты. Патология эндометрия по результатам наших наблюдений имела место у 150 женщин, что составило 1,4%. Наиболее часто пролиферативные процессы выявлялись в возрасте более 45 лет (75%). По результатам патоморфологического исследования более

чем в половине наблюдений (52,3%) отмечены железисто-фиброзные полипы, несколько реже – железистые полипы (25,3%) и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (14%). Фиброзные полипы были выявлены в 1,3% случаев, а атипичная гиперплазия эндометрия и аденоматозный полип – в 0,7%. Онкологические заболевания эндометрия констатированы в 5,2% случаев.

Выводы. Ультразвуковой поликлинический скрининг позволил выявить доброкачественные пролиферативные изменения эндометрия в 93,4%, потенциально злокачественные (атипичную гиперплазию и аденоматозные полипы) в 1,4% случаев. Выявление рака эндометрия составило 5,2% от общего числа выявленных патологических процессов эндометрия. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о ценности поликлинического ультразвукового скрининга для выявления пролиферативных изменений эндометрия, в том числе и неопластического характера.

Резюме. Представлены частота и виды выявляемых пролиферативных процессов эндометрия при скрининговых эхографических исследованиях, в том числе и неопластического характера.



>> www.reproductive-congress.ru

DETERMINATION OF THE FREQUENCY OF MEETING OF THE ENDOMETRY PROLIFERATIVE PROCESSES BY THE DATA OF ULTRASOUND POLYCLINIC SCREENING.

Portnova N.I., Polyakova Yu.V., Baytsur M.V.

Moscow, FGBU "Polyclinic No. 1" UDP RF.

The frequency and different forms of proliferative processes of endometrium, including

neoplastic nature, identified in ultrasonographic screening studies are presented.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В КРУПНОМ ЦЕНТРЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Моргунов Р.А., Кравченко Е.Н.

Россия, г. Омск, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Резюме: Проанализированы методы контрацепции, наиболее часто применяемые женщинами фертильного возраста в Омской области, с помощью анкетирования 321 пациентки в 2016–2017 гг. в ООО «Центр современной медицины «Клиника Доктор Саш»». Методы контрацепции, применяемые женщинами, являются не самыми надежными и эффективными для предупреждения нежеланной беременности: на I – негормональные методы (ВМС, барьерные, спермициды – 72,3%), на II – гормональные (27,7%). Необходимо усиление информационной работы по применению более современных методов контрацепции.

Актуальность. По данным ВОЗ, во всем мире средствами гормональной контрацепции пользуются более 120 миллионов женщин. С учетом такой популярности комбинированных оральных контрацептивов (КОК) особую роль приобретает всестороннее и грамотное консультирование женщин по вопросам использования различных методов планирования семьи с обязательным обсуждением всех недостатков и преимуществ каждого метода.

Цель работы: проанализировать методы контрацепции, наиболее часто применяемые женщинами фертильного возраста в Омской области, а так же причины их отказа от предупреждения нежелательной беременности.

Материалы и методы исследования: в 2016–2017 гг. в рамках профилактического осмотра было проведено анкетирование 321 пациентки в ООО «Центр современной медицины «Клиника Доктор Саш»».

Результаты: Большинство женщин фертильного возраста (64,8%) посещают акушера-гинеколога с периодичностью 1 раз в год; каждая пятая – с интервалом более 1 года (21,8%). Женщины фертильного возраста чаще используют негормональные методы контрацепции (ВМС, барьерные, спермициды) (72,3%), значительно реже – гормональную контрацепцию (27,7%). Длительность контрацепции в среднем составила от 1 года до 5 лет. Время, в течение которого наступила желанная беременность после отмены контрацептивов, в среднем составило до 3 месяцев. После аборта используют чаще всего ВМС (26,8%), вагинальное кольцо (21,2%), этинилэстрадиол в комбинации с дезогестрелом (12,1%). В анамнезе у женщин репродуктивного возраста в среднем был один аборт. Из методов гормональной контрацепции наиболее часто женщины используют КОК с содержанием этинилэстрадиола и гестодена (61,8%), из других методов – барьерный метод (25,8%), прерванный половой акт (21,5%). Анализ анамнеза женщин показал, что предыдущие беременности чаще всего



>> www.reproductive-congress.ru

осложнялись отеками. Преобладающее большинство женщин имеет в гинекологическом анамнезе патологию шейки матки (49,5%) и воспалительные заболевания органов малого таза (19%).

Таким образом, методы контрацепции, применяемые женщинами фертильного возраста Омской области, являются не самыми надежными и эффективными для предупреждения нежеланной беременности. Необходимо

усиление информационной работы по применению более современных методов контрацепции, индекс Перля которых приближен к нулю. Правильное и своевременное назначение комбинированных оральных контрацептивов не только исключает риск возникновения нежелательной беременности, но и позволяет планировать выполнение репродуктивной функции, сохраняя овариальный резерв женщин фертильного возраста.

PECULIARITIES OF CONTRACEPTION IN YOUNG WOMEN IN THE LARGE CENTER OF WESTERN SIBERIA

Morgunov R.A., Kravchenko E.N.

Russia, Omsk, FGBOU IN OmGMU of the Ministry of Health of Russia

Summary: Contraceptive methods, most commonly used by women of fertile age in the Omsk Region, are analyzed using a questionnaire of 321 patients in 2016–2017. Methods of contraception used by women are not the most reliable and effective for preventing unwanted

pregnancy: I – non-hormonal methods (IUD, barrier, spermicide – 72.3%), II – Hormonal (27,7%). It is necessary to strengthen information work on the use of more modern methods of contraception.

СОВРЕМЕННАЯ РЕПРОДУКТОЛОГИЯ: ОТ АБОРТА К ЭФФЕКТИВНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н.

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

Одной из основных задач государства, медицины и населения в целом является снижение числа аборт, т.к. именно они оказывают самое негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья.

Особенности репродуктивного поведения женщин России заключаются в следующем: к 17 годам четверть российских женщин уже имеют сексуальный опыт. К 18 годам этот показатель составляет 42%, а к 19 годам он возрастает до 61%. В подавляющем большинстве случаев первый сексуальный контакт происходит до вступления в брак. При первом половом акте 41% девушек не применяют методы

контрацепции (по данным Итогового Отчета Выборочного обследования репродуктивного здоровья населения РФ в 2012 г.).

В 1980 году в России средний возраст женщин при рождении первого ребенка составлял 23 года. В 2010 году этот показатель составил 27,2 лет.

По данным Министерства Здравоохранения РФ, в настоящее время среди женщин в 3 раза больше тех, которые родили первого ребенка в возрасте от 30 до 40 лет, чем это было двадцать лет назад.

Каждая вторая россиянка – 52,7% – страдает гинекологическим заболеванием.

>> www.reproductive-congress.ru

По данным Министерства Здравоохранения РФ, в 2016 году наибольшее число абортов сделали женщины в возрастной категории 25–29 лет (28,5%) и 30–34 лет (25,6%). Обращает на себя внимание тот факт, что 0,04% всех абортов приходится на девочек в возрасте до 14 лет.

По данным Министерства Здравоохранения РФ, в соответствии с классификацией ООН, в России на протяжении многих лет вплоть до 2015 г. регистрировался высокий уровень абортов (свыше 1 и более миллионов). В 2015 г. впервые в РФ зарегистрирован средний уровень абортов (750 000). В 2016 г. – 698 685 абортов.

Динамика числа абортов в России характеризуется снижением с 3,6 млн в 1992 году до 0,69 млн в 2016 году (по данным Министерства Здравоохранения РФ). Снижение общего числа абортов произошло за счет снижения числа медицинских абортов.

В последнее время ежегодно в структуре медицинских абортов увеличивается доля медикаментозного аборта (в 2010 г. – 5%, в 2015 г. – около 20%).

Несмотря на значительное снижение числа абортов, до сих пор они являются самым распространенным методом регуляции рождаемости. По данным Росстата, в среднем на одну женщину приходится 2,1 аборта в течение жизни.

К факторам, снижающим число абортов и их осложнений, улучшающим репродуктивное здоровье, как известно, относится контрацепция, которая со времени создания первой контрацептивной таблетки в 1960 г. находится в зоне повышенного интереса медицины в целом, большинства выдающихся ученых и всего населения.

200 крупнейших историков мира считают, что ни теория относительности Эйнштейна, ни ядерная бомба, ни даже компьютеры и интернет не произвели такого мощного влияния на общество 20 века, как контрацептивная таблетка, позволяющая признать абсолютно надежной защиту от нежеланной беременности.

Контрацепция является одним из методов сохранения репродуктивного потенциала женщины.

Гормональная контрацепция обладает рядом профилактических свойств – ее применение снижает риск возникновения рака яичников, эндометрия, прямой кишки, миомы, эндометриоза, гиперплазии эндометрия, функциональных кист яичников, заболеваний,

ассоциированных с менструальным циклом. С лечебной целью гормональную контрацепцию применяют при воспалительных заболеваниях органов малого таза, нарушениях менструального цикла (ПМС, дисменорее и т.д.), гиперплазии эндометрия, СПКЯ, гиперандрогении.

По данным ВОЗ от 2005 г., благодаря применению гормональной контрацепции в мире ежегодно предотвращается до 30 000 случаев онкологических заболеваний репродуктивной системы.

Влияние гормональной контрацепции на фертильность заключается в предупреждении нежелательной беременности, профилактике и лечении дисгормональных заболеваний репродуктивной системы, профилактике ВЗОМТ (повышение концентрации шейечной слизи, влияние на биоценоз, состояние иммунных факторов защиты).

КОК предотвращает овуляцию и снижает интенсивность потери ооцитов в период фолликулогенеза, сохраняя овариальный резерв.

Развитие проблемы контрацепции, безусловно, вносит свой вклад в сохранение репродуктивного здоровья женщины. Контрацептивные препараты применяются для лечения и профилактики различных заболеваний репродуктивной системы (миомы матки, эндометриоза, нарушений менструального цикла и т.д.). Дальнейшее решение проблемы безопасности и приемлемости метода контрацепции наряду с ее совершенствованием, является одним из реальных шагов на пути улучшения репродуктивного здоровья женщин.

Консультирование – важнейший фактор выбора эффективной и приемлемой контрацепции.

Вопросы, стоящие перед врачом, рекомендуя контрацепцию: безопасность (учет критериев приемлемости), индивидуальные особенности женщины (сопутствующая экстрагенитальная и гинекологическая патология, предпочтения пациентки). Только при учете всех факторов врач может быть уверен в высоком уровне эффективности, безопасности и приемлемости назначенных контрацептивных средств.

В России зарегистрировано более 40 гормональных контрацептивов. Врачи, безусловно, нуждаются в унифицированных рациональных рекомендациях по назначению контрацептивных средств и четких критериях выбора тех или иных препаратов.



>> www.reproductive-congress.ru

Гормональная контрацепция, как одно из наиболее развивающихся направлений клинической репродуктологии, открыла новые возможности, связанные не только с

профилактикой аборт и их осложнений, но и с лечением и профилактикой различных гинекологических заболеваний.

MODERN REPRODUCTIVE SCIENCE: FROM ABORTION TO EFFECTIVE CONTRACEPTION

Prilepskaya V.N.

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

Abstract: One of the main aims of the state, medicine and population in general is to reduce the number of abortions, because they have the most negative impact on reproductive health. Hormonal contraception as one of the most developing areas of clinical reproductive science, opened up new possibilities, not only related to preventing abortions and their complications, but

also associated with the treatment and prevention of various gynecological diseases (uterine fibroids, endometriosis, menstrual disorders, etc). Further decision of problems of safety and acceptability of a contraceptive method along with its improvement, is one of the real steps towards improving and saving the reproductive health of women.

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК Г.МОСКВА

**Адамьян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Полякова Е.И., Аванесян А.А.,
Короткова С.А., Пахомова П.И.**

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация Морозовская детская клиническая больница, Москва, Российская Федерация. Москва, Россия

Резюме: На базе МДГКБ функционирует Центр репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, а также школа репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы. За последние года отмечается рост количества девочек с гинекологическими заболеваниями, выявленными впервые врачами кабинета гинекологии детского и подросткового возраста, а так же поступивших в гинекологическое отделение МДКБ по сравнению с предыдущими годами. В статье приводятся данные реестра гинекологической заболеваемости девочек и девушек города Москвы по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ за 2016 г.

Актуальность: За последние 10 лет доля абсолютно здоровых девочек уменьшилась с 28,6 до 6,3%, в связи с этим нашей стране и общественные, и государственные органы стали задумываться о репродуктивном здоровье нации. 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 2012г. №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

>> www.reproductive-congress.ru

ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На базе МДГКБ функционирует Центр репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, а также школа репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы.

На базе Центра репродуктивного здоровья детей и подростков города Москва при Морозовской ДГКБ за 2016 год наблюдалось более 2,5 тысяч девочек и девушек в возрасте от 0 – 17 лет. Проведена структуризация гинекологической патологии обследованных девочек и девушек. 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: Указанные статистические данные свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление репродуктивного здоровья девочек, девушек, таких как диспансеризация, согласно приказа Министерства здравоохранения России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» и приказа Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012г. № 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 2016 г.

THE STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY AMONG GIRLS AND YOUNG WOMEN IN MOSCOW

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Koltunov I.E., Polyakova E.I., Avetisyan A.A., Korotkova S.A., Pakhomova, P.I.

Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation
Morozovskaya children's clinical hospital, Moscow, Russian Federation. Moscow, Russia

Summary: On the basis of DGKB operates the Center for reproductive health of children and adolescents of Moscow, as well as school reproductive health of children and adolescents of Moscow. Over the past year has been an increase in the number of girls with gynecological diseases detected for the first time doctors office gynecology of childhood and adolescence, and

admitted to the gynecological Department MDCB compared to previous years. The article presents the data of the registry 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 for 2016.



ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ГИНЕКОЛОГОВ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОСНОВЫ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ И ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ» В АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»

Владимирцев В.А., Саркисов С.Э.

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

Основным каналом повышения квалификации гинекологов в области малоинвазивных гистероскопических технологий служат программы дополнительного профессионального образования, включающие мастер-классы высококвалифицированных специалистов. Широкое применение в учебной клинике Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Мосмед» (АНО ДПО «Мосмед») новейших гистероскопических технологий в диагностике и лечении гинекологических заболеваний и высокий уровень квалификации специалистов в области миниинвазивной гистероскопической хирургии обеспечили основу для подготовки проекта по организации повышения квалификации врачей Республики Крым в области гистероскопической внутриматочной хирургии, который был поддержан общероссийским общественным движением «За здоровую Россию» и НП «Ассоциация междисциплинарной медицины». Цель новой учебной программы заключается в повышении уровня профессиональных компетенций врачей акушеров-гинекологов Республики Крым в области оперативной гистероскопии и гистерорезектоскопии. В основу программ положен компетентностно-модульный подход, реализуемый для удобства работающих слушателей в формате 72-часового очно-заочного цикла, включающего заочный теоретический модуль (48 акад. часов), очную двухдневную учебную сессию (16 акад. часов) и однодневный мастер-класс в операционной (8 акад. часов), что позволяет охватить необходимый круг тем и выделить время для учебы в операционной, разбору операций и типовых клинических случаев. В задачи цикла входило – самостоятельное освоение

учебного материала, изучение актуальных проблем гистероскопической хирургии на лекциях и семинарах с использованием обширного клинического архива видеозаписей для формирования системных знаний о показаниях, противопоказаниях и особенностях использования оперативной гистероскопии и гистерорезектоскопии при различных видах гинекологической патологии; участие слушателей в клинических разборах; знакомство с работой эндоскопической операционной, современной аппаратурой и инструментами для проведения гистероскопии и гистерорезектоскопии; расширение знаний по предоперационной подготовке, об анестезиологическом пособии и послеоперационном ведении пациенток; проведение мастер-класса в операционной с демонстрацией слушателям методик эндоскопических операций в гинекологии и принципов безопасности для пациенток; проведение итогового контроля полученных знаний. На прошедших в 2015–2016 гг. в г. Симферополе двух выездных циклах тематического усовершенствования по программе «Основы оперативной гистероскопии и гистерорезектоскопии» прошли обучение 23 врача акушера-гинеколога из государственных и негосударственных лечебных учреждений городов Симферополя и Севастополя, в том числе специалисты из Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №1», ГБУЗ Республики Крым «Симферопольская поликлиника №4», лечебно-диагностического центра «Женское здоровье» (г. Симферополь), ООО «Гармония Мед» (г. Симферополь), медицинского центра «Авицена» (г. Симферополь),

>> www.reproductive-congress.ru

ООО «Гемокод-Крым» (г. Симферополь), ООО «Клиника Генезис» (г. Симферополь), ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9», ООО «Медицинский семейный центр» (г. Севастополь). Слушатели, освоившие учебную программу тематического усовершенствования и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получили документ установленного образца о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации. Занятия проводились на клинической базе лечебно-диагностического центра «Женское здоровье» (г. Симферополь), сотрудничающего с АНО ДПО «Мосмед», который имеет современную хорошо оснащенную операционную с высококвалифицированным медицинским персоналом, послеоперационную палату и учебную аудиторию с мультимедийным оборудованием.

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 гинекологов в области гистероскопических технологий, направленным на расширение образовательного пространства и увеличение доступности качественного дополнительного медицинского образования в регионах.

Резюме. На примере разработки программы повышения квалификации для врачей акушеров-гинекологов «Основы оперативной гистероскопии и гистерорезектоскопии» и ее реализации в Республике Крым показаны возможности эффективного использования образовательных ресурсов лицензированных негосударственных образовательных организаций дополнительного профессионального образования в области гистероскопической хирургии.

GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION “FUNDAMENTALS OF OPERATIVE HYSTEROSCOPY AND HYSTERORESECTOSCOPY” AT THE AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION “MOSMED”

Vladimirtsev V.A., Sarkisov S.E.

Autonomous non-profit organization of additional professional education “Mosmed”, Moscow, Russia

Abstract. The Autonomous non-profit organization of additional professional education “Mosmed” developed additional professional education programs “Fundamentals of operative hysteroscopy and hysteroresectoscopy”. The example of implementation this Program in the Republic of Crimea showed the possibilities of use the educational resources of licensed non-profit organizations of additional professional education in the field of the gynecology.



АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ГБУ «МРД №2» Г. МАХАЧКАЛА

Омарпашаева М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Стефанян Н.А., Мамаева С.М., Магомедова М.А., Арсланбекова А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Дагестанский Государственный Медицинский Университет, г. Махачкала, Россия

Из числа диагностированных желанных беременностей каждая пятая завершается самопроизвольным выкидышем или останавливается в развитии («замирает») примерно в равной пропорции. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающихся беременностей (до 80%) приходится на I триместр гестации (В.Е. Радзинский StatusPraesens, 2015). Многочисленные исследования показали, что в структуре причин невынашивания беременности, особенно в первом триместре, ведущее место занимает замершая беременность, которая составляет, по данным разных авторов, от 40 до 85% случаев. Основная причина неразвивающейся беременности в первом триместре чаще всего связана с хромосомной патологией трофобласта и эмбриона. Кроме того, в структуре этиологических факторов прерывания беременности на ранних сроках возможно сочетание нескольких причин: генетических, эндокринных, инфекционно-воспалительных, иммунологических.

Количество женщин с данной патологией в ГБУ РД «Родильный дом № 2» с 2014 по 2015 г. возросло на 4,03% (975 случаев в 2014 г и 1016 случаев в 2015 г.). В 2016 г. количество беременных с данным диагнозом в отделениях консервативной и оперативной гинекологии составило 1116, то есть возросло на 8,9% по сравнению с 2015 г и на 12,6% по сравнению с 2014 г.

Цель исследования состояла в анализе случаев регрессирующей беременности по данным ГБУ РД «Родильный дом № 2» за январь-декабрь 2016 г.

Исследование носило характер клинического аналитического ретроспективного анализа. Изучены 1116 случаев регрессирующей беременности. Использовались следующие методы: анализ паспортных данных, жалоб, анамнеза, заболевания, общее клиническое и гинекологическое обследование, статистические методы анализа.

Возраст женщин от 17 до 44 лет (в среднем $30,1 \pm 7,2$). Пациентки в основном проживали в городе, асоциальных беременных среди обследованных не выявлено. Первобеременные составили 22,6% из общего числа обследованных женщин с регрессирующей беременностью. Повторная неразвивающаяся беременность встречалась в 26% (290 женщин, из них у 41 женщины данная замершая беременность третья, у одной женщины – пятая неразвивающаяся беременность). Аборты в анамнезе имели 22,6% женщин (252 женщины). В итоге повторной вакуум-аспирации эндометрия подверглись 48,9% (545 женщин). Чаще всего женщины предъявляли жалобы на ноющие боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей – 45,3%, только на боли – 28%, только на кровянистые выделения – 5%, слабость – 4% и не предъявляли жалоб 16,9% женщин. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен бесплодием в 5%. 21 из беременностей наступила в результате ЭКО. 42 женщины перенесли внематочную беременность и тубэктомия, 5% – операцию кесарева сечения. Лейомиома встречалась в 1,8% случаев, хронический аднексит в 11,3%.

Соматический анамнез у 9,4% женщин отягощен хроническим пиелонефритом, у 3,7% различными заболеваниями органов дыхания (хронический бронхит, ринит, тонзиллит), у 6% гипотериоидный зоб. Анемия 1 ст. встречалась у 19% женщин.

Беременность прервалась в 1 триместре в 92,4% случаев. При этом наиболее часто беременность останавливалась в сроке 6-7 недель – 41,5%.

У 33,9% женщин во влагалищном отделяемом были обнаружены грибы рода *Candida*. 22,6% имели признаки неспецифического вагинита и у 18 женщин в мазке были обнаружены диплококки. Количество лейкоцитов в крови более 10×10^9 /л было повышено только у 11,3% женщин.



>> www.reproductive-congress.ru

Анализируя полученные данные, можно заметить, что в 48,9% случаев неразвивающейся беременности предшествовала вакуум-аспирация эндометрия. С уверенностью можно сказать о том, что регрессирующая беременность увеличивает риск потерь последующей беременности. Международной федерацией акушеров-гинекологов в 2006 г. на XVIII Конгрессе FIGO (Куала-Лумпур, Малайзия) принята научная концепция, согласно которой предложено считать регрессирующую беременность

сочетанной с хроническим эндометритом у 100% пациенток независимо от основной причины остановки гестации. Учитывая это, нельзя допускать последующей беременности у этих женщин без лечения и грамотной реабилитации. Данная группа женщин нуждается в обязательной прегравидарной подготовке, нормализации обменных процессов в полости матки, восстановлении функции и рецептивности эндометрия.

THE ANALYSIS OF CASES OF UNDEVELOPED PREGNANCY ACCORDING TO THE DATA OF THE "MRD №2" IN МАКНАСНКАЛА

Vacuum aspiration of the uterine cavity in the investigation regressing pregnancy and abortion increases the risk of stopping the development of subsequent pregnancy 2 times. The International Federation of Obstetricians and Gynecologists in 2006. at the XVIII Congress of FIGO (Kuala Lumpur, Malaysia) adopted a scientific concept, according to which proposed to consider pregnancy regresses combined with chronic endometritis

in 100% of patients, regardless of the underlying cause of the stop of gestation. With this in mind, we cannot allow a subsequent pregnancy in these women without treatment and rehabilitation competent. This group of women needs to be a mandatory pregravid preparation, normalization of metabolic processes in the uterus, restoring function and endometrial receptivity.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»

Владимирцев В.А.

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

Современная эстетическая гинекология является новым динамично развивающимся направлением, предъявляющим высокие требования к междисциплинарному уровню компетенций специалистов. В ней широко применяется косметологический подход, основанный на лазерных технологиях вульвовагинального ремоделирования, инъекционных и нитевых методах. Применение возможностей

эстетической гинекологии в тактике ведения определенных категорий пациенток с дисфункциями тазового дна позволяет значительно улучшать качество их жизни. Для России это новое направление, подготовка по которому пока малодоступна для практических врачей акушеров-гинекологов. В связи с этим, в Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования

>> www.reproductive-congress.ru

«Мосмед» (АНО ДПО «Мосмед») была подготовлена программа тематического усовершенствования «Основы эстетической гинекологии», цель которой заключается в формировании новых знаний и профессиональных компетенций акушеров-гинекологов в области эстетической гинекологии. В основу интенсивной 24-х часовой трехдневной программы положен компетентностно-модульный принцип. Программа состоит из 5 модулей, блока вопросов для итоговой аттестации и демонстрационного мастер-класса. Каждая тема освещает основные аспекты и возможности проведения эстетической коррекции интимной зоны при нарушениях функций тазового дна. Обучение сопровождается тематическими видеофильмами, показом слайдов и возможностью отработки практических навыков на муляжах. Первый цикл тематического усовершенствования по программе «Основы эстетической гинекологии» был проведен в феврале 2017 года в г. Симферополе. На нём прошли обучение 9 врачей-гинекологов из государственных и негосударственных лечебных учреждений, включая специалистов Медицинской академии им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», перинатального центра ГБУ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко», ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2», ООО «Женское здоровье», ООО «Гемокод-Крым» и ООО «Гармония Мед». Все слушатели прошли итоговую аттестацию и получили удостоверения о повышении квалификации установленного образца. Результаты опроса курсантов свидетельствуют о положительной оценке содержания программы, организации учебного процесса и мастер-классов, проведенных в операционной и в смотровом кабинете врача-гинеколога с пошаговым разбором малоинвазивных и косметологических методов.

Выводы: Медико-социальное значение внедрения современных методов эстетической гинекологии для повышения качества жизни женщин, страдающих нарушением функций тазового дна, требует расширения подготовки врачей акушеров-гинекологов в системе дополнительного профессионального образования. Опыт АНО ДПО «Мосмед» по разработке и реализации программы «Основы эстетической гинекологии» показал, что использование

образовательных ресурсов и клинической базы лицензированных негосударственных образовательных организаций дополнительного профессионального образования в области эстетической гинекологии открывает новый канал предоставления соответствующих образовательных услуг в системе непрерывного медицинского образования для врачей акушеров-гинекологов. Программы повышения квалификации врачей в области эстетической гинекологии, предлагаемые социально ответственными негосударственными лицензированными операторами образовательных услуг, направлены на расширение образовательного пространства и увеличение доступности качественного дополнительного медицинского образования в регионах России.

Резюме. Современные возможности эстетической гинекологии и её высокая медико-социальная значимость требуют расширения подготовки врачей акушеров-гинекологов в этой области. На примере программы тематического усовершенствования «Основы эстетической гинекологии», разработанной и апробированной в АНО ДПО «Мосмед», показаны возможности использования образовательных ресурсов лицензированных негосударственных образовательных организаций дополнительного профессионального образования для повышения квалификации по эстетической гинекологии.



GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF AESTHETIC 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

Annotation. The autonomous non-profit organization of additional professional education "Mosmed" implements additional professional education programe in the field of Aesthetic Gynecology. The example of preparation of the Aesthetic Gynecology Course for obstetricians-gynecologists and its implementation in the Republic of Crimea showed the possibilities of use the educational resources of licensed non-profit organizations of additional professional education in the field of aesthetic gynecology.



ГЛАВА 2/ CHAPTER 2:

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНО- МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АДЕНОМИОЗА

Акопян Р.А., Печеникова В.А., Чуркин К.С.

Россия, г. Санкт-Петербург, Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии.

Важной морфологической особенностью аденомиоза (Ам) является способность к инвазивному росту. Считается, что очаги Ам возникают в результате пенетрации компонентов базального слоя эндометрия в подлежащий миометрий. Одним из механизмов, способствующих инвазивному росту эпителия, является эпителиально-мезенхимальная трансформация. Сущность заключается в том, что эпителиальные клетки теряют полярность, прекращают синтез кадхеринов, образуют виментин и фибронектин и одновременно с этим приобретают подвижность, становятся типичными фибробластами. При этом очень существенно, что клетки претерпевают физиологическое, а не генетическое превращение, так как эпителиально-мезенхимальный переход обратим.

Целью исследования явилось изучение значения эпителиально-мезенхимальной трансформации в патогенезе Ам.

Материалы и методы. Выполнено иммуногистохимическое исследование операционного материала: оценка экспрессии виментина как маркера мезенхимальной дифференцировки в очагах Ам (n=15) и в эутопическом эндометрии (n=15). Морфометрический анализ проводили

с помощью оптического микроскопа Nikon Eclipse E400, компьютера на базе Intel Pentium 4 и программного обеспечения «Видеотест–Морфология 5.0» Анализ осуществляли при увеличении 200.

Положительная экспрессия виментина – маркера мезенхимальной дифференцировки – регистрировалась в эпителии желез эндометриоидных гетеротопий и в эутопическом эндометрии. При сравнительной оценке экспрессии виментина в эпителиальном компоненте очагов Ам и в различных слоях эндометрия было обнаружено, что наибольшая площадь экспрессии была характерна для базального слоя эндометрия ($18,87 \pm 1,84\%$) и для эндометриоидных желез гетеротопий ($20,35 \pm 1,57\%$). Более высокая площадь экспрессии этого маркера регистрировалась в очагах Ам, расположенных в непосредственной топографической близости с базальным слоем эндометрия. Экспрессия виментина в очагах Ам была сопоставима с таковой в железах базального слоя эндометрия ($p=0,55$). Площадь экспрессии виментина в железах функционального слоя эндометрия составила $11,98 \pm 1,82\%$, что было достоверно ниже в сравнении с эпителиальным



>> www.reproductive-congress.ru

компонентом базального слоя эндометрия и очагов Ам ($p=0,01$).

Экспрессия виментина при Ам не зависела от морфофункционального состояния очагов: положительная экспрессия наблюдалась как в кистозно трансформированных железах, так и в железах с секреторными или пролиферативными изменениями. В стромальном компоненте очагов Ам отмечалась слабая экспрессия (площадь экспрессии составила $7,7\pm 1,46\%$) с участками более активной экспрессии в зонах формирующихся сосудов.

Сопоставимая площадь экспрессии виментина в базальном слое эндометрия ($18,87\pm 1,84\%$) и железистом компоненте очагов Ам ($20,35\pm 1,57\%$) свидетельствует о патогенетическом значении эпителиально-мезенхимальной трансформации в развитии и дальнейшем прогрессировании этой патологии.

Таким образом, Ам можно считать одним из вариантов патологической регенерации. Вероятно, репарация эндометрия, возникающая в ответ на его повреждение какого-либо характера (механическая травма, воспалительный процесс) под влиянием различных факторов – гормональных, генетических, иммунологических, паракринных, сопровождается инвагинацией базального слоя эндометрия, имеющего в своем составе плюрипотентные стволовые клетки, в подлежащие отделы миометрия. Эпителиально-мезенхимальная трансформация является пусковым механизмом, определяющим инвазивный рост клеток базального слоя эндометрия в подлежащий миометрий, а в дальнейшем – инвазивный рост элементов эндометриодных гетеротопий в глубокие отделы миометрия.

SIGNIFICANCE OF EPITHELIAL-MESENCHYMAL TRANSFORMATION IN THE PATHOGENESIS OF ADENOMYOSIS

Akopyan R.A., Pechenikova V.A., Churkin K.S.

Russia, Saint-Petersburg, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Obstetrics and gynecology department.

The aim of our study was to determine the significance of epithelial-mesenchymal transformation in the pathogenesis of adenomyosis. To achieve the goal immunohistochemical study was performed. We have evaluate expression of vimentin – a marker of mesenchymal differentiation, in the endometrioid heterotopias ($n=15$)

and eutopic endometrium ($n = 15$). Expression of vimentin detected in the epithelial component of endometrioid heterotopias ($20,35\pm 1,57\%$), and eutopic endometrium in adenomyosis (basal layer – $18,87\pm 1,84\%$), suggests pathogenetic role of epithelial and mesenchymal transformation in the development and progression of this disease.

К ВОПРОСУ О РЕМОДЕЛИРОВАНИИ МИОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Акопян Р.А., Печеникова В.А., Чуркин К.С.

Россия, г. Санкт-Петербург, Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии.

Аденомиоз (Ам) продолжает оставаться сложной этиопатогенетической проблемой.

Одной из важных гистологических характеристик Ам является лейомиоматозная

>> www.reproductive-congress.ru

пролиферация вокруг очагов Ам. Однако в литературе практически отсутствуют данные о морфофункциональных характеристиках гиперплазированной гладкомышечной ткани при Ам.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей лейомиоматозной пролиферации вокруг эндометриоидных гетеротопий (ЭГ) в зависимости от глубины их расположения в толще миометрия.

Материалы и методы. Проведен патоморфологический анализ операционного материала с гистологически верифицированным диагнозом Ам (n=91). Выделено 2 группы исследования: 1 группа – Ам I–II степени (n=33), 2 группа – Ам III–IV степени (n=58). Выполнено иммуногистохимическое исследование операционного материала: оценка экспрессии десмина (маркера гладкомышечной дифференцировки) и коллагена IV типа (маркера соединительнотканной дифференцировки) в зонах перифокальной лейомиоматозной гиперплазии (ПЛГ) очагов Ам I–II степени (n=15) и Ам III–IV степени (n=15). Морфометрический анализ проводили с помощью оптического микроскопа Nikon Eclipse E400, компьютера на базе Intel Pentium 4 и программного обеспечения «Видеотест–Морфология 5.0» Анализ осуществляли при увеличении 200.

Результаты. При макро- и микроскопическом исследовании операционного материала обнаружено, что увеличение в размерах матки при Ам обусловлено гиперплазией и гипертрофией миометрия. Диффузное утолщение миометрия отмечалось в 84,6% в 1 группе и в 100% во 2 группе. Средние значения толщины миометрия колебались от $2,8 \pm 0,2$ см в 1 подгруппе до $3,8 \pm 0,1$ см во 2 группе ($p < 0,001$). Постоянным гистологическим признаком Ам ПЛГ, она была обнаружена во всех наблюдениях Ам III–IV степени и у 93,9% пациентов с Ам I–II степени. Перифокальные лейомиоматозные пролифераты вместе с ЭГ формировали единые тканевые комплексы, которые топографически были четко отграничены от окружающего их миометрия, и нарушали общую архитектуру мышечной стенки матки. Во всех изученных наблюдениях Ам в зонах ПЛГ и в интактном миометрии определялась экспрессия десмина. Площадь экспрессии десмина в зонах ПЛГ поверхностных очагов Ам составил $31,7 \pm 5,4\%$ в 1 группе и $30,3 \pm 5,0\%$ во второй. Статистически достоверно более высокая экспрессия десмина отмечалась в интактном миометрии и

составила $47,7 \pm 5,2\%$ ($p < 0,05$). В глубоких очагах Ам отмечалась слабая, местами отрицательная экспрессия десмина. Так площадь экспрессии составила $4,4 \pm 0,9\%$ и $5,8 \pm 0,7\%$ в 1 и 2 группах соответственно. Экспрессия коллагена IV типа варьировала в зависимости от глубины расположения очагов Ам. В глубоких очагах Ам I–II степени площадь экспрессии составила $19,0 \pm 3,0\%$; а при Ам III–IV степени – $29,4 \pm 4,2\%$ ($p = 0,05$). В поверхностных очагах Ам площадь экспрессии во 2 группе отсутствовала, а в 1 группе составила $1,8 \pm 0,2\%$.

Выводы. Между значением экспрессии коллагена IV типа и десмина прослеживалась четкая отрицательная обратная связь. Максимальное значение экспрессии коллагена IV типа регистрировалось в зонах ПЛГ глубоких очагов Ам, где была обнаружена слабая экспрессия десмина. И, наоборот, вокруг поверхностно расположенных ЭГ с выраженной экспрессией десмина, коллаген IV типа практически не обнаруживался. Анализ полученных данных позволяет установить значительные различия в морфофункциональном строении зон лейомиоматозной пролиферации глубоких и поверхностных ЭГ. Установленная выраженная коллагенизация вокруг глубоких очагов Ам, определяет конечный исход дифференцировки гладкомышечной клетки вокруг очага Ам в сторону соединительной ткани. Таким образом, глубокое расположение ЭГ в толще миометрия, выраженная ПЛГ, утрата экспрессии десмина и экспрессия коллагена IV типа в зонах ПЛГ являются показателями длительности существования аденомиоза, отражают значительное ремоделирование миометрия, приводящее к утрате его сократительной функции.



MYOMETRIUM REMODELING IN ADENOMYOSIS

Akopyan R.A., Pechenikova V.A., Churkin K.S.

Russia, Saint-Petersburg, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Obstetrics and gynecology department.

The aim of our research was to study features of leiomyomatous proliferation in adenomyosis I-II stage, and in adenomyosis III-IV stage. To achieve the goal immunohistochemical study was performed. We have evaluate expression of desmin (a marker of muscle differentiation) and type IV collagen in perifocal leiomyomatous hyperplasia

of the deep and superficial endometrioid heterotopias in adenomyosis I-II stage (n=15) and adenomyosis III-IV stage (n=15). It was confirmed that the loss of desmin expression and positive expression of type IV collagen reflect a significant remodeling of the myometrium in this pathology.

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

Адамян Л.В., Кондратович Л.М.

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 интраоперационно диагностирован спаечный процесс.

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

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 сторону матриксных металлопротеиназ, а в ткани спайки в сторону 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 спаечным процессом и миомой матки.



MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF THE FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS OF REPRODUCTIVE AGE

Adamyan L.V., Kondratovich L.M.

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.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Идрисова М.А., Эседова А.Э., Гарунов Э.Г., Магомедова Т.С.

Россия, г. Махачкала, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

В исследование вошло 165 женщин в постменопаузе: 1 группа – 87 женщин с ожирением, 2 группа – 78 женщин без ожирения. Оценка степени тяжести климактерического синдрома выявила, что у женщин 1 группы преобладали тяжелая (27,5%) и среднетяжелая (44,5%) степени тяжести, тогда как у пациенток 2 группы такие формы встречались в 1,5–2 раза реже (14,2% и 36,2%). Таким образом, можно предположить, что ожирение является фактором риска развития тяжелых форм климактерического синдрома.

Как известно, у женщин в постменопаузе выявляются изменения метаболических параметров, такие как увеличение массы тела, нарушение липидного, углеводного обмена, а также эндотелиальная дисфункция. Одним из наиболее значимых последствий эстрогенного дефицита, оказывающим значительное влияние на качество жизни женщины постменопаузе, является климактерический синдром (КС). Установлено, что развитие климактерических расстройств резко снижает качество жизни женщины. Наступление менопаузы обостряет и психологические нарушения, имеющиеся при ожирении, сексуальные проблемы, снижает и без того низкую самооценку. Отсюда, цель

исследования проанализировать показатели КС и метаболических нарушений у женщин в постменопаузе на фоне ожирения.

В исследование вошло 165 женщин в постменопаузе: 1 группа – 87 женщин с ожирением, 2 группа – 78 женщин без ожирения. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту (m^2). С помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) оценивали тяжесть климактерических расстройств. Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel-98. Определялись средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью выявления значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин применялся t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера.

Из 165 пациенток 75 (45%) страдали ожирением ($ИМТ \geq 30 \text{ кг}/m^2$), 12 женщин (7%) имели избыточную массу тела ($ИМТ 25,0–29,9 \text{ кг}/m^2$) и у 82 женщин (49%) ИМТ был ниже $25,0 \text{ кг}/m^2$. При анализе показателей липидного спектра, гликемии, параметров артериального давления практически «нормальные» показатели определялись во 2-й группе женщин без ожирения. У женщин с ожирением было более высокое

>> www.reproductive-congress.ru

артериальное давление, отмечалась гипергликемия по отношению ко 2-й группе. Все атерогенные фракции липопротеидов (липопротеиды очень низкой плотности, липопротеиды низкой плотности) достоверно выше у женщин с ожирением, по сравнению со 2-й группой, в то время как антиатерогенные (липопротеиды высокой плотности) достоверно выше у женщин без ожирения. Значения печёночных трансаминаз, билирубина, креатинина, мочевины у женщин с ожирением были несколько выше нормативных значений и значимо превышали показатели 2-й группы ($r=0,065$; $p<0,05$), билирубина ($r=0,64$; $p<0,05$). Оценка степени тяжести КС по данным ММИ выявила, что у женщин с ожирением преобладали тяжёлая (27,5%) и среднетяжёлая (44,5%) степени тяжести КС, тогда как у пациенток 2-й группы такие формы КС встречались в 1,5–2 раза реже (14,2% и 36,2%). Несмотря на одинаковую длительность постменопаузы, тяжёлая и среднетяжёлая формы нейровегетативных проявлений в отличие от здоровых женщин в 2 раза чаще встречались у пациенток с ожирением (в 7,8% и 4,5%, 21,5% и 12,3%). Тяжёлые формы психоэмоциональных проявлений наблюдались в 2,6

раз чаще также у женщин с ожирением (23,1%). Нервозность, головная боль, снижение работоспособности и памяти, нарушение сна, дерматопатия с одинаковой частотой встречались в обеих группах. Женщин с ожирением в 2 раза чаще беспокоили приливы жара, потливость, повышение артериального давления, кардиалгии, урогенитальные расстройства. Отсюда, к особенностям течения КС при ожирении относятся ранее начало ($44,8 \pm 0,17$) и затяжное течение КС ($8,1 \pm 1,5$ года). Превалирование тяжёлых и среднетяжёлых форм КС над легкими; преобладанием в клинической картине нейровегетативных и психо-эмоциональных расстройств, с большей степенью выраженности обменно-эндокринных и трофических нарушений.

Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин с ожирением в постменопаузе показал широкую распространенность метаболических нарушений у них. Степень выраженности КС зависит от ожирения: у женщин, страдающих ожирением, КС имеет склонность к затяжному течению с преобладанием среднетяжёлых и тяжёлых форм.

ANALYSIS OF THE INDICATORS OF CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN WITH OBESITY

Idrisova M.A., Esedova A.E., Garunov E.G., Magomedova T.S.

Russia, Makhachkala, Dagestan State Medical University

The study included 165 postmenopausal women: 1 group – 87 obese women, 2 group – 78 women without obesity. Assessment of the severity of menopausal syndrome revealed that in women of the 1st group severe (27.5%) and moderate (44.5%) severity prevailed, whereas in women of the 2nd group such forms predominated 1.5–2 times less often (14.2% and 36.2%). Thus, it can be assumed that obesity is a risk factor for the development of severe forms of climacteric syndrome.



ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ЖЕНЩИН С «ИЗОЛИРОВАННОЙ» ФОРМОЙ СПКЯ И ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азизова Е.А., Хашаева Т.Х., Омаров С-М.А., Абусуева З.А., Омаров Н.С-М.

Республика Дагестан, Махачкала, ГОУ ВПО ДГМУ Кафедра акушерства и гинекологии.

Взаимоотношения между яичниками и щитовидной железой (ЩЖ) в разные возрастные периоды, уровень связи, на котором они осуществляются, привлекают пристальное внимание многих исследователей. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 154 женщин в возрасте от 18 до 40 лет. У больных с СПКЯ и гипотиреозом отмечалась четкая тенденция к повышению частоты дислипотеинемии.

Актуальность. Взаимоотношения между яичниками и щитовидной железой (ЩЖ) в разные возрастные периоды, уровень связи, на котором они осуществляются, привлекают пристальное внимание многих исследователей. Как показывает анализ литературы, нередко СПКЯ развивается у женщин с патологией ЩЖ.

Цель: Изучение липидного спектра у женщин с «изолированной» формой СПКЯ и при сочетании с патологией щитовидной железы.

Методы исследования: Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 154 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, 51 из которых страдали «изолированной формой» синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) (группа 1), у 51-й пациентки СПКЯ сочетался с диффузным эутиреоидным зобом (ДЭЗ – группа 2) и у 52 обследованных пациенток имело место сочетание СПКЯ с гипотиреозом (группа 3).

Обмен липидов оценивали по содержанию общего холестерина (ХС)- ммоль/л, холестерина липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ХС-ЛПНП и ХС-ЛПОНП)- ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) – ммоль/л, коэффициента атерогенности (КА) на анализаторе «Ультра- 905» «KONE» (Финляндия) и системе электрофореза «Парагон» фирмы «Бекман» методом колориметрии и электрофореза.

Результаты обследования: Как показали наши исследования, у женщин с «чистой» формой СПКЯ нормолипидемия наблюдалась

у 27 (52,9%), в то время как во второй группе у 25 (49,1%), в третьей только у 18 (34,6%). При исследовании холестерина установлено, что самые высокие его показатели ($5,86 \pm 0,14$ ммоль/л) а также содержание триглицеридов ($1,48 \pm 0,12$ ммоль/л) отмечались у пациенток третьей группы. Ту же закономерность мы проследили и при исследовании ЛПНП и ЛПОНП, которые в первой и второй группах были $3,12 \pm 0,1$ и $0,32 \pm 0,05$ ммоль/л и $3,26 \pm 0,13$ и $0,59 \pm 0,04$ ммоль/л соответственно, а в третьей группе содержание как ЛПНП ($3,33 \pm 0,14$ ммоль/л), так и концентрация ЛПОНП ($0,68 \pm 0,07$ ммоль/л) были самыми высокими.

Помимо повышения атерогенных фракций липопротеидов (ЛПНП и ЛПОНП) у больных с СПКЯ независимо от наличия или отсутствия сопутствующей патологии щитовидной железы имеется значительное снижение антиатерогенных – ЛПВП ($p < 0,05$). При этом наиболее низкий показатель среднего уровня ЛПВП был выявлен у больных с СПКЯ и гипотиреозом ($1,03 \pm 0,08$), он был достоверно ниже аналогичного параметра не только у больных с СПКЯ и ДЭЗ ($1,14 \pm 0,05$), но и у женщин с СПКЯ ($1,48 \pm 0,06$) ($p < 0,05$).

Выводы: Средние уровни триглицеридов (ТГ) в группе больных с СПКЯ несколько превышали контрольные значения, хотя достоверных различий найдено не было. При этом у пациенток с СПКЯ и гипотиреозом было выявлено более значительное повышение среднего содержания ТГ в сыворотке крови, по сравнению с таковым как у женщин с чистой формой СПКЯ, так и у больных с СПКЯ и ДЭЗ ($p < 0,05$). Сравнение частоты липидных нарушений в группах обследованных больных выявило, что у больных с СПКЯ и гипотиреозом отмечалась четкая тенденция к повышению частоты дислипотеинемии в сравнении с «чистой» формой СПКЯ ($p > 0,05$), в то время как у пациенток с СПКЯ и ДЭЗ процент нарушений липидного спектра крови достоверно не различался.



LIPID SPECTRUM IN WOMEN WITH "ISOLATED" FORM OF PCOS, AND WHEN COMBINED WITH PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND

Azizov E.A., Kashaeva T.H., Lobster-M.A., Abusuev Z.A. Omarov N.-M.

The Republic of Dagestan, Makhachkala, GOU VPO DGMO Department of obstetrics and gynecology.

Many researchers attract focused attention to the relationship between Female gonads and Thyroid in the different age period and contact between them. 154 women at the age of 18-40

were set to the overall clinical-laboratory examination. By the patients with the Polycystic Ovarian Syndrome and Hypothyroidism was tracked a clear trend upward Dislipoproteinemia.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шукуров Ф.И.

Узбекистан, Ташкент, Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Внутриматочная патология является единственной причиной бесплодия у 10–15 % женщин, а в сочетании с другими факторами ее частота увеличивается до 50%. Адекватное морфофункциональное состояние эндометрия является одним из основных факторов, обеспечивающих успешную имплантацию оплодотворенной яйцеклетки. Причем именно патология эндометрия ответственна за отсутствие имплантации в 30% случаев. Адекватное функционирование слизистой матки и готовность к имплантации во многом зависят от состояния ее внутриклеточных рецепторов к стероидным гормонам эстрогенам и прогестерону. Окончательным и информативным этапом диагностики состояния эндометрия и оценки его рецепторного аппарата является использование иммуногистохимического метода. Однако детальное изучение эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов эндометрия при бесплодии обусловленный

доброкачественными структурными изменениями яичников не проводилось.

Целью исследования явилось иммуногистохимическое исследование эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов эндометрия у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников.

Материал и методы исследования. Обследовано 270 женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников. На основании клинического обследования пациентки были разделены на три группы: в первую группу вошли 120 пациентки с фолликулярными кистами яичников, во вторую 120 – с синдромом поликистозных яичников и в группу сравнения – 30 практически здоровых женщин. Гистероскопию проводили с использованием аппаратуры «Karl Storz». В момент проведения гистероскопии осуществляли забор биоптата путем биопсии

>> www.reproductive-congress.ru

эндометрия для иммуногистохимического исследования. Иммуногистохимическое исследование проводили в ступенчатых парафиновых срезах пероксидазно-антипероксидазным методом с демаскировкой антигенов в СВЧ-печи. Для визуализации реакций применяли универсальный пероксидазный набор LSAB+kit («Dako», США).

Результаты. По данным гистероскопии для бесплодия обусловленного доброкачественными структурными изменениями яичников характерна мозаичная картина, подтвержденная иммуногистохимическим методом исследования: гиперплазия эндометрия выявлена у 52% пациенток, гипопластический эндометрий – у 5,6% и недостаточность секреторной фазы – у 42,4% пациенток. У пациенток с бесплодием обусловленный доброкачественными структурными изменениями яичников в пролиферативной фазе менструального цикла выявлено: увеличение экспрессии эстрогеновых рецепторов в строме эндометрия более чем в 2,6 раза, в железах эндометрия – более чем в 4,2 раза, уменьшение уровня прогестероновых рецепторов в строме и в железах эндометрия более чем в 1,3 раза.

Заключение: При бесплодии имеет место значимое повышение экспрессии ER α -эстрогеновых рецепторов, при этом,

стромальная экспрессия была наибольшей при синдроме поликистозных яичников, а эстрогеновая рецептивность железистого эпителия – при фолликулярных кистах яичников. Экспрессия прогестероновых рецепторов при бесплодии обусловленной доброкачественными структурными изменениями яичников была существенно понижена как в строме, так и в железах эндометрия. Полученные нами данные иммуногистохимического исследования подтверждают, что нарушенная прогестероновая рецептивность эндометрия, препятствуя созданию благоприятного условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки приводит к бесплодию.

Резюме: Иммуногистохимическое исследование 270 пациенток с бесплодием выявило: увеличение экспрессии эстрогеновых рецепторов в строме эндометрия более чем в 2,6 раза, в железах эндометрия более чем в 4,2 раза и уменьшение уровня прогестероновых рецепторов в строме и в железах эндометрия более чем в 1,3 раза. Полученные данные подтверждают, что нарушенная прогестероновая рецептивность эндометрия, препятствуя созданию благоприятного условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки приводит к бесплодию.

THE RESULTS OF IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDIES OF ENDOMETRIAL RESEPTORS IN WOMEN WITH INFERTILITY CAUSED BY BENIGN OVARIAN STRUCTURAL CHANGES

Shukurov F.I.

Uzbekistan, Tashkent, Tashkent Medical Academy
Department of obstetrics and gynecology №1

Summary: An immunohistochemical study of 270 patients with infertility revealed: an increase in the expression of estrogen receptors in the endometrial stroma by more than 2.6 times, in the endometrial glands by more than 4.2 times, and a decrease in the level of progesterone receptors in the stroma and in the endometrial glands in more than 1.3 times. The obtained data confirm that the impaired, progesterone receptivity of the

endometrium, preventing the creation of a favorable condition for the implantation of a fertilized egg leads to infertility.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ МИОМЫ МАТКИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Баширов Э.В., Чуприненко Л.М., Мелконьянц Т.Г., Ордокова А.А.

Россия, Краснодар, Базовая акушерско-гинекологическая клиника
ФГБОУ ВО Кубанского Государственного медицинского Университета
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Лейомиомы матки – наиболее частые доброкачественные опухоли женского полового тракта, разнообразные по морфоструктуре и особенностям патогенеза. Независимо от гистологического типа опухоли, актуальным для специалистов вопросом остается прогнозирование риска рецидива после органосохраняющих вмешательств.

Пролиферативный потенциал рецидивов миоматозного роста определяют молекулярно-биологические характеристики опухоли, неоднородность заключений которых объяснима различием изучаемых выборок пациенток и используемых методик. Объективные трудности сопряжены с необходимостью длительного наблюдения, невозможностью сопоставления патогистологических результатов разных лечебных учреждений, нередко без иммуногистохимического исследования.

Целью исследования явилось изучение особенностей маркера пролиферации Ki-67 в патогенезе рецидивирующей миомы матки женщин репродуктивного возраста.

Проведено обследование 30 пациенток репродуктивного возраста, оперированных по поводу миомы матки. Первую группу составили 8 пациенток, имевшие в анамнезе миомэктомию, вторую (группу сравнения) составили 22 женщины, у которых миомэктомию проведена впервые. Выполнено морфологическое и иммуногистохимическое исследование миоматозных узлов от 30 больных.

Вырезка, фиксация, изготовление срезов операционного материала проводили по стандартной методике. Обзорная микроскопия препаратов показала вариабельность сочетания в узлах гладкомышечного и соединительнотканного компонента, очагами гиалиноза в строме в отдельных образцах. Иммуногистохимическое исследование проводили с помощью двойных антител. Оценку иммуногистохимической

реакции маркера пролиферации Ki-67 производили по степени распространения окраски путем подсчета количества окрашенных ядер в клетках опухоли.

Особенности клинического течения различных типов миомы варьировали: для простой формы типичными признаками оказались бес- или малосимптомное течение, небольшие размеры на фоне преобладания солитарных узлов, медленный рост. Пролиферирующая миома имела более выраженную симптоматику – за счет маточных кровотечений, быстрого роста более крупного из множественных узлов.

При морфологическом исследовании миоматозных узлов в группе впервые прооперированных пациенток преобладал типичный вариант опухоли – у 16 женщин. Клеточный тип лейомиомы диагностирован у 6 женщин. Рецидивирующий тип миомы определял преобладание клеточного типа опухоли – у 5 пациенток, митотически активная опухоль выявлена у одной, в остальных двух случаях констатировали типичную лейомиому.

Выраженность экспрессии Ki-67 коррелировала с гистологическим типом миомы матки: наиболее низкая прослеживалась при простой опухоли и возрастала до средних значений при клеточном типе. Изучение пролиферативной активности показало наибольшее значение маркера Ki-67 в группе с рецидивирующей после оперативных вмешательств опухолью при множественных узлах. Уровень экспрессии маркера пролиферации в группе женщин с миомэктомией, выполненной впервые, оказался очень низким (до 0,5%) во всей выборке.

Значение индекса пролиферативной активности в I группе оценивалось как невысокое, однако в 7,5 раз выше в сравнении с аналогичным у женщин с впервые возникшей опухолью. В группе сравнения индекс пролиферации оказался крайне низким и составил в среднем



>> www.reproductive-congress.ru

0,19%. При мультифокальном росте миомы индекс в 1,7 раза превосходил таковой у предстательниц с солитарным узлом.

Информативность иммуногистохимических исследований – в уточнении характера экспрессии маркеров пролиферации, корреляция которых с гистологическими характеристиками лейомиомы позволяет прогнозировать рецидив миоматозного роста после органосохраняющих вмешательств.

Резюме. Обследовано 30 пациенток с миомой матки, 8 – из них – с рецидивом миоматозного роста, 22 – после впервые проведенной миомэктомии. Изучение панели маркеров миоматозного роста, коррелирующей с особенностями морфогенетических характеристик опухоли, особенностей ее стромально-паренхиматозных взаимоотношений позволит прогнозировать рецидив миоматозных узлов после органосохраняющих вмешательств.

THE RESULTS OF STUDIES OF THE PROLIFERATION OF FIBROIDS OF THE UTERUS AFTER ORGAN-SAVING INTERVENTIONS

Bashirov V.E., Tchuprinenko L.M., Melkonyants T.G., Ardakov A.A.

Russia, Krasnodar, basic obstetric clinic Of the Kuban State medical University The Ministry Of Health Of The Russian Federation

Resume. The study involved 30 patients with uterine fibroids (UF), among 8 of them recurrent myoma growth was observed, 22 were first examined after myomectomy performed. The study of myoma growth markers correlated with the

features of morphogenetic tumor characteristics and peculiarities of its stromal-parenchymal relationships will contribute to UF recurrence prediction after organ-saving surgery.

ХАРАКТЕРИСТИКА МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ЭНДОМЕТРИЯ И ОЧАГОВ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

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

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

2 ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация

Аномалии матки и влагалища встречаются у 4,3–6,7% женщин репродуктивного возраста, а при бесплодии этот показатель может достигать 8%. При аномалиях матки и влагалища, сочетающихся с нарушением оттока менструальной крови, эндометриоз наблюдается в

77% случаев, а при аномалиях с нормальным оттоком менструальной крови в 37% случаев. Имплантационная теория развития эндометриоза предполагает транслокацию клеток эндометрия из полости матки через фаллопиевы трубы на брюшину и смежные органы у пациенток с

>> www.reproductive-congress.ru

врожденным нарушением оттока менструальной крови. Однако тот факт, что эндометриоз наблюдается у женщин в препубертатном возрасте, при врожденном отсутствии матки и в постменопаузе, свидетельствует о более сложных этиопатогенетических механизмах развития этого заболевания. Большой интерес представляет исследование культур клеток из эндометрия и очагов эндометриоза у женщин с пороками развития матки и влагалища, что может быть актуальным для изучения диагностики, этиопатогенеза и эффективного лечения наружного генитального эндометриоза.

Цель исследования: охарактеризовать и сравнить между собой иммунофенотип клеточных культур, выделенных из эктопического и эутопического эндометрия у женщин с различными аномалиями развития матки и влагалища.

Материалы и методы: в проспективное когортное исследование были включены 42 пациентки с аномалиями развития матки и влагалища в возрасте от 18 до 45 лет, поступившие на лечение в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» в период с 2013 по 2016 гг. Пациентки были разделены на две равные группы: 21 пациентка в сочетании с эндометриозом, 21 – без сопутствующего эндометриоза. Ткань эутопического эндометрия была получена в результате проведения гистероскопии и диагностического выскабливания слизистой полости матки, а ткань эктопического эндометрия была получена путем иссечения эндометриоидных гетеротопий в ходе лапароскопии. Биоматериал был разделен на три подгруппы: 1а – эндометрий от пациенток с эндометриозом, 1б – очаг эндометриоза (1а и 1б – основная группа), 2 – эндометрий пациенток без сочетанного эндометриоза (контрольная группа). Морфологическую характеристику культур клеток проводили при анализе микрофотографий случайно выбранных полей зрения с использованием светового фазово-контрастного микроскопа. Иммунофенотип клеток определяли на 1-м пассаже с помощью моноклональных антител по стандартной методике на проточном цитофлуориметре.

Результаты исследования: повышенная экспрессия в МСК (мезенхимных стромальных клетках) из эктопического эндометрия CD44, который участвует в процессах межклеточного взаимодействия и миграции, может играть значимую патогенетическую роль в процессе адгезии клеток эктопического эндометрия к брюшине. Медиана распределения

уровня экспрессии CD117 в культурах клеток из эктопического эндометрия составила 66,5% (43,3–69,5), что статистически значимо выше по сравнению с МСК из эутопического эндометрия – 42,5% (28,5–52,2) и МСК из эндометрия пациенток с аномалиями развития без сочетанного эндометриоза – 18,2% (7,9–78,4). Повышенная экспрессия CD117 в этих клетках может указывать на важную роль популяции недифференцированных стволовых клеток в росте и развитии эктопических очагов эндометрия.

Выводы: культуры, выделенные из эутопического и эктопического эндометрия женщин с аномалиями развития, обладают свойствами мезенхимных стромальных клеток и различаются по экспрессии фенотипических поверхностных маркеров, что позволяет предполагать их функциональные различия. Выявленные различия позволяют рассматривать данную клеточную модель как перспективную для разработки и тестирования новых лекарственных средств с целью подавления роста и распространения очагов эндометриоза, а также для исследования этиологии и патогенеза эндометриоза у женщин с аномалиями развития внутренних половых органов.

Резюме: из эутопического эндометрия и из очагов эндометриоза у женщин с аномалиями матки и влагалища впервые были выделены и охарактеризованы культуры клеток, которые обладали фибробластоподобной формой и экспрессировали на высоком уровне CD90, CD73, CD105, CD44, CD146, CD117 и др. Исследуемые культуры клеток *in vitro* подвергались направленной дифференцировке в адипогенном и остеогенном направлениях. Культуры обладали свойствами мультипотентных мезенхимных стромальных клеток (ММСК) и при этом *in vitro* различались по экспрессии фенотипических поверхностных маркеров, что позволяет предполагать их функциональные различия. Маркеры CD90, CD117 определены как перспективные для разработки малоинвазивной диагностики эндометриоза по культурам клеток из эутопического эндометрия.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометрий, мультипотентные мезенхимные стромальные клетки, иммунофенотип, аномалии развития половых органов.



CHARACTERISTIC OF MULTIPOTENT MESENCHYMAL STROMAL CELLS ISOLATED FROM ENDOMETRIUM AND ENDOMETRIOTIC LESIONS IN WOMEN WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES

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

Federal State Budget Institution "Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Pirogov Russian National Research Medical University

Resume: cell cultures were first isolated and characterized from eutopic endometrium and from endometriotic lesions of women with malformations of the internal reproductive organs. The cells had fibroblast shape and expressed CD90, CD73, CD105, CD44, CD146, CD117, and others at high level. These cultures were capable to in vitro directed adipogenic and osteogenic differentiation. The obtained cultures possessed properties of multipotent mesenchymal stromal cells and had in

vitro differences in expression of immunophenotypic surface markers, suggesting their functional differences. Markers CD90, CD117 were identified as promising for the development of minimally invasive diagnostics of endometriosis by using cell cultures from eutopic endometrium.

Key word: endometriosis, endometrium, multipotent mesenchymal stromal cells, immunophenotype, malformations of the internal reproductive organs.

СВЕРХЭКСПРЕССИЯ БЕЛКОВ МОЭЗИН, РАК21-АКТИВИРОВАННОЙ КИНАЗЫ, CD 34, ММР 2 И 9 КАК УНИКАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АДЕНОМИОЗА

Адамян Л.В., Зайратянц О.В., Манукян Л.М., Арсланян К.Н., Сонова М.М.

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого

Аденомиоз характеризуется увеличением эндометриоидных желез и стромальных клеток в миометрии. Несмотря на то, что аденомиоз является доброкачественным гинекологическим заболеванием, он демонстрирует типичный «амёбо-подобный» инвазивный рост как эндометриальных цилиндрических клеток, так и стромальных клеток; иногда только стромальные клетки могут наглядно демонстрировать соответствующую патологию. Тем не менее, молекулярный механизм, ответственный за патогенез заболевания, до сих пор не установлен. В данный момент выдвинуты три основные теории, объясняющие развитие аденомиоза: теория непосредственной инвазии (прорастания), резидуальная теория Мюллера и теория

трансплантации. Наиболее известная из вышеуказанных теорий утверждает, что аденомиоз является результатом нисходящего роста эндометрия из полости матки в связи с нарушением структуры эндометриального базального слоя, а также то, что увеличенная инвазивная способность эндометриальных клеток может отвечать за развитие аденомиоза.

Целью исследования является изучить протеолитический состав эндометрия и миометрия при различных формах аденомиоза.

Материалы и методы исследования. Для гистологического исследования использовали стандартный метод фиксации в 10% нейтральном формалине и заливки в парафин с окраской гистологических препаратов гематоксилином

>> www.reproductive-congress.ru

и эозином. Иммуногистохимический метод использовали в 35 наблюдениях, из них 20 – это удаленные матки с эктопическим эндометрием при аденомиозе и аденомиоме, 15 – это удаленные матки с эутопическим эндометрием при аденомиозе и аденомиоме и группа сравнения (10 наблюдений) – удаленные матки с крупными интрамуральными и субсерозными миоматозными узлами. В качестве первичных использовали антитела к маркеру эндотелиальных и стволовых клеток CD34 (DAKO, Норвегия, в разведении 1:100), Moesin (GeneTex, США в разведении 1:100), p21-активированной киназе (PAK 4, GeneTex, США в разведении 1:100), MMP 2 и 9 (Lab Vision, США, в разведении 1:100). Учитывали два негативных контроля (на специфичность реакции и отсутствие активной эндогенной пероксидазы) и один внутренний позитивный на специфичность реакции. Для оценки результатов реакции с антителами к MMP, Moesin и p21-активированной киназе (PAK4) использовали рутинный полуколичественный метод (по степени экспрессии от 0 до 3-х баллов).

Результаты исследования. Экспрессия изученных ферментов статистически достоверно повышена по сравнению с группой сравнения в эутопическом эндометрии и эктопических очагах в миометрии при аденомиозе и аденомиомах. Так, содержание моезина в эутопическом эндометрии при аденомиозе и аденомиомах

составило $2,4 \pm 0,45$, в эктопическом эндометрии при аденомиозе $2,2 \pm 0,65$, в эктопическом эндометрии при аденомиоме $2,3 \pm 0,61$, а в группе сравнения $0,4 \pm 0,51$ ($p < 0,05$). Экспрессия PAK4 выражалась, соответственно, в $2,3 \pm 0,59$, $2,1 \pm 0,66$, $2,2 \pm 0,58$ баллах против $0,3 \pm 0,32$ в группе сравнения ($p < 0,05$). Аналогичные показатели были получены в отношении MMP-2 ($2,4 \pm 0,51$, $2,5 \pm 0,47$, $2,5 \pm 0,42$ против $0,8 \pm 0,67$, $p < 0,05$) и MMP-9 ($2,4 \pm 0,57$, $2,4 \pm 0,42$, $2,6 \pm 0,50$, в группе сравнения $0,7 \pm 0,73$, $p < 0,05$). Разницы в экспрессии изученных ферментов между эутопическим эндометрием и эктопическими очагами в миометрии как при аденомиозе, так и при аденомиомах не обнаружено, как и между эктопическими очагами при аденомиозе и аденомиомах. Кроме того, обнаружена повышенная экспрессия изученных ферментов в миометрии в участках врастания базального слоя эндометрия при аденомиозе и аденомиомах, а также в миометрии, окружающем эктопические очаги эндометрия при аденомиозе и в миометрии, и строме аденомиома. Очаговый и неравномерный характер выявленной гиперэкспрессии не позволяет провести статистический анализ и вынуждает ограничиться качественным, а не количественным анализом результатов.

Таким образом, создается впечатление, что моезин, p21-активированная киназа, CD 34, MMP 2 и 9 представляют собой уникальные биомаркеры аденомиоза.

MOESIN, P21- ACTIVATED KINASE 4, MMP 2 AND 9, CD 34 OVEREXPRESSION IS A UNIQUE BIOMARKERS OF ADENOMIOSIS

Adamyan L.A., Zayratyanc O.V., Manukyan L.M., Arslanyan K.N., Sonova M.M.

Moscow State University of Medicine and Dentistry
City clinical hospital named after S.I. Spasokukotsky

Thus, expression of the investigated enzymes was statistically significantly increased compared to the comparison group in atopic endometrium and ectopic foci in myometrium during adenomyosis and adenomyoma. The difference in expression of the studied enzymes between atopic foci in the endometrium and ectopic foci in the myometrium as in adenomyosis and adenomyoma were discovered, and between ectopic foci in

adenomyosis and adenomyoma. In addition, an increased expression of the investigated enzymes in myometrium in the parts of the ingrowth of the basal layer of the endometrium in adenomyosis and adenomyoma, as well as in the myometrium surrounding the ectopic foci of endometrium in adenomyosis in myocytes and stroma of adenoma. Patchy and uneven nature of the revealed overexpression does not allow for statistical analysis and



forcing be limited to qualitative rather than quantitative analysis of results.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИПИДНОГО СОСТАВА ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, ПЛАЗМЫ КРОВИ ЭКТОПИЧЕСКОГО И ЭУТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И МИОМОЙ МАТКИ

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

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

2 Московский Физико-Технический Институт (Государственный Университет), Долгопрудный, Московская область

Цель исследования: повышение эффективности диагностики наружного генитального эндометриоза методом прямой масс-спектрометрии.

Материал и методы. В исследовании по типу случай-контроль, участвовало 100 пациенток с наружным генитальным эндометриозом и 50 пациенток контрольной группы с миомой матки, подвергшихся оперативному лечению в гинекологическом отделении ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ. Диагноз наружного генитально эндометриоза был выставлен на основании лечебно-диагностической лапароскопии и окончательно подтвержден гистологически. У женщин с эндометриозом производился забор крови, перитонеальной жидкости, эктопического эндометрия для определения их липидного состава. У пациенток контрольной группы, помимо плазмы крови и перитонеальной жидкости, отбирался эутопический эндометрий для проведения сравнительного анализа. Качественную и количественную оценку липидома проводили с помощью прямой масс-спектрометрии с электрораспылением. В результате анализа было выявлено более 148 молекулярных маркеров, большую часть которых составили липиды четырех классов: фосфолипиды, сфинголипиды, ди- и триглицериды. С помощью многофакторного метода PLS-DA выделены липиды, дающие наибольший вклад в кластеризацию данных.

Результаты. В эктопическом эндометрии, в отличие от эутопического, оказался значительно повышенным уровень сфингомиелина (SM 34:1), фосфоэтаноламина (PE O-20:0), триглицерида (TG 41:2) и нескольких фосфатидилхолинов (PC 38:7, PC 40:8, PC 40:7). В крови и перитонеальной жидкости больных эндометриозом по сравнению с контрольной группой уровень 5 липидов был идентично изменен, а именно: фосфатидилхолина (PC 36:4), лизофосфатидилхолина (LPC 16:0), сфингомиелина (SM 34:1), фосфаэтаноламина (PE O-34:1). Экспрессия фосфаэтаноламина (PE O-20:0) оказалась повышенной не только в эндометриоидных тканях, но и в биологических жидкостях больных эндометриозом, что свидетельствует о возможной диагностической ценности данного липида. Чувствительность метода для плазмы крови составила 93%, специфичность – 95%; для перитонеальной жидкости чувствительность – 90%, специфичность – 95%.

Заключение: Данное исследование подтверждает участие фосфолипидов и сфинголипидов в патофизиологии эндометриоза, а также открывает новые возможности для неинвазивной диагностики наружного генитального эндометриоза.

Финансовая поддержка: Исследования были выполнены при поддержке гранта № 16-14-00029 РНФ и частично (идентификация



липидов) грантом Министерства образования Российской Федерации №МК-8484.2016.7.

COMPARATIVE ANALYSIS OF LIPID COMPOSITION OF PERITONEAL FLUID, BLOOD PLASMA, ECTOPIC AND EUTOPIC ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS AND UTERINE MYOMA

Borisova A., Adamyan L.V., Kozachenko A., Chagovets V., Starodubtseva N., Salimova D., Kononikhin A., Frankevich V.

This study confirms the involvement of specific phospholipids and sphingolipids in the pathophysiology of endometriosis, and opens new possibilities for non-invasive diagnosis of endometriosis. These categories of lipids have been directly involved in implantation, inner heightened proliferation and decreased apoptotic properties of endometriotic tissues, contributing

to the chronic pain syndrome. Validation of these lipids as serologic biomarkers in subsequent studies may enhance non-surgical diagnostic capabilities for patients with suspected endometriosis and may reduce the need of diagnostic laparoscopy.

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

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ТКАНИ

Булатова Л.С.1, Соломатина А.А.1, Карева Е.Н.2, Шишкина Д.И.1, Суркова Э.С.1

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

1 Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

2 Кафедра молекулярной фармакологии и радиобиологии им. академика П.В. Сергеева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

Поиск молекулярно-фармакологического маркера принадлежности пациенток к группе риска рецидивирования эндометриоза яичников необходим для разработки индивидуального плана послеоперационного ведения пациенток. Целью данного исследования был сравнительный анализ экспрессии генов рецепторов эстрадиола (mER, ER α , ER β) и прогестерона (PGRmC1, mPR, PR-A, PR-B) в ткани первичного эндометриоидного образования яичников и при рецидиве заболевания.

Стероидный транскриптом эндометриоидной ткани может отличаться при первичном случае заболевания и его рецидиве. Чтобы подтвердить или опровергнуть это

предположение, необходимо проведение сравнительного анализа экспрессии генов рецепторов половых стероидов в ткани эндометриоидных образований яичников в зависимости от случая заболевания (первичный случай или рецидив). Выявление изменений в экспрессии рецепторов половых стероидов при рецидиве эндометриоза яичников необходимо для разработки индивидуального плана послеоперационного ведения пациенток. Целью исследования было проведения анализа экспрессии генов рецепторов эстрадиола (mER, ER α , ER β) и прогестерона (PGRmC1, mPR, PR-A, PR-B) в ткани первичного эндометриоидного образования яичников и при рецидиве заболевания.



>> www.reproductive-congress.ru

В исследование вошли 94 пациенток репродуктивного возраста с эндометриодными образованиями яичников: 82 пациентки с первичным эндометриозом яичников и 12 пациенток с рецидивом заболевания. Всем обследованным проводили резекцию яичника в пределах здоровой ткани с использованием лапароскопического доступа с применением оборудования KarlStorz (Германия) с последующим гистологическим исследованием материала. Для определения экспрессии генов стероидных рецепторов использовали метод RT-ПЦР. Сравнение независимых переменных в двух выборках

осуществляли непараметрическим методом с применением критерия Манна-Уитни. Показатель вероятности ошибки p не более 5%. В результате проведенного исследования в эндометриодной ткани выявлено увеличение экспрессии гена mER в 3 раза, ER β в 5 раз, а также снижение – рецептора ER α в 7 раз при рецидиве заболевания по сравнению с первичным случаем заболевания ($p < 0,05$). Таким образом, рецепторный профиль эндометриодной ткани при первичном случае заболевания и рецидиве отличается друг от друга по уровню мРНК рецепторов эстрадиола.

RECURRENT ENDOMETRIOID FORMATIONS OF OVARIAN. FEATURES OF STEROID HORMONE RECEPTORS EXPRESSION IN TISSUES

Bulatova L.S.1, Solomatina A.A.1, Kareva E.N.2, Shishkina D.I.1, Surkova E.S.1

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow.

1 Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Pediatrics RNRMU.

2 Department of Molecular Pharmacology and Radiobiology RNRMU.

Searching for molecular pharmacological marker belonging to the group at risk of relapse of ovarian endometriosis is necessary to develop an individual plan for postoperative management of patients. The objective was to carry out

a comparative analysis of the gene expression of estradiol receptor (mER, ER α , ER β) and progesterone (PGRmC1, mPR, PR-A, PR-B) in the tissue of primary endometrioid formation of ovarian and recurrence of the disease.

АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ЧАСТОТАМИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ ZNF366 И VEZT И РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА: ДАННЫЕ ПО РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Пшеничнюк Е.Ю., Кузнецова М.В., Бурменская О.В., Кочеткова Т.О., Непша О.С., Трофимов Д.Ю., Адамян Л.В.

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриоз поражает 10%

женщин репродуктивного возраста и 35–50% женщин с тазовой болью и бесплодием.

Причины развития эндометриоза до настоящего времени неизвестны, однако, предполагается, что важную роль играют многочисленные факторы окружающей среды и наследственные

>> www.reproductive-congress.ru

факторы. На основании изучения 3096 близнецов, наследуемость эндометриоза (пропорция наличия болезни к наследственным факторам) была оценена в пределах 52%.

Проведенные исследования по полногеномному поиску ассоциаций (англ. GWAS, Genome-Wide Association Studies) позволили определить некоторые однонуклеотидные полиморфизмы (SNPs, Single nucleotide polymorphism), связанные с предрасположенностью к развитию заболевания. В настоящее время, отсутствуют данные по частоте встречаемости наиболее характерных для эндометриоза SNPs среди женщин с различными формами НГЭ в российской популяции.

Цель исследования: Определить частоту встречаемости rs10859871 и rs4703908 среди женщин с различными формами наружного генитального эндометриоза (ЭКЯ, глубокий инфильтративный эндометриоз и эндометриоз брюшины малого таза) в российской популяции.

Материалы и методы: Коллекция: образцы периферической крови от 143 пациенток с НГЭ (ЭКЯ, глубокий инфильтративный эндометриоз и эндометриоз брюшины малого таза) и 75 пациенток без этого заболевания. Сбор образцов производился непосредственно во время операции. ДНК всех образцов была амплифицирована с праймерами на участки генома rs10859871 и rs4703908. Последовательности фрагментов были определены путем секвенирования методом Сенгера. Генотипирование аллельных состояний каждого однонуклеотидного полиморфизма проводилось визуально по хроматограммам с помощью программы BioEdit.

Результаты исследования: Выявлена положительная ассоциация гетерозиготного генотипа C/G локуса rs4703908 и риска развития ЭКЯ (OR=1,78; 95%CI: 0,88-3,62; $p>0,05$) и глубокого

инфильтративного эндометриоза (OR=2,02; 95%CI: 0,85-4,73; $p>0,05$). Выявлена положительная ассоциация гомозиготного генотипа CC локуса rs10859871 и риска развития ЭКЯ (OR=5,61; 95%CI: 1,8-17,49; $p<0,01$), глубокого инфильтративного эндометриоза (OR=5,92; 95%CI: 1,68-20,83; $p<0,01$) и эндометриоза брюшины малого таза (OR=4,44; 95%CI: 1,15-17,07; $p<0,05$) по сравнению с условно здоровыми женщинами основной группы сравнения. Отмечается отрицательная ассоциация гомозиготного генотипа AA локуса rs10859871 и риска развития ЭКЯ (OR=0,77; 95%CI: 0,40-1,45; $p>0,05$), глубокого инфильтративного эндометриоза (OR=0,44; 95%CI: 0,19-1,00; $p<0,05$), эндометриоза брюшины малого таза (OR=0,58; 95%CI: 0,25-1,38; $p<0,05$).

Заключение: Гетерозиготный генотип C/G локуса rs4703908, расположенный вблизи ZNF366 гена, связан с повышенным риском развития ЭКЯ и глубокого инфильтративного эндометриоза в российской популяции. Гомозиготный генотип CC локуса rs10859871, расположенный вблизи VEZT гена, обеспечивает значительно более высокий риск развития всех форм НГЭ в российской популяции (аутосомно-рецессивная модель наследования). Гомозиготный генотип AA локуса rs10859871 выполняет протективную роль и снижает риск развития эндометриоза. Результаты нашего исследования делают rs10859871 вероятным кандидатным маркером, тестирование по которому может выявлять повышенную вероятность развития НГЭ у женщин российской популяции.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриодные кисты яичников, глубокий инфильтративный эндометриоз, эндометриоз брюшины, ZNF366, VEZT.

THE CONNECTION BETWEEN THE FREQUENCY OF APPEARANCE OF SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS IN GENES ZNF366 AND VEZT AND THE RISK OF DIFFERENT FORMS OF ENDOMETRIOSIS DEVELOPMENT: RUSSIAN POPULATION DATA

Pshenichnyuk E.Yu., Kuznetsova M.V., Adamyan L.V., Bourmenskaya O.V., Kochetkova T.O., Nepsha O.S., Trofimov D.Yu.

Conclusion: Rs10859871, located close to VEZT gene, provides an increased risk of endometrioma, deep infiltrating endometriosis and peritoneal endometriosis (autosomal



recessive pattern of inheritance). The results of our study make rs10859871 the probable candidate marker of endometriosis, which can be used to test the increased probability of endometriosis development among women in Russian population.

Key words: endometriosis, endometrioma, deep infiltrating endometriosis, peritoneal endometriosis, VEZT, ZNF366.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Духин А.О., Шкрели И., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Опарин И.С.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва, Россия

Неуклонное увеличение доли распространенных форм эндометриозной болезни среди женщин репродуктивного возраста в наши дни приобрела большую социальную и медицинскую значимость. Выраженный болевой синдром, высокая частота рецидивов, значительное снижение качества жизни пациенток и неудовлетворительные результаты гормонального лечения диктуют необходимость более пристального изучения генетических детерминант эндометриоза для улучшения качества жизни пациенток и сохранения их репродуктивного потенциала.

Целью исследования явилось улучшение репродуктивного здоровья женщин после хирургического лечения распространенных форм наружного генитального эндометриоза.

Методы исследования включали клинико-статистический, серологический, ультразвуковой, эндоскопический, морфологический и генетический анализ. Было обследовано 155 пациенток репродуктивного возраста ($32,4 \pm 1,2$ года). Все пациентки были оперированы по поводу наружного генитального эндометриоза III-IV степени. Операции проводились лапароскопическим доступом с использованием комплекса аппаратуры «Karl Storz» (Germany) по общепринятой методике. Во время операции у 55 пациенток были получены образцы эктопического эндометрия. У 36 практически здоровых женщин – методом аспирации в фазу пролиферации были получены образцы эутопического эндометрия. Генетическое исследование включало в себя изучение группы генов контроля пролиферации (KI67, CCNB1, STK15, CCND1, MYBL2, MYC и PTEN) и генов контроля апоптоза (BIRC5, NDRG1, TERT, BCL2, BAG1, BAX). Кластер клеточных рецепторов представили гены, кодирующие рецептор эстрогена- α (ESR1) и прогестерона A (PGR), группу генов межклеточных взаимодействий – гены, кодирующие

матриксную металлопротеиназу (MMP11) и катепсин (CTSL2). В качестве маркера присутствия макрофагов оценивали уровень экспрессии мРНК CD68.

Анализ анамнестических данных выявил ряд факторов, достоверно снижающих качество жизни женщин с распространенными формами наружного генитального эндометриоза. Болевой синдром различной степени выраженности наблюдался у 85,2% женщин и наиболее часто выражался в виде болей во время менструации (60,6%) и диспареунии (21,9%) либо их сочетаний. У пациенток с III и IV степенью наружного генитального эндометриоза отмечается высокая частота (83,9%) бесплодия: первичное бесплодие у 55,5%, вторичное бесплодие – практически у трети (28,4%) женщин. Нарушения менструального цикла имели место у 87,7% пациенток, наиболее часто проявляясь в виде дисменореи (60,6%) и меноррагии (43,2%).

Сравнительный анализ экспрессии генов в образцах эутопического и эктопического эндометрия выявил наличие статистически значимых генетических различий. Уровней экспрессии мРНК гена контроля пролиферации циклина D (CCND) в образцах эндометрия эндометриозной кисты был значительно выше (355 о.е.) по сравнению с эутопическим контролем (1,44 о.е.) ($p=0,0067$), как и уровень экспрессии мРНК MIC (231 о.е. по сравнению с 1,8 о.е.; $p=0,0447$). Уровень экспрессии мРНК гена ингибитора пролиферации PTEN был значимо выше в образцах эктопированного эндометрия по сравнению с контролем (516,7 о.е. по сравнению с 2,19 о.е.; $p=0,0187$). Анализ экспрессии мРНК генов контроля апоптоза продемонстрировал статистически значимо более высокий уровень экспрессии в эпителии эндометриозных кист ингибитора апоптоза BCL2 (624,4 о.е. по сравнению с 2,2 о.е.; $p=0,0067$). Следует также отметить

>> www.reproductive-congress.ru

статистически значимое повышение экспрессии маркера активации макрофагов CD68 в образцах ткани эндометриодных кист по сравнению с нормальным эндометрием (496,2 о.е. по сравнению с 1,17 о.е.; $p=0,0337$). Кроме того, отмечается тенденция повышения уровня экспрессии мРНК катепсина CTSL2 в образцах эктопированного эндометрия (2699,2 о.е.) по сравнению с нормальным эндометрием (72,3 о.е.) ($p=0,0736$) и ингибитора апоптоза BAG1 (272,6 о.е. по сравнению с 5,03 о.е.; $p=0,0887$).

Планирование беременности входило репродуктивные планы только 35 женщин из общего числа пациенток, оперированных по поводу III и IV степени наружного генитального эндометриоза, которым был проведен генетический анализ. Анализ уровня экспрессии генов PTEN, CCND, MYC, CD 68 и BCL2 выявил достоверно более низкие ($p<0,05$) показатели у пациенток с сохранной репродуктивной функцией (16) в сравнении с теми, у кого беременность самостоятельно не наступила (19).

Таким образом, сравнительный анализ экспрессии генов в образцах нормального

эутопического эндометрия и эндометрия эндометриодных кист выявил наличие статистически значимых отличий для экспрессии генов маркеров пролиферации MYC и CCND, ингибитора пролиферации гена PTEN, ингибитора апоптоза BCL2 и маркера активации макрофагов CD68. Уровень экспрессии этих генов был статистически значимо выше в образцах эктопированного эндометрия. Проведенное исследование выявило наличие обратной зависимости уровня экспрессии данных генов и возможности самостоятельной реализации репродуктивной функции после хирургического лечения распространенных форм наружного генитального эндометриоза.

Резюме. Проведено исследование экспрессии комплекса генов, участвующих в процессах пролиферации, апоптоза, клеточной дифференцировки и межклеточных взаимодействий в эктопическом и эутопическом эндометрии у пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Выявлена обратная зависимость уровня экспрессии ряда генов и возможности самостоятельной реализации репродуктивной функции.

MOLECULAR BIOLOGICAL DETERMINANTS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Dukhin A.O., Shkreli I., Babayev E.I., Bagdasarov Z.Z., Oparin S.I.

Department of obstetrics and gynecology with course Perinatology peoples' friendship University, Moscow, Russia

A study of the expression of the complex of genes involved in processes of proliferation, apoptosis, cell differentiation and intercellular interactions in atopicescom and ectopic endometrium in patients with external genital endometriosis. An

inverse relationship of expression level of several genes and the possibility of self-realization of reproductive function.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Прилепская В.Н., Ледина А.В.

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

Предменструальный синдром возникает в лютеиновую фазу менструального цикла,

проявляется нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными

>> www.reproductive-congress.ru

нарушениями, исчезают после начала менструаций. Частота ПМС колеблется от 25 до 90%, (2–19% женщин страдают тяжелыми формами ПМС) и зависит от возраста женщины: От 19 до 29 лет ПМС наблюдается у 20 % женщин; После 30 лет синдром встречается примерно у 50% женщин; После 40 лет частота ПМС увеличивается у 55% женщин. ПМС чаще встречается у эмоционально лабильных женщин астенического телосложения с дефицитом массы тела и у женщин интеллектуального труда. 5-8 % женщин страдают от крайне тяжелых симптомов ПМС, проявление которых принято определять как «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПМДР).

Качество жизни – показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик больного, отражающий способность человека адаптироваться к проявлениям болезни.

Качество жизни (КЖ) женщины зависит от ее репродуктивного здоровья, которое включает в себя гармоничность и сбалансированность полового, физического, психосексуального, психосоциального развития, соматического и психического здоровья. КЖ женщин с ПМС значительно снижено, что характеризуется изменением показателей как физической, так и психической шкал опросника MOS SF-36, в большей степени, показателей ролевого физического, ролевого эмоционального, социального функционирования, психического здоровья, а также в снижении работоспособности.

Важность изучения КЖ женщин с ПМС обусловлена тем, что у многих женщин предменструальные признаки оказывают существенное отрицательное воздействие на их повседневную жизнь: снижаются работоспособность, социальная активность, нарушаются взаимоотношения в семье, включая сексуальную сферу.

Наиболее частые варианты психоэмоциональных проявлений ПМС:

1. Напряжение и раздражительность
2. Агрессивность
3. Повышенная конфликтность
4. Депрессия
5. Частая неоправданная смена настроения

и другие

ПМС и дисменорея отнимают практически 8 лет активной жизни женщин – это около 3-х месяцев в году

Факторы риска ПМС:

- Острый или хронический эмоциональный стресс
- Психические заболевания
- Предшествующие гинекологические заболевания
- Чрезмерное употребление кофе и неправильное питание
- Курение
- Гиподинамия
- Ожирение
- Умственное и эмоциональное перенапряжение

• Соматические заболевания

• Наследственность

Этиопатогенетические механизмы ПМС (теории развития симптомокомплекса):

• Гормональная – нарушение соотношения эстрогенов и прогестерона в лютеиновой фазе менструального цикла

• Аллергическая – гиперчувствительности к эндогенному прогестерону

• Теория «водной интоксикации» – задержка жидкости у больных ПМС обуславливается нейроэндокринными нарушениями, в частности, изменениями в системе «ренин – ангиотензин – альдостерон»

• Гиперадренокортикальной активности и увеличения альдостерона – эстрогены способны увеличивать уровень ренина в плазме крови посредством увеличения ангиотензиногена печенью, в связи с чем увеличивается активность гормонов (ренина и ангиотензина II), что приводит к избытку альдостерона

• Психосоматических нарушений – нарушение обмена нейромедиаторов в ЦНС, ПМС рассматривают как функциональное расстройство центральной нервной системы из-за действия внешних факторов на фоне врожденной или же приобретенной лабильности гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы

Клинические проявления синдрома предменструального напряжения связывают с недостаточностью серотонина в ЦНС, относительной гиперэстрогенией и нарушением соотношения эстрогенов и прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла.

Серотонин и гонадные гормоны находятся в тесных реципрокных отношениях, эстрогены обладают мощным модулирующим действием на метаболизм моноаминов и функцию центральной нервной системы.

Клиническая картина:

– Нервно-психическая: эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость,



>> www.reproductive-congress.ru

бессонница, агрессивность, апатия к окружающему, депрессивное состояние, головные боли и головокружение, масталгия, вздутие живота и др.

– Отечная: отёки лица, голеней, нагрубание и болезненность молочных желёз, кожный зуд, потливость, жажда, прибавка массы тела, нарушение функции ЖКТ, боли в суставах, головные боли, раздражительность и др.

– Цефалгическая: головные боли по типу мигрени с тошнотой, рвотой и поносами (гиперпростагландинемия), головокружение, сердцебиение, бессонница, раздражительность, повышенная чувствительность к запахам, и др.

– Кризовая: симпатоадреналовые кризы («панические атаки»), сопровождающиеся повышением АД, тахикардией, болями в сердце, чувством страха без изменений на электрокардиограмме. Нередко заканчивается обильным мочеотделением

Принципы лечения ПМС:

- Соблюдение режима труда и отдыха, регулярные занятия спортом, также витаминотерапия (В6, Д, магний)

- Симптоматическая терапия: седативные препараты, антидепрессанты (СИОЗС), при аллергической реакции – антигистаминные, спазмолитики, НПВС

- Фитопрепараты на основе *Vitex agnus-castus* (Мастодинон, Циклодинон)

- С целью улучшения кровообращения в ЦНС – сосудистые препараты (ноотропил).

- При отечной форме – мочегонные средства

- Гормональная терапия (гормональная контрацептивы)

Побочные реакции при приёме фитопрепаратов встречаются в 5 раз реже, чем при использовании других фармпрепаратов, число противопоказаний значительно меньше, в связи с чем они могут применяться более длительно, при их применении лечебный эффект наступает медленнее, но является продолжительным.

Экстракт *Vitex Agnus Castus* обладает допаминэргическими свойствами, избирательно блокируя синтез пролактина, снижает уровень ФСГ.

Препараты содержащие *Vitex agnus-castus* (Циклодинон, Мастодинон).

Подтвержденные механизмы действия Витекса священного – дофаминергический эффект:

- Нормализует повышенный уровень пролактина

- Способствует устранению дисбаланса половых гормонов

- Влияет на опиоидные рецепторы (анти-депрессивное, анальгезирующее действие)

- Оказывает антиоксидантный эффект

Рекомендации FDA: I линия лечения при наличии психических расстройств, депрессии:

СИОЗС: Fluoxetine 20 mg daily

Sertraline 50 to 150 mg daily

Paroxetine 20 to 30 mg

Citalopram 20 to 30 mg daily

Прерывистыми курсами или в постоянном режиме (более эффективно).

Эффективность лечения составляет 60–70%. 30–40% не отвечают на лечение в I цикле, лечение следует продолжить в течение 3–4-х м. ц.

и затем решать вопрос об изменении терапии

Побочные эффекты возникают у 15%.

Гормональные контрацептивы:

- Дроспиренон-содержащий контрацептивный препарат (20 мкг ЕЕ и 3 мг дроспиренона)

- Левоноргестрел – содержащие КОК

- Дезогестрел – содержащие КОК

Предпочтительны препараты, применяемые в пролонгированном режиме.

При фитолечении отмечен более выраженный эффект в отношении обменно - эндокринных и физических проявлений ПМС (снижение аппетита, вздутие живота, мастодиния, масталгия и болевые проявления).

Таким образом, ПМС – патологический симптомокомплекс, значительно снижающий качество жизни, этиология и патогенез которого до настоящего времени недостаточно изучены

Лечение ПМС должно быть дифференцированным с учетом жалоб, возраста, состояния общего и репродуктивного здоровья женщин, наличия сопутствующих заболеваний, степени тяжести ПМС, приемлемости тех или иных средств лечения.



PREMENSTRUAL SYNDROME AND QUALITY OF LIFE

Prilepslaya V.N., Ledina A.V.

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

Premenstrual syndrome (PMS) is a pathological complex of symptoms that significantly reduces the quality of life, the etiology and pathogenesis of which has not been sufficiently studied

for nowadays. Treatment of PMS should be differentiated and depends on complaints, age, the condition of women's general and reproductive health, the presence of concomitant diseases.

МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

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

Оптимизация тактики ведения женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями, включающая лечебную гимнастику, способствует повышению эффективности восстановительного лечения. В клинической практике инструктора-методиста лечебной физкультуры важное место занимает научная разработка специализированных комплексов лечебной физической культуры при заболеваниях женских половых органов.

Цель исследования. Совершенствование модели комплекса лечебной гимнастики (ЛГ) в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки (ХВЗПМ).

Обследованы 51 пациентка в возрасте от 22 до 46 лет с верифицированным диагнозом ХВЗПМ. Общеукрепляющую ЛГ получили 25 пациенток (II группа), а у остальных 26 человек (I группа) ее сочетали с комплексом дыхательной гимнастики, упражнениями для мышц тазового дна и сложно-координационными для мелкой моторики. Курс составил 6 занятий с инструктором.

Результаты. Критериями объективизации эффективности проведенной ЛГ являлся ряд функциональных показателей: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), экскурсия грудной клетки (ЭГК), показатели динамометрии правой

и левой рук (ДПр и ДЛ), а также интегральный показатель биологического возраста по Л.М. Белозеровой.

Занятия в обеих группах проводили малогрупповым методом, 3 раза в неделю, в течение 2 недель. Реакция на занятия была адекватной, все физическую нагрузку переносили хорошо. Следует отметить, что только 3 (5,9%) женщин регулярно занимались физическими упражнениями, 7 (13,7%) – нерегулярно, а остальные 41 (80,4%) – т.е. подавляющее большинство, физкультурой не занимались.

Исходные показатели в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ($p \geq 0,05$) и отличны от нормативных.

По окончании занятий ЛГ в I и II группах пациенток выявлено достоверное увеличение ($p \leq 0,05$) показателя ЖЕЛ с $3,085 \pm 0,069$ до $3,319 \pm 0,076$ и с $3,032 \pm 0,070$ до $3,136 \pm 0,070$ мл; ЭГК с $8,412 \pm 0,205$ до $9,227 \pm 0,252$ и с $8,520 \pm 0,208$ до $8,928 \pm 0,234$ см; ДПр с $20,977 \pm 0,223$ до $22,231 \pm 0,237$ и с $20,836 \pm 0,236$ до $21,456 \pm 0,247$ кг; ДЛ с $19,169 \pm 0,194$ до $20,462 \pm 0,210$ и с $19,216 \pm 0,179$ до $19,820 \pm 0,250$ кг соответственно. Важно отметить, что конечные результаты между I и II группами пациенток также были статистически отличны ($p \leq 0,05$).

Динамика интегрального показателя биологического возраста (БВ) у пациенток I группы

>> www.reproductive-congress.ru

составила: $71,0 \pm 0,6$ от должного $44,5 \pm 0,5$, до $64,2 \pm 0,6$ у.е. А у пациенток II группы – $70,8 \pm 0,5$ от должного $44,5 \pm 0,4$, до $69,7 \pm 0,6$ у.е. Т.е. показатель БВ в I группе пациенток увеличился с 62,0 до 69,5%, а во II группе лишь с 62,9 до 63,9% от должного, что не было значимым.

Исходя из полученных данных и после их математической обработки выявлено повышение общей эффективности занятий на 15%, показателей дыхательной функции на 5%, а силы – на 3% только у пациенток I группы, получавших модифицированный курс общеукрепляющей и специальной ЛГ.

Заключение. Несмотря на широкий перечень лечебных мероприятий у женщин с ХВЗПМ ЛГ нет в стандартах лечения этого заболевания. Поэтому необходим поиск и совершенствование модели комплекса ЛГ с целью активации функциональных адаптационных резервов организма женщины с хронической гинекологической патологией. Полученные нами данные свидетельствуют об эффективности применения с этой целью модифицированного курса общеукрепляющих и специальных лечебных упражнений.

PLACE OF TREATMENT GYMNASTICS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH CHRONIC GYNECOLOGICAL DISEASES

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

FGBU "NC AHPP them. IN AND. Kulakov "MH RF, FGBOU" RGUIFSM and T " of the Ministry of Sport

Optimization of tactics of management of women with chronic gynecological diseases, including physiotherapy, improves the efficiency of rehabilitation treatment. In clinical practice instructor-methodologist of therapeutic physical

training is important to scientific development of special complexes of therapeutic physical culture in diseases of the female genital organs.

ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Ласкевич А.В., Оганесян Т.И., Овакимян А.С., Сонова М.М., Арсланян К.Н.

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Актуальность исследования: эндометриоз относят к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, он диагностируется у 10% молодых, социально активных женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз встречается почти у каждой 2-й женщины с бесплодием и у 70–90% – с симптомами боли (дисменорея, диспареуния и/или хроническая тазовая боль). Глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ) – наиболее тяжелая форма заболевания и четко коррелирует с хронической тазовой болью (ХТБ), механизмы которой

полностью не ясны. Полагают, что неоангио- и нейрогенез, чрезмерная экспрессия нервных волокон в сочетании с воспалительным микроокружением в эндометриоидных очагах обуславливает формирование нейропатического компонента боли у значительного числа пациенток. Центральная сенситизация (ЦС) является важным механизмом, способствующим формированию хронической боли, которая может сохраниться после удаления очагов эндометриоза. Таким пациенткам целесообразно применение «механизм-обоснованной терапии

>> www.reproductive-congress.ru

боли»: антиконвульсанты (АК), трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения хронической тазовой боли при эндометриозе.

Задачи: охарактеризовать клинико-анамнестические особенности пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) и ХТБ; изучить характеристики болевого синдрома при НГЭ с помощью специальных опросников; исследовать уровни факторов нейроангиогенеза (BDNF, NGF, VEGF), молекулы адгезии (sICAM-1) при НГЭ на локальном и системном уровнях, и оценить их связь с болевым синдромом; оценить уровни нейротрофинов (BDNF, NGF) до и после операции и их роль в диагностике и лечении болевого синдрома при эндометриозе; оценить клиническую эффективность комплексного лечения НГЭ в течение 12 месяцев наблюдения. Материалы и методы: исследование базировалось на обследовании 104 пациенток репродуктивного возраста с НГЭ: эндометриоидные кисты яичников, перитонеальный эндометриоз, ГИЭ, в клинической картине которых преобладал болевой синдром длительностью не менее 6 месяцев. Группу сравнения составили 33 пациентки без эндометриоза, которым выполнялась лапароскопия по причине доброкачественных образований яичников в репродуктивном возрасте. Материалом для исследования послужили перитонеальная жидкость, венозная кровь женщин. Для изучения количественных и качественных характеристик боли проводилось анкетирование с помощью специальных опросников (ВАШ, Pain Detect). Для изучения биохимической роли факторов нейроангиогенеза (VEGF, BDNF, NGF), молекулы адгезии sICAM-1, а так же онкомаркера СА-125 в формировании хронической тазовой боли при эндометриозе, была выделена группа исследуемых, которую составили 28 пациенток с ХТБ. Группу сравнения составили 16 пациенток без эндометриоза и ХТБ. После оперативного лечения (лапароскопии) 104 пациентки с ХТБ были разделены на 2 подгруппы: IIA подгруппу составили 78 пациенток, которые получали диеногест в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (диклофенак 100 мг 7 дней с началом каждой новой упаковки диеногеста). Из них IIA1 подгруппа – 16 больных с нейропатическим компонентом боли (Pain detect ≥ 19 баллов), IIA2 подгруппа – 62 пациентки с ноцицептивным компонентом боли (Pain detect < 19 баллов). IIB подгруппа: 26 пациенток с

нейропатическим компонентом боли на основании опросника Pain detect (≥ 19 баллов) помимо диеногеста по назначению невролога дополнительно принимали трициклические антидепрессанты (амитриптилин 10–150 мг/сут) в течение 3 месяцев. 23 пациенткам с НГЭ и ХТБ через 6 месяцев после лечения проводилась оценка болевого синдрома по ВАШ, определение уровней нейротрофинов (β -NGF, BDNF) в сыворотке крови. Результаты: пациентки с НГЭ и ХТБ с оценкой боли по ВАШ ≥ 7 баллов ($n=54$), «положительным ответом» по Pain Detect (≥ 19 баллов) ($n=42$) ассоциированы с 3–4 стадией заболевания и ГИЭ ($n=37$) ($p < 0,05$). При НГЭ, ассоциированном с ХТБ, выявлено статистически значимое повышение средних уровней нейротрофинов на локальном (BDNF – 2230,29 пг/мл, NGF – 758,71 пг/мл) и системном уровнях (BDNF – 9396,54 пг/мл, NGF – 428,82 пг/мл), VEGF на локальном (184,02 пг/мл) и системном уровнях (110,09 пг/мл), молекулы адгезии sICAM-1 на локальном (470 нг/мл) и системном уровнях (464,7 нг/мл) по сравнению с группой без НГЭ и ХТБ ($p < 0,05$). В результате комплексного лечения среднее значение ВАШ снижалось через 6 месяцев от исходного уровня в IIA1 группе до 3,4 баллов, в группе IIA2 до 1,3 баллов, в группе IIB до 0,8 баллов. Рецидив болей через 12 месяцев после комплексного лечения отмечался в 3 случаях в группе IIA1 и в 2 случаях в группе IIA2. Уровни нейротрофинов (β -NGF, BDNF) в сыворотке крови были определены 23 пациенткам через 6 месяцев от начала лечения диеногестом, среднее значение которых статистически значимо снижалось по сравнению с исходным ($p < 0,05$). Средний уровень β -NGF в сыворотке крови у пациенток до лечения составил 428,82 пг/мл, BDNF – 9308,54 пг/мл. Средний уровень β -NGF в сыворотке крови у пациенток через 6 месяцев после лечения диеногестом составил 270,54 пг/мл, BDNF – 3637,28 пг/мл. Выводы: характеристики ХТБ являются важным клиническим инструментом для выработки тактики ведения пациенток с НГЭ. В патогенезе развития тазовых болей при НГЭ важную роль играют провоспалительные цитокины (sICAM-1) и факторы нейроангиогенеза (VEGF, BDNF, NGF). Комплексная терапия эндометриоз-ассоциированного болевого синдрома, включающая оперативное лечение и последующее назначение гормональной терапии в сочетании с НПВП и при наличии нейропатического компонента боли с антидепрессантами эффективна и способствует снижению рецидивов заболевания.



ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN: A NEW PATHOGENETIC MECHANISMS

Laskevich, A.V., Oganesyanyan T.I., Hovakimyan A.S., Sonova M.M., Arslanyan K.N.

Russia, Moscow, of the Moscow state medical dental University named A. I. Evdokimov Ministry of health of Russia

Complex therapy of endometriosis-associated pain syndrome, including surgical treatment and the subsequent appointment of hormonal therapy in combination with anti-inflammatory and

nesteroidne in the presence of a neuropathic component of pain with antidepressants is effective and reduces recurrence of the disease.

ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ПМГМУ им. Сеченова И.М.

Новый методический уровень в клинической микробиологии дал возможность расширить микрoэкологические исследования, и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, как воспалительного, так и не воспалительного генеза. В частности, из группы так называемых «неспецифических», а именно «бактериальный и грибковый вагиноз», что определило более интенсивное изучение различных аспектов диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Установлено, что бактериальный вагиноз наряду с вагинальным кандидозом – частая патология у женщин репродуктивного возраста.

Нуждаются в совершенствовании методы его рациональной диагностики. Лечение рецидивирующего бактериального вагиноза, также как и вагинального кандидоза, представляет собой особые трудности, из-за отсутствия эффекта различных препаратов с «превыканием», и остается мало эффективным. Изучение ЛФ, особенно, в открытии механизма инактивации этим белком экзогенных провоспалительных факторов. И так же приводит к восстановлению нормальной макрофлоры влагалища при впервые

выявленных и рецидивирующих бактериальных и грибковых вагинитах.

Цель исследования: Разработать мероприятия по лечению и профилактике бактериальных и грибковых вагинозов у женщин репродуктивного возраста с применением лактоферрина на основании клинической оценки особенностей микрoэкологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища.

Женщины разделены на группы. 1 группа – впервые возникший бактериальный и грибковый вагинозом, 2 группа – рецидивирующий бактериальный и грибковый вагинитом. Так же разделены на группы по лечению. 1 группа: применения лактоферрина, 2 группа: применение лактоферрина и препарата с лактобактериями, 3 группа контрольная, лечение не назначалось. Эффективность восстановительной терапии и частоту рецидивов оценивалось на 3-ем и 4-ом визитах, через 30 и 60 дней.

Критерии эффективности: отсутствие жалоб, нормированные показатели микрoэкологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища. Для оценки особенности течения заболевания и эффективности терапии рассматривались следующие симптомы: наличие патологических выделений

>> www.reproductive-congress.ru

из половых путей с неприятным запахом. Наличие зуда, жжения, наличие болезненности при половом акте, дискомфорт, гиперемия, отек. Так же оценка эффективности препарата произведена с учетом нормализации данных микроскопического исследования из влагалища, нормализации pH, нормализации бактериального посева из влагалища.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика основных симптомов бактериального вагиноза и у 1 и 2 группы, улучшение лабораторных показателей (мазок из влагалища и бактериальный посев) у 95% пациенток. У пациенток с рецидивирующим бактериальным и грибковым вагинитом отмечалось улучшение на 85% у 1 группы и на 96% у 2 группы.

Улучшение были выявлены так же благодаря раман-флуоресцентных технологий.

Представлены данные пациентки до лечения и после. Видна значимая разница. Произошла нормализация кровотока и снижение пролиферативной активности.

Таким образом исследование показало, что клинически значимый и положительный эффект при применения препарата «неолактоферрин», содержащий лактоферрин достигнут.

Краткое резюме: в обзоре отражен современный взгляд на внедрение в клиническую микробиологию новых методов диагностики,

что дало возможность расширить микробиологические исследования, и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, как воспалительного, так и не воспалительного генеза. Определило более интенсивное изучение различных аспектов лечения и профилактики этой патологии. Клиническое значение этих нозологических форм определяется тем, что они в 2–6 раз увеличивают риск развития многих осложнений. Приводятся многочисленные и аргументированные научные доводы, указывающие на большое число рецидивов бактериальных и грибковых вагинитов. Лактоферрин приводит к снижению воспалительного ответа организма, как показано во многих исследованиях. В результате исследования оценивалось восстановление нормальной макрофлоры влагалища при впервые выявленных и рецидивирующих бактериальных и грибковых вагинитах. Поэтому целью нашего исследования и является повышение эффективности лечения кандидозных вульвовагинитов и бактериальных вагинозов с применением лактоферрина. Так же при исследовании данных заболеваний мы использовали новые методы диагностики, что дало возможность более быстрой и точной постановки диагноза. Этот метод раман-флуоресцентных технологий.

LACTOFERRIN AND RAMAN-FLUORESCENCE TECHNOLOGIES AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS AND DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE SEXUAL SPHERE

Golenkov D.G., Zuev V.M.

Department of Obstetrics and Gynecology number 1 First Moscow state medical University named after Sechenov I.M.

This review presents the modern view of the implementation of the clinical Microbiology of new methods of diagnosis, which gave an opportunity to expand microecological studies, and show that the suppression of the normal microflora of the vagina leads to diverse pathologies as inflammatory and non inflammatory origin. Determined a more intensive study of various aspects of treatment and prevention of this disease. The clinical

significance of these forms is determined by the fact that they are in a 2–6 times increase the risk of developing many complications. Are numerous and well-reasoned scientific arguments pointing to a large number of recidivism bacterial and fungal vaginitis . Lactoferrin leads to a decrease in the inflammatory response of the body, as shown in many studies. The study assessed the restoration of normal vaginal microflora when



newly diagnosed and recurrent bacterial and fungal vaginitis. Therefore, the aim of our study is the increase of effectiveness of treatment of candidal vaginitis and bacterial vaginosis with the use of

lactoferrin. Also in the study of these diseases, we used the new diagnostic methods, which enabled faster and more accurate diagnosis. This method of Raman-fluorescence technologies.

ОЦЕНИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ТЯЖЕЛЫМ УХУДШЕНИЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Файзиева М.Д. Хакимов А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Во время менопаузального перехода наблюдается большое колебание уровней гормонов, в результате чего женщины в перименопаузе и в постклимактерическом периоде подвержены различным психическим и физическим расстройствам.

Целью исследования является выявление наличия и тяжести менопаузальных симптомов, их влияние на качество жизни и оценить взаимосвязь между тревожностью и тяжелым ухудшением качества жизни у женщин в постменопаузе.

У 64 женщин в постменопаузальном периоде (48-59 лет) мы оценивали соотношение тревожности и депрессии модифицированному менопаузальному индексу (Е.В.Уварова). Мы оценивали тревожность (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale HAD), качества жизни (Шкала оценки симптомов менопаузы – Menopause Rating Scale MRS) и включали в анализ социально-демографические, клинические и антропометрические данные.

Полученные результаты показали, что тяжелая потеря качества жизни ($MRS \geq 17$) присутствовала у 12,5% женщин, а также тяжелых симптомов (подшкалы MRS): урогенитальная (21,8%), психологическая (17,2%) и соматическая (3,1%). Тревога была независимо связана с тяжелым ухудшением качества жизни. Средняя потеря качества жизни выявлена у 51,56% женщин. У 15,6% женщин определялась клинически выраженная тревога и депрессия ($HAD \geq 11$). У 60,9% женщин определялась субклинически выраженная тревога и депрессия (8–10 баллов по HAD). У остальных женщин отсутствовали симптомы тревоги и депрессии (0-7 баллов

по HAD). Модифицированный менопаузальный индекс более 58 (тяжелая степень) – 12,5%, 35–57 баллы (умеренная) – 38,2% и 12-34 баллы (слабая степень) – 25%. Физические симптомы были весьма различны, такими как усталость и снижение физической силы у 81,3% женщин, и только 6,25% страдают от роста волос на лице. Общие сексуальные изменения были зарегистрированы среди 48,4%, а 18,75% жаловались на сухость влагалища. 59,4% женщин жаловались на приливы и 45,3% на потение. 51,5% женщин считали, что симптомы менопаузы влияют на качество их жизни и только 24,2% из них принимали гормонозаместительную терапию.

Результаты подтверждают, что в постклимактерическом периоде тревога независимо ассоциировалась с тяжелым нарушением качества жизни. Тяжелая степень модифицированного менопаузального индекса усугубляет потерю качества жизни. Менопауза вызывает как физические, так и психические проблемы. Важное значение имеют просвещение, повышение информированности и обеспечение надлежащего вмешательства для улучшения их КЖ, которые должны предоставляться женщинам в менопаузе как на индивидуальном, так и на общинном уровне.

Резюме: В исследовании показано соотношение тревожности и депрессии к модифицированному менопаузальному индексу (Е.В.Уварова). Мы оценивали тревожность и качества жизни по стандартными шкалами (HAD и MRS) и подтверждали, что в постклимактерическом периоде тревога независимо ассоциировалась с тяжелым нарушением качества жизни и тяжелая степень модифицированного



>> www.reproductive-congress.ru

менопаузального индекса усугублял потерю качества жизни.

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN ALERT AND THE HEAVY DECREASE OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN POSTMANOPAUSE

Fayzieva M.D. Khakimov A.A.

Department of Obstetrics and Gynecology №1
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Summary: The study shows the correlation of anxiety and depression to a modified menopausal index (E.V. Uvarova). We evaluated anxiety and quality of life according to standard scales (HAD and MRS) and confirmed that in the

post-menopausal period, anxiety was independently associated with severe quality of life, the severe modified menopausal index exacerbated the loss of quality of life.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Цаллагова Е.В., Абакарова П.Р.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На сегодняшний день наиболее актуальным инструментом контроля качества оказываемой медицинской помощи при различных заболеваниях является изучение профилей качества жизни пациента.

Ожирение – не просто избыток жира в организме, это сложная патология, которую в настоящее время расценивают, как хроническое рецидивирующее заболевание, способствующее проявлению и развитию многих сопутствующих болезней, сокращающих продолжительность жизни человека и ухудшающих ее качество. Нарушение репродуктивной функции – частый симптом, сопровождающий прибавку массы тела. Эндокринное бесплодие – крайне серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется редкое сочетание социального, психического и практически всегда физического нездоровья и определение только

метаболических показателей пациентки и диагностика ее репродуктивной функции далеко неполно отображает картину состояния больного. В медицинскую практику введено понятие «качество жизни», связанное со здоровьем. Его рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности помощи пациентам. В настоящее время все общепринятые методики предполагают использование стандартизованного опросника, заполняемого больным.

Цель. Оценка качества жизни и выявление того, как ожирение и его лечение, а так же наличие первичного и вторичного бесплодия на фоне ожирения и при нормальной массе тела отражаются на всех составляющих нормального существования женщины.

Материал и методы. Всего было обследовано 376 женщин с избыточной массой тела и

>> www.reproductive-congress.ru

ожирением и нарушениями репродуктивной функции (первичное и вторичное ановуляторное бесплодие) (I группа). Средний показатель ИМТ – $31,28 \pm 0,4$ кг/м², средний возраст 28,74 лет. В группу контроля (II группа) вошли 351 женщина с нормальной массой тела и нарушениями репродуктивной функции. Средний показатель ИМТ – $25,63$ кг/м², средний возраст – 27,85 лет. Обе группы были сопоставимы по возрасту и давности infertility. Наблюдение за обеими группами проводилось в течение года, при этом обе группы в последствие были разделены на подгруппы в зависимости от наступления беременности во II группе, и снижения массы тела и наступления беременности в I группе. В качестве метода исследования использована русская версия опросника Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS-SF-36), одного из самых популярных неспецифических опросников по качеству жизни. Опросник SF-36, являясь общим и кратким, позволяет оценивать качество жизни респондентов с различными нозологиями и сравнивать этот показатель с таковыми у здоровой популяции, обладает достаточно высокой чувствительностью, содержит всего 36 вопросов, что делает его применение весьма удобным. Всего в методике 36 пунктов, из которых 35 используются для обработки баллов по 8 шкалам, каждый пункт используется в обработке баллов только по одной из шкал. 1 из 36 пунктов не используется в обработке не по одной из шкал, а позволяет определить «переходную точку здоровья», которая оценивается самостоятельно. Система оценки, используемая в опроснике, применялась по трехступенчатому методу. Первая ступень заключалась в перекодировке данных, вторая – в компьютерном подсчете баллов путем суммирования

баллов в каждой шкале и третья ступень переводила данные всех шкал в единую шкалу от 0 до 100 баллов (шкалирование по Лайкерту), в которой большее число баллов соответствовало лучшему состоянию здоровья.

Результаты. Полученные результаты пациенток с ожирением и избыточной массой тела (I группа) по всем шкалам опросника оказались достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин в контрольной группе (II группа). Особо наглядными были различия по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования и социального функционирования. В результате наблюдения в I группе произошло деление на подгруппу IA, в которую были включены 167 женщин, у которых репродуктивная функция не восстановлена, несмотря на снижение массы тела. В подгруппу IB вошли 209 женщин с наступившей беременностью. Во II группе пациентки были разделены на подгруппы, в зависимости от восстановления фертильности. В подгруппу IIA вошли 183 женщины, у которых беременность не наступила, в подгруппу IIB – 168 пациенток с диагностированной беременностью. При анализе полученных результатов опроса по всем шкалам опросника было сделано заключение об улучшении уровня качества жизни женщин в подгруппе IB, в сравнении со всеми подгруппами практически по всем шкалам. Вместе с тем, самый низкий уровень качества жизни по данным опросника зафиксирован в подгруппе IA.

Заключение. Качество жизни женщин после снижения массы тела достоверно улучшается независимо от результатов лечения бесплодия. Качество жизни у пациенток с ожирением может быть оценено количественно, что является более наглядным инструментом контроля за проводимой терапией, как для врача, так и для пациента.

REPRODUCTIVE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH OBESITY

Tsallagova E.V., Abakarova P.R.

Federal state budgetary institution "Scientific centre of obstetrics, gynecology and Perinatology named after academician V.I. Kulakov" health Ministry of the Russian Federation

To date, the most relevant tool for monitoring the quality of medical care provided for various

diseases is the study of the patient's quality of life profiles.



РАЗЛИЧИЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ В ЭУТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ ОТ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ И БЕЗ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пшеничнюк Е.Ю., Кузнецова М.В., Бурменская О.В., Непша О.С., Трофимов Д.Ю., Адамян Л.В.

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

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию и, также как эндометрий, отвечающей на циклические изменения яичниковых гормонов. Некоторые исследователи, использующие mRNA microarray analysis в своей работе, сообщали о различной генной экспрессии в эутопическом эндометрии от женщин с эндометриозом по сравнению с эутопическим эндометрием от женщин без этого заболевания.

Наше исследование было выполнено, чтобы проверить гипотезу о различной генной экспрессии в эутопическом пролиферативном эндометрии от женщин с эндометриоидными кистами яичников (ЭКЯ) по сравнению с эутопическим эндометрием от женщин без этого заболевания. Это позволит улучшить наши представления о патогенезе эндометриоза и поможет разработать малоинвазивный диагностический тест на это заболевание. В качестве исследуемого материала мы выбрали эутопический эндометрий, так как считается, что ретроградная менструация является ключевым механизмом патогенеза эндометриоза; также эутопический эндометрий от женщин с эндометриозом мало изучен при mRNA microarray analysis, а имеющиеся данные весьма противоречивы.

Цель нашего исследования: определить при помощи mRNA microarray analysis профиль экспрессии mRNA в эутопическом пролиферативном эндометрии от женщин с ЭКЯ по сравнению с эутопическим пролиферативным эндометрием от женщин без эндометриоза.

Материалы и методы: Сформированы следующие группы пациенток: 9 женщин с ЭКЯ (основная группа) и 7 женщины без эндометриоза (группа сравнения). Группу сравнения составили 7 женщин, у которых при

выполнении лапароскопического исследования не был выявлен эндометриоз. Материалом для исследования были образцы эутопического пролиферативного эндометрия, собранные в пробирки с RNA later. Сбор образцов производился непосредственно во время операции при помощи пайпель-биопсии до проведения гистероскопического исследования с последующим выскабливанием эндометрия. Выделение РНК проводили набором RNeasy Mini Kit (Qiagen, США) по стандартной методике. Гибридизация образцов производилась на микрочипах GeneChip Human Exon 1.0 ST Arrays (Affymetrix, США). Файлы DAT изображения микромассивов были получены с помощью пакета программ Affymetrix GeneChip Command Console. Анализ полученных данных производился с помощью программ Expression Console и TAC (Affymetrix, США).

Результаты исследования: При сравнении генной экспрессии эутопического пролиферативного эндометрия от женщин с ЭКЯ (основная группа) и эутопического пролиферативного эндометрия от женщин без эндометриоза (группа сравнения) было выявлено повышение экспрессии 21 гена и понижение экспрессии 6 генов. Мы обнаружили значительные изменения в уровнях экспрессии следующих генов в эутопическом пролиферативном эндометрии от женщин с ЭКЯ: FBJ murine osteosarcoma viral oncogene homolog (FOS) – повышение экспрессии в 13,82 раза ($p=3,24E-07$), FBJ murine osteosarcoma viral oncogene homolog B (FOSB) – повышение экспрессии в 8,46 раз ($p=0,000001$), early growth response 1 (EGR-1) – повышение экспрессии в 5,64 раза ($p=0,000005$), zinc finger protein 36, C3H type, homolog (mouse) (ZFP36) – повышение экспрессии в 5,53 раза ($p=0,000069$), dual specificity phosphatase 1 (DUSP1) – повышение экспрессии в 4,75 раз ($p=0,000033$), jun B proto-oncogene (JUNB) – повышение экспрессии в 3,99 раз ($p=0,000439$), jun proto-oncogene



>> www.reproductive-congress.ru

(JUN) – повышение экспрессии в 3,07 раз ($p=0,000047$), secretoglobulin, family 1D, member 2 (SCGB1D2) – понижение экспрессии в 4,83 раза ($p=0,029214$).

Заключение: FOS, FOSB, EGR-1, ZFP36, DUSP1, JUNB, JUN и SCGB1D2, экспрессия которых значительно изменена в эутопическом

эндометрии от женщин с ЭКЯ, могут являться потенциальными биомаркерами диагностики и прогрессирования этого заболевания.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриозные кисты яичников, эутопический эндометрий, microarray analysis, mRNA, FOS, FOSB, EGR-1, DUSP1, JUNB, JUN.

DIFFERENTIAL EXPRESSION OF GENES BETWEEN EUTOPIC ENDOMETRIUM FROM WOMEN WITH OVARIAN ENDOMETRIOSIS AND WITHOUT ENDOMETRIOSIS

Pshenichnyuk E.Yu., Kuznetsova M.V., Bourmenskaya O.V., Nepsha O.S., Trofimov D.Yu., Adamyan L.V.

FGBU "Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Conclusion: FOS, FOSB, EGR-1, ZFP36, DUSP1, JUNB, JUN and SCGB1D2, the expression of which is significantly altered in eutopic endometrium

from women with EC, may be potential biomarkers for the diagnosis and progression of this disease.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАРКЕРОВ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ОЧАГАХ УЗЛОВОГО И ДИФфуЗНОГО АДЕНОМИОЗА

Джамалудинова К.М., Козаченко И.Ф., Щеголев А.И., Адамян Л.В.

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

В различные годы проводились исследования по изучению причин возникновения аденомиоза. В последние годы наибольшее распространение получила теория, согласно которой, развитие заболевания происходит во время менструаций на фоне процессов регенерации, заживления и реэпитализации слизистой оболочки матки. Считается, что именно в момент менструации происходит внедрение клеток эндометрия в «ослабленную» переходную зону, имеющую структурные и функциональные различия по сравнению с остальным (внешним) миометрием. Теория о стволовых клетках также согласуется с фактом наличия автотравматизации матки. Повреждение тканей активирует мезенхимальные стволовые клетки, которые могут закладывать эктопические

эндометриальные поражения путем нарушения ниш эндометриальных стволовых/прогениторных клеток.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения и экспрессию маркеров стволовых клеток в эктопическом и эутопическом эндометрии у пациентов с узловым и диффузным аденомиозом.

В отделении оперативной гинекологии НЦАГиП им. Кулакова в период с 2013 по 2016 гг. произведено оперативное лечение 150 женщин, с предварительным диагнозом аденомиоза диффузной и узловой форм и последующим подтверждением его гистологическим исследованием. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 60

>> www.reproductive-congress.ru

пациенток с диффузной формой аденомиоза (ДАМ), вторую группу – 90 больных с узловой формой аденомиоза (УАМ). Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование операционного материала. Была изучена экспрессия маркеров стволовых клеток Musashi-1, COX-2, Oct4.

Результаты исследования: Средний возраст женщин первой группы составил $44,9 \pm 6,3$ лет, второй группы – $35,4 \pm 7,1$ лет. Наиболее часто пациентки обеих групп предъявляли жалобы на обильные менструации: в 1 группе – 43 (72,9%) женщины и во 2-й группе – 63 (70,8%). При этом обильные менструации, приводящие к анемизации, были отмечены у 37% пациенток обеих групп, минимальные цифры уровня гемоглобина достигали $109,8 \pm 22,0$ г/л у пациенток с диффузной формой аденомиоза и $120,3 \pm 16,0$ г/л у пациенток с узловой формой аденомиоза. Скудные кровянистые выделения по типу «мазни» до и после менструаций беспокоили 26 (44,1%) в 1 группе и 44 (49,4%) пациенток во 2 группе. Жалобы на болезненные менструации чаще предъявляли пациентки с узловой формой аденомиоза – 65 (73,0%), чем с диффузной формой – 30 (50,9%). Боль внизу живота, не связанная с менструацией, отмечена в 1 группе у 27 (45,8%) и во 2 группе у 55 (61,8%). Органосохраняющая операция была проведена 91 из 150 обследованных нами пациенток, остальные подверглись радикальному оперативному лечению. Средний размер узлов аденомиоза составлял $3,85 \pm 2,20$ см. При узловой форме узлы в основном располагались по задней стенке матки (55,1%), по передней стенке в 38,6% случаев и в области дна в 13,5% случаев. При иммуногистохимическом анализе ткани эндометрия и аденомиоза установлено, что положительная

реакция с Musashi-1 наблюдалась как в ядрах, так и в цитоплазме железистых и стромальных клеток. Максимальные значения были обнаружены в ядрах эпителиальных клеток, где они превышали аналогичную фазу секреции на 35%. Максимальные значения имелись в ядрах эпителиоцитов, где они превышали аналогичные показатели фазы секреции на 35%. Для COX-2 характерна цитоплазматическая реакция. В результате количественного анализа интенсивности реакции на COX-2 было установлено, что в ткани нормального эндометрия наивысший уровень экспрессии наблюдался в эпителиальных клетках в фазе пролиферации. Положительная иммуногистохимическая реакция с OCT4 наблюдалась в ядрах эпителиальных и стромальных клеток. При узловой форме аденомиоза эпителиальные и стромальные клетки OCT4+ были больше на 67,7% и 41,3% соответственно, чем в эутопическом эндометрии фазы пролиферации. При диффузной форме аденомиоза их число превышало аналогичные показатели на 123,2% и 90,4% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: На основании полученных нами данных можно предположить, что основными звеньями в развитии аденомиоза являются ослабленная или поврежденная соединительная зона и активация различных свойств стволовых клеток эутопического эндометрия, выражающаяся в частности в сверхэкспрессии маркеров стволовых клеток. Результаты нашего исследования и данные литературы позволяют частично объяснить отсутствие эффекта от проводимого гормонального лечения и причину рецидивирования заболевания, указывая на необходимость поиска таргетных воздействий именно на данные звенья патогенеза.

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTIC OF STEM CELLS MARKERS IN FOCI OF NODULAR AND DIFFUSE ADENOMYOSIS

Kozachenko I.F., DzhamaLudinova K.M., Shchegolev A.I., Adamyan L.V.

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

Study Objective: To study the features of the clinical course and expression of stem cell markers in ectopic and ectopic endometrium in patients with nodular and diffusive adenomyosis.

Conclusion: Aberrant Musashi-1 expression of stem cells markers in adenomyosis may be involved in the pathogenesis and pathophysiology of adenomyosis.



СОМАТИЧЕСКИЕ МУТАЦИИ ГЕНА MED12 У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ

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

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

С целью оценки и сравнения частот и характера соматических мутаций в экзоне 2 гена MED 12 в 2-х группах: 1 группа - женщины с отягощенным анамнезом по миоме, 2 группа – без отягощенного анамнеза, мы исследовали ткани 75 миом от 32 пациенток (от 1 до 5 миоматозных узлов от каждой), а также аликвоты крови всех пациенток. В своем исследовании мы проводили выделение ДНК и амплификацию экзона 2 гена MED 12, проводили ПЦР-реакцию 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.

Различные варианты соматических мутаций в экзоне 2 гена MED 12 встречались в разном количестве в 1 и 2 группах. Так, доля пациенток 1 группы, у которых были обнаружены мутации, составила 71% (у 12 пациенток из 17), доля миоматозных узлов с мутациями составила 66% (29 узлов из 44). Во второй группе доля пациенток с мутациями составила 60% (9 пациенток из 15), при этом доля миоматозных узлов с мутациями составила 48% (15 узлов из 31 образцов). Больше разнообразие и количество

однонуклеотидных замен обнаруживались в группе женщин с отягощенным анамнезом, при этом у женщин с множественными миомами одновременно встречались несколько вариантов замен в разных узлах.

Доля делеций у женщин с отягощенным анамнезом составила 47 % (у 8 пациенток из 17) против 20 % во второй группе (у 3 пациенток из 15). Кроме того, у женщин с отягощенным анамнезом встречалось большее разнообразие делеций по сравнению с женщинами без отягощенного анамнеза и сочетание однонуклеотидных замен и делеций в разных узлах при диагностированной множественной миоме.

Заключение: полученные нами данные подтвердили распространенность соматических мутаций в гене MED12 у женщин с миомой матки, и, что самое главное, подтвердили прямую взаимосвязь мутации исследуемого гена с отягощенным анамнезом. Согласно полученным нами результатам, наследственная компонента определяет насыщенность выборки мутациями гена MED 12.

Ключевые слова: миома матки, отягощенный анамнез, ген MED 12, соматические мутации, однонуклеотидные замены, делеции.

THE PATHOGENESIS OF UTERINE FIBROIDS: SOMATIC MED12 GENE MUTATIONS IN WOMEN WITH BURDENED ANAMNESIS

Sogoyan N.S., Kuznetsova M.V., Adamyan L.V., Trofimov D.Yu.

Academician V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Healthcare of the Russia, Moscow

Conclusion: the obtained data confirmed the fact of prevalence of MED 12 somatic mutations in women with uterine fibroid and, most crucially, justified the direct relation of mutation of the gene under study to the state with aggravated history. According to the obtained data the hereditary

component determines the selection abundance in MED 12 mutations.

Key words: uterine fibroids, family history, gene MED 12, somatic mutations, single nucleotide substitutions, deletions.



ГЛАВА 3/ CHAPTER 3:

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ NEW METHODS IN DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE THERAPY IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

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

СО₂ лазером были разделены на три группы. В основной группе (n=31) проводилась комбинированная терапия а2-интерфероном (a-IFN) в виде ректальных суппозиториях в течение 10 дней в сочетании с приемом внутрь таблеток индол-3-карбинола (13С) в течение 6 месяцев. В группе сравнения (n=31) для профилактики рецидивов ОК пациентки получали только стандартную иммуномодулирующую терапию а-IFN в виде ректальных суппозиториях. 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



>> www.reproductive-congress.ru

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 13С и а-IFN. Сочетание 13С и а-IFN показало более высокую эффективность чем стандартное использование лишь а-IFN.

COMBINED ANTIRETROVIRAL THERAPY OF OSTROCONNECTIVE CONDYLE OF OUTSIDE SEXUAL ORGANS IN WOMEN

Gasanova G.F.1, Apolikhina I. A.1.2

1 Federal State Budget Institution Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V. I. Kulakov of the Ministry of Health of Russia.

2 Institute of Vocational Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology.

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.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Увеличение частоты патологии эндометрия в популяции отмечают многие исследователи. Терапия хронических воспалительных заболеваний тела матки и, как их следствий, внутриматочных сращений, фиброзных изменений эндометрия является сложной клинической задачей

в связи с множественностью патогенетических звеньев патологического процесса. Препарат лонгидаза для комплексной терапии способен подавлять острую фазу воспаления, предотвращать реактивный рост соединительной ткани и вызывать обратное развитие фиброза, т.е.

>> www.reproductive-congress.ru

корректировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани.

Целью исследования являлась оценка эффективности препарата лонгидаза в комплексной терапии пациенток с хроническим эндометритом и/или внутриматочными синехиями.

Под наблюдением находилось 80 женщин в возрасте 25–42 лет. Пациентки предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи (38 женщин – 47,5%), и/или менометрорагий (22 женщины – 27,5%), альгодисменореи (46 женщин – 57,7%), тянущие боли внизу живота (68 жен. – 85%). Нарушение генеративной функции имели 72 пациентки – 90%. Всем была произведена диагностическая гистероскопия, при необходимости – резектоскопия и диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба эндометрия, ультразвуковое исследование органов малого таза. I (основную) группу составили 50 пациенток: с хроническим эндометритом (36), внутриматочными синехиями (14), II (контрольную) группу составили 30 пациенток: с хроническим эндометритом (23 жен), внутриматочными синехиями (10 жен). Все пациентки в послеоперационном периоде получали антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства. Помимо этого пациентки I группы в комплексе терапии получали препарат лонгидаза по 3000 МЕ в 2 мл 2% раствора лидокаина внутримышечно, начиная со 2-х суток после операции и далее с интервалом 4 дня всего 10 инъекций. Пациентки II группы в послеоперационном периоде получали только основную терапию.

В I группе все пациентки отметили субъективное улучшение состояния. При УЗИ у 21 пациенток (87,8%) отмечены правильная дифференциация слоев эндометрия. Эхо-гистеросальпингоскопия произведена 12 женщинам с внутриматочными синехиями I–II ст.: у всех пациенток полость матки была правильной формы без патологических изменений, маточные трубы проходимы у 10, у 2-х пациенток выявлены гидросальпинксы. В результате контрольной гистероскопии было установлено, что у 8 женщин полость матки была без деформаций, правильной формы и только у 1 пациентки (оперированной ранее по поводу множественных внутриматочных синехии III ст.) обнаружены соединительнотканые сращения в дне матки (возможно, не рассечены полностью при проведенном ранее вмешательстве). Из 37 пациенток с бесплодием у 14 (38%) женщин

этой группы в течение 4-х месяцев наблюдения наступила беременность. 15 пациенток планируют достижение беременности с помощью ЭКО в связи с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, наблюдение за остальными пациентками продолжается.

Во II группе все пациентки отметили уменьшение жалоб на тянущие боли внизу живота, из них у 22 жен. (73,3%) менструации стали безболезненными. 66,7% пациенток отметили нормализацию менструального цикла. При УЗИ через 2 месяца у 18 (60%) несоответствие эхо-структуры эндометрия параметрам менструального цикла, что расценивается как косвенные признаки хронического эндометрита. Эхо-гистеросальпингоскопия произведена 11 пациенткам.: патологии не обнаружено у 6, у 2-х выявлены полипы эндометрия, у 1-й – рецидив внутриматочных сращений. Маточные трубы были проходимы у 8, нарушение проходимости маточных труб – у 3-х.

В проведенном исследовании обнаружено усиление лечебного эффекта при сочетании антибактериальной терапии с лонгидазой по сравнению со стандартной терапией. У пациенток быстрее исчезали жалобы, купировались клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза. По данным инструментального контроля (УЗИ, Эхо-гистеросальпингоскопия, гистероскопия) у подавляющего числа пациентов зарегистрирована нормализация морфофункционального состояния эндометрия после проведенной терапии. Также отмечена эффективность терапии у пациенток, перенесших внутриматочные хирургическое вмешательства (разрушение синехий и перегородки, миомэктомию субмукозных узлов и повторные рассечения внутриматочных сращений).

Сочетание антибактериальной терапии с препаратом лонгидаза повышает эффективность терапии патологических изменений эндометрия.

Резюме: Терапия хронических воспалительных заболеваний тела матки и, как их следствий, внутриматочных сращений, фиброзных изменений эндометрия является сложной клинической задачей в связи с множественностью патогенетических звеньев патологического процесса. Препарат лонгидаза для комплексной терапии способен подавлять острую фазу воспаления, предотвращать реактивный рост соединительной ткани и вызывать обратное развитие фиброза, т.е. корректировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани.



>> www.reproductive-congress.ru

POSSIBILITIES OF LONGIDASE ADMINISTRATION IN COMPLEX THERAPY OF PATHOLOGICAL CHANGES OF ENDOMETRY

Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.

FGBOU at the MGMSU. A.I. Evdokimova of Ministry of Health of Russia.

Therapy of chronic inflammatory diseases of the uterine body and how their effects, intrauterine adhesions, fibrous changes of the endometrium is a complex clinical task due to the multiplicity of pathogenetic links of the pathological process. Drug longidasa for combined therapy is

able to suppress the acute phase of inflammation, to prevent the reactive growth of connective tissue and cause regression of fibrosis, i.e. korrigirovat a complex autoregulatory reactions of the connective tissue.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МЕЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА

Бобкова М.В., Гарданова Ж.Р., Адамян Л.В.

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

Актуальность: Описанные в литературе единичные исследования психологических особенностей женщин с синдромом МРКХ показывают, что эмоционально-психологические реакции женщин после установленного диагноза порока развития могут быть самыми разнообразными. Своевременное проведение у пациенток с аплазией влагалища и матки психосексуальной оценки и, по необходимости, психологической поддержки и лечения может предотвратить переход эмоциональных расстройств в тяжелые психологические нарушения. В настоящее время не существует единого мнения в отношении оптимального времени начала оказания психологической помощи пациенткам с синдромом МРКХ, хотя некоторые авторы предлагают внедрять психологическое консультирование и курсы психологической поддержки перед проведением хирургического или нехирургического лечения, направленного на создание искусственного влагалища.

Цель исследования: Оценка психологического статуса пациенток с синдромом МРКХ для выявления необходимости проведения

психопрофилактики или психотерапии после установления диагноза.

Дизайн: В отделении оперативной гинекологии ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ проведено сравнительное исследование путем анкетирования 57 пациенток с аплазией влагалища и матки (синдром Мейера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) и контрольной группой 57 здоровых женщин по четырем психологическим тестам: Спилбергера-Ханина, Бека, Лазаруса и Шмишека.

Результаты: По результатам тест-опросника Бека выявлен превалирующий в группе женщин с аплазией влагалища и матки средний и легкий уровень депрессии. 7% женщин с пороком развития МРКХ показали высокий уровень депрессии и половина из них высказывали суицидальные мысли, что является мишенью психотерапевтического воздействия и требует контроля на всех этапах лечения, включая хирургическое. По тесту Лазаруса в группе женщин с пороком развития гениталий превалирует средний адаптационный потенциал личности в пограничном состоянии, в то время как в группе контроля – низкий уровень



>> www.reproductive-congress.ru

напряженности, свидетельствующий об адаптивном варианте копинга. По шкале Шмишека наиболее выраженная акцентуация в группе с аплазией влагалища и матки гипертимность в 72% случаев и сочетания ее с эмотивностью и демонстративностью, что следует учитывать в индивидуальной работе психолога с таким контингентом больных.

Заключение: На основании проведенного исследования выявлены психологические

особенности пациенток с синдромом МРКХ, при выраженности которых рекомендуется консультация психолога и, по необходимости, психотерапия с последующим мониторингом психологического статуса таких женщин.

PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH MEYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME

Bobkova M.B., Gardanova J.R., Adamian L.V.

Summary: On the base of comparative investigation, conducting in the gynecologic surgery department of FSBI RC for OG and P MH of RF by testing 57 patients with vaginal and uterus aplasia (Meyer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome) and 57 healthy women, including the control with 4 psychological questionnaires by the name of authors Spilberger-Hanin, Beck, Lazarus and Shmishec, were revealed psychological peculiarity in patients with MRKH syndrome, which should be assess by psychologist for psychotherapy

and following women's status monitoring. The results of depression-scale shows prevalence medium and light level of depression in patients with MRKH syndrome. Among them 7% women demonstrated high level depression and half of them – talk about suicidal thoughts at the moment of diagnosing, which is the target for psychotherapeutical ascendancy and should be under control on every stage of treatment, including surgical correction.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ И ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Сонова М.М., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Казначеева Т.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФДПО, зав. каф. проф. Адамян Л.В.

Ключевые слова: эндометриоз, болевой синдром, диеногест, агонисты ГнРГ.

Цель исследования: Повышение качества жизни пациентов с генитальным эндометриозом путем применения гормональных препаратов для снижения болевого синдрома.

В исследование были включены 76 (1 группа с болевым синдромом) из 140 женщин с верифицированным на основании лапароскопии

и гистологического исследования диагнозом наружный генитальный эндометриоз I–IV степени тяжести согласно классификации R-AFS и наличием болевого синдрома. В зависимости от вида последующего гормонального лечения пациентки были разделены на 2 подгруппы. В 1а группу с наличием болевого синдрома вошли 38 женщин (50%), которые получали трипторелин 3,75 (1 инъекция в 28 дней).

>> www.reproductive-congress.ru

Во 1в группу (без болевого синдрома) основной исследуемой группы – вошли 38 женщины (50%), которые получали диеногест 2 мг перорально. Длительность лечения для группы пациенток, получающих трипторелин, составила 6 месяцев, лечение диеногестом проводилось минимум 6 месяцев. Часть пациенток, получающих диеногест, продолжили его прием по настоящее время.

Наблюдение за пациентками проводилось в течение 1 года после проведенной комплексной терапии. Трипторелин в дозе 3,75 мг пациентки получали внутримышечно 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев. Первая инъекция проводилась в период с 1 по 5 день менструального цикла. Диеногест пациентки получали в дозе 2 мг в сутки перорально на протяжении 6 месяцев. Все пациентки при лечении должны были использовать барьерный метод контрацепции. Клиническое обследование женщин проводилось каждые 3 месяца, в ходе которого отмечалось измерение болевых ощущений по ВАШ, выявлялись побочные эффекты лечения, проводился гинекологический осмотр и УЗИ органов малого таза трансвагинально. С целью изучения параметров качества жизни до начала лечения и через 6 месяцев после его окончания пациентки заполняли анкету « Профиль здоровья больных эндометриозом». До начала лечения пациентки имели следующие оценки болевого синдрома по ВАШ: 1а группа-39,73±18,23, 1в группа 38,72±17,22. Измерения болевого синдрома по ВАШ были сопоставимы для женщин, получающих АГРГ и ДГ. Средние измерения от исходного уровня к концу лечения составили -17,23±3,6, в группе ДГ составили-16, 94+-4,2-(р меньше 0,05). Отмечалось наибольшее облегчение болевых ощущений после лечения в подгруппе 1в, получающих ДГ, так и в группе 1а, получающих АГРГ. Оценка выраженности диспареунии оценивалась также через 3 и 6 месяцев.

Этот параметр, угнетающий качество половой жизни, для пациенток обеих подгрупп достоверно улучшался при проведении вышеуказанного лечения. Однако, 46% пациенток в подгруппе 1а и 24% пациенток в подгруппе 1в отмечали снижение либидо в течение первых трех месяцев приема препаратов. Дисменорея после восстановления менструального цикла

после окончания лечения по сравнению с исходным уровнем снизилась на 38% для пациенток 1 а группы и на 39,5% для 1в группы. Параметр «хроническая тазовая боль» также снижался в процессе лечения. Анализ результатов лечения показал, что средние измерения болевого синдрома от исходного уровня к концу лечения составили -17,23+-3,6 мм, в группе ДГ составили-16, 94+-4,2 мм-(р меньше 0,05).Измерения со стороны тазовых болей по ВАШ были сопоставимы для женщин, получающих трипторелин и ДГ. Среднее значение ВАШ по параметру боли снижалось через 3 месяца от исходного уровня на 18 мм в 1а группе, на 18 мм во 2 группе, через 6 месяцев снижение на 23 мм в 1а группе и 22 мм в 1в группы. В течение 6 месяцев лечения при применении аГРГ отмечалась выраженная регрессия болевого синдрома. Еще через 6 месяцев после окончания приема трипторелина в 1а группе не было отмечено рецидива болевого синдрома. 12 пациенток из группы 1в, применяли диеногест по настоящее время. У всех пациенток в течение 6 месяцев лечения отмечена регрессия уровня болевых ощущений, сопоставимая с группой 1а. Через 6 месяцев с момента окончания в этой группе пациенток не отмечено рецидива исходного уровня болей. Не отмечено статистических различий между двумя группами при лечении болевого синдрома диеногестом и трипторелином в снижении оценок болевого синдрома по ВАШ. Диеногест и аГРГ одинаково эффективны в лечении болевого синдрома в течение 6 месяцев. По эффективности при купировании боли, ассоциирующейся с эндометриозом, эффект диеногеста сопоставим с аналогами ГнРг, что подтверждено данными нашего исследования, исследованием японских ученых(Harada T. Et al (2009), Strowitzki T et al. (2010). Однако, учитывая наличие тяжелых побочных эффектов при лечении агонистами гонадотропин-релизинг гормонов, их применение ограничивается 6 месяцами.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки кандидатов наук – МК-2679.2017.7.



COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF AGONISTS OF GONADOTROPIN-RELEASING HORMONES AND DIENOGEST IN THE COMPLEX TREATMENT OF PAIN SYNDROM IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Sonova M.M., Loginova O.N., Arslanyan K.N., Kaznacheeva T.V.

Moscow state university of medicine and dentistry Chair of reproductive medicine and surgery

Key words: endometriosis, pain syndrom, dienogest, Agonist GhRH.

Improving the quality of life of patients with genital endometriosis by using hormonal drugs to reduce pain syndrome.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., 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

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) занимают ведущее место в гинекологии. А функциональные нарушения маточных труб при этом – частая причина бесплодия.

Целью исследования явилось изучение целесообразности применения компрессионно-вакуумной терапии (КВТ) у женщин с ВЗПМ.

Обследовано 48 женщин, перенесших острый инфекционный процесс и получивших антибиотикотерапию. Через 1 менструальный цикл при неизмененных показателях крови по УЗИ верифицировано наличие двусторонних гидросальпингсов. Данные бимануального исследования соответствовали данным УЗИ. Сформированы I и II репрезентативные группы по 24 человека.

Все пациентки получали противовоспалительную и иммунокорректирующую терапию, лечение переносили хорошо. В I группе женщин с 10–14 д.м.ц. дополнительно провели 5 процедур КВТ (аппарат МКВ-01 «Ивавита»). Эффективность лечения оценивали по общему состоянию женщин, данным УЗИ, биохимическим показателям и лейкограмме крови, концентрации кортизола в сыворотке крови.

У 20 (83,3%) пациенток I группы и у 10 (41,7%) – II, по окончании лечения гидросальпингсы по УЗИ отсутствовали. А данные бимануального исследования свидетельствовали об отсутствии инфильтративных изменений в областях придатков матки. Результаты электрофореграммы белой крови пациенток указывали на средние нормативные показатели белка и альбуминов, соответствие всех фракций глобулинов верхней границе нормы. При этом эндотоксический индекс (ЭИ) достоверно ($p \leq 0,05$) повысился только у пациенток I группы. Полученный результат свидетельствовал о снижении эндогенной интоксикации, что препятствует рецидивированию и хронизации воспалительного процесса. А во II группе пациенток ЭИ только имел тенденцию ($p \geq 0,5$) к снижению. Усиление адаптационных реакций крови при детализации лейкограммы у пациенток I и II групп отмечено на 50 и 20% соответственно, причем в первом случае превалировала благоприятная реакция активации, а во втором – реакция тренировки.

Концентрация кортизола в сыворотке крови во 2-й фазе м.ц. достоверно ($p \leq 0,05$) повысилась после 5 процедур КВТ с $290,6 \pm 14,1$ до



>> www.reproductive-congress.ru

362,1±19,2 нмоль/л и снизилось до исходного через 3 сут только у пациенток I группы. Все изменения были в пределах нормативных значений. Это может свидетельствовать о влиянии КВТ на глюкокортикоидную активность коры надпочечников в процессе лечения, что обеспечивает усиление вазотропного эффекта и устранение расстройства кровообращения в сосудистом бассейне малого таза вследствие воспалительного процесса. Эффект КВТ обусловлен сочетанным механизмом действия: дренированием цервикального канала и низкочастотной пульсацией, которые оказывают слабое термическое и рефлекторное воздействие на акупунктурные точки проекции региональных сосудов.

Данные бимануального и УЗ-исследования у остальных 4(16,7%) пациенток I группы и у 14 (59,3%) – II, указывали на наличие утолщенных маточных труб и признаки экссудации, что требовало продолжения лечения.

Вывод. Таким образом, использование компрессионновакуумной терапии (аппарат МКВ-01 «Ивавита») в комплексном лечении женщин с остаточными клиническими проявлениями ВЗПМ в виде гидросальпингсов является эффективным и патогенетически обоснованным.

COMBINED COMPRESSION-ULTIMAUS THERAPY IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPLICATIONS

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Churakov A.A.

FGBU «Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Named V.I. Kulakov» MH RF, Moscow
ГБОУ ВПО «Saratov State Medical University named V.I. Razumovsky» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Inflammatory diseases of the appendages of the uterus (VZPM) occupy a leading place in gynecology. And functional disorders of the fallopian tubes are a frequent cause of infertility.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Алдангарова Г.А., Тореева Ш.М., Бейсенова Ж.М.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», КРМУ, г. Алматы, Казахстан

По данным исследователей, частота бесплодного брака в Казахстане достигает до 17% и имеет тенденцию к росту (Жуматова М.Г., Локшин В.Н. 2010 г.), в России 15–17%, в мире составляет 10–15% (Яковлева Н.В. 2014 г.). Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) одна из наиболее распространенных и трудноизлечимых форм женского

бесплодия, его частота, по данным литературы составляет 40–50% случаев. (K.Vaid et al. 2014 г).

Причинами ТПБ чаще всего бывают: воспалительные заболевания органов малого таза; внутриматочные манипуляции (искусственные аборты, диагностические выскабливания полости матки, гидротубации маточных труб); оперативные вмешательства в анамнезе (особенно



лапаротомным доступом); наружный генитальный эндометриоз.

Трубное бесплодие может быть связано с нарушением функциональной активности маточных труб или с их органическим поражением, частота его составляет 35–40%. При проксимальной непроходимости маточных труб отмечается непроходимость интерстициального и/или истмического отдела. Нарушение проходимости проксимального отдела встречается у 10–25% женщин с патологией маточных труб. Морфологической основой этого состояния чаще всего являются узловатый истмический сальпингит, хронический сальпингит, трубный эндометриоз. Под дистальной непроходимостью подразумевается непроходимость ампулярного отдела, частота которой составляет у 75–90% всех случаев трубного бесплодия. Перитонеальное бесплодие обусловлено спаечным процессом в области придатков матки, частота встречаемости составляет 9,2–34%. (Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. 2012 г.; Das S, Nardo LG, Seif MW. 2007.). Под функциональной непроходимостью маточных труб понимают спазм интерстициального отдела или обструкция просвета аморфными слизистыми пробками. По результатам ГСГ в 45–47% может иметь место функциональная окклюзия маточных труб (ложноотрицательный результат). (Овчаренко Д.В. 2005г.; 10. Das S, Nardo LG, Seif MW. 2007.).

До развития эндоскопических (лапароскопии и гистероскопии) и рентгеноэндовазкулярных технологии, основным видом лечения проксимальной непроходимости являлись микрохирургические операции и ЭКО. Но, учитывая, невысокую эффективность ЭКО (36%, 40%, 45% соответственно США, Южная Корея, Израиль), (Яковлева Н.В. 2014 г.; Duffy J.M., Johnson N., Ahmad G., Watson A. 2009.) и высокий процент 66,3% развития спаечного процесса в малом тазу, а также часто встречающийся процент реобструкции 30% после микрохирургических операции. Стал вопрос о необходимости изыскания новых способов лечения проксимальной непроходимости, с учетом того, что 10–25% она является функциональной, которую можно преодолеть с помощью селективной сальпингографии и чрескатетерной реканализации маточных труб.

За период с 2010 по 2015 г. в ННЦХ им. А.Н.Сызганова обратились 976 пациенток с различными формами женского бесплодия, 560 (57,3%) женщин с ТПБ, из них 240 (42,8%) пациенток с первичным бесплодием, 320 (57,1%) – с вторичным. Средний возраст обследованных женщин составил 32 года ± 2 года (от 22 до 45 лет);

длительность бесплодия составил 5 лет ± 2 (от 1,5 до 15 лет); По результатам ГСГ проксимальная непроходимость выявлена у 117 пациенток (21%) из общего числа женщин с ТПБ. На хромо-сальпингоскопии, которая выполнялась во время лапароскопии, проксимальная непроходимость маточных труб подтверждена у 73 (13%) пациенток. Таким образом, у 44 (37,6%) пациенток результаты ГСГ оказались ложноотрицательными, т.е. имело место функциональная непроходимость маточных труб, обусловленная спазмом интерстициального отдела. Оставшимся 73 пациенткам с проксимальной непроходимостью с целью ее преодоления выполнялась селективная сальпингография (ССГ) по стандартной методике.

По результатам ССГ у 23 (31,5%) женщин из 73 удалось контрастировать маточные трубы и исключить окклюзию проксимальных отделов, у которых оказалась функциональная непроходимость обусловленная аморфными пробками. При сохраняющейся после ССГ проксимальной (истинной) непроходимости 50 (68,5%) пациенткам была произведена чрескатетерная реканализация маточных труб (ЧРМТ). Исследование было успешным и позволило контрастировать дистальные отделы маточных труб у 19 (38%) женщин.

Безуспешными были попытки контрастировать дистальные отделы МТ у 31 (62%) пациентки, которые были направлены на ЭКО. Контрольная ГСГ через 2 месяца после реканализации выполнена 19 пациенткам. Анализ контрольных ГСГ показал реокклюзию маточных труб у 4 (21,1%) женщин, которым были рекомендованы повторная ЧРМТ или ЭКО. Пациенток наблюдали до наступления первой спонтанной беременности или до их включения в программу вспомогательных репродуктивных технологий. Сроки наблюдения составили от 3 до 18 месяцев. У 10 (67 %) из 15 женщин наступила беременность; в 8 (78 %) случаях донесли беременность до родов; в 1 (11 %) случае наблюдалась замершая беременность и в 1 (11 %) случае произошел самопроизвольный выкидыш, 5 женщин под наблюдением.

Резюме: Для эффективного преодоления проксимальной непроходимости маточных труб и повышения частоты наступления беременности естественным путем, необходимо разработать алгоритм комплексной диагностики и лечения поэтапным использованием ХСС, ССГ, ЧРМТ.



>> www.reproductive-congress.ru

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PROXIMAL OBSTRUCTION OF FALLOPIAN TUBES IN PATIENTS WITH TUBAL PERITONEAL INFERTILITY

Aldangarova G.A., Toreyeva Sh.M., Beisenova Zn.M.

Kazakhstan, Almaty

Resume: For effectively overcome of the proximal obstruction of the fallopian tubes and increasing the frequency of pregnancy naturally, it is necessary to develop an algorithm for complex diagnosis and treatment in a phased manner CSS, SSS, CRFT.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИМУННОГО И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Духин А.О., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Вартанян С.Л.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва, Россия

Эндометриоз по праву можно считать эпидемией 21 века, охватившей все слои женского населения. В марте 2013 Всемирное общество по эндометриозу приняло первый Глобальный консенсус по ведению женщин с этим заболеванием. Но до настоящего времени достоверно не изучена связь боли с тяжестью заболевания и характерологической особенностью пациента.

В современном мире эндометриоз – это эпидемия, охватившая около 176 млн. представительниц женского пола, начиная с подросткового возраста, независимо от расовой принадлежности или социально экономического статуса.

Целью исследования явилось улучшение репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения.

Методы исследования включали клинико-статистический, серологический, ультразвуковой, эндоскопический, морфологический и генетический анализ. За период с 2014–2016 гг., контингент пациенток состоял из 114 женщин репродуктивного возраста без тяжелых сопутствующих заболеваний (составил 30+1, 5 года) с оперативным лечением по поводу распространенных форм наружного генитального, без

тяжелых соматических заболеваний. У 48 (64%) пациентки были отмечены III–IV ст. распространения. Степень распространенности эндометриоза оценивалась по классификации Американского общества фертильности (R-AFS). Все операции проводились лапароскопическим доступом с использованием комплекса аппаратуры «KarlStorz» (Germany).

Перед проведением оперативного лечения проводилось:

1. Определение антропометрических показателей (индекс массы тела, индекс Соловьева, измерение Калипером, размеры таза).

2. Оценка боли с помощью шкал (с помощью Визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли и болевого опросника Мак-Гилла (Mac-Gill)).

3. Анализ психоэмоционального статуса (оценка степени депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Бэка, а исследование индивидуально-психологических особенностей личности проводилась при помощи Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI тест).

4. Осуществлялся забор крови на определение эмбриотропных аутоантител,

>> www.reproductive-congress.ru

направленных к белкам-регуляторам эмбриогенеза (ОБМ, S100, ACBP 14/18 и MP-65).

В ходе поведенного исследования антропометрические показатели имели тенденцию к астеническому типу телосложения, ИМТ у 48 (42,1%) обследованных находился в границах 16–18, что является показателем дефицита массы тела, у 66 (57%) пациенток процент жира в организме был равен 18,4–20,3% обозначающий худощавость или же нормальное распределение жира в организме. Из общего числа обследованных женщин у 6 (12%) отмечалось сужение таза I–II степени. Эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства отмечались у 25 (33,3%) пациенток с тенденцией к истерической психопатии, у остальных пациенток наблюдались лабильность эмоционального состояния, склонность к депрессиям.

У более чем 60 % обследованных пациенток степень тяжести заболевания имела достоверную связь с интенсивностью тазовой боли, у 61 (68%) пациенток с III–IV степенью распространенности эндометриоза наблюдались максимальные показатели боли, а 10 (14%) пациенток вовсе оценивали боль как «невыносимую».

У пациенток с распространенными формами наружного генитального эндометриоза наблюдаются сдвиги в иммунореактивности,

преимущественно в сторону гипореактивности (47%).

Подавляющее большинство обследованных это женщины с астеническим типом телосложения с выраженным болевым синдромом, относящиеся к истерическому типу психопатий.

При выборе лечебной тактики необходимо обязательно учитывать антропометрические показатели, степень тяжести заболевания, выраженность болевого синдрома, оценку иммунореактивности, а также психоэмоциональный статус пациентки. Своевременное подключение психологической коррекции эмоционального статуса пациентов в предоперационном и послеоперационном периоде позволит уменьшить их психоэмоциональное напряжение, что безусловно положительно повлияет на репродуктивное здоровье женщин.

Резюме. Адекватный объем хирургического лечения, индивидуальная оценка болевых, иммунологических, антропометрических и личностных нарушений с последующей гормонотерапией позволит сохранить репродуктивное здоровье, а в дальнейшем выработать алгоритм реабилитации и улучшения качества жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

EVALUATION OF THE PECULIARITIES OF THE IMMUNE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Dukhin A.O., Babaeva E.I., Bagdasarova Z.Z., Vartanyan S.L.

Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Perinatology PFUR, Moscow, Russia

Adequate amount of surgical treatment, individual assessment of pain, immunological, anthropometric and personality disorders with subsequent hormone therapy will allow to maintain reproductive health, and further develop an

algorithm for the rehabilitation and improvement of quality of life in patients with external genital endometriosis.



ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Лебедева Е.А.1, Согилян А.С.2, Куртасов А.А.1

1 ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет МЗ, Ростов-на-Дону
2 Негосударственное учреждение здравоохранения Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО РЖД, Ростов-на-Дону

Резюме: Определены показания для проведения антиоксидантной терапии при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов женщин, в лечении которых применялась гипербарическая оксигенация. Динамика показателей скорости процессов свободнорадикального окисления может служить ориентиром для коррекции программы терапии.

С целью определения показаний к применению антиоксидантной терапии пациенткам с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (ВПО), проведено проспективное обсервационное продольное когортное исследование 26 пациенток с воспалительными заболеваниями ВПО. Все пациентки были разделены на три группы. В первую группу вошли 7 пациенток с впервые выявленным острым началом данного заболевания. Вторая группа включала 9 пациенток с выраженным рецидивом хронического воспалительного процесса. В третью группу были включены 10 пациенток, у которых отмечалось хроническое стертое течение воспалительного процесса. Лечение всех больных предусматривало применение общепринятой медикаментозной терапии в сочетании с гипербарической оксигенацией (ГБО).

В процессе проведения исследования изучалась скорость процессов свободнорадикального окисления (СРО) плазмы по интенсивности хемилюминесценции (ХЛ) плазмы. Оценка динамики приведенных показателей проводилась до начала лечения (исходные данные) и после второго дня применения общепринятой терапии в сочетании с ГБО.

Результаты. Согласно назначенному нами курсу лечения, после проведенного исследования пациенткам начали проводить общепринятую медикаментозную терапию в сочетании сеансом ГБО длительностью 45 минут, с рабочим давлением в барокамере 1,5 АТА. Комплекс общепринятой медикаментозной терапии

включал в себя антибактериальные препараты, противовоспалительную и противогрибковую терапию, назначение антигистаминных препаратов, витаминотерапию, санацию влагалища, пребиотики. После второго дня применения общепринятой терапии в сочетании с ГБО проводили контрольный забор крови с определением в плазме упомянутых нами ранее показателей.

Использование положительных эффектов ГБО (более сильное насыщение тканей кислородом, нормализация ряда важнейших биохимических реакций, усиление окислительных процессов) при лечении воспалительных заболеваний ВПО повышает эффективность общепринятой терапии. Однако, на фоне констатации положительных эффектов влияния гипербарического кислорода, в отдельных случаях (зависит от индивидуальных особенностей организма), могут иметь место отрицательные эффекты ГБО. Согласно результатам нашего исследования, у 22 пациенток из 26 первые два сеанса ГБО вызвали резкое повышение ряда показателей (СПБ – на 40 % и более, ВМВ – на 35 % и более, СМВ – на 20 % и более), характеризующих скорость протекания процессов СРО, с возможным истощением впоследствии антиоксидантных резервов. Основываясь на результатах собственных исследований и мнению отдельных авторов, одним из путей устранения отрицательных последствий ГБО, является включение в лечебный курс антиоксидантной терапии, что поможет исключить развитие кислородной интоксикации при проведении ГБО. Данным 22 пациенткам в курс лечения ввели антиоксидантную терапию, оставив неизменным назначенное ранее лечение, включающее общепринятую медикаментозную терапию в сочетании с ГБО.

Однако проведение антиоксидантной терапии при лечении воспалительных заболеваний



>> www.reproductive-congress.ru

ВПО не должно быть бессистемным. Подавление процессов образования активных форм кислорода и угнетение свободнорадикального окисления в результате бессистемного применения антиоксидантов – прямой шаг к хронизации процесса при воспалительных заболеваниях ВПО. Согласно проведенному нами исследованию, у части пациенток (4 человека из 26) повышение скорости СРО было умеренным, не приводившим к перенапряжению защитных механизмов и не требовавшим назначения антиоксидантных средств.

Длительность лечения составила от 12 до 14 дней. У всех пациенток произошло купирование признаков воспаления. Курс ГБО у всех пациенток был проведен полностью, признаки отрицательных эффектов ГБО не регистрировались.

Все больные после проведенной согласно заявляемой схеме терапии были выписаны в удовлетворительном состоянии. Ни у одной из пациенток в отдаленном после проведенного лечения периоде не были зафиксированы ни осложнения, ни побочные явления.

Заключение. Учитывая все вышесказанное, не всем пациенткам с воспалительными заболеваниями ВПО антиоксидантная терапия может быть показана, т.е. к ее включению в курс лечения воспалительных заболеваний ВПО необходимо подходить сугубо индивидуально.

Исследования интенсивности ХЛ при воспалительных заболеваниях ВПО могут служить ориентиром для коррекции программы терапии.

INDIVIDUALIZATION OF COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF INNER FEMALE SEX ORGANS

Lebedeva E.A., Sogikyan A.S.2, Kurtasov A.A.1

1 Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

2 Non-governmental institution of public health The road clinical hospital at the station. Rostov-Main, Russian Railways, Rostov-on-Don

Summary: The indications for antioxidant therapy in inflammatory diseases of internal genital organs of women, in which treatment was

applied hyperbaric oxygenation. Dynamics of rate processes of free radical oxidation may serve as a guide to correct treatment.

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СИРОПА ИЗ ПЛОДОВ МОЖЖЕВЕЛЬНИКА

Евсеева М.М.1, Олейникова Т.А.2, Папаяни О.И.2

1 Россия, г. Москва, Международный медицинский центр СИНАЙ

2 Россия, г. Пятигорск, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал Волгоградского государственного медицинского университета

Резюме. В статье приведены результаты изучения антимикробной активности сиропа из плодов можжевельника. Исследования проводили методом диффузии в агар. Антимикробную активность сиропа из плодов можжевельника сравнивали с действием 40% этанола. Показана выраженная антимикробная активность в отношении

Salmonella galenarum, *Staphylococcus aureus* (Макаров), *Proteus vulgaris*, *Bacillus anthracoides-1*, *Staphylococcus aureus* (Type) и *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus anthracoides-96* и *Escherichia coli-645*. Препарат сравнения не показал активности ни к одному из выбранных микроорганизмов, кроме *Salmonella galenarum*.

>> www.reproductive-congress.ru

Можжевельник – вечнозеленое хвойное дерево, относящееся к семейству кипарисовых, древесина которого практически не поддается гниению. В народной медицине используют, в основном, плоды (шишкоягоды) можжевельника в виде сиропа, отвара и настоя при воспалительных заболеваниях половых путей, почек, бронхолегочной системы, и, даже, туберкулезе. Можно предположить, что плоды можжевельника обладают бактерицидным действием, поэтому целью исследования явилась оценка антимикробного действия сиропа из плодов можжевельника.

Материал и методы. Изучали сироп из плодов можжевельника на 10 штаммах грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов методом диффузии в агар (метод «колодцев»). Данный метод основан на способности лекарственных веществ диффундировать в агар, зараженный тест-культурами микроорганизмов и подавлять рост последних. В три чашки Петри наливали по 15 мл расплавленного питательного агара, затем добавляли 1–2 мл взвеси испытуемых микроорганизмов в физиологическом растворе, сушили в течение 30 минут. Затем пробурывали 6 отверстий диаметром 6 мм на расстоянии 2,5 см от центра, заполняли их исследуемыми извлечениями и растворителем с известной концентрацией (контрольный образец). Чашки Петри оставляли при комнатной температуре на 30 минут и ставили в термостат при температуре 37°C. О наличии и спектре антимикробного действия исследуемых извлечений судили по диаметру зон задержки роста тест-культур, посеянных «газоном» на мясо-пептонный агар.

Оценку результатов определения антимикробной активности проводили путём измерения диаметра зоны задержки роста тест-культур микроорганизмов вокруг «колодца», включая диаметр самого «колодца».

Критерии оценки:

1) отсутствие зоны задержки роста – испытуемая культура не чувствительна к данной концентрации препарата;

2) диаметр зоны задержки роста 10 мм – умеренная чувствительность культуры к данной концентрации препарата;

3) диаметр зоны задержки роста более 10 мм – высокая чувствительность испытуемой культуры к данной концентрации препарата.

Антимикробную активность сиропа из плодов можжевельника сравнивали с действием 40% этанола.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено следующее: максимальная антимикробная активность получена в отношении *Salmonella galenarum* (диаметр задержки роста 32 мм!), *Staphylococcus aureus* (Макаров) и *Proteus vulgaris* (28 мм), *Bacillus anthracoides-1* (27 мм), *Staphylococcus aureus* (Type) и *Pseudomonas aeruginosa* (24 мм и 21 мм), *Bacillus anthracoides-96* (16 мм) и *Escherichia coli-645* (14 мм). При этом в отношении *Escherichia coli* 055 и *Escherichia coli* M17 сироп не показал выраженной антимикробной активности – диаметр зоны задержки роста не превышал 6 мм. Препарат сравнения также не показал активности ни к одному из выбранных микроорганизмов, кроме *Salmonella galenarum*.

Выводы: исследуемый сироп из плодов можжевельника обладает высокой антимикробной активностью в отношении всех культур, за исключением *Escherichia coli* 055 и *Escherichia coli* M17. Полученные данные подтверждают перспективность дальнейшего изучения плодов можжевельника с целью создания на их основе биологически активных субстанций и лекарственных форм для более широкого использования в этиотропной медицине.

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SYRUP FROM COMMON JUNIPER FRUITS

Evseeva M.M.1, Oleynikova T.A.2, Papajani O.I.2

1 Russia, Moscow, International Medical Center SINAY, evseevamm@gmail.com

2 Russia, Pyatigorsk, Pyatigorsk Medical and Pharmaceutical Institute - a branch of Volgograd State Medical University

Resume. The article presents the results of studying the antimicrobial activity of a syrup

from Juniper fruits. The studies were carried out using the method of diffusion into agar. The



>> www.reproductive-congress.ru

antimicrobial activity of the syrup from Juniper fruit was compared to the action of 40% ethanol. The expressed antimicrobial activity was shown against *Salmonella galenarum*, *Staphylococcus aureus* (Makarov), *Proteus vulgaris*, *Bacillus anthracoides-1*, *Staphylococcus aureus* (Type) and

Pseudomonas aeruginosa, *Bacillus anthracoides-96* and *Escherichia coli-645*. The comparison preparation showed no activity to any of the selected microorganisms except *Salmonella galenarum*.

ЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ВУЛВОВАГИНИТА

Чориева Г.З. Хазраткулова Х.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Ташкентской медицинской академии

Актуальность: здоровье женской репродуктивной системы является одним из основных факторов влияния на общее состояние женщин, их трудовую деятельность, репродуктивную

энергию, качество жизни и социальную активность. Согласно статистическим данным, каждая третья женщина, страдает инфекционным вульвовагинитом.

SIGNIFICANCE OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN TREATMENT OF INFECTION VULVOVAGINITIS

Choriyeva G.Z. Hazratkulova H.U.

Department of Obstetrics and Gynecology № 2 of Tashkent Medical Academy

Abstract: Clinical investigation is investigated with purpose evaluation of efficiency of vaginal solution of the Ibuprofen Isobutanolammonium (Ginenorm) in department Gynecology of Tashkent Medical Academy. Research was demonstrated that clinical condition of infection vulvovaginitis became more better in Experimental group and the rates of vaginal pain fell to – 90%, vaginal itching – 80%, vaginal burning – 90 % and leucoxantorrea- 80% at the 2nd day after treatment. Received information demonstrated significantly perspective in frequent and reliable treatment of vulvovaginitis

Actuality: Health of female's genitals system is one of the necessary influence factors to women's general condition, their work activities, reproductive energies, quality of life and social activities. According to statistics information, one of the third female who in reproductive age is ill with infection vulvovaginitis. Purpose of research:

Evaluation of efficiency of vaginal solution of the Ibuprofen Isobutanolammonium (Ginenorm) in treatment of infection vulvovaginitis.

Materials and methods: Research was investigated in the 2- clinic Gynecology department of Tashkent Medical Academy around from October in 2016 to march in 2017.

Age from 25 to 45 twenty patients took part in it voluntarily. Exploring clinical investigation with vaginal solution of Ibuprofen Isobutanolammonium was subjectively evaluated complain of patients in aid of modification of the Visual Analogy Scale (VAS). Criterions of valuation were vaginal pain, vaginal itching, vaginal burning and leucoxantorrea.

Patients divided into two group: Control group – treated with special wide efficient anti-microb vaginal suppositorium "Levometrin" (It is registration drugs in Uzbekistan. Structure: metronidazole, chloramphenicol, nystatin).

>> www.reproductive-congress.ru

Experimental group – treated with solution of Ibuprofen Isobutanolammonium (In Uzbekistan it is registered with the name of “Ginenorm”) to add to vaginal suppositorium. Evaluating of treatment efficiency carried out the 4th day during treatment and the 2nd day after treatment.

Result: Subjective symptoms of patients were improved the 4th day during treatment than the 1st day: vaginal pain – 50%, vaginal itching – 40%, vaginal burning – 60%, leucoxantorrea – 30% in Experimental group. But in Control group was possessed vaginal pain, vaginal itching and leucoxantorrea – only 30%, vaginal burning decreased 20%.

The 2nd day after treatment. It was shown that clinical condition of infection vulvovaginitis became more better in Experimental group and the rates of vaginal pain fell to – 90%, vaginal itching – 80%, vaginal burning – 90% and leucoxantorrea – 80%.

In Control group percentages reached to – 70% in vaginal pain and burning. The figure of vaginal itching improved – 60%, leucoxantorrea also – 60%.

Conclusion: To sum up, vaginal solution of Ibuprofen Isobutanolammonium (Ginenorm) showed efficiency in treatment of infection vulvovaginitis. Also this drug demonstrated significantly perspective in frequent and reliable treatment of vulvovaginitis.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

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

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

Препараты класса селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (SPRMs) в последнее время широко применяются при лечении миомы матки. SPRMs – это новый класс лигандов прогестерона, которые действуют как агонисты и антагонисты прогестерона или оказывают смешанное действие агонистов/антагонистов в отношении различных тканевых мишеней прогестерона. В число SPRMs входит улипристала ацетат, который действует на рецепторы прогестерона в миометрии и эндометрии, ингибирует овуляцию без воздействия на уровень эстрадиола и без антиглюкокортикоидной активности. Изучение механизмов его действия *in vitro* показало, что улипристала ацетат угнетает клеточный рост, снижает выработку ангиогенных факторов и регулирует апоптоз клеток миомы. Однако действие препарата *in vivo* изучено пока еще недостаточно. Требуется дальнейшие исследования его клинической эффективности для разработки критериев назначения. Целью нашего исследования было выявить взаимосвязь эффективности

терапии улипристала ацетатом пациенток с лейомиомой матки больших размеров с МРТ-картиной миоматозных узлов и экспрессией рецепторов прогестерона в ткани опухоли. Было обследовано 20 женщин с лейомиомой матки больших размеров, которым планировалось провести органосохраняющее хирургическое лечение. Все пациентки перед операцией получали в течение 3 месяцев 5 мг улипристала ацетата ежедневно. До и после приема препарата пациенткам проводилось МРТ исследование органов малого таза с оценкой количества миоматозных узлов, их расположения и размеров. В биоптатах миоматозных узлов и в ткани миометрия, полученных в ходе хирургического лечения, определяли экспрессию мРНК рецепторов прогестерона PR-A и PR-B методом RT-PCR. Объем доминирующего узла до начала курса лечения улипристала ацетатом по данным МРТ составил $198,7 \pm 48,25$ см³. После лечения значительных изменений размеров узлов не произошло – среднее значение объема доминирующих узлов было $201,5 \pm 49,11$

>> www.reproductive-congress.ru

см³. Всем женщинам было проведено удаление миоматозных узлов лапароскопическим доступом. В ходе операции субъективно отмечалось уменьшение кровотечения из ложа удаленных узлов, повышение эластичности тканей миометрия. Это позволило сократить время операции в среднем на 20–25 мин за счет экономии времени как на коагуляцию кровоточащих сосудов в ложе после энуклеации, так и коаптацию краев раны посредством ушивания. При дифференцированном анализе динамики размеров миоматозных узлов после лечения у 11 пациенток (55%) было отмечено уменьшение объема узла (с $175,50 \pm 64,51$ см³ до $144,6 \pm 53,69$ см³), а у 9 пациенток (45%) размеры узлов после лечения остались прежними или даже увеличились (с $231,30 \pm 78,59$ см³ до $281,30 \pm 84,48$ см³). МРТ исследование показало, что у всех 100% женщин с отсутствием клинического эффекта от лечения отмечалась неоднородная структура узлов, а при уменьшении размеров узлов после лечения в 80% случаев структура узлов была однородная. Кроме того, у пациенток с клинически значимым уменьшением размеров

узлов был выявлен более высокий уровень экспрессии мРНК PR-A в ткани лейомиомы по сравнению с миометрием, тогда как в случаях увеличения миоматозных узлов на фоне приема улипристала ацетата экспрессия мРНК PR-A и PR-B в ткани миомы практически не отличалась от таковой в миометрии. Таким образом, уменьшение размеров миоматозных узлов под действием улипристала ацетата отмечается у пациенток с однородной структурой ткани опухоли по данным МРТ и при повышенном синтезе PR-A изоформы рецептора прогестерона.

Резюме. Целью исследования было выявить взаимосвязь эффективности терапии улипристала ацетатом пациенток с лейомиомой матки больших размеров с МРТ-картиной лейомиомы и экспрессией рецепторов прогестерона в ткани опухоли. Установлено, что уменьшение размеров миоматозных узлов под действием улипристала ацетата отмечается у пациенток с однородной структурой ткани опухоли по данным МРТ и при повышенном синтезе PR-A изоформы рецептора прогестерона.

CLINICAL EFFICACY OF THE ULIPSTAL ACETATE TREATMENT DURING PREOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH LARGE UTERINE LEIOMYOMA

Malyshkina A.I., Kirsanov A.N., Nagornyi S.N., Voronin D.N., Malyshkina D.A., Sadov R.I., Antsiferova Yu.S.

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

The aim of the work was to elucidate the relationship between the efficacy of ulipristal acetate treatment of patients with large leiomyoma and MRT data and progesterone receptors expression in tumour tissue. It was found, that the decrease

of leiomyoma nodules after treatment was seen in patients with a homogeneous structure of tumour tissue according MRT investigation and with a high level of PR-A synthesis in leiomyoma.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМА ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Тореева Ш.М.

АО «ННЦХ им А.Н. Сызганова», КРМУ, Алматы, Казахстан

Частота миомы среди женщин репродуктивного возраста составляет 20–40 % и постменопаузального – 50%. Наиболее выраженную клиническую симптоматику имеет субмукозная миома, частота которой составляет 5–18%. С развитием эндовидеоскопической технологии стало возможным проведение

гистерорезектоскопической миомэктомии, выполнение которой ограничивается размерами субмукозного узла до 4,5 см. Высокая частота миомы матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией ставит перед гинекологами задачу, изыскивать возможности проведения органосохраняющих операции при

>> www.reproductive-congress.ru

миоме матки, и в частности субмукозной форме. Альтернативой гистерэктомии при миоме матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). Несмотря на высокую эффективность ЭМА в лечении субмукозной миомы матки (миолизис, экспульсия), остается дискуссионным вопрос в отношении введения пациенток с крупными субмукозными узлами в постэмболизационном периоде, при которых возможно нагноение узла, пиометра и септические осложнения. В связи с чем, остается актуальной проблема комплексного подхода в определении показаний к хирургическому лечению субмукозной миомы матки, а также разработка алгоритма тактики ведения в пред- и постэмболизационном периодах с целью снижения гнойных осложнений.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 231 пациентки, которым произведена ЭМА в период с 2010–2016 гг. в АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова». Средний возраст женщин составил $38 \pm 1,1$. Из них у 88 (38,1%) женщин была субмукозная форма миомы матки 0 и 1 типа. Длительность заболевания (с момента диагностики) колебалась от 3 месяцев до 15 лет. Наиболее частыми проявлениями субмукозной миомы матки являлись меноррагия в 88,6%, постгеморрагическая анемия в 48,8%, альгодисменорея в 37,3%, с меньшей частотой отмечены метроррагия в 19,3%, бесплодие в 18,2%, частое мочеиспускание в 11,3%. Субмукозные миоматозные узлы 0 типа выявлены в 44,3%, 1 типа – в 55,6%. Размеры узлов варьировали от 2–13 см, узлы до 5 см составили 58 (65,9%) (которые сочетались с узлами другой локализации), подслизистая миома размерами 5 и более см (крупные узлы) выявлены у 30 (34,1%). С целью повышения эффективности регрессии субмукозных узлов размерами 5 и более см в предоперационном периоде 30 пациенток получили УПА по 5 мг 3 месяца (1 курс). Всем пациенткам проводили предоперационную обследование: мазок на степень чистоты, жидкостная цитология, бак. посев из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам, аспират из полости матки. По показаниям санация влагалища, антибиотикопрофилактика. В постэмболизационном периоде болевой симптом отмечался в 94,3% наблюдений, повышение температуры – в 42%, лейкоцитоз – в 42%, которые наблюдались от 1–5 суток. Период диспансерного наблюдения после

ЭМА составил 12 месяцев. У пациенток после ЭМА в сочетании с УПА уменьшение клинических проявления было следующим: мено/метроррагия – 94%, болевой синдром – 96%, альгодисменорея – 97%, симптомы сдавления смежных органов – 95%. В группе женщин после ЭМА в сочетании с УПА регрессия миоматозных узлов с размерами от 5–8 см составила 43,2%, 8 и более см – 38%. За время диспансеризации регрессия субмукозных узлов размерами до 5 см составила 62,5 % у 33 (67,3%) пациенток; 5,2% у 16 (32,6%) и у 9 (15,5%) женщин отмечалась экспульсия субмукозного узла. За период наблюдения регрессия субмукозных узлов размерами от 5–8 см составила 24,6% у 18 (60%) пациенток; уменьшение субмукозных узлов размерами от 8–10 см – на 21% у 9 (30%) женщин; подслизистые узлы размерами от 11 и более см – на 18% у 3 (10%) пациенток. В группе женщин с субмукозными узлами размерами от 5 и более см после года наблюдения вторым этапом выполнена резектоскопическая миомэктомия независимо от размеров субмукозного узла. Уменьшение клинических проявления метроррагии отмечалось на 98,3% у 86 пациенток, меноррагии – на 97,7% у 85 женщин, альгодисменореи – на 92% у 80 пациенток, частого мочеиспускания на 98,2% у 86 оперированных. Осложнения в виде нагноения рождающегося субмукозного узла с пиометрой отмечалось у 2 (2,2%) пациенток. В одном случае произведено удаление рождающегося миоматозного узла путем выкручивания, во втором – гистерэктомия (1,1%). Среди 16 (18,1%) женщин с бесплодием, планировавших беременность через год диспансерного наблюдения после ЭМА беременность наступила у 5 (31,2%).

Резюме: При дифференцированном и комплексном подходе, а также рациональном ведении в пред- и постэмболизационного периодов в лечении субмукозной миомы матки можно получить эффективную регрессию субмукозных узлов и минимизировать гнойные осложнения, что способствует сохранению репродуктивного органа, восстановлению архитектоники полости матки, нормализации менструальной функции с последующей реализацией репродуктивного потенциала у женщин.



EXPERIENCE OF THE EMISSION WITH THE SUB-MUCH MOMENT OF UTERINE

Aldangarova G.A., Beisenova Zh.M., Toreeva Sh.M.

JSC "NNTsH to them A.N. Syzganova", KRMU, Almaty, Kazakhstan

Summary: By differentiated and complex approach, and also by rational control of pre - and postembolization periods in the treatment of sub-mucous uterine fibroids, it is possible to obtain an effective regression of nodes and minimize purulent complications, which contributes to the preservation of the reproductive organ, restoration of the uterine architectorectomy, normalization of menstrual function with subsequent implementation of reproductive potential of women.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Нурмагомедова П.А.

Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО ДГМ .

Проблема абортов в современных социально-демографических условиях в России занимает особое место. Под наблюдением находились 155 женщин, желавшие прервать беременность медикаментозно. Медикаментозный аборт является эффективным методом прерывания беременности на ранних сроках с использованием различных доз мифепристона.

Актуальность. Проблема абортов в современных социально-демографических условиях в России занимает особое место. В России только 25% женщин детородного возраста используют современные методы контрацепции. Следовательно, 75% женщин подвергают себя риску нежелательной беременности. По данным официальной статистики, из 10 беременностей только 3 завершаются родами, а 7 – абортами. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире.

Наиболее безопасным методом прерывания беременности является медикаментозный аборт (МА). Преимущества этого метода: высокая эффективность применения комбинации мифепристона – мизопростола – 95–98,6%, безопасность, обусловленная низкой частотой осложнений, отсутствие риска связанного с анестезией, отсутствие риска осложнений, связанных с самим хирургическим вмешательством, исключение восходящей инфекции и связанных с ней осложнений, исключение опасности передачи ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, отсутствие отдаленных последствий на репродуктивную функцию (Назаренко Т.А., Астахова Т.М., Баранов И.И. и др. 2009; Радзинский В.Е., Савельева И.С., 2009).

В РФ для медикаментозного прерывания беременности зарегистрирована доза мифепристона 600 мг и мизопростола до 0,8 мг через 36–48 часов после приема мифепристона. Частота полного аборта при применении этой комбинации колеблется от 91% до 98%. Протокол ВОЗ включает дозу мифепристона 200 мг внутрь и мизопростола 0,8 мг через 36–48 часов после приема мифепристона. Частота полного аборта при применении этой комбинации колеблется от 91% до 96%.

Цель. Целью настоящего исследования явилось проследить эффективность применения различных доз мифепристона для проведения медикаментозного аборта.

Материал и методы. Под наблюдением находились 155 женщин, желавшие прервать беременность медикаментозно. Прерывание проводилось на ранних сроках беременности (до 42 дней от 1-го дня последней менструации или до 6 нед беременности). Сформированы 2 группы: 1 группа получила мифепристон 200 мг и мизопростол 0,8 мг (n = 54), вторая группа (n =101): мифепристон 600 мг и мизопростол 0,8 мг. Для медикаментозного аборта 96 пациенток(61,9%) были первородящие и 59 (38,1%) – первобеременные. Из исследования были исключены пациентки с миомой матки и аденомиозом, после кесарева сечения, а также имевшие в анамнезе острые воспалительные заболевания женских половых органов.

Результаты. В первой группе полное прерывание беременности состоялось у 52 пациенток (96,3%). У 1 женщины (1,8%) постабортный период осложнился кровотечением и у 1 (1,8%) – неполный аборт, что потребовало хирургического



>> www.reproductive-congress.ru

вмешательства. Во второй группе у 100 пациенток (99%) произошло полное прерывание беременности, а у 1(1%) – неполный аборт, что также потребовало хирургического вмешательства. Неполный аборт был диагностирован по УЗИ (расширение полости матки и васкулярные эхо-включения). Весь процесс изгнания плода составил от 3 до 10 дней. Эффективность применения

мифепристона в нашем исследовании составила 98,7 %.

Заключение. Полученные данные позволяют согласиться с данными литературы о том, что метод медикаментозного аборта является эффективным методом прерывания беременности на ранних сроках с использованием различных доз мифепристона.

EXPERIENCE WITH THE USE OF MEDICAL ABORTION

Mamaeva M. Hashavat X-M., Abusuev Z.A., Stepanian N.A., Aliyev S.A., Nurmagomedov P.A.

The abortion question in modern Russian socio-demographic conditions holds a specific place.

We inspected 155 women which wanted to terminate a pregnancy with the help of pills.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

Куцитарь И.В.

Кафедра Радиологии и Медицинской Визуализации Государственный Университет Медицины и Фармацции «Н.Тестемицану», Кишинев, Молдова

Актуальность исследования: Синдром Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) представляет собой редкую сочетанную аномалию женской мочеполовой системы. В основе развития этого синдрома лежат нарушения формирования и дифференцировки парамезонефральных (мюллеровых) и мезонефральных (вольфовых) протоков в периоде эмбрионального развития. Данный синдром включает в себя триаду симптомов – uterus didelphys (удвоение матки и влагалища), обструкцию удвоенного влагалища и сочетается с ипсилатеральной агенезией почки. Наиболее распространенными симптомами этой аномалии являются: дисменорея в течение первого года после начала менархе, циклические боли в нижней части живота и наличие гематокольпоса. В свою очередь, гематокольпос может сдавливать соседние органы малого таза и вызывать констипацию и/или острую задержку мочи. Своевременная диагностика синдрома HWW остается актуальной проблемой, так как способствует ранней хирургической коррекции данной аномалии и

позволяет снизить риск развития таких осложнений (пиокольпос, тубо-оварийный абсцесс, бесплодие и развитие эндометриоза).

Цель исследования: изучить клинико-радиологические критерии и оценить эффективность ранней диагностики синдрома HWW; проанализировать особенности и распространенность радиологических симптомов HWW.

Материалы и методы обследования: в исследование были включены 15 пациенток с синдромом HWW, средний возраст которых составлял – 15.4 ± 0.7 лет (95% CI: 13.82 – 16.98). Половое созревание по шкале Tanner JM соответствовало III ст. – 1(6.6%), IV ст. – 5(33.4%) и V ст. – 9(60%) случаев. Индекс массы тела составлял – 21.1 ± 0.6 кг/м² (95% CI: 19.89-22.31). Основные клинические симптомы: жалобы на циклические боли различной интенсивности во время менструации, первичная аменорея и дисменорея, пальпируемое образование в нижней части живота. У 9 (60%) пациенток из 15 при физикальном обследовании пальпировалось объемное образование в брюшной полости, задержка мочи была

>> www.reproductive-congress.ru

выявлена у 3 пациенток, констипация – у 1 пациентки. Длительность симптомов – 15.6 ± 3.9 мес. (от 1 до 53 мес.).

Всем пациенткам в комплексе диагностических мероприятий проводилась трансабдоминальная и трансректальная ультрасонография (УСГ). Для дифференциации типа аномалии матки у 5 пациенток проводилась Магнитно-резонансная томография (МРТ), а Компьютерная томография (КТ) была проведена у 3 пациенток. В сравнение с другими методами обследования, метод МРТ был более информативен в определении контуров и формы матки, структуры влагалищной перегородки, а так же более четко определял сопутствующую патологию (эндометриоз и воспалительные процессы в малом тазу).

Результаты исследования: Правосторонний синдром HWW выявлен чаще, чем левосторонний и составляет соответственно 11 (73.3%) vs. 4 (26.7%), различия статистически достоверны ($p=0.0268$). Полная окклюзия гемивагины отмечена в 5 (33.3%) случаях и у 10 (66.7%) выявлена частичная обструкция, частота статистически недостоверна ($p>0.05$). При проведении УСГ и МРТ были выявлены следующие размеры гематокольпоса: максимальный – 99.8 ± 12.3 мм (95%

CI:73.43-126.2) и минимальный – 64.8 ± 6.6 мм (95% CI:50.70-78.90). По распространенности гематокольпоса все пациентки распределились следующим образом: гематокольпос + гематометра – 15/15 (100%) случаев, гематокольпос + гематометра + гематосальпинкс – 4/15 (26.7%) и гематокольпос + гематометра + гематосальпинкс + кровь в брюшной полости – 3/15 (20%). Классический вариант синдрома HWW (uterus didelphys) наблюдался статистически достоверно ($p=0.0001$) чаще, чем неклассический (двурогая матка) и составили соответственно 13/15 (86.7%) vs. 2/15 (13.3%). Все пациентки подверглись хирургической коррекции – вскрытие и дренирование гематокольпоса, субтотальное иссечение вагинальной перегородки; объем эвакуированной крови составил $\approx 763.3 \pm 143.6$ мл (от ≈ 150 мл до ≈ 1800). Длительность хирургического лечения – 34.3 ± 4.8 мин, койко-дни – 4.4 ± 0.3

Заключение: Синдром HWW диагностируется при помощи УСГ, а в сложных случаях МРТ является методом выбора для уточнения диагноза. Своевременная диагностика синдрома HWW очень важна для раннего восстановления фертильной функции и профилактики возможных осложнений.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF HERLYN-WERNER-WUNDERLICH SYNDROME

Cutitari I.V.

Moldova, Chisinau, State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Department of Radiology and Imaging

Summary: The HWW syndrome is diagnosed by USG, and in complex cases, MRI is the method of choice for clarifying the diagnosis. Timely

diagnosis of HWW syndrome is very important for early recovery of fertility and prevention of possible complications.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

г. Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии

Резюме. Проведено сравнение эффективности методов инструментальной диагностики

доброкачественной патологии матки. Использование ультразвукового сканирования и

>> www.reproductive-congress.ru

гистероскопии позволяет с высокой точностью диагностировать диффузную форму аденомиоза, гиперплазии эндометрия и сочетанную патологию матки.

На современном этапе проблема аденомиоза и гиперплазии эндометрия приобрела особое значение в связи со сложностью диагностики, обусловленной большим разнообразием клинических проявлений болезни, а также значительным количеством случаев сочетания аденомиоза с другой доброкачественной патологией эндо- и миометрия. Целью исследования явилось сравнение эффективности методов инструментальной диагностики доброкачественной патологии матки. Нами было обследовано 165 пациенток репродуктивного возраста. Они были разделены на 2 группы: 135 женщин репродуктивного возраста с аденомиозом, гиперплазией эндометрия и сочетанной патологией матки (аденомиозом и гиперплазией эндометрия), которые составили основную группу и группа контроля – 30 гинекологически здоровых женщин. Всем им на 6-7 и 22–24 дни менструального цикла выполнено УЗИ гениталий. Гистероскопию выполняли в I фазу менструального цикла с прицельной биопсией эндометрия и исследованием биоптатов. Акустическими критериями доброкачественной патологии матки мы считали увеличение размеров матки, которое наблюдали у 83,7%; округлость ее формы с асимметричным утолщением одной из стенок – у 67,4% больных; неоднородная, гиперэхогенная структура миометрия – у 84,4% женщин с аденомиозом и 97,7% с сочетанной патологией; появление в эндометрии накануне

менструации анормальных анэхогенных включений диаметром 1–3 мм – у 71,1% женщин (при аденомиозе – 82,2% и сочетанной патологии – 93,3%); неравномерность толщины эндометрия – у 82,2% женщин с доброкачественной патологией матки, преимущественно при гиперплазии эндометрия (95,5%); в 60,0% – зазубренностью базального слоя эндометрия; у 46,6% – эхогенные трубчатые структуры, ориентированные перпендикулярно плоскости сканирования (аденомиоз – 62,2% и сочетанная патология – 77,7%). Нами получены достоверные различия при анализе состояния срединной структуры матки (М-эхо) в группах с сочетанной патологией $13,5 \pm 3,34$ мм и гиперплазией эндометрия $12,5 \pm 2,8$ мм, что в 2,5 раза превышало данные показатели группы контроля ($5,4 \pm 1,3$ мм). Гистероскопия выявила ригидность стенок и плохую растяжимость матки у 65,9% женщин с доброкачественной патологией матки, деформацию полости матки – у 44,4% женщин, одинаково часто с гиперплазией эндометрия и сочетанной патологией (48,8%). Расширение полости матки гистероскопически отмечалось у 34,1%; неровность рельефа, шероховатость стенок матки – у 67,4% пациенток с доброкачественной патологией матки, особенно при сочетанной патологии (86,6%); расширение желез по типу «эндометриоидных глазков» – у 73,3% пациенток с сочетанной патологией и 46,6% с аденомиозом.

Использование ультразвукового сканирования и гистероскопии позволяет с высокой точностью диагностировать диффузную форму аденомиоза, гиперплазии эндометрия и сочетанную патологию матки.

INSTRUMENTAL DIAGNOSTICS OF BENIGN DISEASES OF THE UTERUS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.

Donetsk, Donetsk national medical University. M. Gorky
Department of obstetrics and gynecology

Abstract. A comparison of the effectiveness of methods of instrumental diagnosis of benign uterine pathology. The use of ultrasound scanning and hysteroscopy allows high accuracy to diagnose

diffuse form of adenomyosis, endometrial hyperplasia and concomitant uterine pathology.



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У., Касумова З.М.

Россия, г. Махачкала, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Обследовано 58 женщин в постменопаузе, с главным клиническим признаком метаболических нарушений – ожирением. Выявлено, что климактерический синдром легкой степени тяжести обнаружен у 18 (31%) женщин, средней тяжести – у 34 (59%) и тяжелой степени выявлен у 6 (10%). Анализ показал как отрицательное влияние ожирения на течение климактерического синдрома, так и неблагоприятное влияние на течение генитоуринарного менопаузального синдрома.

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) второй по частоте «маркер» наступления климактерия. 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 – это время для дополнительных прибавок массы тела. Одним из проявлений метаболического синдрома является ожирение. В связи с чем, целью данного исследования явилось изучение влияния ожирения на показатели ГУМС и климактерического синдрома у женщин.

Было обследовано 58 женщин в постменопаузальном периоде, обратившихся в Республиканский диагностический центр г. Махачкалы, в эндокринологическое отделение. У всех обследуемых пациенток имелся главный клинический признак метаболического синдрома – ожирение. Возраст пациенток составил 40-70 лет с общей длительностью постменопаузы до 15 лет. Общая масса тела пациенток составила от 65 до 110 кг (средняя $75,7 \pm 1,7$ 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%) обследуемых женщин, причем у 6 (10%) из них – резко выраженное ожирение (ИМТ > 35 кг/м²). У всех обследованных женщин был выявлен абдоминальный тип ожирения (объем талии / объем бедер $\geq 0,8$). Было отмечено нарушение толерантности к глюкозе у 37 (64%) пациенток.

Тяжесть климактерических расстройств оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Выраженность нейровегетативных, обменно-эндокринных и психо-эмоциональных симптомов оценивали по 4-х балльной системе (от 0 до 3 баллов). Число баллов в каждой группе суммируют и получают ММИ. Для нейровегетативных нарушений значение ММИ до 10 баллов – отсутствие проявлений климактерического синдрома (КС); 11–20 баллов – легкую степень; 21–30 – среднюю; 31 и более – тяжелую степень выраженности. Обменно-эндокринные и психо-эмоциональные симптомы оценивались однотипно. Индекс, равный 0 – отсутствие нарушений, 1–7 баллов – легкие нарушения, 8–14 баллов – средние, 15 баллов и более – тяжелое проявления климактерического синдрома.

По результатам исследования выявлено, что КС легкой степени тяжести обнаружен у 18 (31%) обследованных женщин, средней тяжести – у 34 (59%) и тяжелой степени выявлен у 6 (10%). Частота и распространенность симптомов КС, протекающих в умеренной и тяжелой форме показала, что нейровегетативные расстройства имелись у 40 пациенток (69%), обменно-эндокринные – у 37 (64%), психо-эмоциональные – 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. По данным исследования атрофический вагинит, характеризующийся сухостью и зудом во влагалище, выявлен у 26 из 58 обследованных женщин (44%). Дизурические расстройства беспокоили 28 (49%) женщин, у 40 пациенток было отмечено стрессовое недержание мочи, что составило 69%.

Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин с ММС в постменопаузе показал как отрицательное влияние ожирения



>> www.reproductive-congress.ru

на течение климактерического синдрома (нейровегетативные, обменно-эндокринные и психо-эмоциональные нарушения), так значительное влияние на течение генитоуринарного

менопаузального синдрома, ухудшая все его показатели и в свою очередь, снижая качество жизни женщин в постменопаузальном периоде.

CLINICAL PECULIARITIES OF THE CURRENT OF GENITURINARY MENOPAUSAL SYNDROME IN WOMEN WITH METABOLIC DISTURBANCES

Esedova A.E., Idrisova M.A., Mahtibekova P.A., Taibova D.U., Kasumova Z.M.

Russia, Makhachkala, FGBOU VO "Dagestan State Medical University"

58 postmenopausal women were examined, with the main clinical sign of metabolic disorders being obesity. It was revealed that menopausal syndrome of mild severity was found in 18 (31%) women, moderate in 34 (59%) and severe in 6

(10%). The analysis showed both the negative effect of obesity on the course of the climacteric syndrome and the adverse effect on the course of genitourinary menopausal syndrome.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аветян Л.Т., Шестакова О.В., Тетелютина Ф.К.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия.

Актуальность: Ежегодно в мире регистрируется около 500 тысяч случаев рака шейки матки. Следует указать, что рак шейки матки занимает первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. Эпителиальная дисплазия является предраковым состоянием одной из самых распространенных форм онкологической патологии во всем мире – плоскоклеточной карциномы шейки матки. Учитывая распространённость рака шейки матки и ее несвоевременную выявляемость, введение массового цитологического скрининга в развитых странах позволит значительно повысить диагностирование предраковых состояний шейки матки и тем самым снизить заболеваемость раком шейки матки у женщин. Целью настоящего исследования явился анализ ведения женщин с диспластическими процессами шейки матки в

амбулаторных условиях. Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 73 историй болезни пациенток возрасте от 20 до 81 года. Методы исследования включали: сбор анамнеза, общеклинические методы исследования (жалобы, сбор анамнеза, осмотр, пальпация), цитологическими исследованиями шейки матки по Папаниколау, мазок на бактериоскопию, исследования на ИППП, кольпоскопия, биопсия шейки матки по показаниям. Полученные результаты: За период 2014–2016 гг. на плановый осмотр к гинекологу обратилось 156 женщин, не предъявляющих никаких жалоб на приеме, у 73 пациенток выявлена дисплазия шейки матки. Средний возраст женщин с диагностированной дисплазией составил 30+4,7 лет. Обращает на себя внимание высокое число 51 (69,8 %) женщин активного репродуктивного возраста. Клинически у 63 женщин

>> www.reproductive-congress.ru

(86,3%) визуально шейка матки была интактна. По социальному положению преобладало число служащих – 44 (60,2%), неработающих – 29 (39,8%), из них пенсионеров – 8 (27,5%).

Средний возраст наступления менархе $12,3 \pm 1,2$ года, позднее менархе выявлено у 3 (4,1%). Следует отметить, что каждая вторая женщина 39 (53,4%), начала половую жизнь в подростковом возрасте до 18 лет. Обращает внимание высокое число половых партнеров от 3 до 10 у 29 (39,7%) женщин. Анализ гендерной функции показал, что на одну женщину приходилось $5,3 \pm 1,2$ беременностей, из них на роды – $2,1 \pm 0,7$; аборт – $3,2 \pm 0,9$. Контрацепцию использовали 45 (61,6%) женщин, из них каждая вторая использовала «прерванный» половой акт, каждая третья – барьерные методы контрацепции. Среди гинекологических заболеваний преобладают сальпингоофориты, у каждой второй диагностирована миома матки, у каждой третьей – эрозия шейки матки, у каждой пятой – вагинит. Обследование на ИППП было проведено у 51 (69,8%) женщины, из них только каждая вторая обследована на все типы ВПЧ. Каждая пятая женщина обследована на ИППП методом ПЦР. Следует отметить, что у каждой второй диагностирована CIN II, у каждой третьей CIN I и CIN II в равной пропорции. Кольпоскопия проведена всем женщинам с выявленной дисплазией шейки матки. Обращает на себя внимание высокое число плоскоклеточного интраэпителиального поражения высокой

степени выраженности у 27 (36,9%), плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени выраженности – у 22 (30,1%), кольпоскопия без атипичных кольпоскопических картин – у 24 (33%) женщин. Проведено гистологическое обследование биоптата шейки матки у 51 (37,2%) женщинам, у них диагностировано сочетание цитологических заключений CIN II, CIN III с аномальными кольпоскопическими картинками. Всем женщинам проведена противовоспалительная терапия, направленная на тот возбудитель, который был выявлен у каждой женщины. Диатермоэлектроэксцизия шейки матки проведена – 2 (2,7%), лазерная вапоризация – 4 (5,4%), РВ эксцизия – 1 (1,3%) женщинам.

Заключение: Дисплазия шейки матки независимо от степени выраженности является предраковым заболеванием и индекс малигнизации может достигать 50%, поэтому своевременные профилактические осмотры женщин – это профилактика рака шейки матки.

Цель – провести анализ ведения женщин с диспластическими процессами шейки матки в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование включен ретроспективный анализ 73 историй болезни пациенток с цитологическими исследованиями шейки матки по Папаниколау.

Выводы. Дисплазия шейки матки протекает бессимптомно, но является довольно распространенным заболеванием с высокой частотой малигнизации.

PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH CERVICAL DISPLAY

Avetyan L.T., Shestakova O.V., Tetutetina F.K.

Department of Obstetrics and Gynecology FPK and PP Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia.

Objective. To analyze the management of women with dysplastic processes of the cervix uterus in an outpatient setting.

Material and methods. The study included retrospective analysis of 73 case reports with cytological studies of the cervix by Pap.

Conclusion. Cervical dysplasia is asymptomatic, but is a fairly common disease with a high incidence of malignancy.



РАЗРАБОТКА ПАНЕЛИ ГЕНОВ ДЛЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бурджалиева К.И.1,2, Угаров И.В.1,2., Черных В.Б.2,3

1 Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

2 Россия, г. Москва, ООО «эксДжен Сайбернетикс»

3 Россия, г. Москва, ФГБНУ «Медико-генетический научный центр».

Резюме. Создана диагностическая панель из 745 генов, связанных в разной степени важности («низкой», «средней», «высокой») с акушерско-гинекологической патологией. Включив сформированную базу знаний в сервис xGenCloud, учитывая факторы внешней среды, можно добиться автоматической интерпретации результатов генетического тестирования по акушерской и гинекологической патологии.

Актуальность. Генетические факторы являются причиной наследственных заболеваний и составляют основу предрасположенности к развитию многофакторной патологии, играют существенную роль в фертильности и репродукции, продолжительности жизни, ответе на лекарственную терапию, в постоперационной и посттравматической репарации и других биологических процессах. Несмотря на высокую значимость медико-генетического обследования, в том числе пациенткам с гинекологической патологией, проводят не так широко, а тестирование зачастую ограничивается анализом кариотипа и анализами отдельных генов на частые мутации и полиморфизмы. Трудности в диагностике и профилактике акушерско-гинекологических заболеваний и рост объема информации о генетике репродукции требует учета современных знаний в рамках доказательной медицины. Одним из способов является систематизация генетических причин развития болезней и формирования диагностической панели генов в данной области, учитывая также второстепенные этиологические факторы.

Цель работы. Создание панели генов для молекулярно-генетической диагностики и оценки рисков развития акушерско-гинекологической патологии.

Материалы и методы. Для формирования панели генов использовались открытые источники сети ИНТЕРНЕТ такие как OMIM, PubMed, GWAS, ClinVar, научные статьи, включающие мета-анализ результатов генетических исследований по гинекологическим заболеваниям.

Результаты. В панель включено 745 генов, которые связаны с заболеваниями органов женской половой системы, женским бесплодием, невынашиванием беременности и другой акушерско-гинекологической патологией. Патогенные мутации в данных генах приводят к развитию 378 моногенных заболеваний. Все гены панели разделены на три группы по важности («высокая», «средняя» и «низкая»), по количеству описанных патогенных мутаций, относительным рискам и встречаемости патологических состояний. Так, в группу генов «высокой важности» (n=271) вошли такие гены, как F5, MTHFR, F2, SERPINE1, TNF, NOS3, CYP1A1, ESR1, IL6, HLA-G. В группу генов «средней важности» включены 38 генов, среди которых CD14, MTHFD1, PON1, TNFRSF1B, CYP2D6, CYP2E1, IL6R, MMP1, MMP3, NAT2. В группу генов «низкой важности» включены 306 генов, включая ADH1C, ADRB3, AHR, AHRR, AKR1C3, ANG, APOC2, BRSK1, C1orf220, CCL3, CCL8, CCR5.

Выводы. Созданная панель позволяет не только диагностировать, но и прогнозировать развитие гинекологических заболеваний, обусловленных генетическими факторами, учитывая факторы внешней среды. Сформированная база знаний включена в сервис xGenCloud для дальнейшей отработки автоматической интерпретации результатов генетического тестирования по акушерской и гинекологической патологии.



DEVELOPMENT OF THE GENESIC PANEL FOR MOLECULAR-GENETIC DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF RISKS OF DEVELOPMENT OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL DISEASES

Burdjalieva K.I.1,2, Ugarov I.V.1,2., Chernykh V.B.2,3

1 Russia, Moscow, Moscow State Medical-Stomatological University named after. A.I. Evdokimova

2 Russia, Moscow, ООО "exJen Cybernetics"

3 Russia, Moscow, FGBICU "Medical Genetic Science Center"

Abstract. Developed diagnostic Panel from 745 genes associated to varying degrees of importance ("low", "medium", "high") with obstetrical and gynecological pathology. Include the

generated knowledge base to service xGenCloud, given environmental factors, you can achieve automatic interpretation of the results of genetic testing for obstetrical and gynecological pathology.

ВОЗМОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В МЕНОПАУЗЕ

Иванова Н.А., Уквальберг М.Е., Цыпин А.В., Отводенко А.И.

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии

В последние годы увеличивается интерес к проблемам постменопаузы. Различные заболевания эндометрия в менопаузе являются достаточно серьезной проблемой. Пик заболеваемости раком эндометрия приходится на период постменопаузы. Своевременная диагностика и лечение патологии эндометрия имеет важное значение в профилактике и снижении онкологической заболеваемости. В результате проведенного исследования было показано, что основным методом диагностики и лечения является гистерорезектоскопия.

Целью данного исследования явилось сопоставление результатов гистологической картины со структурными изменениями эндометрия, выявленными по УЗИ и определение методов оптимальной диагностики патологии эндометрия в постменопаузе. Задачами исследования явилось следующее: проанализировать эпидемиологию патологии эндометрия в менопаузе, оценить частоту клинических проявлений при выявленной патологии, определить оптимальные методы диагностики при различных УСК и разработать практические

рекомендации с целью диагностики патологии эндометрия у пациенток в периоде постменопаузы. Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни пациенток в периоде постменопаузы, которые были направлены для планового ЛДВ или гистероскопии в связи с выявленными по УЗИ структурными изменениями эндометрия в ГО N1 Роддома им. К.А. Гуткина г. Петрозаводска. В зависимости от результатов гистологического исследования все пациентки были разделены на 4 группы: 1 группа – рак эндометрия – 30% (21 случай), 2 группа – полипы эндометрия – 52,9% (37 случаев), 3 группа – гиперпластические процессы эндометрия – 5,7% (4 случая), 4 группа – неинформативный гистологический ответ – 11,4 (8 случаев). В 1 гр. 76,2% пациенток были в возрасте старше 60 лет, во 2 гр. 45,9% – до 60 лет, в 3 гр 75,0% – моложе 60 лет и в 4 гр. все пациентки оказались старше 60 лет. При раке эндометрия у всех пациенток были жалобы на кровянистые выделения, тогда как только у 48,6% пациенток во 2 гр. и 50,0% пациенток в 3 гр. и 37,5% пациенток в 4 гр. предъявляли жалобы

>> www.reproductive-congress.ru

на кровянистые выделения. Средняя длительность менопаузы в 1 гр. составила $15 \pm 7,2$ года, во 2 гр. – $11 \pm 5,4$ года, в 3 гр. – $8 \pm 4,7$ лет и в 4 гр. – $23 \pm 8,3$ года. По данным УЗИ подозрение на рак эндометрия диагностировано у 33,3% пациенток в 1 гр, у 2,7% во 2 гр. и у 12,5% пациенток в 4 гр. Гиперплазия эндометрия по УЗИ была диагностирована у 42,9% пациенток в 1 гр., у 35,1% пациенток во 2 гр., у всех пациенток в 3 гр. и у 50% пациенток в 4 гр. Полип полости матки был выявлен по УЗИ у 14,3% пациенток в 1 гр., у 40,6% пациенток во 2 гр. и у 12,5% в 4 гр. В группе верифицированного рака эндометрия наиболее часто диагностирована умеренно-дифференцированная аденокарцинома в 33,3% случаев, плоскоклеточная карцинома – в 28,6% случаев, высоко-дифференцированная и муцинозная аденокарцинома – по 9,5%. В группе с полипами эндометрия в 70,3% обнаружен фиброзный полип, в 21,6% – эндометриальный полип и в 8,1% случаев – аденомиоматозный полип. При наличии гиперплазии эндометрия простая и сложная гиперплазия

составила по 50,0%. Гистероскопия проведена в 12,7% случаях в 1 группе, 72,1% случаях во 2 гр., в 46,3% в 3 группе, а в 4 гр., в которой гистологический ответ был неинформативен, выполнялось только ЛДВ. Пациенткам, находящимся в менопаузе более 10 лет, с выявленными структурными изменениями эндометрия по УЗИ, для получения морфологии эндометрия предпочтительнее выполнение жидкостной гистероскопии, а не ЛДВ. Диагностированный при УЗИ полип эндометрия у пациенток в менопаузе является показанием к выполнению гистероскопии, как более информативному методу диагностики, во всех случаях. Оптимальной тактикой диагностики полипов эндометрия в постменопаузальном периоде является: двухмерное трансвагинальное ультразвуковое сканирование органов малого таза в сочетании с доплерометрией с последующим проведением диагностической гистероскопии с прицельным удалением полипов и/или в сочетании с тотальным кюретажем эндометрия и морфологическим исследованием.

THE ABILITY OF HYSTEROSCOPY TO DIAGNOSE PATHOLOGY OF ENDOMETRIUM IN MENOPAUSE

Ivanova N.A., Ukvalberg M.E., Cypin A.V., Otvodenko A.I.

Russia, Petrozavodsk, Petrozavodsk state University, medical Institute, Department of obstetrics and gynecology, dermatology

In recent years, an increasing interest in the problems of menopause. Various diseases of the endometrium in menopause are quite a serious problem. The peak incidence of endometrial cancer is in the period of menopause. Timely

diagnosis and treatment of endometrial pathology is important in the prevention and reduction of cancer incidence. In the study, it was shown that the main method of diagnosis and treatment is hysteroresectoscopy.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ И СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Есипова И.А., Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Бреусенко В.Г.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Яичниковая беременность (ЯБ) встречается чрезвычайно редко – 1 на 7000 родов, составляя 0,1–3,0% от всех эктопических нидаций.

Диагноз обычно является интраоперационной или гистологической находкой, общепризнанные эхографические критерии в настоящее

>> www.reproductive-congress.ru

время отсутствуют. Материалы и методы. Трёхмерная эхография и компрессионная соноэластография была выполнена нами двум пациенткам, поступившим в гинекологическое отделение ГКБ№31 ДЗ г. Москвы за период 2016 года, на дооперационном этапе нами было выявлено наличие прогрессирующей яичниковой беременности сроком 4–5 и 6–7 недель гестации. Трёхмерная эхография выполнена на аппарате Toshiba Aplio (Япония) с использованием трёхмерного внутрисполостного датчика с частотой 6 МГц. При ЗДУЗИ мы использовали режим мультиплоскостной реконструкции и поверхностного сканирования Render mode, а также ультразвуковую томографию с шагом сканирования в 0,2–0,5 мм и сосудистый режим Glass body. Производилась постпроцессинговая обработка эхограмм. Компрессионная соноэластография выполнена на аппарате Logiq E9 (GE, США) с использованием трансвагинального датчика. При оценке качественных характеристик учитывались стабильные участки различной жесткости, выделялись эластографические шаблоны. Пациентки предъявляли жалобы на задержку менструации, тянущие боли в нижних отделах живота. На момент исследования уровень β -ХГЧ составил 8535 и 20970 мМЕ/мл соответственно. Отсутствовали данные, соответствующие внематочной беременности или картине «острого живота». В анамнезе одна из пациенток перенесла тубэктомию с ипсилатеральной стороны по поводу трубной беременности, другая – резекцию ипсилатерального яичника по поводу эндометриодной кисты и стимуляцию овуляции, пункцию ооцитов и перенос эмбриона в программе ЭКО (данная беременность). При выполнении рутинного двухмерного исследования, в полости матки плодное яйцо не визуализировалось, в связи с чем, нами было произведено расширенное ультразвуковое исследование. При трехмерной эхографии выделены следующие критерии яичниковой беременности: визуализация включения округлой формы в проекции яичника с возможной визуализацией эмбриональных структур и регистрации пульсации сердечной трубки; симптом относительно «толстых стенок» или неравномерное утолщение хориона с неровным зубчатом наружным контуром; распространение ворсин хориона в строму яичника; преобладание объема хориальной ткани над объемом амниона (в 4–5 раз) с компрессией последнего; отсутствие симптома «двухконтурности», (гипоэхогенного

ободка между наружным контуром хориона и окружающими тканями); интактные маточные трубы; васкуляризация хориона в виде «симптома огня» из яичниковой артерии, интактность ворот яичника. Эластографическим критерием яичниковой беременности являлось наличие в структуре яичника округлого образования, жесткость которого была выше относительно остальной ткани яичника. Как жесткая структура, место эктопической nidации кодировалось синим цветом с двумя ободками по периферии – внутренним голубым и наружным зеленым и имело эластографическую картину, отличную от желтого тела. У одной из пациенток при лапароскопии обнаружено: правый яичник увеличен до 5 см в диаметре за двух образований: по медиальному полюсу багрового цвета до 2,5 см в диаметре (желтое тело), и второго, 3 см в диаметре, багрово-цианотичного цвета, располагающегося по латеральному полюсу яичника. Ипсилатеральная маточная труба была удалена ранее, контралатеральная – интактна. У второй пациентки при лапароскопии в полости малого таза обнаружено скудное количество серозно-геморрагической жидкости. Маточные трубы осмотрены на протяжении: признаков трубной беременности не выявлено. Правый яичник был увеличен в объеме за счет желтых тел. Левый яичник также был увеличен в объеме, достоверно подтвердить наличие в нем эктопической nidации не представлялось возможным. Учитывая разноречивость эндоскопических и ультразвуковых данных, была выполнена точечная биопсия яичника, полученный фрагмент синюшной губчатой ткани отправлен на срочное гистологическое исследование, подтвердивший диагноз. Учитывая данные о невовлеченности в процесс ворот яичника, пациенткам была произведена резекция яичника в пределах здоровой ткани. Диагноз подтвержден гистологически. У одной пациентки на 1 сутки после оперативного лечения уровень β -ХГЧ снизился до 5126 мЕд/мл, на 10 сутки он был равен нулю. У второй обследованной он снизился до 1741 мЕд/мл, на 14 сутки – 0. Заключение. Таким образом, полученные эхографические и эластографические критерии могут быть рекомендованы для включения их в диагностический алгоритм внематочной беременности, что позволит надеяться на повышение точности предоперационной диагностики.

Резюме. Произведена дооперационная диагностика яичниковой беременности с помощью трехмерной эхографии и эластографии у двух



>> www.reproductive-congress.ru

пациенток. Сформулированы точные эхографические и эластографические критерии яичниковой беременности.

POSSIBILITIES OF THREE-DIMENSIONAL ECGOGRAPHY AND SONOELASTOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF OVARIAN PREGNANCY

Esipova I.A., Shishkina T.Yu., Krasnov I.A., Breusenko V.G.

Russian National Research Medical University them. N.I. Pirogova, Moscow, Russia

Abstract. Made preoperative diagnosis of ovarian pregnancy by using three-dimensional ultrasound and elastography of the two patients. Dedicated echographic and elastographic criteria of ovarian pregnancy.

РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ FcγRIII В ЭНДОМЕТРИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЭМБРИОНИИ

Лебедева О.П., Жукова И.О., Ивашова О.Н., Пахомов С.П., Чурносов М.И.

Россия, г. Белгород, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Анэмбриония представляет собой осложнение беременности, при котором внутри плодного яйца отсутствует эмбрион. Иммунные причины данного состояния изучены недостаточно. FcγRIII является рецептором к иммуноглобулину G, связанному с антигеном. Связывание таких иммунных комплексов с рецептором активирует клетки, на которых он находится – макрофаги и натуральные киллеры. Это приводит к активации фагоцитоза, лизиса антигенов в фаголизосомах и стимуляции антителозависимой цитотоксичности.

Целью исследования было определить особенности экспрессии FcγRIII в эндометрии у пациенток с анэмбрионией.

Материалы и методы. Основную группу составили 7 пациенток с анэмбрионией на сроке 6–10 недель. Диагноз анэмбрионии был поставлен на основании УЗИ и подтвержден данными гистологического исследования. Контрольную группу составили 57 пациенток с прогрессирующей беременностью того же срока, поступивших для проведения медицинского

аборта. Материалом для исследования являлся эндометрий, полученный при выскабливании полости матки. Определение экспрессии мРНК FcγRIII проводили с помощью количественной ПЦР. Статистический анализ осуществляли с помощью критерия Манна-Уитни в программе Statistica 5.0 (Statsoft, США). Результаты представляли в относительных единицах как медиану (нижний квартиль, верхний квартиль). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У пациенток с анэмбрионией наблюдалось достоверное уменьшение экспрессии мРНК FcγRIII (512,00 (444,17; 1820,35)) по сравнению с группой контроля (1692 (192,67; 7777,01)) ($p = 0,005$).

FcγRIII в эндометрии преимущественно экспрессируется макрофагами и моноцитами. В нейтрофилах данный рецептор не имеет функциональной активности. В маточных натуральных киллерах данный рецептор отсутствует. Поэтому снижение экспрессии FcγRIII может объясняться как уменьшением числа макрофагов в эндометрии, так и снижением экспрессии



>> www.reproductive-congress.ru

этого рецептора в макрофагах даже в случае их достаточного количества. В обоих случаях это свидетельствует о снижении возможности фагоцитоза опсонизированных микроорганизмов.

Таким образом, в эндометрии у пациенток с гибелью эмбриона на ранних сроках беременности наблюдается снижение экспрессии мРНК FcγRIII, что может быть причиной нарушений фагоцитарной активности макрофагов.

Выполнено при поддержке гранта Президента РФ МД-2326.2017.7.

Резюме. Изучена экспрессия мРНК FcγRIII в эндометрии у пациенток с анэмбрионией и с прогрессирующей беременностью на сроке 6–10 недель. Установлено снижение экспрессии мРНК FcγRIII у пациенток с анэмбрионией, что может быть причиной нарушений фагоцитоза опсонизированных микроорганизмов.

THE ROLE OF FcγRIII IN ENDOMETRIUM IN PATHOGENESIS OF ANEMBRYONIC PREGNANCY

Lebedeva O.P., Zhukova I.O., Ivashova O.N., Pakhomov S.P., Churnosov M.I.

Russia, Belgorod, Belgorod State National Research University

Abstract. Expression of FcγRIII in endometrium of patients with anembryonic pregnancy and progressive pregnancy in 6–10 weeks of gestation was studied. It was defined, that patients with

anembryonic pregnancy have lower expression of FcγRIII mRNA, which might be a cause of decrease of phagocytosis of opsonized microorganisms.

РАДИКАЛ-ПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АКТИВИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ С ДВОЙНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ

Покаленьева М.Ш.1, Нестерова А.М.2, Соснова Е.А.1, Болевич С.Б.1, Проскурнина Е.В.3

1 Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. ИПО. Кафедра патологии человека. Лечебный факультет. Кафедра акушерства и гинекологии №1, Москва, Россия

2 Институт кристаллографии им. А.В. Шубникова ФНИЦ «Кристаллография и фотоника» РАН, Москва, Россия

3 МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва, Россия

Резюме. Привычное невынашивание – это прерывание беременности до 12 недель 2 и более раза подряд. Предполагается участие АФК в патофизиологических процессах во время беременности. Было проведено исследование оценки функционального состояния нейтрофильного звена иммунитета. Показано увеличение генерации АФК до и после выкидыша, что может быть использовано в качестве прогностического показателя.

Актуальность проблемы. Невынашивание беременности – одна из основных проблем современного акушерства и гинекологии. Частота невынашивания на сегодняшний день составляет 15–27%. Согласно определению ВОЗ, привычный выкидыш – наличие в анамнезе у женщины подряд 2 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 нед. Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные,



инфекционные, иммунологические и тромбофилические факторы. В последние годы все чаще внимание клиницистов привлекают патофизиологические аспекты участия свободнорадикальных процессов в молекулярно-клеточных механизмах развития альтерации при невынашивании беременности. До настоящего момента не систематизированы сведения о генерации активных форм кислорода (АФК) лейкоцитами и состоянии защитной антиоксидантной системы у женщин с привычной потерей беременности.

Цель исследования. Исследовать радикал-продуцирующую функцию фагоцитов крови у женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) новым методом активированной хемилюминесценции с двойной последовательной стимуляцией. Сопоставить полученные данные с клиническими показателями – сроком беременности, давностью выкидыша, клинико-лабораторными показателями.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование были включены: 51 беременная с угрозой прерывания, из которых у 41 был установлен диагноз привычное невынашивание, 10 женщин с неразвивающейся беременностью. Группу контроля 1 (К1) составили 40 женщин с нормальным течением беременности, 12 небеременных женщин (К2), 5 женщин после самопроизвольного выкидыша до 22 нед (СПВ).

Оценку радикалпродуцирующей способности нейтрофильного звена лейкоцитов оценивали

методом люминол-активированной хемилюминесценции (ХЛ). На первом этапе нейтрофилы стимулировали форбол-12-миристан-13-ацетатом (ФМА) с внутриклеточным механизмом действия, на втором этапе проводили основную стимуляцию формил-метионил-лейцил-фенилаланином (ФМЛФ), стимула с внеклеточным механизмом действия.

Обсуждение и результаты. При сравнительном анализе ХЛ-кривых установлено, что с увеличением срока беременности происходит возрастание коэффициента активации нейтрофилов (Какт = фМЛФ/ФМА). В группе женщин после СПВ интенсивность спонтанной ХЛ выше, а Какт ниже по сравнению с группами К1 и К2 (критерий Манна-Уитни, $p < 0,001$), что говорит о высокой активности нейтрофильного звена иммунной системы у женщин перед и сразу после выкидышем. Был отмечен более высокий уровень фМЛФ у пациентов с ПНБ по отношению к К2 (критерий Манна-Уитни, $p < 0,001$). При этом замечено, что у беременных с низким ответом в последующем происходило замирание плода.

Выводы. На основе полученных данных можно заключить, что у женщин с выраженными признаками угрозы прерывания беременности происходит повышение радикал-продуцирующей активности нейтрофилов. Таким образом, метод двойной ХЛ стимуляции нейтрофилов может быть использован для прогнозирования групп риска по невынашиванию беременности.

RADICAL-PRODUCTIVE FUNCTION OF NEUTROPHILES UNDER THE USUAL INJECTION PREGNANCY: APPLICATION OF THE METHOD OF ACTIVATED CHEMILUMINESCENCE WITH DOUBLE STIMULATION

Pokalenieva M.Sh.1, Nesterova A.M.2, Sosnov E.A.1, Болевич S.B.1, Proskurnina E.B.3

1 First MGU named after I.M. Sechenov. IPO. Department of human pathology. Medical Faculty. Department of Accession and Gynecology No. 1, Moscow, Russia

2 Institute of Crystallography. A.V. Shubnikova FNIIC "Crystallography and Photonics", Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

3 MGU named after M.V. Lomonosov Moscow State University, Faculty of Basic Medicine, Moscow, Russia

A habitual miscarriage is an interruption of pregnancy up to 12 weeks 2 and more times in a row. Reactive oxygen species are supposed to involve in pathophysiological processes during pregnancy. A study was made of the evaluation of the functional state of the neutrophilic link of

immunity. Increasing of ROS production before and after miscarriage was shown. This can be used as a prognostic factor.



ПАРАМЕТРЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Покаленьева М.Ш.1, Нестерова А.М.2, Яроцкая В.Ю.3, Нечаева С.Д.3,
Соснова Е.А.1, Болевич С.Б.1, Проскурнина Е.В.3

1 Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. ИПО. Кафедра патологии человека. Лечебный факультет. Кафедра акушерства и гинекологии №1, Москва, Россия

2 Институт кристаллографии им. А.В. Шубникова ФНИЦ «Кристаллография и фотоника» РАН, Москва, Россия

3 МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва, Россия

Резюме. Под привычным невынашиванием подразумевается самопроизвольное прерывание беременности два и более раза подряд в сроке беременности до 22 нед. Было проведено исследование антиоксидантной активности плазмы крови и степени окисленности альбумина. Выявлен сниженный антиоксидантный резерв плазмы крови у женщин после самопроизвольного прерывания беременности. У женщин с неразвивающейся беременностью показано развитие антиоксидантного стресса.

Актуальность проблемы: Привычное невынашивание – полиэтиологическое осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы. Частота невынашивания на сегодняшний день составляет 15–27%. Согласно определению ВОЗ, привычный выкидыш – наличие в анамнезе у женщины подряд 2 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 нед. Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические и тромбофилические факторы. Вопросы связанные с участием свободно-радикальных процессов и активностью системы антиоксидантной защиты плазмы крови у женщин с привычным выкидышем остаются практически не изученными и представляют значительный интерес для исследования.

Цель исследования: Исследовать плазму крови и оценить уровень оксидативного стресса в крови у женщин с привычным невынашиванием методами кинетической люминол-активированной хемилюминесценции методами кинетической люминол-активированной хемилюминесценции и флуоресценции по степени окисленности альбумина. Сопоставить

полученные данные с клиническими показателями – сроком беременности, давностью выкидыша, клинико-лабораторными показателями.

Материал и методы исследования: В проспективное исследование были включены: 51 беременная с угрозой прерывания, из которых у 41 был установлен диагноз привычное невынашивание, 10 женщин с неразвивающейся беременностью (НБ). Группу контроля 1 (К1) составили 40 женщин с нормальным течением беременности, 12 небеременных женщин (К2), 5 женщин после самопроизвольного выкидыша до 22 недель (СПВ).

Для оценки антиоксидантной активности плазмы крови использовали методику, основанную на подавлении хемилюминесценции плазмой. В качестве источника свободных радикалов в системе использовали диазосоединение – 2'-азо-бис (2амидинопропан) дигидрохлорид. Долю окисленного альбумина (ДОА) оценивали методом флуоресценции. Предварительно альбумин выделяли из плазмы крови путем высаливания сульфатом аммония.

Результаты исследования: На основании ХЛ кривых было выявлено снижение антиоксидантной емкости крови у женщин после СПВ. Напротив, в группе НБ антиоксидантная емкость была выше, так же как у беременных с последующим замиранием плода. Доля окисленного альбумина была равной во всех группах, за исключением группы женщин после СПВ, у которых по сравнению в К2 было значительное снижение ДОА (критерий Манна-Уитни, $p < 0,005$).

Выводы: У женщин после СПВ выявлен сниженный антиоксидантный резерв плазмы крови, что может свидетельствовать об истощении антиоксидантных свойств плазмы перед



>> www.reproductive-congress.ru

выкидышем, либо вследствие него. На основании оценки сниженной ДОО в группе СМВ можно предположить наличие в крови таких женщин циркулирующих иммунных комплексов, либо специфических веществ, выделяемых в момент выкидыша. В группе женщин НБ,

напротив, антиоксидантная емкость плазмы была выше чем в группах контроля К1,К2, что свидетельствует о возможном развитии антиоксидантного стресса, препятствующего самопроизвольному прерыванию беременности.

PARAMETERS OF BLOOD PLASMA AS INDICATORS OF OXIDANT STATUS WHILE HAVING NOT INNOVATIVE PREGNANCY OF PREGNANCY

Pokalenieva S.H.1, Nesterova A.M.2, Yarotskaya V.Yu.3, Nechaeva S.D.3, Sosnov E.A.1, Болевич S.B.1, Proskurnina E.B.3

1 First MG MU named after I.M. Sechenov. IPO. Department of human pathology. Medical Faculty. Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Moscow, Russia

2 Institute of Crystallography them. A.V. Shubnikova FNIIC "Crystallography and Photonics", Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

3 MGU named after M.V. Lomonosov Moscow State University, Faculty of Basic Medicine, Moscow, Russia

Summary. A habitual miscarriage is an abortion 2 or more times in a row in the period of pregnancy up to 22 weeks. A study was made of the antioxidant activity of blood plasma and the degree of oxidation of albumin. A reduced

antioxidant reserve of blood plasma in women after a spontaneous abortion of pregnancy was detected. In women with undeveloped pregnancy, the development of antioxidant stress is shown.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ, ПЕРЕНЕСЩИХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М.

Узбекистан, Ташкент, Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Одним из направлений лечения женского бесплодия является применение эндохирургических технологий, частота наступления беременности после которого составляют 30,0%. В современной гинекологии лапароскопическая хирургия занимают одно из ведущих мест. В последние годы эндохирургические операции на яичниках широко применяют у женщин репродуктивного возраста.

Тем не менее, выполнение гемостаза с применением электрохирургии при проведении лапароскопии, неизбежно приводит к повышению температуры окружающих тканей и гибели части фолликулярного запаса яичников, что может неблагоприятно сказаться на репродуктивной функции женщины. Изучение состояния овариального резерва и восстановления репродуктивной функции у женщин с

>> www.reproductive-congress.ru

бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников, является одним из перспективных направлений современной гинекологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния эндохирургических операций на овариальный резерв у женщин с бесплодием обусловленное доброкачественными структурными изменениями яичников.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 240 женщины репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности, после эндохирургических вмешательств на яичниках. Из них 120 женщинам (1-я группа), операции проводились с применением моно- и биполярной электрохирургии и 120 женщинам (2-я группа), с применением аргоновой плазменной энергии. Оценка овариального резерва проводилась путем гормонального и ультразвукового исследований.

Результаты. Изучение влияния электрохирургии на овариальный резерв подтвердило результаты гормонального и ультразвукового исследования. Результаты гормонального профиля и параметров овариального резерва у женщин 1-й группы показало, что до операции, данные параметры у всех женщин находились в пределах нормальных значений. Через 3 месяца после операции у всех пациенток диагностирована гипергонадотропный гипогонадизм, обусловленный резким угнетением функции яичников. Данное состояние мы связываем с применением моно – и биполярной электрохирургии во время проведения лапароскопических операций. В связи с этим нами при проведении лапароскопических операций на яичниках использована аргоновая плазменная

энергия. При этом средние значения гормонального профиля и параметров овариального резерва у женщин 2-й группы показало, что после операции, данные параметры у всех женщин находились в пределах нормальных значений. Полученные результаты еще раз подтверждают, что любые оперативные вмешательства на яичниках у женщин репродуктивного возраста существенно снижают не только функциональное состояние яичников, но и овариальный резерв, снижая возможность реализации репродуктивной функции.

Заключение. У женщин, перенесших эндохирургические вмешательства с применением моно – и биполярной электрохирургии при доброкачественных структурных изменениях яичников, в течение 3 месяцев после операции формируется гипергонадотропный гипогонадизм с гипоэстрогенией и гипоандрогенией, а также снижение овариального резерва в 4 раза, что свидетельствует о снижении возможности реализации репродуктивной функции. У женщин с использованием аргоновой плазменной энергии данные параметры находились в пределах нормальных значений.

Резюме. Обследовано 240 женщин репродуктивного возраста, из них 120 женщинам операции проводились с применением моно- и биполярной электрохирургии и 120 женщинам с применением аргоновой плазменной энергии. Полученные результаты подтвердили, что любые оперативные вмешательства на яичниках у женщин репродуктивного возраста существенно снижают не только функциональное состояние яичников, но и овариальный резерв, снижая возможность реализации репродуктивной функции.

STATUS OF OVARIAN RESERVE IN WOMEN WITH INFERTILITY CAUSED BY STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES UNDERWENT ENDOSURGICAL OPERATIONS SURGERY

Shukurov F.I., Ayupova F.M.

Uzbekistan, Tashkent, Tashkent Medical Academy Department of obstetrics and gynecology №1

Summary. A total of 240 women of reproductive age were examined, 120 of whom were operated with mono- and bipolar electro-surgery

and 120 women using argon plasma energy. The obtained results confirmed that any surgical interventions on ovaries in women of reproductive age



significantly reduce not only the functional status of the ovaries, but also the ovarian reserve,

reducing the possibility of realizing the reproductive function.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Баширов Э.В., Бабкина А.В., Мелконьянц Т.Г., Наумова Н.В.

Россия, Краснодар, Базовая акушерско-гинекологическая клиника
ФГБОУ ВО Кубанского Государственного медицинского Университета
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Одной из приоритетных проблем современного здравоохранения по праву считается патология репродуктивной системы. С каждым годом увеличивается число женщин, страдающих доброкачественными опухолями гениталий. Учитывая отчетливую тенденцию к отложенным первым родам, органосохраняющее лечение миомы матки имеет важное медицинское и социальное значение.

Миомэктомия – оперативное вмешательство, приводящее к травматизации матки с развитием всех стадий процесса заживления. Результаты аргументированных исследований последних лет доказывают, что лапароскопическая миомэктомия обладает рядом преимуществ перед лапаротомным доступом. Однако до настоящего времени недостаточно изучены сроки восстановления миометрия после реконструктивно-пластических операций, особенности формирования рубца на матке в зависимости от хирургического доступа.

Ведущим методом диагностики состояния послеоперационного рубца на матке является ультразвуковое исследование. Диагностическая ценность данного метода по данным различных исследований составляет до 95%.

Целью данной работы явилось сравнение состояния рубца на матке после миомэктомии в зависимости от хирургического доступа на основании эхографической оценки миометрия.

В исследовании участвовали 40 пациенток репродуктивного возраста от 30 до 38 лет, перенесших миомэктомию. В зависимости от хирургического доступа были выделены группы: 1 группа – 20 пациенток, которым произведена лапароскопическая миомэктомия; 2 группа – 20 женщин, которым произведена лапаротомическая миомэктомия. Показаниями к оперативному лечению являлись: бесплодие,

невывнашивание беременности, быстрый рост узлов и т.д. В исследовании участвовали пациентки с единичными миоматозными узлами интерстициальной и субсерозно-интерстициальной локализации размерами от 45 до 65 мм. Операция проводилась в первую фазу менструального цикла, гормональная предоперационная подготовка пациенткам не проводилась.

Техника миомэктомии существенно не отличалась в зависимости от доступа и включала следующие этапы: рассечение серозы и миометрия над узлом; энуклеация узла без псевдокапсулы; обеспечение гемостаза путем точечной биполярной коагуляции при лапароскопическом доступе; ушивание послеоперационного дефекта отдельными серозно-мышечными швами.

Эхографическое исследование с цветовым доплеровским картированием доплерометрией выполняли на ультразвуковых сканерах высокого и экспертного класса после оперативного лечения на 10–12 день менструального цикла. Наибольшее внимание уделялось эхографической оценке стенки матки в проекции рубца.

Были получены следующие результаты: толщина стенки матки в проекции рубца составила $9,8 \pm 1,3$ мм в 1 группе, $9,2 \pm 1,5$ мм во 2 группе – во всех случаях составила 8 мм и более, что является эхографическим критерием состоятельности рубца. У 1 пациентки в каждой группе образовались участки втяжения миометрия со стороны серозной оболочки матки. Визуализация лигатур через 6 месяцев после оперативного лечения отмечалась у 4 пациенток 1 группы и у 3 пациенток 2 группы. У 2 пациенток каждой группы в миометрии, прилежащем к послеоперационному рубцу отмечалось ослабление сосудистого рисунка,



>> www.reproductive-congress.ru

низкоскоростной, высокорезистентный кровоток при ЦДК.

Сравнительные ультразвуковые характеристики миометрия в области рубца в зависимости от хирургического доступа были сопоставимы и не имели статистически значимых различий. При выборе доступа решающим является соблюдение техники миомэктомии, наличие навыков для наложения эндошвов.

Резюме. Обследованы 20 пациенток, после проведения лапароскопической миомэктомии;

20 пациенток, после лапаротомической миомэктомии. Оценка рубца на матке производилась с помощью ультразвукового метода. Лапароскопическая миомэктомия, обладая рядом преимуществ перед лапаротомическим доступом, по данным эхографии позволяет полноценно восстановить целостность миометрия в области оперативного вмешательства.

OWN EXPERIENCE OF ULTRASONOGRAPHIC EVALUATION OF UTERINE SCAR AFTER MYOMECTOMY

Bashirov E.V., Babkin A.V., Melkonyants T.G., Naumov N.In.

Russia, Krasnodar, basic obstetric clinic
Of the Kuban State medical University
The Ministry Of Health Of The Russian Federation

Resume. The study involved 20 patients after laparoscopic myomectomy; 20 patients after myomectomy laparotomic. Evaluation of the scar on the uterus was performing using ultrasound method. Laparoscopic myomectomy, having a

number of advantages over laparotomy method, according to the ultrasound enables you to restore the integrity of the myometrium in the field of surgery.

РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ФОКУСИРОВАННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ МИОМЫ ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И МИОМЭКТОМИИ

Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Демуря Т.А., Согоян Н.С., Адамян Л.В.

Актуальность: Существуют различные методы лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста (ЭМА, ФУЗ-МРТ абляция, миомэктомия). В ряде случаев лечение оказывается неэффективным. Несмотря на многочисленные сведения, касающиеся механизмов возникновения бесплодия при наличии лейомиомы, данные о рецептивности эндометрия у таких пациенток немногочисленны.

Цель: изучение рецептивности эндометрия у женщин репродуктивного возраста после ранее перенесенной неэффективной ЭМА, ФУЗ-МРТ абляции миомы и миомэктомии.

Материал и методы: В работу вошли 110 женщин, проходивших стационарное лечение в период с 2012 по 2015 г.г., на базе ФГБУ НЦАГиП им. Кулакова. Средний возраст пациенток составил $36,2 \pm 5,2$ лет. В зависимости от ранее проведенного лечения группу I составили 13 пациенток

>> www.reproductive-congress.ru

после ранее перенесенной ЭМА, группу II – 13 пациенток после ранее перенесенной ФУЗ-МРТ абляции и группу III – 13 пациенток, после ранее проведенной миомэктомии. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование выполняли на операционном материале эндометрия в фазу секреции, а также путем пайпель-биопсии спустя 3 месяца после оперативного вмешательства. Проводилась гистологическое исследование с оценкой количества пиноподий и иммуногистохимическая оценка экспрессии PgR, ER, LIF.

Результаты: наименьший показатель прогестерон-эстрогенового индекса как в интраоперационном, так и в послеоперационном материале (1,53 и 1,14), был выявлен в группе после ФУЗ-МРТ абляции. Кроме того, отмечены средние показатели по количеству пиноподий (7,3% и 20,8%) и низкие по уровню экспрессии LIF (1,3 и 2,0), $p < 0,05$. Наиболее благоприятные изменения

были выявлены в образцах эндометрия в группе после МЭ по показателям прогестерон-эстрогенового индекса (1,91 и 1,98), наряду с наибольшей экспрессией LIF (1,9 и 3,8) и наибольшим количеством пиноподий (16,9% и 29,2%), что свидетельствует о лучшей рецептивности эндометрия в группе пациенток после миомэктомии.

Выводы: После ЭМА и ФУЗ-МРТ абляции выявлено снижение рецептивности эндометрия, что подтверждается низким содержанием зрелых пиноподий, снижением прогестерон-эстрогенового индекса и экспрессии LIF. После ранее выполненной МЭ рецептивность эндометрия находилась на границе нормативных показателей. При анализе рецептивности эндометрия, спустя 3 месяца после оперативного вмешательства, было отмечено ее улучшение в группах после ФУЗ-МРТ абляции, после миомэктомии и отсутствие динамики у пациенток после ЭМА.

THE RECEPTIVITY OF THE ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AFTER PREVIOUSLY PERFORMED INEFFECTIVE UTERINE ARTERY EMBOLIZATION, FOCUSED ULTRASOUND ABLATION AND MYOMECTOMY

Porotikova I.E., Demura T.A., Adamyan L.V., Gavrilova T.Yu., Sogoyan N.S.,

Introduction: There are many various methods treatment of uterine fibroids in women of reproductive age (UAE, MRgFUS, myomectomy). In some cases, treatment may be ineffective.

Objective: to investigate the receptivity of the endometrium in women of reproductive age after previously undergone ineffective UAE, MRgFUS and myomectomy.

Methods: The work includes results of a complex clinical and morphological study of 110 women, who held treatment in the period from 2012 to 2015, on the basis of Russian Scientific Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. The average age of patients was $36,2 \pm 5,2$ years. Group I ($n = 13$) consisted of patients with a history of ineffective UAE, a group II ($n = 13$) – the patients after previously undergoing ineffective MRgFUS ablation and the group III ($n = 13$) – the patients, after previously performed ineffective myomectomy. Histological and immunohistochemical examination was performed on the surgical material of the endometrium in the secretion phase, as well as by pipet-biopsy 3 months after surgery. Histological examination

and immunohistochemical examination of PgR, ER, LIF expression was conducted.

Results: The lowest progesterone-estrogen index in both of the intraoperative and postoperative materials (1.53 and 1.14) was detected in the group after the MRgFUS. In addition, mean values for the number of pineapods (7.3% and 20.8%) and low levels of LIF expression (1.3 and 2.0) were noted, $p < 0.05$. The most favorable changes were found in the endometrial samples in the group after myomectomy in terms of progesterone-estrogen index (1.91 and 1.98), along with the highest LIF expression (1.9 and 3.8) and the largest number of pinopodia (16.9 % And 29.2%), indicating a better receptivity of the endometrium in the group of patients after myomectomy

Conclusions: After UAE and MRgFUS we observed a decrease of receptivity of the endometrium, which is confirmed by a low content of mature pinopodia, a decrease of the progesterone-estrogen index and LIF expression. After the previously performed myomectomy, the receptivity of the endometrium was on the border of normative indices.



НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛОМАВИРУСНОЙ 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 обнаружили 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%. Ложно-положительный 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 деструкцию 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., Apolikhina I.A.1,2

1 Federal State Budgetary Institution Scientific Center Of Obstetrics, Gynecology And Perinatology Academician V. I. Kulakov Ministry Of Health Of Russia.

2 Institute For Vocational Education First Moscow State Medical University Named After I. M. Sechenov, Department Of Obstetrics, Gynecology And Perinatology

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.

ЭФФЕКТЫ КОНТРОЛИРУЕМОЙ РЕПЕРФУЗИИ НА УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ЯИЧНИКОВ

1Лазэр К., 1Тагадюк О., 2Мишина А., 3Возиан М., 4Пантя В.

1 Кафедра биохимии и клинической биохимии, Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинёв, Республика Молдова

2 Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребёнка, Кишинёв, Республика Молдова

3 Кафедра хирургии №1 имени Николая Анестиади, Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинёв, Республика Молдова

4 Лаборатория биохимии, Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинёв, Республика Молдова

Перекручивание яичников является неотложным медицинским состоянием. Перекручивание яичников необходимо диагностировать и лечить на ранних стадиях, чтобы сохранить орган. Лечение до недавнего времени состояло в удалении яичника. Сегодня пытаются отказаться от этой тактики лечения, сохраняя яичник. Тем не менее, было показано, что после устранения ишемии, из-за реперфузии усугубляются повреждения яичников. Целью этой работы было исследование влияния контролируемой реперфузии на уровень малонового диальдегида (МДА) в сыворотке при ишемии-реперфузии яичников. Семьдесят самок лабораторных крыс (*Rattus albicans*) весом 180–265 г были рандомизированы в семь групп: №1: здоровые крысы; №2, контрольная группа: крысы подверглись только лапаротомии; №3, крысы с 3 часовой ишемией путем перекручивания яичников; №4, 3-часовая ишемия и 1-часовая реперфузия; №5, 3-часовая ишемия и 1-часовая реперфузия, включая 120 секунд контролируемой реперфузии в режиме «включено/выключено», которая достигается путем открытия (включено) и закрытия (выключено) зажимов на фаллопиевых трубах яичников с 10-секундными интервалами; №6, 3-часовая ишемия и 24-часовая реперфузия; №7, 3-часовая ишемия и 24-часовая реперфузия, включая 120 секунд контролируемой реперфузии в режиме «включено/выключено». Уровень МДА в сыворотке крови был определен по реакции с тиобарбитуровой кислотой. Анализ полученных

результатов показал, что уровень МДА, был значительно ниже ($p < 0,001$) в группе №1 по сравнению с показателями группы №3. Это подтверждает, что ишемия вызывает повреждение клеток. Уровень МДА был значительно ниже в группе №3 по сравнению с показателями группы №4 ($p < 0,001$) и группы №6 ($p = 0,001$), что свидетельствует об усугублении повреждения клеток из-за реперфузии. Уровень МДА был значительно ниже в группе №7 по сравнению с показателями других групп: №3 и №5 ($p = 0,008$); №4 и №6 ($p < 0,001$). Результаты показывают, что контролируемая реперфузия может снизить уровень МДА, что может свидетельствовать о снижении повреждения яичника при данном виде реперфузии ткани.

Резюме: Перекручивание яичников является неотложным медицинским состоянием, которое необходимо диагностировать и лечить на более ранних стадиях, чтобы сохранить как структуру, так и функции органа. Положительные эффекты контролируемой реперфузии известны и используются в клинике. Целью этой работы было исследование влияния контролируемой реперфузии на уровень МДА в сыворотке в качестве маркера повреждения яичников при ишемии-реперфузии.



THE EFFECTS OF CONTROLLED REPERFUSION ON SERUM LEVEL OF MALONDIALDEHYDE AS A MARKER OF ISCHEMIA-REPERFUSION INJURY IN OVARIES

1Lazar C., 1Tagadiuc O., 2Misina A., 3Vozian M., 4Pantea V.

1 Department of Biochemistry and clinical biochemistry, "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

2 Department of Surgical Gynecology, Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova.

3 Department of Surgery nr.1 "Nicolae Anestiadi", "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy Chisinau, Republic of Moldova

4 Laboratory of Biochemistry, "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Summary: Ovarian torsion is a medical emergency and must be diagnosed and treated as early as possible in order to preserve the organ structure and functions. The positive effects of controlled reperfusion are known and are applied in practical medicine. The aim of the present study was to investigate the effects of controlled reperfusion

on serum level of malondialdehyde as a marker of ischemia-reperfusion injury in ovaries. The results indicate that controlled reperfusion can be effective in minimizing ischemia-reperfusion injury in ovarian tissue exposed to ischemia for various reasons (ovarian torsion, etc.).

ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Франкевич В.Е., Некрасова М.Е., Бугрова А.Е.,
Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Стародубцева Н.Л., Асатунова А.В., Прилепская В.Н.

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

Актуальность: Вирус папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска является главным этиологическим фактором развития неоплазий и рака шейки матки (РШМ). Известно, что РШМ занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкологических заболеваний и смертности у женщин, что является важной медицинской и социальной проблемой. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляются 493,2 тысячи новых случаев РШМ. При персистенции ВПЧ в течение 3 лет у 27% женщин развиваются цервикальные интраэпителиальные неоплазии (ЦИН) тяжелой степени. Это обуславливает важность диагностики ВПЧ – ассоциированных заболеваний шейки матки на ранних этапах их

развития. В настоящее время особое значение приобретают различные исследования и анализ молекулярного состава биологических жидкостей, в том числе цервикаловгинальной жидкости (ЦВЖ), методом масс-спектрометрии для ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки.

Цель: Провести анализ протеомного состава ЦВЖ для оценки степени тяжести поражений эпителия шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Обследовано 30 женщин в возрасте от 21 до 45 лет с поражениями шейки матки, ассоциированными с



>> www.reproductive-congress.ru

ВПЧ-инфекцией (ASCUS, LSIL, HSIL). Проведено клиническое обследование, цитологическое исследование, ВПЧ-типирование, расширенная кольпоскопия, протеомное исследование ЦВЖ методом tandemной хромато-масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС/МС). Полуколичественный анализ полученных данных, включающий идентификацию и аннотацию белков, осуществлялся с использованием программных пакетов Perseus и MaxQuant.

Результаты: Определены 2 группы белковых панелей, специфичные для поражений эпителия шейки матки различной степени тяжести: первая группа – P4HB, HSPA8, C4BPA – характерны для ранних изменений (проникновение

вируса в клетку, его транскрипция и нарушение функции системы комплемента); вторая группа – PRDX5, YWHAЕ, LRG1 – характерны для поздних изменений – принимают непосредственное участие в развитии неоплазий шейки матки и дальнейшем их прогрессировании (снижение апоптоза, нарушение дифференцировки и созревания эпителия, трансформация атипических клеток).

Выводы: Анализ протеомного состава ЦВЖ методом ВЭЖХ-МС/МС позволяет изучать молекулярные механизмы ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки и дифференцировать изменения эпителия на ранних этапах

PROTEOMIC ANALYSIS OF CERVICOVAGINAL FLUID BY MASS SPECTROMETRY FOR HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS

Zardiashvili M.D., Nazarova N.M., Frankevich V.E., Nekrasova M.E., Bugrova A.E., Kononikhin A.S., Brzhozovskiy A.G., Starodubtseva N.L., Asaturova A.V., Prilepslaya V.N.

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

The protein composition of the CVF was studied to assess the severity of HPV-associated cervical epithelial lesions in patients of reproductive age by tandem chromatography-mass spectrometry (HPLC-MS / MS). The protein panels, specific for various

forms of HPV-associated cervical epithelial lesions are determined (the first group – P4HB, HSPA8, C4BPA, the second group – PRDX5, YWHAЕ, LRG1).

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ И АНАЛЬНОЙ ЦИТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ.

Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Бурменская О.В., Трофимов Д.Ю., Асатурова А.В., Некрасова М.Е., Суламанидзе Л.А.

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

Актуальность. Высокоонкогенные типы ВПЧ ассоциированы с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями аногенитальной области и, в первую очередь, с цервикальными и анальными неоплазиями (CIN и AIN) в 95% случаев. Пациентки с морфологически

подтвержденным диагнозом CIN и с наличием сопутствующей анальной ВПЧ-инфекции относятся к группе повышенного риска развития AIN. В связи с этим, является актуальным изучение распространенности ВПЧ анальной области и ранней диагностики AIN у пациенток с CIN.

>> www.reproductive-congress.ru

Цель. Выявить частоту аномальной анальной цитологии и анальные типы ВПЧ у женщин с CIN различной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 54 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с CIN I-II-III. Всем женщинам выполнено цитологическое исследование переходного анального эпителия. ВПЧ тестирование 21 типа (6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 44 (55), 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82) с определением вирусной нагрузки осуществлялось методом мультиплексной ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (HPV квант-21, ДНК-Технология, Россия) в анальной области. При оценке вирусной нагрузки в качестве меры центральной тенденции определяли медиану, в качестве интервальной оценки – межквартильный размах. Количество вируса рассчитывали на 100 тыс. клеток.

Результаты. У пациенток с CIN различной степени тяжести в 57.3% случаев выявлена аномальная анальная цитология.

По результатам цитологического исследования переходного эпителия анальной области сформированы 4 группы: 1 группа (n=23, 42.5%) – с NILM, 2 группа (n=26, 48.1 %) – ASCUS, 3

группа (n=4, 7.4%) – LGAIN, 4 группа – (n=1, 1.8 %) – HGAIN. При NILM ВПЧ высокого риска выявлены у 5 пациенток (21.7%), LR-HPV – у 1 (3.7%). Наиболее распространенными типами ВПЧ анальной области были 53 тип (13%), 31 и 39 типы (8,6%), 68, 6 и 56 типы (4,3%).

При ASCUS ВПЧ ВР выявлены у 9 (34.6%). Наиболее часто в анальной области встречались ВПЧ 16 типа (11.5%), 31, 33, 52, 39 и 56 (7,7%), 53, 68, 56, 6, 11 и 44 типа (3.8%). В данной группе по сравнению с первой группой чаще встречались ВПЧ группы А9 (30.8% vs 8.6%, p=0.055).

При LGAIN во всех случаях выявлены ВПЧ ВР – 31, 33, 58, 68, 51, 39 типы. В данной группе по сравнению с первой группой чаще встречались ВПЧ группы А9 (75% vs 8.6%, p=0.0016, OR=31.5(2.1-463)). При HGAIN выявлен ВПЧ 16 типа.

Выводы. У пациенток с CIN ВПЧ высокого онкогенного риска в анальном эпителии выявлены в 21.7% случаев. Аномальная анальная цитология чаще ассоциировалась с ВПЧ группы А9.

THE RESULTS OF HPV GENOTYPING AND ANAL CYTOLOGY IN PATIENTS WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Bourmenskaya O.V., Trofimov D.Y., Asaturova A.V., Nekrasova M.E., Sulamanidze L.A.

High-risk HPV types are detected in anal epithelium in 21.7% of cases in patients with CIN.

Abnormal anal cytology was associated with HPV of group A9.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Пономарев Е.И.

Гинекологическое отделение ТОКБ, Томск, Россия

С целью прогнозирования тяжести перитонита на фоне гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) использована оценка по интегральным шкалам.

Обследовано 120 пациенток, поступившие по скорой помощи в гинекологическое

отделение областной клинической больницы ГВЗПМ и клиникой «острого живота». Средний возраст женщин составил 34 года (медиана). Пациентки предъявляли жалобы на боли в животе, общую слабость, недомогание, гектическую температуру, ознобы. Им проведено

>> www.reproductive-congress.ru

общеклиническое и дополнительные методы исследования. Степень эндогенной интоксикации определялась путем вычисления индекса эндогенной интоксикации (ИЭи) разработанного нами. Формула ИЭи представляет дробь, где в числителе показатель сорбционной способности эритроцитов (ССЭ), в знаменателе – уровень растворимого фибрина (РФМК) в плазме. Прогнозировали высокую степень вероятности развития степени эндогенной интоксикации при значении ИЭи < 2,58; среднюю – от 2,59 до 3,58; низкую – от 3,59 до 4,68. Синдром системной воспалительной реакции (SIRS) оценивался при наличии гнойного образования в малом тазу по стандартным критериям. Оценка тяжести больного по терапевтической шкале (SAPS) определялась путем подсчета суммы баллов по 7 клиническим и 7 лабораторным параметрам. Результаты. Абдоминальный сепсис с 2 признаками SIRS был у 68 (56%); сепсис с 3 признаками – у 21 (18%); тяжелый сепсис с 4 признаками – у 8 (6%). У 26 (20%) женщин не было выявлено признаков SIRS.

По шкале SAPS у 96 (80%) пациенток состояние оценивалось 0–4 балла с благоприятным прогнозом при своевременном хирургическом лечении и адекватной терапией в послеоперационном периоде. У 24 (22%) женщин оценка по этой шкале составила 5–6 и 7–8 баллов и указывала на более тяжелое состояние. Эти больные имели шанс на выздоровление при условии короткой предоперационной подготовки и срочного хирургического лечения. Прогноз летальности у них при промедлении в оказании лечебной помощи составлял 10,7 – 13,33%.

Значение ИЭи было высоким у 50 (41%) больных, средним – у 30 (25%); низким – у 32 (26%). У 8 (8%) женщин ИЭи соответствовал нулевому значению. Предоперационная подготовка проведена на операционном столе из за тяжелого состояния больных в 50% случаях. В

остальных случаях длительность предоперационной подготовки составила 12–24 часа (22%) и 25–48 часов (28%). Хирургическое лечение выполнялось лапаротомным (58%) и лапароскопическим (42%) доступами. Во всех случаях проводилось удаление очага инфекции, санация, дренирование. Были выявлены следующие клинические варианты: тубоовариальный абсцесс двухсторонний (64), пиосальпинкс (16), абсцесс яичника (6), гнойный сальпингит (34). При операции были удалены: придатки с обеих сторон – у 22 % больных; обе маточные трубы – у 17%; обе маточные трубы и яичники – у 4%; сохранены одна маточная труба и яичник – у 57%. Осложнений после операций не было. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводили интенсивный комплекс медикаментозного лечения и детоксикационной терапии с включением плазмафереза, УФО крови и баротерапии. Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, оценка тяжести течения перитонита при ГВЗПМ у больных, по интегральным шкалам SIRS, SAPS, индексу эндогенной интоксикации объективна и позволяет дифференцированно определить тактику ведения, длительность предоперационной подготовки, объем хирургического вмешательства и адекватную медикаментозную терапию.

Нами прооперировано 120 пациенток, поступивших в гинекологическое отделение ОКБ с ГВЗПМ. Все пациентки были прооперированы. оценка тяжести течения перитонита при ГВЗПМ у больных, по интегральным шкалам SIRS, SAPS, индексу эндогенной интоксикации объективна и позволяет дифференцированно определить тактику ведения, длительность предоперационной подготовки, объем хирургического вмешательства и адекватную медикаментозную терапию.

THE INTEGRAL ESTIMATION OF PERITONITIS SEVERITY IN PATIENT WITH PELVIC INFLAMMATION DISEASE

Balakshina N.G. Koch L.I, Ponomarev E.I

Tomsk, Russia

We examined and operated 120 patients who were hospitalized in Tomsk regional clinical

hospital with diagnosis pelvic inflammatory disease with localized peritonitis. The purpose of this



study was the evaluation of condition heaviness in patient with pelvic inflammation disease by

means of integral scales and index endogenous intoxication.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Муханова Ж.Е., Пасман Н.М.

Россия, г. Новосибирск, Новосибирский государственный университет, ООО «Клиника профессора Пасман»

Введение. Яичниковая беременность (ЯБ) – очень редкое осложнение как спонтанной, так и искусственной беременности. Доля ЯБ оценивается, как 0,5–3,0% всех случаев внематочной беременности. Несмотря на сравнительно невысокую частоту, ранняя диагностика данного осложнения на сегодняшний день является сложной задачей и требует детального изучения. Целью данной работы является изучение факторов риска и современных методов диагностики яичниковой беременности.

Причиной возникновения ЯБ могут быть воспалительные заболевания матки и ее придатков, оперативные вмешательства в органах малого таза, эндометриоз маточных труб и яичников, применение стимуляторов овуляции, а также внутриматочная контрацепция. Часто ЯБ наблюдается при синдроме поликистозных яичников, после ЭКО и при переносе эмбриона.

Раннее выявление яичниковой беременности является важным вопросом, и во многих случаях диагноз ставится во время экстренного хирургического вмешательства из-за острой боли в животе или кровотечения. Диагностика ЯБ крайне сложна, так как характерные признаки заболевания отсутствуют. Часто используемое ультразвуковое исследование является малоинформативным, поэтому «золотым» стандартом является диагностическая лапароскопия, которая в дальнейшем переходит в лечебную.

Клинический случай. В работе изучен случай яичниковой беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов. Супружеская пара наблюдалась в клинике с 2015 г. с бесплодием сочетанного генеза (ановуляторное + астенотератозооспермия), длительность бесплодия – 3,5 года.

Пациентке Я., 35 лет, при УЗИ органов малого таза диагностирована прогрессирующая

трубная беременность справа; миома матки; кистовидное изменение яичников после стимуляции овуляции.

В анамнезе экстрагенитальные заболевания (гиперандрогения, гиперпролактинемия, носительство тромбогенных полиморфизмов генов гемостаза). Гинекологический анамнез: менархе с 16 лет, менструальная функция не нарушена; в 2009 году лапароскопическая резекция яичников по поводу двухсторонних эндометриоидных кист, с 2014 г. миома матки с пролиферацией и ростом узла, эффективная терапия улипристала ацетатом; хронический левосторонний аднексит; хронический спаечный периаднексит; ИППП – уреоплазмоз.

Настоящая беременность – вторая, наступила после криопереноса эмбрионов. Первая беременность, также наступившая в программе ВРТ (ЭКО- ИКСИ) в 2016 году завершилась неблагоприятным исходом – несостоявшимся выкидышем в сроке 6–7 недель, произведено инструментальное удаление плодного яйца под контролем гистероскопии.

При поступлении в стационар жалоб не было. Результаты ОАК, биохимических показателей в пределах нормы. Отмечался неадекватный прирост β -ХГЧ. После отмены пострасферной поддержки рост β -ХГЧ составил до 3000 ЕД. По данным УЗИ органов малого таза: признаки прогрессирующей правосторонней трубной беременности после ЭКО. С целью постановки окончательного диагноза проведена диагностическая лапароскопия, которая в дальнейшем перешла в лечебную. Интраоперационно обнаружено: серозная жидкость до 50 мл; матка увеличена до 8–9 недель беременности за счет интерстицио-субсерозного узла; маточные трубы с обеих сторон интактны. Правый яичник увеличен до 5–6 см в диаметре,



>> www.reproductive-congress.ru

на медиальном полюсе округлое образование синюшного цвета диаметром 15 мм. Левый яичник без особенностей. Выполнена резекция правого яичника с удалением плодного яйца. Клинический диагноз подтвержден результатом гистологического исследования. Общая кровопотеря – 30 мл

Заключение. При изучении анамнеза пациенток важно учитывать такие факторы риска развития яичниковой беременности,

как: оперативные вмешательства в органах малого таза, ЭКО, внутриматочная контрацепция, эндометриоз маточных труб и яичников, а также применение стимуляторов овуляции. Необходимо совершенствовать методы ранней диагностики эктопической беременности, что позволит оказывать своевременную медицинскую помощь и сохранить репродуктивную функцию пациенток.

CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSTICS OF OVARIAN PREGNANCY

Mukhanova Zh.Y., Pasman N.M.

Russia, Novosibirsk, Novosibirsk State University, Professor Pasman clinic

Ovarian pregnancy is a rare and challenging phenomenon. Clinicians should take into account possible risk of ovarian pregnancy after surgical interventions in the pelvic organs, in vitro

fertilization (IVF), intrauterine contraception and ovulation stimulants using, and in case of endometriosis of fallopian tubes and ovaries.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО КОНВЕРСИОННОГО ЭКСПРЕСС-МОНИТОРИНГА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Осипова А.Д., Зуев В.М., Александров М.Т., Ищенко А.И., Джигладзе Т.А., Хохлова И.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность: Рак матки у женщин в любом возрасте представляет собой угрожающую жизни проблему. Решение ее во многом определяется своевременной диагностикой и лечением предракового процесса – гиперплазии эндометрия. В настоящее время основными методами диагностики патологических процессов эндометрия являются эндоскопические и морфологические. Однако эти методы являются инвазивными, долго исполняемыми и затратными.

Цель исследования: Определить эффективность выявления рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия с помощью лазерной конверсионной экспресс-диагностики.

Пациенты и методы: Была обследована группа пациентов из 48 женщин в возрасте 37–45 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия.

Методы: лазерно-конверсионная флуоресцентная экспресс-диагностика (ЛКД), гистероскопия, биопсия, морфологическое исследование.

В анамнезе у всех женщин были отмечены меноррагии, отдельно диагностические выскабливания, верификация гиперплазии эндометрия и гормональное лечение длительностью от 3-х до 6 месяцев с использованием агонистов гонадотропин-релизинг гормона, гестагенов или КОК. Длительность анамнеза заболевания составила от 3-х до 12 лет.



>> www.reproductive-congress.ru

Результаты исследования: В результате применения лазерно- конверсионной флюоресцентной экспресс-диагностики, признаки гиперплазии эндометрия были выявлены у 7 (14.6%) пациенток. Всем пациенткам была произведена минигистероскопия и биопсия эндометрия. Диагноз гиперплазия эндометрия был

подтвержден у 6 пациенток, что составило 12.5%.

Выводы: Лазерно-конверсионная флуоресцентная экспресс-диагностика является эффективным методом оценки состояния эндометрия до и после лечения у женщин в перименопаузальном возрасте.

CLINICAL VALUE OF LASER CONVERSION EXPRESS MONITORING OF ENDOMETRY HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL AGE

Osipova A.D., Zuev V.M., Alexandrov M.T., Ishchenko A.I., Dzhibladze T.A., Khokhlova I.D.

Department of obstetrics and gynecology №1 of therapeutic faculty of the First MSMU n. a. I.M. Sechenov, Moscow, Russia

РОЛЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОЙ МРТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЙ МАТКИ

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

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

Актуальность: У 88% пациенток с симметричными аномалиями матки отмечаются бесплодие и потери беременности. Разработаны эффективные методы оперативного лечения, но при некоторых вариантах пороков хирургическая тактика неоднозначна. Показанием для коррекции аномалии является нарушение репродуктивной функции. Однако показатели ее восстановления после оперативного лечения неудовлетворительные: частота наступления беременности составляет не более 40%, в том числе при использовании различных методов реабилитации и вспомогательной репродукции, а потери беременности при этом превышают 55%.

Прогноз течения беременности зависит от анатомической формы аномалии, а так же 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 (ДКУ МРТ) для определения тактики хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: В Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова с 2015 по 2017 оперировано 176 пациенток с симметричными аномалиями матки в возрасте от 18 до 45 лет. С целью оптимизации тактики хирургического лечения 49 пациенткам проведена ДКУ МРТ.

Результаты исследования: Нарушение репродуктивной функции отмечено у 86,9% (152) пациенток: первичное бесплодие у 37,1% (67),

>> www.reproductive-congress.ru

вторичное бесплодие у 24,6% (43) и привычное невынашивание беременности у 24% (42).

При неполной внутриматочной перегородке наблюдается снижение кровотока во внутриматочной перегородке более чем на 40%, что коррелирует с высоким уровнем потерь беременности в 93,4% 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 беременность; 2 группа – со снижением кровотока более 20%, имели репродуктивные потери в анамнезе.

Пациентки с удвоением матки по результатам ДКУ МРТ в 85% случаев имели ухудшение параметров кровотока в одной из маток от 30 до

50%, при этом, по данным анамнеза, неразвивающиеся беременности располагались как раз в полости матки, кровоснабжавшейся хуже.

Заключение: Для определения показаний к оперативному лечению при аномалиях развития матки целесообразно использовать динамическую контраст-усиленную магнитно-резонансную томографию для количественной оценки параметров кровотока во внутриматочной перегородке и миометрии. Пациенткам со сниженным кровотоком во внутриматочной перегородке необходимо проводить оперативное лечение, направленное на ликвидацию зон нарушенного кровотока, предупреждая репродуктивные потери. При удвоении матки и влагалища наблюдается асимметрия кровотока, что имеет значение при выборе гемиполости с лучшими условиями кровоснабжения для переноса эмбриона в программе вспомогательных репродуктивных технологий.

THE VALUE OF DYNAMIC CONTRAST-ENHANCED MRI IN THE SURGICAL TREATMENT OF SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES

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

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 93,4% 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. A doubling of the uterus in 85% of cases there was asymmetry of blood flow.



КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кравцова И.В., Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России
Перинатальный центр ГКБ им. Е.О.Мухина, Москва, Россия

Неразвивающаяся беременность – полиэтиологическое осложнение беременности. Одним из ведущих причинных факторов данной патологии рассматривается персистирующая урогенитальная инфекция, обуславливающая развитие инфекционно-воспалительного процесса в полости матки, нарушение гомеостаза в гравидарном эндометрии и микроокружении эмбриона. Частота морфологически верифицированного, бессимптомно протекающего хронического эндометрита в анамнезе у пациенток с привычным невынашиванием, по данным различных авторов, составляет более 64% вне зависимости от клинической картины прерывания беременности.

Целью исследования явилось изучение клинико-морфологических и анамнестических особенностей хронического эндометрита у пациенток, перенесших неразвивающуюся беременность в I триместре.

Проведено комплексное клинико-морфологическое исследование 110 пациенток в возрасте от 18 до 38 лет, госпитализированных с диагнозом угрожающего, начавшего или неполного аборта в сроке беременности 6–12 недель. Всем женщинам при проведении УЗИ диагностировали «неразвивающуюся беременность».

Объектом морфологического исследования являлись удаленные из полости матки ткани плодного яйца и соскобы эндометрия. В качестве контроля при проведении иммуноморфологических исследований использовали 40 образцов абортного материала, полученного при проведении искусственных абортов на сроке 6–12 недель у женщин.

Состояние микробиоценоза оценивали при комплексном микробиологическом обследовании, включающем микроскопию мазков, окрашенных по Граму, бактериологические посевы из цервикального канала и эндометрия, а также молекулярно-биологические исследования ДНК генитальных инфекций методом ПЦР.

В результате проведенных исследований получены следующие данные.

Из 110 пациенток у 66 (60% наблюдений) выявлены гистологические признаки, свойственные хроническому эндометриту в стадии обострения (наличие плазматических клеток в строме эндометрия, лимфоидных инфильтратов вблизи кровеносных сосудов и устьев желез, неравномерный фиброз стромы, склеротические изменения стенок спиральных артерий). Также у этих больных по сравнению с контрольной группой отмечалось снижение экспрессии сосудисто-эпителиального фактора роста СЭФР и значительное повышение экспрессии трансформирующего фактора роста ТФР-β1(фактора склероза) при иммуноморфологическом исследовании, указывающих на наличие ранее существовавшего хронического эндометрита.

В анамнезе у этих пациенток отмечались воспалительные заболевания органов малого таза (цервицит, хронический сальпингоофорит) – в 31,8% наблюдений, неспецифический вульвовагинит – в 68,1%, цистит – в 15,2%. Повторная неразвивающаяся беременность диагностирована у 17 (25,8%) пациенток, привычное невынашивание – у 22 (33,3%). Внутриматочные вмешательства имели место у 56% пациенток с хроническим эндометритом.

Из обследованных пациенток, перенесших неразвивающуюся беременность в сроках 6 – 12 недель и морфологически подтвержденным хроническим эндометритом при микробиологическом исследовании содержимого полости матки выявлено преобладание смешанной бактериальной флоры, представленной ассоциациями облигатно-анаэробных микроорганизмов. У 36,3% пациенток выявлена *Prevotella melaninogenica*, у 30,3% – *Peptostreptococcus* sp., у 21,2% – *Chlamydia trachomatis*. *Ureaplasma urealyticum* определялась у 18,2% больных, *Mycoplasma genitalium* – у 24,2%. При неразвивающейся беременности

>> www.reproductive-congress.ru

выявлена персистенция вируса простого герпеса у 19,7% пациенток, ЦМВ – у 12,1%.

Основными жалобами пациенток с хроническим эндометритом были жалобы на нарушения менструального цикла у 45,1%, что проявлялось в виде гиперполименореи, мено и метrorрагий. Межменструальные кровянистые выделения выявлены в 14,1% случаях. Хронические тазовые боли отмечались у 17,8% пациенток перенесших неразвивающуюся беременность. Установлено, что у 48,5% пациенток с морфологически верифицированным хроническим эндометритом отсутствовали какие-либо клинические проявления.

Таким образом, отмечается тенденция к мало- и бессимптомному течению хронического эндометрита, изменению этиологической структуры, высокому проценту нарушений репродуктивной функции на фоне воспалительного процесса, а именно к ее утрате. Большинство хронических эндометритов после неразвивающейся беременности протекает латентно и не имеет клинических проявлений инфекции.

Интегральная оценка клинико-морфологических и анамнестических факторов развития хронического эндометрита и проведение лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление и эффективное лечение этой категории пациенток, является реальной основой восстановления репродуктивного здоровья женщин.

Резюме: Исследования, посвященные изучению этиопатогенетических аспектов неразвивающейся беременности, свидетельствуют, что в качестве ведущей причины прерывания беременности ранних сроков необходимо рассматривать воспалительный процесс, развитие которого предопределяет целый комплекс разнообразных нейрогуморальных расстройств.

Латентное течение, отсутствие клинической манифестации, малая информативность общедоступных методов исследования определяет сложности профилактики и лечения данной патологии.

CLINICAL-ANAMNESTIC AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN PATIENTS WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY

Kravtsova I.V., Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.

Doctor of MSMSU A.I. Evdokimov
Perinatal center of the clinical hospital named. E.O. Mukhin, Moscow, Russia

The studies on etiopathogenetic aspects of developing pregnancy showed that as the leading causes of interruption of pregnancy of early terms it is necessary to consider the inflammatory process, the development of which determines the full range of neurohumoral disorders.

Latent within, the absence of clinical manifestation, low informativeness of the public methods of the study determines the complexity of prevention and treatment of this disease.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Серажудинова Д.А., Кулиева Т.А., Гиравова Ф.М.

Россия, г. Махачкала, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Обследовано 165 женщин в постменопаузе: 1 группу составили 87 женщин, страдающих ожирением, 2 группу – 78 женщин без ожирения. У женщин, страдающих ожирением,

>> www.reproductive-congress.ru

частота встречаемости неспецифического кольпита выше в 1,3 раза, а специфического – в 2–4 раза в сравнении с контрольной группой, имеющей нормальную массу тела. Результаты проведенных исследований показали непосредственную связь нарушений микробиоценоза влагалища с ожирением.

В климактерическом периоде прогрессирующий дефицит эстрогенов, обусловленный истощением яичников, вызывает развитие возрастных атрофических изменений слизистой оболочки мочевого тракта. Дефицит эстрогенов, вызывая нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, подавляет митотическую активность клеток, в первую очередь базального и парабазального слоев, изменяет активность рецепторного аппарата. Причиняющие страдания мочевого тракта расстройства, в том числе сухость влагалища, зуд и жжение, рецидивирующие инфекции влагалища, хронический цистит, выворот слизистой оболочки уретры и пр. являются прямым следствием эпителиальной атрофии. Ожирение является одним из факторов риска нарушения вагинального микробиоценоза. Вместе с тем ожирением снижает иммунореактивность макроорганизма, что нередко сопровождается наличием воспаления. Однако работы, посвященные изменению нормоценоза влагалища у женщин с ожирением, малочисленны и разноречивы.

Цель исследования: изучение состояния микрофлоры влагалища в зависимости от наличия или отсутствия ожирения у женщин в постменопаузе.

Обследовано 165 женщин в возрасте от 40 до 65 лет, длительностью менопаузы более 2 лет. Женщины были поделены на группы: 1 группа (основная) – 87 женщин (ИМТ > 28 кг/м²), страдающих ожирением, 2 группа (контрольная) – 78 женщин без ожирения (ИМТ < 28 кг/м²). Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли как отношение массы тела (кг) к росту (м²). В исследовании были применены бактериоскопические и бактериологические методы. Методом прямой иммунофлуоресценции выявляли хламидии, микоплазмы, уреоплазмы.

При сборе и анализе анамнестических данных из 165 женщин жалобы на выделения из половых путей предъявляли 109 (66,58%) пациенток, 35 женщин (21,2%) имели признаки вульвита. При анализе показателей специфических

инфекций влагалища было выявлено, что в 1-й группе у женщин, страдающих ожирением, хламидии встречались в 4 раза чаще в отношении с группой контроля, а уреоплазмы и микоплазмы – в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Достоверно чаще в условиях культивирования встречались бактерии рода *Staphylococcus*. Вид *Staphylococcus epidermidis* встречался в 6,2 раза чаще, чем другие виды. На фоне низкой неспецифической реактивности организма *Staphylococcus epidermidis* может служить фактором, определяющим течение хронического воспаления, как во влагалище, так и в органах малого таза. Нередко в структуре микрофлоры цервикального канала при сальпингоофорите обнаруживается кишечная палочка, а клебсиеллы могут являться причиной урогенитальных заболеваний. Из патогенных представителей микробной флоры только у женщин первой группы, страдающих ожирением, был выявлен *Staphylococcus haemolyticus*. При анализе количественных характеристик микроорганизмов выявлено, что содержащиеся представители кишечной группы превышало 1×10⁴ КОЕ/мл у каждой 4-й пациентки основной группы (1-я группа). Ассоциированное выделение микроорганизмов у женщин основной группы (40,73±6,86%) достоверно выше, чем у женщин группы контроля (без ожирения) (15,72±4,33%). В первой группе женщин, страдающих ожирением, частота встречаемости микробных ассоциантов была в 3,3 раза выше, чем в группе контроля.

Таким образом, у женщин, страдающих ожирением, частота встречаемости неспецифического кольпита выше в 1,3 раза, а специфического – в 2–4 раза в сравнении с контрольной группой, имеющей нормальную массу тела. У каждой второй женщины с ожирением высевались микроорганизмы кишечной группы, а абсолютный патоген *Staphylococcus haemolyticus* был обнаружен только у женщин с ожирением. Результаты проведенных нами исследований показали непосредственную связь нарушений микробиоценоза влагалища с ожирением. Соответственно, отсюда вывод, что степень дисбиотических изменений во влагалище зависит от массы тела и носит разнонаправленный характер.



CHARACTERISTIC OF THE MICROFLORA OF THE VAGINAL IN WOMEN WITH OBESITY IN THE POSTMINA-PAUSAL PERIOD

Esedova A.E., Idrisova M.A., Serazhudinova D.A., Kuliyeva T.A., Giravova F.M.

Russia, Makhachkala, FGBOU VO "Dagestan State Medical University"

165 postmenopausal women were examined: 1 group consisted of 87 obese women, 2 group – 78 women without obesity. In obese women, the incidence of nonspecific colpitis is 1.3 times higher, and the specific frequency is 2–4 times

higher than in the control group with normal body weight. The results of the conducted studies have shown a direct connection of violations of the microbiocenosis of the vagina with obesity.

ЭЛАСТОГРАФИЯ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Краснова И.А., Шишкина Т.Ю., Аксенова В.Б.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Внематочная беременность по-прежнему является причиной материнской смертности, занимая первое место среди причин в первом триместре беременности. Точность диагностики эктопических нидаций все еще не равна 100 %. Это делает актуальным внедрение новых визуальных методов диагностики в алгоритм обследования пациенток с подозрением на трубную беременность. Целью исследования явилась оценка информативности соноэластографии в дифференциальной диагностике трубной беременности. Материалы и методы. Компрессионная эластография выполнена на аппарате Logiq E9 (GE, США) с использованием трансвагинального датчика. При оценке качественных характеристик нами учитывались стабильные участки различной жесткости. При количественном анализе рассчитывался индекс эластичности (ИЭ), не имеющий единиц измерения и показывающий степень жесткости тканей относительно друг друга. Статистический анализ проводился с помощью критерия Краскала–Уоллиса ($\alpha=0,05$), U-теста Манна–Уитни ($\alpha=0,0033$ с учетом поправки Бонферрони) и критерия Вилкоксона ($\alpha=0,05$) в пакетах компьютерных программ Statistica 7.0 и Microsoft Excel 2016. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 квартиля. Эластография маточных

труб выполнена нами у 29 пациенток с трубной беременностью, у 9 пациенток с нарушенной маточной беременностью и у 8 – с аномальным маточным кровотечением репродуктивного периода. Полученные результаты. При эластографии неизмененные маточные трубы у 12 обследованных кодировались как эластичные: основным фоном был зеленый цвет, на фоне которого визуализировались желтые и красные вкрапления, ИЭ составил 0,9. У 5 пациенток с указанием в анамнезе на аднексит (у 2 их них ранее также выполнен milking плодного яйца) при эластографии маточные трубы хоть и кодировались эластичным зеленым цветом, однако в их структуре также наблюдались жесткие фрагменты синего цвета, ИЭ составил 2,1. Состояние маточных труб было уточнено при диагностической лапароскопии. Маточные трубы обследованы у 29 пациенток с трубной беременностью. У 7 (23,3%) пациенток с выраженной интратубарной гематомой маточные трубы кодировались как жесткое образование синим цветом с фрагментами голубого и двумя ободками по периферии – внутренним голубым и наружным зеленым. ИЭ составил 5,2. У 13 (43,3%) обследованных с ограниченной тубарной гематомой (соответствующей лапароскопической картине с локально утолщенной

>> www.reproductive-congress.ru

трубой в месте нидации плодного яйца) жесткость была локально повышена, она кодировалась синим цветом с единичными вкраплениями голубого, с двумя ободками по периферии: внутренним голубым и наружным зеленым, ИЭ составил 2,7. На остальном протяжении маточные трубы кодировались как эластичные, зеленым цветом с единичными вкраплениями желтого, красного или синего цвета. ИЭ 1,3. При свершившемся трубном аборте с незначительными остатками ворсин хориона в трубе у 6 (20,0%) пациенток равномерно эластичные на всем протяжении маточные трубы отображались преимущественно зеленым цветом с желтыми, красными и незначительным количеством синих фрагментов, место нидации плодного яйца не визуализировалось, ИЭ составил 1,2. При прогрессирующей трубной беременности 5-6 недель гестации у 3 (10,0%) пациенток плодное яйцо 4-5 мм в диаметре, кодировалось стойким синим шаблоном, другие отделы маточной трубы отображались как эластичные зеленым цветом с желтыми и красными вкраплениями. Заключение. У неизмененных маточных труб значения индекса эластичности составили 0,9. При перенесенном сальпингите жесткость маточных труб повышалась в 2,3 раза ($p < 0,001$). При полном трубном

аборте значения ИЭ маточных труб были сопоставимы с неизмененными маточными трубами ($p = 0,24$). При выраженной и ограниченной интратубарной гематоме ИЭ маточных труб был достоверно повышен ($p < 0,001$) относительно неизмененных маточных труб в 5,8 и в 3,0 раза соответственно. Таким образом, эластография – новый эхографический метод диагностики, который может быть успешно применен в ургентной гинекологии у пациенток с подозрением на внематочную беременность. Протокол исследования включает оценку жесткости маточных труб с помощью качественных и количественных критериев. Полученные результаты трактуются в соответствии с разработанными типами эластографических шаблонов и параметрами индекса эластичности.

Резюме. Компрессионная соноэластография произведена 46 пациенткам репродуктивного возраста с подозрением на внематочную беременность. Оценены качественные и количественные характеристики маточных труб. Выделено четыре типа эластографических шаблонов для маточных труб при нидации в них плодного яйца: при прогрессирующей и нарушенной трубной беременностью, описаны характеристики неизмененных маточных труб, и после перенесенного сальпингита.

ELASTOGRAPHY. CRITERIA OF DIAGNOSTICS OF PIPE PREGNANCY

Krasnov I.A., Shishkina T.Yu., Aksenova V.B.

Russian National Research Medical University. N.I. Pirogova, Moscow, Russia

Abstract. Compression sonoelastography produced 46 patients of reproductive age with suspected ectopic pregnancy. Evaluated the qualitative and quantitative the characteristics of the fallopian tubes. Identifying four types of elastographic patterns for fallopian tubes if they nidali

ovum: when progressive and disturbed tubal pregnancy described the characteristics of unaltered fallopian tubes, and after suffering salpingitis.



ЭКСПРЕССИЯ МИКРО РНК – 210 В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

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

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

Развитие беременности нередко осложняется разнообразными патологическими процессами и заболеваниями как со стороны матери, так и со стороны плода. К одному из наиболее грозных осложнений можно отнести преэклампсию (ПЭ), которую рассматривают как синдром полиорганной функциональной недостаточности, развивающийся после 20-й недели гестации и обусловленный невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечивать потребности растущего плода, что связано в первую очередь с перфузионно-диффузионной недостаточностью плаценты. Известно, что микро РНК – это молекула РНК, не связанная с синтезом белка, содержащая до 27 нуклеотидов, обладающая способностью блокировать определенные гены. Известно, что при патологических процессах, ассоциированных с гипоксией экспрессия микро РНК-210 значительно меняется, однако её роль при ранней и поздней ПЭ не известна.

Цель исследования: изучить экспрессию микро РНК-210 в образцах плаценты при ранней и поздней преэклампсии посредством метода гибридизации *in situ* (CISH).

Материалы и методы: В основу работы положен анализ плацент, полученных от 18 беременных в возрасте 23–40 лет и разделенных на четыре группы: у 5 пациенток отмечена ранняя преэклампсия (с клиническими проявлениями до 34 недель гестации – РПЭ), у 5 беременных – поздняя преэклампсия (с клиническими проявлениями после 34 недель гестации – ППЭ); группы сравнения составили: 4 женщины с физиологическим течением беременности доношенного срока гестации (поздняя норма – ПН) и 4 пациентки – с преждевременными оперативными родами на 30–32 неделях гестации (преждевременные роды – ПР). Для выявления микроРНК на парафиновых срезах использовали калориметрический метод гибридизации *in situ* (CISH) с дигоксигенином согласно

инструкции производителя (Exicon, USA). Продукт реакции визуализировался в виде коричневого окрашивания.

В результате исследования в образцах групп ПН и ПР отмечена умеренная экспрессия микро РНК-210 в цито- и синцитиотрофобласте, синцитиальных почках, а также эндотелиальных клетках и единичных клетках стромы ворсин, в децидуальных клетках плаценты.

Однако при ранней и поздней преэклампсии имеет место инверсия окрашивания микро РНК-210 в ткани плаценты. Так, при поздней ПЭ отмечена выраженная экспрессия микроРНК в цитоплазме цито- и синцитиотрофобласта, эндотелиальные клетки сосудов и единичные клетки стромы, в то время как при ранней ПЭ наблюдается сниженное окрашивание в синцитиотрофобласте и повышенная экспрессия в клетках стромы. При этом отмечено сниженное количество сосудов при ранней ПЭ, строма ворсин выглядела плотной, фиброзированной.

Считается, что микро РНК-210 ассоциирована с регуляцией ангиогенеза; обладает протекторным действием, запуская комплекс молекулярных каскадов, позволяющих адаптировать ткани к гипоксии, поэтому наличие экспрессии микро РНК-210 в ткани плаценты в группах сравнения (ПН и ПР) свидетельствует о компенсаторном характере изменений. Наряду с этим, потеря экспрессии микро РНК-210 может быть обусловлена выраженным повреждением ткани и срыве компенсаторных реакций.

Таким образом, до 34 недель беременности синцитиотрофобласт и клетки стромы более чувствительны к гипоксии, их повреждение более выражено, по сравнению с поздней ПЭ, что коррелирует со степенью тяжести заболевания. Это может приводить к нарушению гемато-плацентарного барьера и плацентарной недостаточности, что в свою очередь усугубляет гипоксию, вызывая более тяжёлое развитие ранней ПЭ.



MICRO RNA EXPRESSION IN PLACENTA TISSUE IN CASES OF PREECLAMPSIA

**Nizyaeva N.V., Kulikova G.V., Nagovitsyna M.N., Sugryeva D.X.,
Prozorovskaya K.N., Kan N.E., Shchegolev A.I.**

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

Summery. The aim is to study the expression of micro RNA-210 in placental samples in early and late preeclampsia (PE) by in situ hybridization. As a result of the study, it was found that syncytiotrophoblast of villi are most sensitive to

hypoxia up to 34 weeks, which lead disturbance of hemato-placental barrier reduced blood supply in villous tree.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Лебедева Е.А.1, Согилян А.С.2, Куртасов А.А.1

1 ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет МЗ, Ростов-на-Дону
2 Негосударственное учреждение здравоохранения Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО РЖД, Ростов-на-Дону

Резюме: Определены показания для проведения антиоксидантной терапии при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов женщин, в лечении которых применялась гипербарическая оксигенация. Динамика показателей скорости процессов свободнорадикального окисления может служить ориентиром для коррекции программы терапии.

С целью определения показаний к применению антиоксидантной терапии пациенткам с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (ВПО), проведено проспективное обсервационное продольное когортное исследование 26 пациенток с воспалительными заболеваниями ВПО. Все пациентки были разделены на три группы. В первую группу вошли 7 пациенток с впервые выявленным острым началом данного заболевания. Вторая группа включала 9 пациенток с выраженным рецидивом хронического воспалительного процесса. В третью группу были включены 10 пациенток, у которых отмечалось хроническое стертое течение воспалительного процесса. Лечение всех больных предусматривало применение

общепринятой медикаментозной терапии в сочетании с гипербарической оксигенацией (ГБО).

В процессе проведения исследования изучалась скорость процессов свободнорадикального окисления (СРО) плазмы по интенсивности хемилюминесценции (ХЛ) плазмы. Оценка динамики приведенных показателей проводилась до начала лечения (исходные данные) и после второго дня применения общепринятой терапии в сочетании с ГБО.

Результаты. Согласно назначенному нами курсу лечения, после проведенного исследования пациенткам начали проводить общепринятую медикаментозную терапию в сочетании сеансом ГБО длительностью 45 минут, с рабочим давлением в барокамере 1,5 АТА. Комплекс общепринятой медикаментозной терапии включал в себя антибактериальные препараты, противовоспалительную и противогрибковую терапию, назначение антигистаминных препаратов, витаминотерапию, санацию влагалища, пребиотики. После второго дня применения общепринятой терапии в сочетании с ГБО

>> www.reproductive-congress.ru

проводили контрольный забор крови с определением в плазме упомянутых нами ранее показателей.

Использование положительных эффектов ГБО (более сильное насыщение тканей кислородом, нормализация ряда важнейших биохимических реакций, усиление окислительных процессов) при лечении воспалительных заболеваний ВПО повышает эффективность общепринятой терапии. Однако, на фоне констатации положительных эффектов влияния гипербарического кислорода, в отдельных случаях (зависит от индивидуальных особенностей организма), могут иметь место отрицательные эффекты ГБО. Согласно результатам нашего исследования, у 22 пациенток из 26 первые два сеанса ГБО вызвали резкое повышение ряда показателей (СПБ – на 40 % и более, ВМВ – на 35 % и более, СМВ – на 20 % и более), характеризующих скорость протекания процессов СРО, с возможным истощением впоследствии антиоксидантных резервов. Основываясь на результатах собственных исследований и мнению отдельных авторов, одним из путей устранения отрицательных последствий ГБО, является включение в лечебный курс антиоксидантной терапии, что поможет исключить развитие кислородной интоксикации при проведении ГБО. Данным 22 пациенткам в курс лечения ввели антиоксидантную терапию, оставив неизменным назначенное ранее лечение, включающее общепринятую медикаментозную терапию в сочетании с ГБО.

Однако проведение антиоксидантной терапии при лечении воспалительных заболеваниях

ВПО не должно быть бессистемным. Подавление процессов образования активных форм кислорода и угнетение свободнорадикального окисления в результате бессистемного применения антиоксидантов – прямой шаг к хронизации процесса при воспалительных заболеваниях ВПО. Согласно проведенному нами исследованию, у части пациенток (4 человека из 26) повышение скорости СРО было умеренным, не приводившим к перенапряжению защитных механизмов и не требовавшим назначения антиоксидантных средств.

Длительность лечения составила от 12 до 14 дней. У всех пациенток произошло купирование признаков воспаления. Курс ГБО у всех пациенток был проведен полностью, признаки отрицательных эффектов ГБО не регистрировались. Все больные после проведенной согласно заявляемой схеме терапии были выписаны в удовлетворительном состоянии. Ни у одной из пациенток в отдаленном после проведенного лечения периоде не были зафиксированы ни осложнения, ни побочные явления.

Заключение. Учитывая все вышесказанное, не всем пациенткам с воспалительными заболеваниями ВПО антиоксидантная терапия может быть показана, т.е. к ее включению в курс лечения воспалительных заболеваний ВПО необходимо подходить сугубо индивидуально.

Исследования интенсивности ХЛ при воспалительных заболеваниях ВПО могут служить ориентиром для коррекции программы терапии.

INDIVIDUALIZATION OF COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF INNER FEMALE SEX ORGANS

Lebedeva E.A., Sogikyan A.S.2, Kurtasov A.A.1

1 Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

2 Non-governmental institution of public health The road clinical hospital at the station. Rostov-Main, Russian Railways, Rostov-on-Don

Summary: The indications for antioxidant therapy in inflammatory diseases of internal genital organs of women, in which treatment was applied hyperbaric oxygenation. Dynamics of rate processes of free radical oxidation may serve as a guide to correct treatment.



АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СИРОПА ИЗ ПЛОДОВ МОЖЖЕВЕЛЬНИКА

Евсеева М.М.¹, Олейникова Т.А.², Папаяни О.И.²

1 Россия, г. Москва, Международный медицинский центр СИНАЙ, evseevamm@gmail.com

2 Россия, г. Пятигорск, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал Волгоградского государственного медицинского университета

Резюме. В статье приведены результаты изучения антимикробной активности сиропа из плодов можжевельника. Исследования проводили методом диффузии в агар. Антимикробную активность сиропа из плодов можжевельника сравнивали с действием 40% этанола. Показана выраженная антимикробная активность в отношении *Salmonella galenarum*, *Staphylococcus aureus* (Макаров), *Proteus vulgaris*, *Bacillus anthracoides-1*, *Staphylococcus aureus* (Type) и *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus anthracoides-96* и *Escherichia coli-645*. Препарат сравнения не показал активности ни к одному из выбранных микроорганизмов, кроме *Salmonella galenarum*.

Можжевельник – вечнозеленое хвойное дерево, относящееся к семейству кипарисовых, древесина которого практически не поддается гниению. В народной медицине используют, в основном, плоды (шишкоягоды) можжевельника в виде сиропа, отвара и настоя при воспалительных заболеваниях половых путей, почек, бронхолегочной системы, и, даже, туберкулезе. Можно предположить, что плоды можжевельника обладают бактерицидным действием, поэтому целью исследования явилась оценка антимикробного действия сиропа из плодов можжевельника.

Материал и методы. Изучали сироп из плодов можжевельника на 10 штаммах грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов методом диффузии в агар (метод «колодцев»). Данный метод основан на способности лекарственных веществ диффундировать в агар, зараженный тест-культурами микроорганизмов и подавлять рост последних. В три чашки Петри наливали по 15 мл расплавленного питательного агара, затем добавляли 1–2 мл взвеси испытуемых микроорганизмов в физиологическом растворе, сушили в течение 30 минут. Затем пробуравливали 6 отверстий диаметром 6мм на расстоянии 2,5 см от центра, заполняли их исследуемыми извлечениями

и растворителем с известной концентрацией (контрольный образец). Чашки Петри оставляли при комнатной температуре на 30 минут и ставили в термостат при температуре 37°C. О наличии и спектре антимикробного действия исследуемых извлечений судили по диаметру зон задержки роста тест-культур, посеянных «газоном» на мясо-пептонный агар.

Оценку результатов определения антимикробной активности проводили путём измерения диаметра зоны задержки роста тест-культур микроорганизмов вокруг «колодца», включая диаметр самого «колодца».

Критерии оценки:

1) отсутствие зоны задержки роста – испытуемая культура не чувствительна к данной концентрации препарата;

2) диаметр зоны задержки роста 10 мм – умеренная чувствительность культуры к данной концентрации препарата;

3) диаметр зоны задержки роста более 10 мм – высокая чувствительность испытуемой культуры к данной концентрации препарата.

Антимикробную активность сиропа из плодов можжевельника сравнивали с действием 40% этанола.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено следующее: максимальная антимикробная активность получена в отношении *Salmonella galenarum* (диаметр задержки роста 32 мм!), *Staphylococcus aureus* (Макаров) и *Proteus vulgaris* (28 мм), *Bacillus anthracoides-1* (27 мм), *Staphylococcus aureus* (Type) и *Pseudomonas aeruginosa* (24 мм и 21 мм), *Bacillus anthracoides-96* (16 мм) и *Escherichia coli-645* (14 мм). При этом в отношении *Escherichia coli 055* и *Escherichia coli M17* сироп не показал выраженной антимикробной активности – диаметр зоны задержки роста не превышал 6 мм. Препарат сравнения также не показал активности ни к одному из выбранных микроорганизмов, кроме *Salmonella galenarum*.



>> www.reproductive-congress.ru

Выводы: исследуемый сироп из плодов можжевельника обладает высокой антимикробной активностью в отношении всех культур, за исключением *Escherichia coli* 055 и *Escherichia coli* M17. Полученные данные подтверждают

перспективность дальнейшего изучения плодов можжевельника с целью создания на их основе биологически активных субстанций и лекарственных форм для более широкого использования в этиотропной медицине.

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SYRUP FROM COMMON JUNIPER FRUITS

Evseeva M.M.1, Oleynikova T.A.2, Papajani O.I.2

1 Russia, Moscow, International Medical Center SINAY, evseevamm@gmail.com

2 Russia, Pyatigorsk, Pyatigorsk Medical and Pharmaceutical Institute – a branch of Volgograd State Medical University

Resume. The article presents the results of studying the antimicrobial activity of a syrup from Juniper fruits. The studies were carried out using the method of diffusion into agar. The antimicrobial activity of the syrup from Juniper fruit was compared to the action of 40% ethanol. The expressed antimicrobial activity was shown

against *Salmonella galenarum*, *Staphylococcus aureus* (Makarov), *Proteus vulgaris*, *Bacillus anthracoides-1*, *Staphylococcus aureus* (Type) and *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus anthracoides-96* and *Escherichia coli-645*. The comparison preparation showed no activity to any of the selected microorganisms except *Salmonella galenarum*.

ЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ВУЛВОВАГИНИТА

Чориева Г.З. Хазраткулова Х.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Ташкентской медицинской академии

Актуальность: здоровье женской репродуктивной системы является одним из основных факторов влияния на общее состояние женщин, их трудовую деятельность, репродуктивную

энергию, качество жизни и социальную активность. Согласно статистическим данным, каждая третья женщина, страдает инфекционным вульвовагинитом.

SIGNIFICANCE OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN TREATMENT OF INFECTION VULVOVAGINITIS

Choriyeva G.Z. Hazratkulova H.U.

Department of Obstetrics and Gynecology № 2 of Tashkent Medical Academy

Abstract: Clinical investigation is investigated with purpose evaluation of efficiency of vaginal solution of the Ibuprofen Isobutanolammonium

(Ginenorm) in department Gynecology of Tashkent Medical Academy. Research was demonstrated that clinical condition of infection vulvovaginitis

>> www.reproductive-congress.ru

became more better in Experimental group and the rates of vaginal pain fell to – 90%, vaginal itching – 80%, vaginal burning – 90% and leucoxantorrea – 80% at the 2nd day after treatment. Received information demonstrated significantly perspective in frequent and reliable treatment of vulvovaginitis

Actuality: Health of female's genitals system is one of the necessary influence factors to women's general condition, their work activities, reproductive energies, quality of life and social activities. According to statistics information, one of the third female who in reproductive age is ill with infection vulvovaginitis.

Purpose of research: Evaluation of efficiency of vaginal solution of the Ibuprofen Isobutanolammonium (Ginenorm) in treatment of infection vulvovaginitis.

Materials and methods: Research was investigated in the 2 – clinic Gynecology department of Tashkent Medical Academy around from October in 2016 to march in 2017.

Age from 25 to 45 twenty patients took part in it voluntarily. Exploring clinical investigation with vaginal solution of Ibuprofen Isobutanolammonium was subjectively evaluated complain of patients in aid of modification of the Visual Analogy Scale (VAS). Criteria of valuation were vaginal pain, vaginal itching, vaginal burning and leucoxantorrea.

Patients divided into two group: Control group -treated with special wide efficient anti-microb

vaginal suppositorium "Levometrin" (It is registration drugs in Uzbekistan. Structure: metronidazole, chloramphenicol, nystatin).

Experimental group – treated with solution of Ibuprofen Isobutanolammonium (In Uzbekistan it is registered with the name of "Ginenorm") to add to vaginal suppositorium. Evaluating of treatment efficiency carried out the 4th day during treatment and the 2nd day after treatment.

Result: Subjective symptoms of patients were improved the 4th day during treatment than the 1st day: vaginal pain – 50%, vaginal itching – 40%, vaginal burning – 60%, leucoxantorrea – 30% in Experimental group. But in Control group was possessed vaginal pain, vaginal itching and leucoxantorrea – only 30%, vaginal burning decreased 20%.

The 2nd day after treatment. It was shown that clinical condition of infection vulvovaginitis became more better in Experimental group and the rates of vaginal pain fell to – 90%, vaginal itching – 80%, vaginal burning – 90% and leucoxantorrea – 80%.

In Control group percentages reached to – 70% in vaginal pain and burning. The figure of vaginal itching improved – 60%, leucoxantorrea also – 60%.

Conclusion: To sum up, vaginal solution of Ibuprofen Isobutanolammonium (Ginenorm) showed efficiency in treatment of infection vulvovaginitis. Also this drug demonstrated significantly perspective in frequent and reliable treatment of vulvovaginitis.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

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

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

Препараты класса селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (SPRMs) в последнее время широко применяются при лечении миомы матки. SPRMs – это новый класс лигандов прогестерона, которые действуют

как агонисты и антагонисты прогестерона или оказывают смешанное действие агонистов/антагонистов в отношении различных тканей-мишеней прогестерона. В число SPRMs входит улипристала ацетат, который действует на

>> www.reproductive-congress.ru

рецепторы прогестерона в миометрии и эндометрии, ингибирует овуляцию без воздействия на уровень эстрадиола и без антиглюкокортикоидной активности. Изучение механизмов его действия *in vitro* показало, что улипристала ацетат угнетает клеточный рост, снижает выработку ангиогенных факторов и регулирует апоптоз клеток миомы. Однако действие препарата *in vivo* изучено пока еще недостаточно. Требуются дальнейшие исследования его клинической эффективности для разработки критериев назначения. Целью нашего исследования было выявить взаимосвязь эффективности терапии улипристала ацетатом пациенток с лейомиомой матки больших размеров с МРТ-картиной миоматозных узлов и экспрессией рецепторов прогестерона в ткани опухоли. Было обследовано 20 женщин с лейомиомой матки больших размеров, которым планировалось провести органосохраняющее хирургическое лечение. Все пациентки перед операцией получали в течение 3 месяцев 5 мг улипристала ацетата ежедневно. До и после приема препарата пациенткам проводилось МРТ исследование органов малого таза с оценкой количества миоматозных узлов, их расположения и размеров. В биоптатах миоматозных узлов и в ткани миометрия, полученных в ходе хирургического лечения, определяли экспрессию мРНК рецепторов прогестерона PR-A и PR-B методом RT-PCR. Объем доминирующего узла до начала курса лечения улипристала ацетатом по данным МРТ составил $198,7 \pm 48,25$ см³. После лечения значительных изменений размеров узлов не произошло – среднее значение объема доминирующих узлов было $201,5 \pm 49,11$ см³. Всем женщинам было проведено удаление миоматозных узлов лапароскопическим доступом. В ходе операции субъективно отмечалось уменьшение кровотечения из ложа удаленных узлов, повышение эластичности тканей миометрия. Это позволило сократить время операции в среднем на 20–25 мин за счет экономии времени как на коагуляцию кровоточащих

сосудов в ложе после энуклеации, так и коагуляцию краев раны посредством ушивания. При дифференцированном анализе динамики размеров миоматозных узлов после лечения у 11 пациенток (55%) было отмечено уменьшение объема узла (с $175,50 \pm 64,51$ см³ до $144,6 \pm 53,69$ см³), а у 9 пациенток (45%) размеры узлов после лечения остались прежними или даже увеличились (с $231,30 \pm 78,59$ см³ до $281,30 \pm 84,48$ см³). МРТ исследование показало, что у всех 100% женщин с отсутствием клинического эффекта от лечения отмечалась неоднородная структура узлов, а при уменьшении размеров узлов после лечения в 80% случаев структура узлов была однородная. Кроме того, у пациенток с клинически значимым уменьшением размеров узлов был выявлен более высокий уровень экспрессии мРНК PR-A в ткани лейомиомы по сравнению с миометрием, тогда как в случаях увеличения миоматозных узлов на фоне приема улипристала ацетата экспрессия мРНК PR-A и PR-B в ткани миомы практически не отличалась от таковой в миометрии. Таким образом, уменьшение размеров миоматозных узлов под действием улипристала ацетата отмечается у пациенток с однородной структурой ткани опухоли по данным МРТ и при повышенном синтезе PR-A изоформы рецептора прогестерона.

Резюме. Целью исследования было выявить взаимосвязь эффективности терапии улипристала ацетатом пациенток с лейомиомой матки больших размеров с МРТ-картиной лейомиомы и экспрессией рецепторов прогестерона в ткани опухоли. Установлено, что уменьшение размеров миоматозных узлов под действием улипристала ацетата отмечается у пациенток с однородной структурой ткани опухоли по данным МРТ и при повышенном синтезе PR-A изоформы рецептора прогестерона.



CLINICAL EFFICACY OF THE ULIPSTAL ACETATE TREATMENT DURING PREOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH LARGE UTERINE LEIOMYOMA

Malyshkina A.I., Kirsanov A.N., Nagornyi S.N., Voronin D.N., Malyshkina D.A., Sadov R.I., Antsiferova Yu.S.

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

The aim of the work was to elucidate the relationship between the efficacy of ulipristal acetate treatment of patients with large leiomyoma and MRT data and progesterone receptors expression in tumour tissue. It was found, that the decrease

of leiomyoma nodules after treatment was seen in patients with a homogeneous structure of tumour tissue according MRT investigation and with a high level of PR-A synthesis in leiomyoma.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМА ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Тореева Ш.М.

АО «ННЦХ им А.Н. Сызганова», КРМУ, Алматы, Казахстан

Частота миомы среди женщин репродуктивного возраста составляет 20–40 % и постменопаузального – 50%. Наиболее выраженную клиническую симптоматику имеет субмукозная миома, частота которой составляет 5–18%. С развитием эндовидеоскопической технологии стало возможным проведение гистерорезектоскопической миомэктомии, выполнение которой ограничивается размерами субмукозного узла до 4,5 см. Высокая частота миомы матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией ставит перед гинекологами задачу, изыскивать возможности проведения органосохраняющих операции при миоме матки, и в частности субмукозной форме. Альтернативой гистерэктомии при миоме матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). Несмотря на высокую эффективность ЭМА в лечении субмукозной миомы матки (миолизис, экспульсия), остается дискуссионным вопрос в отношении введения пациенток с крупными субмукозными узлами в постэмболизационном периоде, при которых возможно нагноение узла, пиометра и септические осложнения. В связи с чем, остается актуальной проблема комплексного

подхода в определении показаний к хирургическому лечению субмукозной миомы матки, а также разработка алгоритма тактики ведения в пред- и постэмболизационном периодах с целью снижения гнойных осложнений.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 231 пациентки, которым произведена ЭМА в период с 2010–2016 гг. в АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова». Средний возраст женщин составил $38 \pm 1,1$. Из них у 88 (38,1%) женщин была субмукозная форма миомы матки 0 и 1 типа. Длительность заболевания (с момента диагностики) колебалась от 3 месяцев до 15 лет. Наиболее частыми проявлениями субмукозной миомы матки являлись меноррагия в 88,6%, постгеморрагическая анемия в 48,8%, альгодисменорея в 37,3%, с меньшей частотой отмечены метроррагия в 19,3%, бесплодие в 18,2%, частое мочеиспускание в 11,3%. Субмукозные миоматозные узлы 0 типа выявлены в 44,3%, 1 типа – в 55,6%. Размеры узлов варьировали от 2–13 см, узлы до 5 см составили 58 (65,9%) (которые сочетались с узлами другой локализации), подслизистая миома размерами 5 и более см (крупные узлы) выявлены у 30 (34,1%). С целью

>> www.reproductive-congress.ru

повышения эффективности регрессии субмукозных узлов размерами 5 и более см в предоперационном периоде 30 пациенток получили УПА по 5 мг 3 месяца (1 курс). Всем пациенткам проводили предоперационную обследование: мазок на степень чистоты, жидкостная цитология, бак. посев из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам, аспират из полости матки. По показаниям санация влагалища, антибиотикопрофилактика. В постэмболизационном периоде болевой симптом отмечался в 94,3% наблюдений, повышение температуры – в 42%, лейкоцитоз – в 42%, которые наблюдались от 1–5 суток. Период диспансерного наблюдения после ЭМА составил 12 месяцев. У пациенток после ЭМА в сочетании с УПА уменьшение клинических проявлений было следующим: мено/метроррагия – 94%, болевой синдром – 96%, альгодисменорея – 97%, симптомы сдавления смежных органов – 95%. В группе женщин после ЭМА в сочетании с УПА регрессия миоматозных узлов с размерами от 5–8 см составила 43,2%, 8 и более см – 38%. За время диспансеризации регрессия субмукозных узлов размерами до 5 см составила 62,5% у 33 (67,3%) пациенток; 54,2% у 16 (32,6%) и у 9 (15,5%) женщин отмечалась экспульсия субмукозного узла. За период наблюдения регрессия субмукозных узлов размерами от 5–8 см составила 24,6% у 18 (60%) пациенток; уменьшение субмукозных узлов размерами от 8–10 см – на 21% у 9 (30%) женщин; подслизистые

узлы размерами от 11 и более см – на 18% у 3 (10%) пациенток. В группе женщин с субмукозными узлами размерами от 5 и более см после года наблюдения вторым этапом выполнена резектоскопическая миомэктомия независимо от размеров субмукозного узла. Уменьшение клинических проявления метроррагии отмечалось на 98,3% у 86 пациенток, меноррагии – на 97,7% у 85 женщин, альгодисменореи – на 92% у 80 пациенток, частого мочеиспускания на 98,2% у 86 оперированных. Осложнения в виде нагноения рождающегося субмукозного узла с пиометрой отмечалось у 2 (2,2%) пациенток. В одном случае произведено удаление рождающегося миоматозного узла путем выкручивания, во втором – гистерэктомия (1,1%). Среди 16 (18,1%) женщин с бесплодием, планировавших беременность через год диспансерного наблюдения после ЭМА беременность наступила у 5 (31,2%).

Резюме: При дифференцированном и комплексном подходе, а также рациональном ведении в пред- и постэмболизационного периодов в лечении субмукозной миомы матки можно получить эффективную регрессию субмукозных узлов и минимизировать гнойные осложнения, что способствует сохранению репродуктивного органа, восстановлению архитектоники полости матки, нормализации менструальной функции с последующей реализацией репродуктивного потенциала у женщин.

EXPERIENCE OF THE EMISSION WITH THE SUB-MUCOUS MOMENT OF UTERINE

Aldangarova G.A., Beisenova Zh.M., Toreeva Sh.M.

JSC "NNTsH to them A.N. Syzganova", KRMU, Almaty, Kazakhstan

Summary: By differentiated and complex approach, and also by rational control of pre- and postembolization periods in the treatment of submucous uterine fibroids, it is possible to obtain an effective regression of nodes and minimize purulent complications, which contributes to the preservation of the reproductive organ, restoration of

the uterine architecture, normalization of menstrual function with subsequent implementation of reproductive potential of women



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Нурмагомедова П.А.

Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО ДГМ.

Проблема абортов в современных социально-демографических условиях в России занимает особое место. Под наблюдением находились 155 женщин, желавшие прервать беременность медикаментозно. Медикаментозный аборт является эффективным методом прерывания беременности на ранних сроках с использованием различных доз мифепристона.

Актуальность. Проблема абортов в современных социально-демографических условиях в России занимает особое место. В России только 25% женщин детородного возраста используют современные методы контрацепции. Следовательно, 75% женщин подвергают себя риску нежелательной беременности. По данным официальной статистики, из 10 беременностей только 3 завершаются родами, а 7 – абортами. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире.

Наиболее безопасным методом прерывания беременности является медикаментозный аборт (МА). Преимущества этого метода: высокая эффективность применения комбинации мифепристона – мизопростол – 95–98,6%, безопасность, обусловленная низкой частотой осложнений, отсутствие риска связанного с анестезией, отсутствие риска осложнений, связанных с самим хирургическим вмешательством, исключение восходящей инфекции и связанных с ней осложнений, исключение опасности передачи ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, отсутствие отдаленных последствий на репродуктивную функцию (Назаренко Т.А., Астахова Т.М., Баранов И.И. и др. 2009; Радзинский В.Е., Савельева И.С., 2009).

В РФ для медикаментозного прерывания беременности зарегистрирована доза мифепристона 600 мг и мизопростол до 0,8 мг через 36–48 часов после приёма мифепристона. Частота полного аборта при применении этой комбинации колеблется от 91% до 98%. Протокол ВОЗ включает дозу мифепристона 200 мг внутрь и мизопростол 0,8 мг через 36–48 часов после приёма мифепристона. Частота полного

аборта при применении этой комбинации колеблется от 91% до 96%.

Цель. Целью настоящего исследования явилось проследить эффективность применения различных доз мифепристона для проведения медикаментозного аборта.

Материал и методы. Под наблюдением находились 155 женщин, желавшие прервать беременность медикаментозно. Прерывание проводилось на ранних сроках беременности (до 42 дней от 1-го дня последней менструации или до 6 нед беременности). Сформированы 2 группы: 1 группа получала мифепристон 200 мг и мизопростол 0,8 мг (n = 54), вторая группа (n = 101): мифепристон 600 мг и мизопростол 0,8 мг. Для медикаментозного аборта 96 пациенток (61,9%) были первородящие и 59 (38,1%) – первобеременные. Из исследования были исключены пациентки с миомой матки и аденомиозом, после кесарева сечения, а также имевшие в анамнезе острые воспалительные заболевания женских половых органов.

Результаты. В первой группе полное прерывание беременности состоялось у 52 пациенток (96,3%). У 1 женщины (1,8%) постабортный период осложнился кровотечением и у 1 (1,8%) – неполный аборт, что потребовало хирургического вмешательства. Во второй группе у 100 пациенток (99%) произошло полное прерывание беременности, а у 1 (1%) – неполный аборт, что также потребовало хирургического вмешательства. Неполный аборт был диагностирован по УЗИ (расширение полости матки и сосудистые эхо-включения). Весь процесс изгнания плода составил от 3 до 10 дней. Эффективность применения мифепристона в нашем исследовании составила 98,7%.

Заключение. Полученные данные позволяют согласиться с данными литературы о том, что метод медикаментозного аборта является эффективным методом прерывания беременности на ранних сроках с использованием различных доз мифепристона.



EXPERIENCE WITH THE USE OF MEDICAL ABORTION

Mamaeva M. Hashavat X-M., Abusuev Z.A., Stepanian N.A., Aliyev S.A., Nurmagomedov P.A.

The abortion question in modern Russian socio-demographic conditions holds a specific place.

We inspected 155 women which wanted to terminate a pregnancy with the help of pills.

The taking of "Mifepristone" is an effective method of abortion with early stages.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТОМ ПЕРЕД ОРГАНСОХРАНЯЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И АНЕМИЕЙ

Ревазова З.В., Козаченко А.В., Демура Т.А., Адамян Л.В.

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

Резюме: В тезисе представлено улучшение результатов органосохраняющего хирургического лечения у больных миомой матки репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями и анемией путем проведения предоперационной подготовки селективным модулятором прогестероновых рецепторов улипристала ацетатом, с клинико-морфологическим обоснованием.

Актуальность. У 20–50% пациенток лейомиома сопровождается различными клиническими проявлениями, наиболее тяжелым из которых являются обильные маточные кровотечения во время менструации (ОМК), ранее обозначавшиеся термином «меноррагия» (FIGO, 2011). Омк приводят к развитию анемии, снижению качества жизни. Важную роль в развитии миомы матки играют эстрогены, прогестерон, и их рецепторы, нарушение процессов пролиферации и апоптоза лейомиоцитов, дисбаланс между ингибиторами и активаторами ангиогенеза. Омк при лейомиоме связывают с похожими молекулярными перестройками в эндометрии, наряду с увеличением и деформацией полости матки. Радикальным методом лечения миомы является гистерэктомия. Однако у женщин репродуктивного возраста требуется проведение преимущественно

органосохраняющих операций. Нередко миомэктомия бывает сопряжена с техническими сложностями, требующими проведения предоперационной подготовки. В настоящее время новым препаратом, учитывающим патогенетическую основу развития миомы, является улипристала ацетат (УА) из группы селективных модуляторов прогестероновых рецепторов, показавший достаточную эффективность как в качестве предоперационной подготовки, так и при длительном консервативном лечении больных миомой матки.

Цель исследования: Клинико-морфологическое обоснование проведения предоперационной подготовки улипристала ацетатом для оптимизации лапароскопической миомэктомии у больных миомой матки репродуктивного возраста с маточными кровотечениями и анемией.

Материал и методы: Обследовано 75 женщин репродуктивного возраста с миомой матки, Омк и анемией. I группу составили 30 пациенток, которым проводилась медикаментозная терапия УА в течение 3 месяцев, а затем лапароскопическая миомэктомия (средний возраст – 35,2±4,8 лет). Во II группу были включены 25 пациенток, которым миомэктомия проводилась без предварительной терапии (средний возраст – 34,3±3,47 лет). Все пациентки желали сохранить репродуктивную

>> www.reproductive-congress.ru

функцию. Была проведена сравнительная оценка клинико-лабораторных данных, основных критериев течения операции и послеоперационного периода, морфологических и ИГХ особенностей миоматозных узлов и эндометрия в I и II группах.

Результаты: В I группе через 3 месяца после начала терапии у всех женщин отмечалось прекращение ОМК в среднем через $5,3 \pm 1,12$ дней, размер миоматозных узлов (межмышечных, межмышечно-субсерозных, с центрипетальным ростом) достоверно уменьшился у 86,7% пациенток в среднем на 25%, с наибольшим уменьшением узлов с центрипетальным ростом. Повышение уровня гемоглобина и ферритина после терапии отмечалось у всех женщин I группы. При оценке гормонального статуса пациенток эстрадиол и другие гормоны крови были в пределах нормы. Всем женщинам в обеих группах была выполнена лапароскопическая миомэктомия, гистероскопия, ДВ. В I группе было отмечено снижение длительности операции и интраоперационной кровопотери, по сравнению с контрольной группой. В большинстве случаев отсутствовали трудности при вылуцивании узлов. В послеоперационном периоде в I группе отмечалось снижение продолжительности пребывания в стационаре. При проведении патоморфологического исследования были выявлены некоторые механизмы редукции лейомиомы после терапии УА: гиалиноз и склероз стромы, апоптоз и дистрофия лейомиоцитов с повышением экспрессии p16 и выраженным снижением Ki-67, трофические расстройства со снижением экспрессии VEGF и

TGF- β , дисрегуляция гормональной рецепции, проявляющаяся снижением экспрессии SRC-1 при неизменной экспрессии PR и ER, и сохранении уровня NCoR-1. Также было выявлено, что под воздействием УА в эндометрии происходит развитие доброкачественных обратимых изменений в виде кистозного расширения желез, уплотнения стромы, сосудистых изменений, с низкой экспрессией Ki-67, сохранением PTEN, снижением VEGF, PgR и ER, снижением NCoR-1 как в эпителиальных клетках, так и в строме эндометрия, и SRC-1 в эпителии. Эти изменения в эндометрии нивелировались у всех пациенток I группы через 6 месяцев после завершения терапии УА. Особое внимание в работе было уделено изучению ИГХ экспрессии коактиватора стероидных рецепторов SRC-1 и корепрессора ядерных рецепторов NCoR-1, показавших смешанное действие УА в тканях-мишенях с преобладанием в миоматозных узлах свойств антагонистов, а в эндометрии - агонистов прогестероновых рецепторов.

Выводы: Таким образом, полученные в нашем исследовании клинические данные об уменьшении размеров лейомиомы, прекращении ОМК, снижении общей кровопотери во время лапароскопической миомэктомии у пациенток после медикаментозной терапии УА были подтверждены данными гистологического и ИГХ исследования, выявившими морфологический субстрат редукции опухоли и уменьшения обильных менструаций, что позволило патогенетически обосновать целесообразность и безопасность проведенной предоперационной подготовки.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF CARDIOVASCULAR PREPERATIVE TRAINING OF THE ULIPRISTAL BY ACETATOM BEFORE ORGANOS-CONSERVATING OPERATIONS IN PATIENTS WITH REPRODUCTIVE AGE WITH MOMMONIA, UTERINE BLEEDING AND ANEMIA

Revazova Z.V., Kozachenko A.V., Demura T.A., Adamyan L.V.

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

Summary: The article presents an improvement in the results of organ-preserving surgery in reproductive-age patients with uterine myoma,

heavy menstrual bleeding and anemia by preoperative treatment with ulipristal acetate, with a clinical and morphological basis.



ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Алдангарова Г.А., Тореева Ш.М., Бейсенова Ж.М.

АО «Национальный научный центр хирургии им.А.Н.Сызганова», КРМУ, г. Алматы, Казахстан

По данным исследователей, частота бесплодного брака в Казахстане достигает до 17% и имеет тенденцию к росту (Жуматова М.Г., Локшин В.Н. 2010 г.), в России 15–17%, в мире составляет 10–15% (Яковлева Н.В. 2014г.). Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) одна из наиболее распространенных и трудноизлечимых форм женского бесплодия, его частота, по данным литературы составляет 40–50% случаев. (K.Vaid et al. 2014 г.).

Причинами ТПБ чаще всего бывают: воспалительные заболевания органов малого таза; внутриматочные манипуляции (искусственные аборт, диагностические выскабливания полости матки, гидротубации маточных труб); оперативные вмешательства в анамнезе (особенно лапаротомным доступом); наружный генитальный эндометриоз.

Трубное бесплодие может быть связано с нарушением функциональной активности маточных труб или с их органическим поражением, частота его составляет 35–40%. При проксимальной непроходимости маточных труб отмечается непроходимость интерстициального и/или истмического отдела. Нарушение проходимости проксимального отдела встречается у 10–25% женщин с патологией маточных труб. Морфологической основой этого состояния чаще всего являются узловатый истмический сальпингит, хронический сальпингит, трубный эндометриоз. Под дистальной непроходимостью подразумевается непроходимость ампулярного отдела, частота которой составляет у 75–90% всех случаев трубного бесплодия. Перитонеальное бесплодие обусловлено спаечным процессом в области придатков матки, частота встречаемости составляет 9,2–34%. (Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. 2012 г.; Das S, Nardo LG, Seif MW. 2007.). Под функциональной непроходимостью маточных труб понимают спазм интерстициального отдела или обструкция просвета аморфными слизистыми пробками. По результатам ГСГ в 45–47% может иметь место функциональная окклюзия маточных труб

(ложноотрицательный результат). (Овчаренко Д.В. 2005г.; 10. Das S, Nardo LG, Seif MW. 2007.).

До развития эндоскопических (лапароскопии и гистероскопии) и рентгеноэндovasкулярных технологии, основным видом лечения проксимальной непроходимости являлись микрохирургические операции и ЭКО. Но, учитывая, невысокую эффективность ЭКО (36%, 40%, 45% соответственно США, Южная Корея, Израиль), (Яковлева Н.В. 2014 г.; Duffy J.M., Johnson N., Ahmad G., Watson A. 2009.) и высокий процент 66,3% развития спаечного процесса в малом тазу, а также часто встречающийся процент реобструкции 30% после микрохирургических операции. Стал вопрос о необходимости изыскания новых способов лечения проксимальной непроходимости, с учетом того, что 10–25% она является функциональной, которую можно преодолеть с помощью селективной сальпингографии и чрескатетерной реканализации маточных труб.

За период с 2010 по 2015 г. в ННЦХ им. А.Н.Сызганова обратились 976 пациенток с различными формами женского бесплодия, 560 (57,3%) женщин с ТПБ, из них 240 (42,8%) пациенток с первичным бесплодием, 320 (57,1%) – с вторичным. Средний возраст обследованных женщин составил 32 года ± 2 года (от 22 до 45 лет); длительность бесплодия составил 5 лет ± 2 (от 1,5 до 15 лет); По результатам ГСГ проксимальная непроходимость выявлена у 117 пациенток (21%) из общего числа женщин с ТПБ. На хромосальпингоскопии, которая выполнялась во время лапароскопии, проксимальная непроходимость маточных труб подтверждена у 73 (13%) пациенток. Таким образом, у 44 (37,6%) пациенток результаты ГСГ оказались ложноотрицательными, т.е. имело место функциональная непроходимость маточных труб, обусловленная спазмом интерстициального отдела. Оставшимся 73 пациенткам с проксимальной непроходимостью с целью ее преодоления выполнялась селективная сальпингография (ССГ) по стандартной методике.



>> www.reproductive-congress.ru

По результатам ССГ у 23 (31,5%) женщин из 73 удалось контрастировать маточные трубы и исключить окклюзию проксимальных отделов, у которых оказалась функциональная непроходимость обусловленная аморфными пробками. При сохраняющейся после ССГ проксимальной (истинной) непроходимости 50 (68,5%) пациенткам была произведена чрескатетерная реканализация маточных труб (ЧРМТ). Исследование было успешным и позволило контрастировать дистальные отделы маточных труб у 19 (38%) женщин.

Безуспешными были попытки контрастировать дистальные отделы МТ у 31 (62%) пациентки, которые были направлены на ЭКО. Контрольная ГСГ через 2 месяца после реканализации выполнена 19 пациенткам. Анализ контрольных ГСГ показал реокклюзию маточных труб у 4 (21,1%)

женщин, которым были рекомендованы повторная ЧРМТ или ЭКО. Пациенток наблюдали до наступления первой спонтанной беременности или до их включения в программу вспомогательных репродуктивных технологий. Сроки наблюдения составили от 3 до 18 месяцев. У 10 (67 %) из 15 женщин наступила беременность; в 8 (78 %) случаях донесли беременность до родов; в 1 (11 %) случае наблюдалась замершая беременность и в 1 (11 %) случае произошел самопроизвольный выкидыш, 5 женщин под наблюдением.

Резюме: Для эффективного преодоления проксимальной непроходимости маточных труб и повышения частоты наступления беременности естественным путем, необходимо разработать алгоритм комплексной диагностики и лечения поэтапным использованием ХСС, ССГ, ЧРМТ.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PROXIMAL OBSTRUCTION OF FALLOPIAN TUBES IN PATIENTS WITH TUBAL PERITONEAL INFERTILITY

Aldangarova G.A., Toreyeva Sh.M., Beisenova Zn.M.

Kazakhstan, Almaty

Resume: For effectively overcome of the proximal obstruction of the fallopian tubes and increasing the frequency of pregnancy naturally, it is

necessary to develop an algorithm for complex diagnosis and treatment in a phased manner CSS, SSS, CRFT.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИМУННОГО И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Духин А.О., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Вартанян С.Л.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва, Россия

Эндометриоз по праву можно считать эпидемией 21 века, охватившей все слои женского населения. В марте 2013 Всемирное общество по эндометриозу приняло первый Глобальный консенсус по ведению женщин с этим заболеванием. Но до настоящего времени достоверно не изучена связь боли с тяжестью заболевания и характерологической особенностью пациента.

В современном мире эндометриоз – это эпидемия, охватившая около 176 млн. представительниц женского пола, начиная с подросткового возраста, независимо от расовой принадлежности или социально экономического статуса.

Целью исследования явилось улучшение репродуктивного здоровья пациенток с

>> www.reproductive-congress.ru

наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения.

Методы исследования включали клинико-статистический, серологический, ультразвуковой, эндоскопический, морфологический и генетический анализ. За период с 2014–2016 гг., контингент пациенток состоял из 114 женщин репродуктивного возраста без тяжелых сопутствующих заболеваний (составил 30+1, 5 года) с оперативным лечением по поводу распространенных форм наружного генитального, без тяжелых соматических заболеваний. У 48 (64%) пациентки были отмечены III–IV ст. распространения. Степень распространенности эндометриоза оценивалась по классификации Американского общества фертильности (R-AFS). Все операции проводились лапароскопическим доступом с использованием комплекса аппаратуры «KarlStorz» (Germany).

Перед проведением оперативного лечения проводилось:

1. Определение антропометрических показателей (индекс массы тела, индекс Соловьева, измерение Калипером, размеры таза).

2. Оценка боли с помощью шкал (с помощью Визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли и болевого опросника Мак-Гилла (Mac-Gill)).

3. Анализ психосоциального статуса (оценка степени депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Бека, а исследование индивидуально-психологических особенностей личности проводилась при помощи Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI тест).

4. Осуществлялся забор крови на определение эмбриотропных аутоантител, направленных к белкам-регуляторам эмбриогенеза (ОБМ, S100, АСВР 14/18 и МР-65).

В ходе поведенного исследования антропометрические показатели имели тенденцию к астеническому типу телосложения, ИМТ у 48 (42,1%) обследованных находился в границах 16–18, что является показателем дефицита массы тела, у 66 (57%) пациенток процент жира в организме был равен 18,4–20,3% обозначающий худощавость или же нормальное распределение жира в организме. Из общего числа обследованных женщин у 6 (12%) отмечалось сужение таза I–II степени. Эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства отмечались у 25 (33,3%) пациенток с тенденцией к истерической психопатии, у остальных

пациенток наблюдались лабильность эмоционального состояния, склонность к депрессиям.

У более чем 60 % обследованных пациенток степень тяжести заболевания имела достоверную связь с интенсивностью тазовой боли, у 61(68%) пациенток с III–IV степенью распространенности эндометриоза наблюдались максимальные показатели боли, а 10 (14%) пациенток вовсе оценивали боль как «невыносимую».

У пациенток с распространенными формами наружного генитального эндометриоза наблюдаются сдвиги в иммунореактивности, преимущественно в сторону гипореактивности (47%).

Подавляющее большинство обследованных это женщины с астеническим типом телосложения с выраженным болевым синдромом, относящиеся к истерическому типу психопатий.

При выборе лечебной тактики необходимо обязательно учитывать антропометрические показатели, степень тяжести заболевания, выраженность болевого синдрома, оценку иммунореактивности, а также психосоциальный статус пациентки. Своевременное подключение психологической коррекции эмоционального статуса пациентов в предоперационном и послеоперационном периоде позволит уменьшить их психосоциальное напряжение, что безусловно положительно повлияет на репродуктивное здоровье женщин.

Резюме. Адекватный объем хирургического лечения, индивидуальная оценка болевых, иммунологических, антропометрических и личностных нарушений с последующей гормонотерапией позволит сохранить репродуктивное здоровье, а в дальнейшем выработать алгоритм реабилитации и улучшения качества жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.



EVALUATION OF THE PECULIARITIES OF THE IMMUNE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Dukhin A.O., Babaeva E.I., Bagdasarova Z.Z., Vartanyan S.L.

Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Perinatology PFUR, Moscow, Russia

Adequate amount of surgical treatment, individual assessment of pain, immunological, anthropometric and personality disorders with subsequent hormone therapy will allow to maintain reproductive health, and further develop an

algorithm for the rehabilitation and improvement of quality of life in patients with external genital endometriosis.

МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатов М.В.

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

Оптимизация тактики ведения женщин с хроническими гинекологическими заболеваниями, включающая лечебную гимнастику, способствует повышению эффективности восстановительного лечения. В клинической практике инструктора-методиста лечебной физкультуры важное место занимает научная разработка специализированных комплексов лечебной физической культуры при заболеваниях женских половых органов.

Цель исследования. Совершенствование модели комплекса лечебной гимнастики (ЛГ) в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки (ХВЗПМ).

Обследованы 51 пациентка в возрасте от 22 до 46 лет с верифицированным диагнозом ХВЗПМ. Общеукрепляющую ЛГ получили 25 пациенток (II группа), а у остальных 26 человек (I группа) ее сочетали с комплексом дыхательной гимнастики, упражнениями для мышц тазового дна и сложно-координационными для мелкой моторики. Курс составил 6 занятий с инструктором.

Результаты. Критериями объективизации эффективности проведенной ЛГ являлся ряд функциональных показателей: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), экскурсия грудной клетки (ЭГК), показатели динамометрии правой и левой рук (ДПр и ДЛ), а также интегральный показатель биологического возраста по Л.М. Белозеровой.

Занятия в обеих группах проводили малогрупповым методом, 3 раза в неделю, в течение 2 недель. Реакция на занятия была адекватной, все физическую нагрузку переносили хорошо. Следует отметить, что только 3 (5,9%) женщин регулярно занимались физическими упражнениями, 7 (13,7%) – нерегулярно, а остальные 41 (80,4%) – т.е. подавляющее большинство, физкультурой не занимались.

Исходные показатели в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ($p \geq 0,05$) и отличны от нормативных.

По окончании занятий ЛГ в I и II группах пациенток выявлено достоверное увеличение ($p \leq 0,05$) показателя ЖЕЛ с $3,085 \pm 0,069$ до $3,319 \pm 0,076$ и с $3,032 \pm 0,070$ до $3,136 \pm 0,070$ мл; ЭГК с $8,412 \pm 0,205$ до $9,227 \pm 0,252$ и с $8,520 \pm 0,208$

>> www.reproductive-congress.ru

до $8,928 \pm 0,234$ см; ДПр с $20,977 \pm 0,223$ до $22,231 \pm 0,237$ и с $20,836 \pm 0,236$ до $21,456 \pm 0,247$ кг; ДЛ с $19,169 \pm 0,194$ до $20,462 \pm 0,210$ и с $19,216 \pm 0,179$ до $19,820 \pm 0,250$ кг соответственно. Важно отметить, что конечные результаты между I и II группами пациенток также были статистически отличны ($p \leq 0,05$).

Динамика интегрального показателя биологического возраста (БВ) у пациенток I группы составила: $71,0 \pm 0,6$ от должного $44,5 \pm 0,5$, до $64,2 \pm 0,6$ у.е. А у пациенток II группы – $70,8 \pm 0,5$ от должного $44,5 \pm 0,4$, до $69,7 \pm 0,6$ у.е. Т.е. показатель БВ в I группе пациенток увеличился с $62,0$ до $69,5\%$, а во II группе лишь с $62,9$ до $63,9\%$ от должного, что не было значимым.

Исходя из полученных данных и после их математической обработки выявлено

повышение общей эффективности занятий на 15%, показателей дыхательной функции на 5%, а силы – на 3% только у пациенток I группы, получавших модифицированный курс общеукрепляющей и специальной ЛГ.

Заключение. Несмотря на широкий перечень лечебных мероприятий у женщин с ХВЗПМ ЛГ нет в стандартах лечения этого заболевания. Поэтому необходим поиск и совершенствование модели комплекса ЛГ с целью активации функциональных адаптационных резервов организма женщины с хронической гинекологической патологией. Полученные нами данные свидетельствуют об эффективности применения с этой целью модифицированного курса общеукрепляющих и специальных лечебных упражнений.

PLACE OF TREATMENT GYMNASTICS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH CHRONIC GYNECOLOGICAL DISEASES

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

FGBU "NC AHPP them. IN AND. Kulakov "MH RF, FGBOU" RGUIFSM and T "of the Ministry of Sport

Optimization of tactics of management of women with chronic gynecological diseases, including physiotherapy, improves the efficiency of rehabilitation treatment. In clinical practice

instructor-methodologist of therapeutic physical training is important to scientific development of special complexes of therapeutic physical culture in diseases of the female genital organs.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

С целью оценки эффективности различных видов гемостатической терапии при аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода (АМК ПП) было проведено изучение клинико-anamnestических данных, а также параметров инструментальных (УЗИ органов малого таза) и лабораторных (клинический анализ крови, гемостазиограмма) методов

обследования у 115 девочек-подростков с аномальным маточным кровотечением.

Пациентки с гемостатической целью принимали перорально ингибитор фибринолиза – транексамовую кислоту (группа 1, 35 чел.; суточная доза препарата 2 г), низкодозные комбинированные оральные контрацептивы (группа 2, 40 чел.; суточная доза 60–75 мкг этинилэстрадиола), гестаген-содержащий

>> www.reproductive-congress.ru

препарат (группа 3, 50 чел.; суточная доза дидрогестерона 30 мг).

На фоне терапии во всех группах к 4–5 суткам происходило клинически незначимое снижение концентрации гемоглобина, эритроцитов и гематокрита при увеличении концентрации тромбоцитов в крови. Изменения вышеописанных параметров были расценены нами как физиологические процессы, происходящие на фоне АМК ПП.

Гемостазиологические параметры пациентов были сопоставимы во всех группах и указывали на наличие тенденции к гипокоагуляции и фибринолизу, снижение агрегационных свойств тромбоцитов у 40 пациенток (35%) при соответствующем нормативным параметрам их уровне в крови, наличие растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ) у 23 человек (20%), а также уменьшение времени образования сгустка ($r+k$) при увеличении его плотности (ma) и соответствующем верхним нормативным параметрам уровне индекса тромбодинамического потенциала (ИТП), что свидетельствовало об активации внутрисосудистого свертывания на момент наличия маточного кровотечения.

На 7 сутки лечения в 1 группе выявлено увеличение количества фибриногена, укорочение АЧТВ, АВРК, увеличение ПТИ, повышение плотности кровяного сгустка при отсутствии изменения во времени образования сгустка и повышении ИТП, небольшое повышение количества тромбоцитов при сохранении изначально нормального уровня их агрегации. РКМФ были выявлены лишь у 1 пациентки. Таким образом, на фоне лечения транексамовой кислотой имело место повышение активности свертывающей системы крови, но средние величины показателей не выходили за рамки нормативных параметров. В то же время аналогичные параметры гемостазиограммы и тромбоэластограммы значимо не изменялись на фоне гемостатической терапии низкодозными КОК и дидрогестероном.

Ультразвуковая картина состояния органов малого таза на фоне АМК ПП была разнообразна и не отличалась в группах пациенток. На фоне лечения в 1 группе у большей части пациенток (80%, 28 чел.) происходило уменьшение толщины эндометрия ($\Delta=2,94\pm 0,78$ (CI 1,48–3,24), $p=0,035$), во 2 группе – увеличение толщины эндометрия ($\Delta=2,46\pm 0,38$ (CI 1,62–2,64), $p=0,028$), в 3 группе отсутствовало клинически значимое изменение толщины эндометрия ($\Delta=0,58\pm 2,18$ (CI 0,09–1,06), $p=0,021$). Размеры и структура яичников за

период гемостатической терапии во всех трех группах не претерпели значимых изменений. Фолликулярные кисты яичников в 1 группе не изменились в размере у 80% и уменьшились на 1–3 мм у 20%, кисты желтого тела в 30% начали обратное развитие. Во 2 группе кисты яичников на фоне лечения не претерпели изменений у 75% пациенток, у 25% уменьшились на 1–4 мм. К моменту окончания лечения в 3 группе фолликулярные кисты (20%) и кисты желтого тела (4%) уменьшались в размере на 5–6 мм, изменяли свою форму с ровной округлой на неправильную форму, что указывало на процесс их обратного развития.

В 1 группе выраженное уменьшение обильности кровяных выделений в течение первых двух суток лечения произошло у 29 пациенток (82,4%), в течение 4 дней от начала терапии – у 34 человек (97,1%); во 2 группе – в течение первых суток у всех пациенток (100%, $n=80$); в 3 группе – в 1-е сутки лечения у всех пациенток (100%). Полноценный гемостаз был достигнут в 1 группе у 32 человек (91,43%) в среднем к 4–5 суткам лечения ($M\pm\delta=4,69\pm 1,93$; 1–9 дней); во 2 группе к концу первых суток терапии – у 23 человек (57,50%), к концу 2 суток лечения – у 37 человек (92,5%), в 100% к 4–5 дню лечения ($Me(25;75)=1(1;2), 1-4$); в 3 группе полноценный гемостатический эффект был получен у 100% человек, средний срок остановки маточного кровотечения составил 4 дня ($M\pm\delta=4,12\pm 1,27$, 2–6).

Нежелательные реакции зафиксированы в 4,55% (1 чел.) в 1 группе и 7,5% (3 чел.) во 2 группе исследования. Важным клиническим аспектом является наличие закономерной менструально-подобной реакции (ЗМНР) сразу после отмены гемостатической терапии дидрогестероном.

Таким образом, гемостатическую терапию транексамовой кислотой, низкодозными КОК и дидрогестероном при отсутствии противопоказаний к их приему, можно проводить с высокой эффективностью для лечения АМК ПП. Применение низкодозных КОК позволяет наиболее быстро получить полноценный гемостатический эффект при большем количестве нежелательных реакций. Гемостатическая терапия дидрогестероном может быть рекомендована при необходимости оценки состояния эндометрия (при УЗИ органов малого таза, гистероскопии) после ЗМНР для исключения или подтверждения наличия полипа эндометрия,



очаговой гиперплазии эндометрия, хронического эндометрита.

EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS

Salnikova I., Uvarova E.

Federal State Budget Institution "The V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Health of the Russian Federation

Hemostatic therapy tranexamic acid, combined oral contraceptives and dydrogesterone is highly effective for abnormal uterine bleeding in adolescents. Treatment combined oral contraceptives allows to obtain the hemostatic effect more

quickly, but with many adverse reactions. The use of dydrogesterone can be recommended, if necessary, assessment of the endometrium after menstrual-like reaction to verify the presence or absence of organic pathology or inflammation.

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 а2-интерфероном (a-IFN) в виде ректальных суппозиториях в течение 10 дней в сочетании с приемом внутрь таблеток индол-3-карбинола (13С) в течение 6 месяцев. В группе сравнения (n=31) для профилактики рецидивов ОК пациентки получали только стандартную иммуномодулирующую терапию а-IFN в виде ректальных суппозиториях. Пациенткам контрольной группы (n=31) фармакотерапия не назначалась.



>> www.reproductive-congress.ru

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 13С и а-IFN. Сочетание 13С и а-IFN показало более высокую эффективность чем стандартное использование лишь а-IFN.

COMBINED ANTIRETROVIRAL THERAPY OF OSTROCONNECTIVE CONDYLE OF OUTSIDE SEXUAL ORGANS IN WOMEN

Gasanova G.F.1, Apolikhina I. A.1.2

1 Federal State Budget Institution Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V. I. Kulakov of the Ministry of Health of Russia.

2 Institute of Vocational Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology.

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.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Увеличение частоты патологии эндометрия в популяции отмечают многие исследователи.

Терапия хронических воспалительных заболеваний тела матки и, как их следствий,

>> www.reproductive-congress.ru

внутриматочных сращений, фиброзных изменений эндометрия является сложной клинической задачей в связи с множественностью патогенетических звеньев патологического процесса. Препарат лонгидаза для комплексной терапии способен подавлять острую фазу воспаления, предотвращать реактивный рост соединительной ткани и вызывать обратное развитие фиброза, т.е. коррегировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани.

Целью исследования являлась оценка эффективности препарата лонгидаза в комплексной терапии пациенток с хроническим эндометритом и /или внутриматочными синехиями.

Под наблюдением находилось 80 женщин в возрасте 25–42 лет. Пациентки предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи (38 женщин – 47,5%), и/или менометрорагий (22 женщин – 27,5%), альгодисменореи (46 женщин – 57,7%), тянущие боли внизу живота (68 жен. – 85%). Нарушение генеративной функции имели 72 пациентки – 90%. Всем была произведена диагностическая гистероскопия, при необходимости – резектоскопия и диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба эндометрия, ультразвуковое исследование органов малого таза. I (основную) группу составили 50 пациенток: с хроническим эндометритом (36), внутриматочными синехиями (14), II (контрольную) группу составили 30 пациенток: с хроническим эндометритом (23 жен), внутриматочными синехиями (10 жен). Все пациентки в послеоперационном периоде получали антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства. Помимо этого пациентки I группы в комплексе терапии получали препарат лонгидаза по 3000 МЕ в 2 мл 2% раствора лидокаина внутримышечно, начиная со 2-х суток после операции и далее с интервалом 4 дня всего 10 инъекций. Пациентки II группы в послеоперационном периоде получали только основную терапию.

В I группе все пациентки отметили субъективное улучшение состояния. При УЗИ у 21 пациенток (87,8%) отмечены правильная дифференциация слоев эндометрия. Эхо-гистеросальпингоскопия произведена 12 женщинам с внутриматочными синехиями I–II ст.: у всех пациенток полость матки была правильной формы без патологических изменений, маточные трубы проходимы у 10, у 2-х пациенток выявлены гидросальпинксы. В результате

контрольной гистероскопии было установлено, что у 8 женщин полость матки была без деформаций, правильной формы и только у 1 пациентки (оперированной ранее по поводу множественных внутриматочных синехии III ст.) обнаружены соединительнотканые сращения в дне матки (возможно, не рассечены полностью при проведенном ранее вмешательстве). Из 37 пациенток с бесплодием у 14 (38%) женщин этой группы в течение 4-х месяцев наблюдения наступила беременность. 15 пациенток планируют достижение беременности с помощью ЭКО в связи с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, наблюдение за остальными пациентками продолжается.

Во II группе все пациентки отметили уменьшение жалоб на тянущие боли внизу живота, из них у 22 жен. (73,3%) менструации стали безболезненными. 66,7% пациенток отметили нормализацию менструального цикла. При УЗИ через 2 месяца у 18 (60%) несоответствие эхо-структуры эндометрия параметрам менструального цикла, что расценивается как косвенные признаки хронического эндометрита. Эхо-гистеросальпингоскопия произведена 11 пациенткам.: патологии не обнаружено у 6, у 2-х выявлены полипы эндометрия, у 1-й – рецидив внутриматочных сращений. Маточные трубы были проходимы у 8, нарушение проходимости маточных труб – у 3-х.

В проведенном исследовании обнаружено усиление лечебного эффекта при сочетании антибактериальной терапии с лонгидазой по сравнению со стандартной терапией. У пациенток быстрее исчезали жалобы, купировались клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза. По данным инструментального контроля (УЗИ, Эхо-гистеросальпингоскопия, гистероскопия) у подавляющего числа пациентов зарегистрирована нормализация морфофункционального состояния эндометрия после проведенной терапии. Также отмечена эффективность терапии у пациенток, перенесших внутриматочные хирургическое вмешательства (разрушение синехий и перегородки, миомэктомия субмукозных узлов и повторные рассечения внутриматочных сращений).

Сочетание антибактериальной терапии с препаратом лонгидаза повышает эффективность терапии патологических изменений эндометрия.

Резюме: Терапия хронических воспалительных заболеваний тела матки и, как их следствий, внутриматочных сращений, фиброзных



>> www.reproductive-congress.ru

изменений эндометрия является сложной клинической задачей в связи с множественностью патогенетических звеньев патологического процесса. Препарат лонгидаза для комплексной терапии способен подавлять острую фазу воспаления,

предотвращать реактивный рост соединительной ткани и вызывать обратное развитие фиброза, т.е. корректировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани.

POSSIBILITIES OF LONGIDASE ADMINISTRATION IN COMPLEX THERAPY OF PATHOLOGICAL CHANGES OF ENDOMETRY

Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.

FGBOU at the MGMSU. A.I. Evdokimova of Ministry of Health of Russia.

Therapy of chronic inflammatory diseases of the uterine body and how their effects, intrauterine adhesions, fibrous changes of the endometrium is a complex clinical task due to the multiplicity of pathogenetic links of the pathological process. Drug longidasa for combined therapy is

able to suppress the acute phase of inflammation, to prevent the reactive growth of connective tissue and cause regression of fibrosis, i.e. korrigirovat a complex autoregulatory reactions of the connective tissue.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МЕЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА

Бобкова М.В., Гарданова Ж.Р., Адамян Л.В.

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

Актуальность: Описанные в литературе единичные исследования психологических особенностей женщин с синдромом МРКХ показывают, что эмоционально-психологические реакции женщин после установленного диагноза порока развития могут быть самыми разнообразными. Своевременное проведение у пациенток с аплазией влагалища и матки психосексуальной оценки и, по необходимости, психологической поддержки и лечения может предотвратить переход эмоциональных расстройств в тяжелые психологические нарушения. В настоящее время не существует единого мнения в отношении оптимального времени начала оказания психологической помощи пациенткам с синдромом МРКХ, хотя некоторые авторы предлагают внедрять психологическое консультирование и курсы психологической

поддержки перед проведением хирургического или нехирургического лечения, направленного на создание искусственного влагалища.

Цель исследования: Оценка психологического статуса пациенток с синдромом МРКХ для выявления необходимости проведения психопрофилактики или психотерапии после установления диагноза.

Дизайн: В отделении оперативной гинекологии ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ проведено сравнительное исследование путем анкетирования 57 пациенток с аплазией влагалища и матки (синдром Мейера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) и контрольной группой 57 здоровых женщин по четырем психологическим тестам: Спилбергера-Ханина, Бека, Лазаруса и Шмишека.



>> www.reproductive-congress.ru

Результаты: По результатам тест-опросника Бека выявлен превалирующий в группе женщин с аплазией влагалища и матки средний и легкий уровень депрессии. 7% женщин с пороком развития МРКХ показали высокий уровень депрессии и половина из них высказывали суицидальные мысли, что является мишенью психотерапевтического воздействия и требует контроля на всех этапах лечения, включая хирургическое. По тесту Лазаруса в группе женщин с пороком развития гениталий превалирует средний адаптационный потенциал личности в пограничном состоянии, в то время как в группе контроля – низкий уровень напряженности, свидетельствующий об адаптивном

варианте копинга. По шкале Шмишека наиболее выраженная акцентуация в группе с аплазией влагалища и матки гипертимность в 72% случаев и сочетания ее с эмотивностью и демонстративностью, что следует учитывать в индивидуальной работе психолога с таким контингентом больных.

Заключение: На основании проведенного исследования выявлены психологические особенности пациенток с синдромом МРКХ, при выраженности которых рекомендуется консультация психолога и, по необходимости, психотерапия с последующим мониторингом психологического статуса таких женщин.

PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH MEYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME

Bobkova M.B., Gardanova J.R., Adamian L.V.

Summary: On the base of comparative investigation, conducting in the gynecologic surgery department of FSBI RC for OG and P MH of RF by testing 57 patients with vaginal and uterus aplasia (Meyer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome) and 57 healthy women, including the control with 4 psychological questionnaires by the name of authors Spilberger-Hanin, Beck, Lazarus and Shmishec, were revealed psychological peculiarity in patients with MRKH syndrome, which should be assess by psychologist for psychotherapy

and following women's status monitoring. The results of depression-scale shows prevalence medium and light level of depression in patients with MRKH syndrome. Among them 7% women demonstrated high level depression and half of them – talk about suicidal thoughts at the moment of diagnosing, which is the target for psychotherapeutical ascendancy and should be under control on every stage of treatment, including surgical correction.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ И ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Сонова М.М., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Казначеева Т.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФДПО, зав. каф. проф. Адамян Л.В.

Ключевые слова: эндометриоз, болевой синдром, диеногест, агонисты ГнРГ.

Цель исследования: Повышение качества жизни пациентов с генитальным эндометриозом

путем применения гормональных препаратов для снижения болевого синдрома.

В исследование были включены 76 (1 группа с болевым синдромом) из 140 женщин

>> www.reproductive-congress.ru

с верифицированным на основании лапароскопии и гистологического исследования диагнозом наружный генитальный эндометриоз I–IV степени тяжести согласно классификации R-AFS и наличием болевого синдрома. В зависимости от вида последующего гормонального лечения пациентки были разделены на 2 подгруппы. В 1а группу с наличием болевого синдрома вошли 38 женщин (50%), которые получали трипторелин 3,75 (1 инъекция в 28 дней). Во 1в группу (без болевого синдрома) основной исследуемой группы – вошли 38 женщины (50%), которые получали диеногест 2 мг перорально. Длительность лечения для группы пациенток, получающих трипторелин, составила 6 месяцев, лечение диеногестом проводилось минимум 6 месяцев. Часть пациенток, получающих диеногест, продолжили его прием по настоящее время.

Наблюдение за пациентками проводилось в течение 1 года после проведенной комплексной терапии. Трипторелин в дозе 3,75 мг пациентки получали внутримышечно 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев. Первая инъекция проводилась в период с 1 по 5 день менструального цикла. Диеногест пациентки получали в дозе 2 мг в сутки перорально на протяжении 6 месяцев. Все пациентки при лечении должны были использовать барьерный метод контрацепции. Клиническое обследование женщин проводилось каждые 3 месяца, в ходе которого отмечалось измерение болевых ощущений по ВАШ, выявлялись побочные эффекты лечения, проводился гинекологический осмотр и УЗИ органов малого таза трансвагинально. С целью изучения параметров качества жизни до начала лечения и через 6 месяцев после его окончания пациентки заполняли анкету « Профиль здоровья больных эндометриозом». До начала лечения пациентки имели следующие оценки болевого синдрома по ВАШ: 1а группа-39,73±18,23, 1в группа 38,72±17,22. Измерения болевого синдрома по ВАШ были сопоставимы для женщин, получающих АГРГ и ДГ. Средние измерения от исходного уровня к концу лечения составили -17,23±3,6, в группе ДГ составили-16, 94+-4,2-(р меньше 0,05). Отмечалось наибольшее облегчение болевых ощущений после лечения в подгруппе 1в, получающих ДГ, так и в группе 1а, получающих АГРГ. Оценка выраженности диспареунии оценивалась также через 3 и 6 месяцев.

Этот параметр, угнетающий качество половой жизни, для пациенток обеих подгрупп

достоверно улучшался при проведении вышеуказанного лечения. Однако, 46% пациенток в подгруппе 1а и 24% пациенток в подгруппе 1в отмечали снижение либидо в течение первых трех месяцев приема препаратов. Дисменорея после восстановления менструального цикла после окончания лечения по сравнению с исходным уровнем снизилась на 38% для пациенток 1а группы и на 39,5% для 1в группы. Параметр «хроническая тазовая боль» также снижался в процессе лечения. Анализ результатов лечения показал, что средние измерения болевого синдрома от исходного уровня к концу лечения составили -17,23+-3,6 мм, в группе ДГ составили-16, 94+-4,2 мм-(р меньше 0,05). Измерения со стороны тазовых болей по ВАШ были сопоставимы для женщин, получающих трипторелин и ДГ. Среднее значение ВАШ по параметру боли снижалось через 3 месяца от исходного уровня на 18 мм в 1а группе, на 18 мм во 2 группе, через 6 месяцев снижение на 23 мм в 1а группе и 22 мм в 1в группы. В течение 6 месяцев лечения при применении аГРГ отмечалась выраженная регрессия болевого синдрома. Еще через 6 месяцев после окончания приема трипторелина в 1а группе не было отмечено рецидива болевого синдрома. 12 пациенток из группы 1в, применяли диеногест по настоящее время. У всех пациенток в течение 6 месяцев лечения отмечена регрессия уровня болевых ощущений, сопоставимая с группой 1а. Через 6 месяцев с момента окончания в этой группе пациенток не отмечено рецидива исходного уровня болей. Не отмечено статистических различий между двумя группами при лечении болевого синдрома диеногестом и трипторелином в снижении оценок болевого синдрома по ВАШ. Диеногест и аГРГ одинаково эффективны в лечении болевого синдрома в течение 6 месяцев. По эффективности при купировании боли, ассоциирующейся с эндометриозом, эффект диеногеста сопоставим с аналогами ГнРг, что подтверждено данными нашего исследования, исследованием японских ученых (Harada T. Et al (2009), Strowitzki T et al. (2010). Однако, учитывая наличие тяжелых побочных эффектов при лечении агонистами гонадотропин-релизинг гормонов, их применение ограничивается 6 месяцами.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки кандидатов наук – МК-2679.2017.7.



COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF AGONISTS OF GONADOTROPIN-RELEASING HORMONES AND DIENOGEST IN THE COMPLEX TREATMENT OF PAIN SYNDROM IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Sonova M.M., Loginova O.N., Arslanyan K.N., Kaznacheeva T.V.

Moscow state university of medicine and dentistry
Chair of reproductive medicine and surgery

Key words: endometriosis, pain syndrom, dienogest, Agonist GhRH.

Improving the quality of life of patients with genital endometriosis by using hormonal drugs to reduce pain syndrome.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., 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

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) занимают ведущее место в гинекологии. А функциональные нарушения маточных труб при этом – частая причина бесплодия.

Целью исследования явилось изучение целесообразности применения компрессионно-вакуумной терапии (КВТ) у женщин с ВЗПМ.

Обследовано 48 женщин, перенесших острый инфекционный процесс и получивших антибиотикотерапию. Через 1 менструальный цикл при неизмененных показателях крови по УЗИ верифицировано наличие двусторонних гидросальпингсов. Данные бимануального исследования соответствовали данным УЗИ. Сформированы I и II репрезентативные группы по 24 человека.

Все пациентки получали противовоспалительную и иммунокорректирующую терапию, лечение переносили хорошо. В I группе женщин с 10–14 д.м.ц. дополнительно провели 5 процедур КВТ (аппарат МКВ-01 «Ивавита»). Эффективность лечения оценивали по общему состоянию женщин, данным УЗИ, биохимическим показателям и лейкограмме крови, концентрации кортизола в сыворотке крови.

У 20 (83,3%) пациенток I группы и у 10 (41,7%) – II, по окончании лечения гидросальпингсы по УЗИ отсутствовали. А данные бимануального исследования свидетельствовали об отсутствии инфильтративных изменений в областях придатков матки. Результаты электрофореграммы белой крови пациенток указывали на средние нормативные показатели белка и альбуминов, соответствие всех фракций глобулинов верхней границе нормы. При этом эндотоксический индекс (ЭИ) достоверно ($p \leq 0,05$) повысился только у пациенток I группы. Полученный результат свидетельствовал о снижении эндогенной интоксикации, что препятствует рецидивированию и хронизации воспалительного процесса. А во II группе пациенток ЭИ только имел тенденцию ($p \geq 0,5$) к снижению. Усиление адаптационных реакций крови при детализации лейкограммы у пациенток I и II групп отмечено на 50 и 20% соответственно, причем в первом случае превалировала благоприятная реакция активации, а во втором – реакция тренировки.

Концентрация кортизола в сыворотке крови во 2-й фазе м.ц. достоверно ($p \leq 0,05$)



>> www.reproductive-congress.ru

повысилось после 5 процедур КВТ с $290,6 \pm 14,1$ до $362,1 \pm 19,2$ нмоль/л и снизилось до исходного через 3 сут только у пациенток I группы. Все изменения были в пределах нормативных значений. Это может свидетельствовать о влиянии КВТ на глюкокортикоидную активность коры надпочечников в процессе лечения, что обеспечивает усиление вазотропного эффекта и устранение расстройства кровообращения в сосудистом бассейне малого таза вследствие воспалительного процесса. Эффект КВТ обусловлен сочетанным механизмом действия: дренированием цервикального канала и низко-частотной пульсацией, которые оказывают слабое термическое и рефлекторное воздействие

на акупунктурные точки проекции региональных сосудов.

Данные бимануального и УЗ-исследования у остальных 4 (16,7%) пациенток I группы и у 14 (59,3%) – II, указывали на наличие утолщенных маточных труб и признаки экссудации, что требовало продолжения лечения.

Вывод. Таким образом, использование компрессионновакуумной терапии (аппарат МКВ-01 «Ивавита») в комплексном лечении женщин с остаточными клиническими проявлениями ВЗПМ в виде гидросальпингов является эффективным и патогенетически обоснованным.

COMBINED COMPRESSION-ULTIMAUS THERAPY IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPLICATIONS

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Churakov A.A.

FGBU «Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Named V.I. Kulakov» MH RF, Moscow
ГБОУ ВПО «Saratov State Medical University named V.I. Razumovsky» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Inflammatory diseases of the appendages of the uterus (VZPM) occupy a leading place in gynecology. And functional disorders of the fallopian tubes are a frequent cause of infertility.

ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Ласкевич А.В., Оганесян Т.И., Овакимян А.С., Сонова М.М., Арсланян К.Н.

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Актуальность исследования: эндометриоз относят к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, он диагностируется у 10% молодых, социально активных женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз встречается почти у каждой 2-й женщины с бесплодием и у 70–90% – с симптомами боли (дисменорея, диспареуния и/или хроническая тазовая боль). Глубокий инфильтративный

эндометриоз (ГИЭ) – наиболее тяжелая форма заболевания и четко коррелирует с хронической тазовой болью (ХТБ), механизмы которой полностью не ясны. Полагают, что неоангио- и нейрогенез, чрезмерная экспрессия нервных волокон в сочетании с воспалительным микроокружением в эндометриоидных очагах обуславливает формирование нейропатического компонента боли у значительного



числа пациенток. Центральная сенситизация (ЦС) является важным механизмом, способствующим формированию хронической боли, которая может сохраниться после удаления очагов эндометриоза. Таким пациенткам целесообразно применение «механизм-обоснованной терапии боли»: антиконвульсанты (АК), трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения хронической тазовой боли при эндометриозе.

Задачи: охарактеризовать клинико-анамнестические особенности пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) и ХТБ; изучить характеристики болевого синдрома при НГЭ с помощью специальных опросников; исследовать уровни факторов нейроангиогенеза (BDNF, NGF, VEGF), молекулы адгезии (sICAM-1) при НГЭ на локальном и системном уровнях, и оценить их связь с болевым синдромом; оценить уровни нейротрофинов (BDNF, NGF) до и после операции и их роль в диагностике и лечении болевого синдрома при эндометриозе; оценить клиническую эффективность комплексного лечения НГЭ в течение 12 месяцев наблюдения. Материалы и методы: исследование базировалось на обследовании 104 пациенток репродуктивного возраста с НГЭ: эндометриозидные кисты яичников, перитонеальный эндометриоз, ГИЭ, в клинической картине которых преобладал болевой синдром длительностью не менее 6 месяцев. Группу сравнения составили 33 пациентки без эндометриоза, которым выполнялась лапароскопия по причине доброкачественных образований яичников в репродуктивном возрасте. Материалом для исследования послужили перитонеальная жидкость, венозная кровь женщин. Для изучения количественных и качественных характеристик боли проводилось анкетирование с помощью специальных опросников (ВАШ, Pain Detect). Для изучения биохимической роли факторов нейроангиогенеза (VEGF, BDNF, NGF), молекулы адгезии sICAM-1, а так же онкомаркера СА-125 в формировании хронической тазовой боли при эндометриозе, была выделена группа исследуемых, которую составили 28 пациенток с ХТБ. Группу сравнения составили 16 пациенток без эндометриоза и ХТБ. После оперативного лечения (лапароскопии) 104 пациентки с ХТБ были разделены на 2 подгруппы: IIA подгруппу составили 78 пациенток, которые получали диеногест в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (диклофенак

100 мг 7 дней с началом каждой новой упаковки диеногеста). Из них IIA1 подгруппа – 16 больных с нейропатическим компонентом боли (Pain detect ≥ 19 баллов), IIA2 подгруппа – 62 пациентки с ноцицептивным компонентом боли (Pain detect < 19 баллов). IIB подгруппа: 26 пациенток с нейропатическим компонентом боли на основании опросника Pain detect (≥ 19 баллов) помимо диеногеста по назначению невролога дополнительно принимали трициклические антидепрессанты (амитриптилин 10–150 мг/сут) в течение 3 месяцев. 23 пациенткам с НГЭ и ХТБ через 6 месяцев после лечения проводилась оценка болевого синдрома по ВАШ, определение уровней нейротрофинов (β -NGF, BDNF) в сыворотке крови. Результаты: пациенты с НГЭ и ХТБ с оценкой боли по ВАШ ≥ 7 баллов ($n=54$), «положительным ответом» по Pain Detect (≥ 19 баллов) ($n=42$) ассоциированы с 3–4 стадией заболевания и ГИЭ ($n=37$) ($p < 0,05$). При НГЭ, ассоциированном с ХТБ, выявлено статистически значимое повышение средних уровней нейротрофинов на локальном (BDNF – 2230,29 пг/мл, NGF – 758,71 пг/мл) и системном уровнях (BDNF – 9396,54 пг/мл, NGF – 428,82 пг/мл), VEGF на локальном (184,02 пг/мл) и системном уровнях (110,09 пг/мл), молекулы адгезии sICAM-1 на локальном (470 нг/мл) и системном уровнях (464,7 нг/мл) по сравнению с группой без НГЭ и ХТБ ($p < 0,05$). В результате комплексного лечения среднее значение ВАШ снижалось через 6 месяцев от исходного уровня в IIA1 группе до 3,4 баллов, в группе IIA2 до 1,3 баллов, в группе IIB до 0,8 баллов. Рецидив болей через 12 месяцев после комплексного лечения отмечался в 3 случаях в группе IIA1 и в 2 случаях в группе IIA2. Уровни нейротрофинов (β -NGF, BDNF) в сыворотке крови были определены 23 пациенткам через 6 месяцев от начала лечения диеногестом, среднее значение которых статистически значимо снижалось по сравнению с исходным ($p < 0,05$). Средний уровень β -NGF в сыворотке крови у пациенток до лечения составил 428,82 пг/мл, BDNF – 9308,54 пг/мл. Средний уровень β -NGF в сыворотке крови у пациенток через 6 месяцев после лечения диеногестом составил 270,54 пг/мл, BDNF – 3637,28 пг/мл. Выводы: характеристики ХТБ являются важным клиническим инструментом для выработки тактики ведения пациенток с НГЭ. В патогенезе развития тазовых болей при НГЭ важную роль играют провоспалительные цитокины (sICAM-1) и факторы нейроангиогенеза (VEGF, BDNF, NGF). Комплексная терапия эндометриоз-ассоциированного болевого синдрома, включающая



>> www.reproductive-congress.ru

оперативное лечение и последующее назначение гормональной терапии в сочетании с НПВП и при наличии нейропатического компонента

боли с антидепрессантами эффективна и способствует снижению рецидивов заболевания.

ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN: A NEW PATHOGENETIC MECHANISMS

Laskevich, A.V., Oganesyanyan T.I., Hovakimyan A.S., Sonova M.M., Arslanyan K.N.

Russia, Moscow, of the Moscow state medical dental University named A. I. Evdokimov Ministry of health of Russia

Complex therapy of endometriosis-associated pain syndrome, including surgical treatment and the subsequent appointment of hormonal therapy in combination with anti-inflammatory and

nesteroidne in the presence of a neuropathic component of pain with antidepressants is effective and reduces recurrence of the disease.

ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ПМГМУ им. Сеченова

Новый методический уровень в клинической микробиологии дал возможность расширить микробиологические исследования, и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, как воспалительного, так и не воспалительного генеза. В частности, из группы так называемых «неспецифических», а именно «бактериальный и грибковый вагиноз», что определило более интенсивное изучение различных аспектов диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Установлено, что бактериальный вагиноз наряду с вагинальным кандидозом – частая патология у женщин репродуктивного возраста.

Нуждаются в совершенствовании методы его рациональной диагностики. Лечение рецидивирующего бактериального вагиноза, также как и вагинального кандидоза, представляет собой особые трудности, из-за отсутствия эффекта различных препаратов с «превыканием», и остается мало эффективным. Изучение

ЛФ, особенно, в открытии механизма инактивации этим белком экзогенных провоспалительных факторов. И так же приводит к восстановлению нормальной макрофлоры влагалища при впервые выявленных и рецидивирующих бактериальных и грибковых вагинитах.

Цель исследования: Разработать мероприятия по лечению и профилактике бактериальных и грибковых вагинозов у женщин репродуктивного возраста с применением лактоферрина на основании клинической оценки особенностей микробиологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища.

Женщины разделены на группы. 1 группа – впервые возникший бактериальный и грибковый вагинозом, 2 группа – рецидивирующий бактериальный и грибковый вагинитом. Так же разделены на группы по лечению. 1 группа: применения лактоферрина, 2 группа: применение лактоферрина и препарата с лактобактериями, 3 группа контрольная, лечение не назначалось. Эффективность восстановительной

>> www.reproductive-congress.ru

терапии и частоту рецидивов оценивалось на 3-ем и 4-ом визитах, через 30 и 60 дней.

Критерии эффективности: отсутствие жалоб, нормированные показатели микроэкологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища. Для оценки особенности течения заболевания и эффективности терапии рассматривались следующие симптомы: наличие патологических выделений из половых путей с неприятным запахом. Наличие зуда, жжения, нилчие болезненности при половом акте, дискомфорт, гиперемия, отек. Так же оценка эффективности препарата произведена с учетом нормализации данных микроскопического исследования из влагалища, нормализации pH, нормализации бактериального посева из влагалища.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика основных симптомов бактериального вагиноза и у 1 и 2 группы, улучшение лабораторных показателей (мазок из влагалища и бактериальный посев) у 95% пациенток. У пациенток с рецидивирующим бактериальным и грибковым вагинитом отмечалось улучшение на 85% у 1 группы и на 96% у 2 группы.

Улучшение были выявлены так же благодаря раман-флюоресцентных технологий.

Представлены данные пациентки до лечения и после. Видна значимая разница. Произошла нормализация кровотока и снижение пролиферативной активности.

Таким образом исследование показало, что клинически значимый и положительный эффект

при применения препарата «неолактоферрин», содержащий лактоферрин достигнут.

Краткое резюме: в обзоре отражен современный взгляд на внедрение в клиническую микробиологию новых методов диагностики, что дало возможность расширить микробиологические исследования, и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, как воспалительного, так и не воспалительного генеза. Определило более интенсивное изучение различных аспектов лечения и профилактики этой патологии. Клиническое значение этих нозологических форм определяется тем, что они в 2–6 раз увеличивают риск развития многих осложнений. Приводятся многочисленные и аргументированные научные доводы, указывающие на большое число рецидивов бактериальных и грибковых вагинитов. Лактоферрин приводит к снижению воспалительного ответа организма, как показано во многих исследованиях. В результате исследования оценивалось восстановление нормальной макрофлоры влагалища при впервые выявленных и рецидивирующих бактериальных и грибковых вагинитах. Поэтому целью нашего исследования и является повышение эффективности лечения кандидозных вульвовагинитов и бактериальных вагинозов с применением лактоферрина. Так же при исследовании данных заболеваний мы использовали новые методы диагностики, что дало возможность более быстрой и точной постановки диагноза. Этот метод раман-флюоресцентных технологий.

LACTOFERRIN AND RAMAN-FLUORESCENCE TECHNOLOGIES AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS AND DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE SEXUAL SPHERE

Golenkov D.G., Zuev V.M.

Department of obstetrics and gynecology number 1 first Moscow state medical University n.a. Sechenov

This review presents the modern view of the implementation of the clinical Microbiology of new methods of diagnosis, which gave an opportunity to expand microecological studies, and show that the suppression of the normal microflora of the vagina leads to diverse pathologies as

inflammatory and non inflammatory origin. Determined a more intensive study of various aspects of treatment and prevention of this disease. The clinical significance of these forms is determined by the fact that they are in a 2–6 times increase the risk of developing many complications. Are

>> www.reproductive-congress.ru

numerous and well-reasoned scientific arguments pointing to a large number of recidivism bacterial and fungal vaginitis. Lactoferrin leads to a decrease in the inflammatory response of the body, as shown in many studies. The study assessed the restoration of normal vaginal microflora when newly diagnosed and recurrent bacterial and

fungal vaginitis. Therefore, the aim of our study is the increase of effectiveness of treatment of candidal vaginitis and bacterial vaginosis with the use of lactoferrin. Also in the study of these diseases, we used the new diagnostic methods, which enabled faster and more accurate diagnosis. This method of Raman-fluorescence technologies.

ОЦЕНИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ТЯЖЕЛЫМ УХУДШЕНИЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Файзиева М.Д. Хакимов А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Во время менопаузального перехода наблюдается большое колебание уровней гормонов, в результате чего женщины в пери и в постклимактерическом периоде подвержены различным психическим и физическим расстройствам.

Целью исследования является выявление наличие и тяжести менопаузальных симптомов, их влияние на качество жизни и оценить взаимосвязь между тревожностью и тяжелым ухудшением качества жизни у женщин в постменопаузе.

У 64 женщин в постменопаузальном периоде (48-59 лет) мы оценивали соотношение тревожности и депрессии модифицированному менопаузальному индексу (Е.В.Уварова). Мы оценивали тревожность (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale HAD), качества жизни (Шкала оценки симптомов менопаузы – Menopause Rating Scale MRS) и включали в анализ социально-демографические, клинические и антропометрические данные.

Полученные результаты показали, что тяжелая потеря качества жизни ($MRS \geq 17$) присутствовала у 12,5% женщин, а также тяжелых симптомов (подшкалы MRS): урогенитальная (21,8%), психологическая (17,2%) и соматическая (3,1%). Тревога была независимо связана с тяжелым ухудшением качества жизни. Средняя потеря качества жизни выявлена у 51,56% женщин. У 15,6% женщин определялась клинически выраженная тревога и депрессия (HAD

≥ 11). У 60,9% женщин определялась субклинически выраженная тревога и депрессия (8–10 балл по HAD). У остальных женщин отсутствовали симптомы тревоги и депрессии (0-7 балл по HAD). Модифицированный менопаузальный индекс более 58 (тяжелая степень) – 12,5%, 35–57 баллы (умеренная) – 38,2% и 12-34 баллы (слабая степень) – 25%. Физические симптомы были весьма различны, такими как усталость и снижение физической силы у 81,3% женщин, и только 6,25% страдают от роста волос на лице. Общие сексуальные изменения были зарегистрированы среди 48,4%, а 18,75% жаловались на сухость влагалища. 59,4% женщин жаловались на приливы и 45,3% на потении. 51,5% женщин считали, что симптомы менопаузы влияют на качество их жизни и только 24,2% из них принимали гормонозаместительную терапию.

Результаты подтверждают, что в постклимактерическом периоде тревога независимо ассоциировалась с тяжелым нарушением качества жизни. Тяжелая степень модифицированного менопаузального индекса усугубляет потерю качества жизни. Менопауза вызывает как физические, так и психические проблемы. Важное значение имеют просвещение, повышение информированности и обеспечение надлежащего вмешательства для улучшения их КЖ, которые должны предоставляться женщинам в менопаузе как на индивидуальном, так и на общинном уровне.

Резюме: В исследовании показано соотношение тревожности и депрессии к



>> www.reproductive-congress.ru

модифицированному менопаузальному индексу (Е.В.Уварова). Мы оценивали тревожность и качества жизни по стандартными шкалами (HAD и MRS) и подтверждали, что в постклимактерическом периоде тревога

независимо ассоциировалась с тяжелым нарушением качества жизни и тяжелая степень модифицированного менопаузального индекса усугублял потерю качества жизни.

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN ALERT AND THE HEAVY DECREASE OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN POSTMENOPAUSE

Fayzieva M.D. Khakimov A.A.

Department of Obstetrics and Gynecology №1 Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Summary: The study shows the correlation of anxiety and depression to a modified menopausal index (E.V. Uvarova). We evaluated anxiety and quality of life according to standard scales (HAD and MRS) and confirmed that in the

post-menopausal period, anxiety was independently associated with severe quality of life, the severe modified menopausal index exacerbated the loss of quality of life.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Цаллагова Е.В., Абакарова П.Р.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На сегодняшний день наиболее актуальным инструментом контроля качества оказываемой медицинской помощи при различных заболеваниях является изучение профилей качества жизни пациента.

Ожирение – не просто избыток жира в организме, это сложная патология, которую в настоящее время расценивают, как хроническое рецидивирующее заболевание, способствующее проявлению и развитию многих сопутствующих болезней, сокращающих продолжительность жизни человека и ухудшающих ее качество. Нарушение репродуктивной функции – частый симптом, сопровождающий прибавку массы тела. Эндокринное бесплодие – крайне серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется редкое сочетание социального, психического и практически всегда

физического нездоровья и определение только метаболических показателей пациентки и диагностика ее репродуктивной функции далеко неполно отображает картину состояния больного. В медицинскую практику введено понятие «качество жизни», связанное со здоровьем. Его рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности помощи пациентам. В настоящее время все общепринятые методики предполагают использование стандартизированного опросника, заполняемого больным.

Цель. Оценка качества жизни и выявление того, как ожирение и его лечение, а так же наличие первичного и вторичного бесплодия на фоне ожирения и при нормальной массе тела отражаются на всех составляющих нормального существования женщины.



Материал и методы. Всего было обследовано 376 женщин с избыточной массой тела и ожирением и нарушениями репродуктивной функции (первичное и вторичное ановуляторное бесплодие) (I группа). Средний показатель ИМТ – $31,28 \pm 0,4$ кг/м², средний возраст 28,74 лет. В группу контроля (II группа) вошли 351 женщина с нормальной массой тела и нарушениями репродуктивной функции. Средний показатель ИМТ – $25,63$ кг/м², средний возраст – 27,85 лет. Обе группы были сопоставимы по возрасту и давности infertility. Наблюдение за обеими группами проводилось в течение года, при этом обе группы в последствие были разделены на подгруппы в зависимости от наступления беременности во II группе, и снижения массы тела и наступления беременности в I группе. В качестве метода исследования использована русская версия опросника Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS-SF-36), одного из самых популярных неспецифических опросников по качеству жизни. Опросник SF-36, являясь общим и кратким, позволяет оценивать качество жизни респондентов с различными нозологиями и сравнивать этот показатель с таковыми у здоровой популяции, обладает достаточно высокой чувствительностью, содержит всего 36 вопросов, что делает его применение весьма удобным. Всего в методике 36 пунктов, из которых 35 используются для обработки баллов по 8 шкалам, каждый пункт используется в обработке баллов только по одной из шкал. 1 из 36 пунктов не используется в обработке не по одной из шкал, а позволяет определить «переходную точку здоровья», которая оценивается самостоятельно. Система оценки, используемая в опроснике, применялась по трехступенчатому методу. Первая ступень заключалась в кодировке данных, вторая – в компьютерном

подсчете баллов путем суммирования баллов в каждой шкале и третья ступень переводила данные всех шкал в единую шкалу от 0 до 100 баллов (шкалирование по Лайкерту), в которой большее число баллов соответствовала лучшему состоянию здоровья.

Результаты. Полученные результаты пациенток с ожирением и избыточной массой тела (I группа) по всем шкалам опросника оказались достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин в контрольной группе (II группа). Особо наглядными были различия по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования и социального функционирования. В результате наблюдения в I группе произошло деление на подгруппу IA, в которую были включены 167 женщин, у которых репродуктивная функция не восстановлена, несмотря на снижение массы тела. В подгруппу IB вошли 209 женщин с наступившей беременностью. Во II группе пациентки были разделены на подгруппы, в зависимости от восстановления фертильности. В подгруппу IIA вошли 183 женщины, у которых беременность не наступила, в подгруппу IIB – 168 пациенток с диагностированной беременностью. При анализе полученных результатов опроса по всем шкалам опросника было сделано заключение об улучшении уровня качества жизни женщин в подгруппе IB, в сравнении со всеми подгруппами практически по всем шкалам. Вместе с тем, самый низкий уровень качества жизни по данным опросника зафиксирован в подгруппе IA.

Заключение. Качество жизни женщин после снижения массы тела достоверно улучшается независимо от результатов лечения бесплодия. Качество жизни у пациенток с ожирением может быть оценено количественно, что является более наглядным инструментом контроля за проводимой терапией, как для врача, так и для пациента.

REPRODUCTIVE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH OBESITY

Tsallagova E.V., Abakarova P.R.

Federal state budgetary institution "Scientific centre of obstetrics, gynecology and Perinatology named after academician V.I. Kulakov" health Ministry of the Russian Federation

To date, the most relevant tool for monitoring the quality of medical care provided for various

diseases is the study of the patient's quality of life profiles.



ГЛАВА 4/ CHAPTER 4:

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
В ГИНЕКОЛОГИИ

ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕПАЛЬПИРУЕМОГО РАКА
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Нуднов Н.В.1, Новикова Е.В.2

1 ФГБУ «Российский Научный Центр Рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва

2 ФГБОУ ДПО Институт Повышения Квалификации ФМБА России, Москва

Реферат. Период пременопаузы характеризуется высокой встречаемостью патологии молочных желез. В 60–75% случаев выявляются непальпируемые образования (НОМЖ), из них 2/3 доброкачественных и 1/3 злокачественных. Трудности дифференциальной диагностики обусловлены многообразием и схожестью лучевых проявлений, треть поражений не визуализируются при УЗИ. Сочетание стандартной и диагностических методик маммографии (РМГ) помогает определить значимые рентгенологические критерии злокачественности, что повышает качество диагностики рака молочных желез (РМЖ).

Актуальность проблемы. Раннее выявление поражений МЖ играет важную роль в снижении смертности от РМЖ: при размерах 1 см или меньше 10-летняя выживаемость отмечена у 95% больных; а при размерах 2–5 см у 85%–60% пациенток соответственно.

Цель исследования. Анализ выявляемости и проблем диагностики НОМЖ, возможностей стандартных и дополнительных методик РМГ в обнаружении непальпируемого РМЖ и определении значимых радиологических признаков злокачественности; оценка впервые и вновь выявленных изменений у женщин в пременопаузе.

Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. обследовано 2680 женщин, у 423 (15,8%) пременопаузального возраста выявлены НОМЖ. РМГ выполняли 100% больным на аппарате

«Mammomat - 3000». Применяли методики стандартной (в прямой и косой проекциях) и дополнительной РМГ (в боковой проекции, аксиллографию, прицельный снимок с локальной компрессией и с увеличением в 1,8 раза). УЗИ МЖ выполняли всем пациенткам на аппарате «Aixplore Supersonic». Для категорирования поражений применяли классификацию BI-RADS. Всем больным с подозрением на РМЖ выполнена морфологическая верификация (МВ).

Результаты исследований. За указанный период ежегодно обследовали 446±6 женщин в возрасте от 43 до 51 года (медиана 47±1,2 лет). В 2015 г. сравнительно с 2010 г. нами отмечен рост числа выявленных НОМЖ в 2,5 раза (от 43 до 106) с увеличением количества доброкачественных изменений в 2,3 раза (от 29 до 67), число непальпируемого РМЖ утроилось (от 14 до 39). Доля доброкачественных изменений составила 69,6% (n=294), РМЖ 30,4% (n=129) от всех случаев НОМЖ. По данным РМГ НОМЖ выявляли в виде: объемных образований (ОО) размерами до 15мм 63%, n=268; микрокальцинатов (МКЦ) 18%, n=77; локальной тяжистости (ЛТ) 12%, n=49; асимметрии плотности (АП) 7%, n=29. Чувствительность стандартной РМГ составила 91,2%, чему способствовали: высокая Rg-плотность МЖ у 37 женщин, размер ОО≤5 мм (n=38) и затруднения в морфометрии МКЦ (n=53). По данным УЗИ НОМЖ выявляли

>> www.reproductive-congress.ru

в 69% случаев (n=291), включая 37 пациенток с высокоплотными МЖ. В 132 (31%) случаях поражения были УЗ-негативными: ОО \leq 5мм (n=38), участки ЛТ (n=8), МКЦ (n=53). Дополнительные РМГ применили в 24,4% случаев (боковые 14,2%; прицельные с компрессией 3,8%; с увеличением 2,8%; аксиллограммы 3,7%). Значимые Rg-признаки уверенно выявлялись на дополнительных РМГ, что способствовало верному BI-RADS категорированию НОМЖ, повысило информативность метода на 5% и уменьшило долю необоснованных биопсий на 11%. Показания к проведению МВ по данным стандартной и дополнительной РМГ и/или УЗИ: РМГ паттерны РМЖ – для ОО нечеткость контура (96,9%), неправильная форма (81,8%); для МКЦ нечеткость, плеоморфность (97,0%), V-образное (92,1%), кластерное расположение (81,0%). При ЛТ РМЖ (n=8, 16,3%) выявлялся только при РМГ в виде «звездчатости» с плотным центром и нечетким контуром (суммарно 88,9%). УЗ-критерии РМЖ для ОО: нечеткие контуры (96%), неправильная форма (73,7%), непараллельная ориентация (56%). Из 172 (40,7%) впервые выявленных НОМЖ, РМЖ верифицирован у 41 (23,8%) пациентки, из них у 25 (61%) визуализирован в виде ОО

с кальцинатами. Из 251 (59,3%) вновь выявленных НОМЖ (при повторных раундах РМГ), РМЖ обнаружен у 88 (35%), из них у 50 (57%) в виде скоплений МКЦ.

Выводы.

1. Высокая и гетерогенная Rg-плотность тканей МЖ у женщин пременопаузального возраста, УЗ-негативность поражений снижают информативность РМГ и УЗИ.

2. Дополнительные РМГ на 5% повышают информативность метода, способствуют правильному категорированию выявленных изменений, что в 11% случаев позволит избежать необоснованных биопсий.

3. Предикторами биопсии для НОМЖ являются: нечеткость контуров и неправильная форма ОО; плеоморфность, V-образное/кластерное распределение МКЦ; несоответствие качественных морфометрических характеристик Rg и УЗ-картины; признаки прогрессии.

4. Впервые выявленные ОО с вкраплениями кальцинатов у женщин в пременопаузе следует относить к категории 4 с риском РМЖ от 2 до 95%, с необходимостью МВ.

5. Вновь выявленные МКЦ у женщин в пременопаузе в 57% случаев сопряжены с риском РМЖ более 95%.

DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS OF NONPALPABLE CANCER OF BREAST CARE IN THE PREMENOPAUSAL PERIOD

Nudnov N.V.1, Novikova E.V.2

1 FGBU «Russian Scientific Center of Radiography and Radiology» MH RF, Moscow

2 FGBOE DPO Institute for Enhancing the Qualification of FMBA Russia, Moscow

Summary. Premenopausal period is characterized by a high incidence of breast pathology. In 60–75% of cases are detected non-palpable lesions, of which 2/3 of benign and malignant 1/3. Diagnostic difficulties associated with the diversity

and similarity of X-ray manifestations. The combination of standard and additional methods of mammography and ultrasound to help determine the important criteria of malignancy, which will improve the quality of diagnosis of breast cancer.

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Нуднов Н.В.1, Новикова Е.В.2

1 ФГБУ «Российский Научный Центр Рентгенодиагностики» МЗ РФ, Москва

2 ФГБОУ ДПО Институт Повышения Квалификации ФМБА России, Москва

Реферат. Рост заболеваний молочных желез связан с многочисленными факторами риска. Патологические изменения тканей молочных

желез коррелируют с генитальными и экстрагенитальными заболеваниями женской репродуктивной сферы и единообразны по своему

>> www.reproductive-congress.ru

происхождению. Обследование женщин в пременопаузе должно включать как рентгенологическое исследование МЖ (РМГ), так и ультразвуковое исследование малого таза.

Актуальность проблемы. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о взаимосвязи между риском рака молочных желез (РМЖ) и репродуктивным статусом женщины. Больные с гиперпластическими процессами половой системы составляют группу наиболее высокого риска развития тяжелой патологии МЖ. В период пременопаузы прогестерон-дефицитное состояние и абсолютная/относительная гиперэстрогения приводят к морфофункциональной перестройке и пролиферации железистого и стромального компонентов в молочной железе и в матке.

Цель исследования. Анализ гинекологического статуса и его взаимосвязи с выявлением непальпируемого РМЖ у женщин пременопаузального возраста.

Материалы и методы. Представлены результаты этапного комплексного клинического и инструментального обследования молочных желез (МЖ) 2680 женщин, выполненного в 2010–2015 г.г. У 423 (15,8%) пациенток пременопаузального возраста выявлены НОМЖ, из которых верифицировано 129 (30,4%) РМЖ. В исследование включены женщины без наследственного/семейного анамнеза по РМЖ и не страдающие ожирением. РМГ выполняли 100% женщин на аппарате «Mammomat» (Siemens). Применяли методики стандартной и дополнительной РМГ. УЗИ МЖ и органов малого таза выполняли всем пациенткам на аппарате «Aixplore SuperSonic». Для категорирования поражений применяли классификацию BI-RADS. Всем больным с подозрением на РМЖ выполнена морфологическая верификация (МВ).

Результаты исследований. Изменения, предрасполагающие к развитию заболеваний МЖ, выявлены у 338 женщин (80%) пациенток. Выявленные факторы риска (ФР) распределились следующим образом: акушерско-гинекологическая патология у 259 пациенток (61,2%); патология МЖ в анамнезе: воспалительные заболевания у 34 (8,0%); травмы у 18 (4,3%); диспластические доброкачественные заболевания (ДДЗМЖ) у 27 (6,4%); ФР не выявлено у 85 (20,1%) женщин. Превалировала патология миометрия: миома матки, чаще в сочетании с аденомиозом (n=259; 61,2%). В структуре перенесенных в анамнезе воспалительных

заболеваний МЖ преобладали лактационные маститы: из 34 (8,0%) случаев 6 (1,4%) прооперировано. Из травматических повреждений МЖ лишь в 4 (0,9%) случаях применялось оперативное лечение по поводу нагноившихся гематом. У оставшихся 14 (3,3%) больных упоминалось об ушибах МЖ, не повлекших обращения пациентки к врачу и не потребовавших курации, но сопровождавшихся появлением болезненного участка уплотнения МЖ в месте травматического воздействия, с последующим регрессом клинической симптоматики. ДДЗМЖ, с оперативным лечением в анамнезе, выявлены у 27 (6,4%) пациенток: 21 была оперирована по поводу фибroadеномы (ФА) и 6 женщин по поводу фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ). Абсолютному большинству пациенток (26; 96,3%) выполнена секторальная резекция. В 1 случае для удаления ФА применялась методика ВАБ. Наибольшее количество женщин с гинекологической патологией и оперированных по поводу ДДЗМЖ мы отмечали в возрасте 46–48 лет (n=93), что объясняется максимальной выраженностью дисбаланса в гормональном статусе на этапе становления пременопаузального периода и высокой онкологической настороженностью пациенток.

В нашем исследовании значимые ФР присутствовали у 120 (93%) из 129 пациенток с диагностированным непальпируемым РМЖ. У 111 (86%) по данным УЗИ малого таза подтверждена гинекологическая патология, что составило 26,2% от всех больных с НОМЖ. Чаще всего выявлялись миоматозные изменения матки (n=100; 77,5%) и дисплазия эндометрия (n=11; 8,5%). У 4 женщин с травмой МЖ в анамнезе (ушибы) и 4 перенесших маститы, но без оперативного вмешательства, РМЖ диагностирован в ипсилатеральной МЖ. Кроме того, у 1 пациентки, оперированной по поводу абсцедирующего мастита, РМЖ выявлен в комприментированной МЖ, с локализацией в зоне постоперационных изменений. При этом, ни в 1 из случаев оперированных ДДЗМЖ в анамнезе, РМЖ не выявлен.

Выводы.

1. Гинекологические заболевания коррелируют с заболеваниями МЖ в 80% случаев и в 86% случаев с РМЖ. Миома матки встречается у 2/3 больных РМЖ.

2. Повреждение тканей МЖ (посттравматическое/поствоспалительное) является фактором риска развития РМЖ в соотношении 1:14.



>> www.reproductive-congress.ru

4. ДДЗМЖ с доброкачественными гистологическими характеристиками, как по данным источников литературы, так и в нашем исследовании, имеют низкий риск развития РМЖ.

3. Анализ данных гинекологического статуса, взаимосвязь патологических процессов

в МЖ и органах женской половой сферы, диктует необходимость обязательного исследования как МЖ, так и малого таза у женщин пременопаузального возраста.

FACTORS OF THE RISK OF BREAST CANCER IN THE PREMENOPAUSAL PERIOD OF LIFE OF A WOMAN

Nudnov N.V.1, Novikova E.V.2

1 FGBU «Russian Scientific Center of Radiography and Radiology» MH RF, Moscow

2 FGBOE DPO Institute for Enhancing the Qualification of FMBA Russia, Moscow

Summary. The growth breast disease associated with multiple risk factors. Pathological changes in breast tissue correlate with genital and extragenital diseases female reproductive system

and identical in origin. Survey premenopausal women should include a X-ray breast (RMG) and ultrasound of the pelvic organs.

АТИПИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЯ ПРЕДРАКА ЯИЧНИКА

Таирова М.Б., Давыдов А.И.

Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Эндометриоз относится к наиболее «загадочным» нозологиям, природа которого не укладывается в рамки какого-либо отдельно взятого патологического процесса. С одной стороны, эндометриоз относят к опухолеподобному состоянию, его рассматривают как дисгормональный, иммуносупрессивный, а иногда и воспалительный процесс. С другой – для эндометриоза характерен целый ряд симптомов опухолевого роста.

Исследования последних лет позволяют по-новому взглянуть на проблему опухолевой природы эндометриоза. Прежде всего, это касается эндометриоза яичников. Молекулярные исследования эндометриозных поражений помогли обнаружить делеции в определенных участках генома, а также указать на потенциальную взаимосвязь между эндометриозом и карциномой яичника. Проведенные в последние годы молекулярные, гистопатологические,

эпидемиологические и биохимические исследования свидетельствует о наличии определенной закономерности между частотой эндометриоза и риском развития рака яичников. Однако корни такой закономерности не вполне объяснимы. Возможны две гипотезы. Первая – эндометриозные имплантаты подвергаются непосредственному злокачественному преобразованию, возможно, через фазу так называемого «атипического эндометриоза». Вторая – эндометриоз и рак имеют общие этиопатогенетические механизмы и/или факторы с последующим нарушением молекулярных проводящих путей. В 35–80% наблюдений эндометриоза яичников при гистологическом исследовании выявляется атипический эндометриоз, характеризующийся клеточной атипией и/или чрезмерной пролиферацией. По-видимому, в большинстве случаев эндометриозные карциномы развиваются вследствие малигнизации

>> www.reproductive-congress.ru

эктопически расположенной эндометриозной ткани через фазу атипического эндометриоза, а не из покрывающего яичник эпителия.

Потенциальный риск развития опухоли у пациенток с эндометриозом достоверно не подтвержден, однако известно, что почти у 1% больных эндометриозом имеются либо сопутствующие неоплазии, либо последние развиваются со временем. Более того, эндометриоз относится к числу особенно важных факторов риска рака яичников, поскольку эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что частота карциномы яичников у пациенток с эндометриозом варьирует в пределах 8–30%.

Косвенным подтверждением опухолевой природы эндометриозных образований яичников можно считать увеличение концентрации сывороточных опухолевых маркеров, специфичных для рака яичников, у больных с эндометриозом. В наших исследованиях содержание СА 125 в ряде наблюдений эндометриозом достигало 1900 Ед (!) при средних значениях этого показателя 183,6±34,4 Ед/мл.

По данным национального института рака (США) риск развития рака яичников у пациенток с эндометриозом в 2 раза выше, чем в популяции (стандартизированное отношение частоты – standardized incidence ratio (SIR) составило 1,9). Причем у больных с длительно

существующим эндометриозом яичников этот риск был еще выше, составив 4,2. В целом у женщин с эндометриозом риск развития рака яичников на 20% выше, чем в популяции.

Несмотря на все перипетии, эндометриоз по-прежнему считается доброкачественным опухолевидным заболеванием. Тем не менее, он нередко ассоциируется с опухолевым процессом, прежде всего, благодаря моноклональному росту и некоторым чертам злокачественной трансформации (клональная пролиферация, инфильтративный рост и др.). Существует мнение, что образование очага эндометриоза связано со способностью эндометриальных клеток реагировать на локальную иммунную реакцию. Различные исследования (как *in vivo*, так и *in vitro*) по этому вопросу показали, что иммунные реакции, вызываемые эндометриозом, идентичны таковым в опухолевых клетках, не подверженных иммунному контролю.

Резюме. Выполнен мета-анализ статистических исследований, посвященных переходу эндометриоза яичников в рак. Установлено, что этому процессу предшествует фаза атипического эндометриоза. Иммунные реакции, вызываемые эндометриозом, идентичны таковым в опухолевых клетках.

ATYPICAL ENDOMETRIOSIS AS AN INDEPENDENT NOSOLOGY OF A PRECANCER OF AN OVARY

Tairova M.B., Davydov A.I.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,

The meta-analysis of the statistical researches, concerning to transition of an endometriosis of ovaries in a cancer is executed. It is established that this process is preceded by an atypical

Moscow, Russian Federation

endometriosis phase. The immune reactions caused by an endometriosis, are identical to that in tumoral cells.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ «МАЛЫХ» ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ВПЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

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

Рак шейки матки (РШМ) является одной из наиболее часто встречаемых болезней в мире,

вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ). По распространенности злокачественных

>> www.reproductive-congress.ru

новообразований репродуктивных органов РШМ у россиянок в возрасте от 15 до 44 лет занимает второе место. При этом необходимо отметить, что РШМ предшествуют цервикальные интраэпителиальные неоплазии низкой, умеренной и тяжелой степеней (CIN I/II/III). В 2011 г. Американское общество по кольпоскопии и цервикальной патологии предложило использовать термин «малые» формы поражения шейки матки для обозначения пациенток с ВПЧ 16 или ВПЧ 18 типов, с персистенцией ВПЧ ВР, с цитологическим мазком ASCUS и LSIL. Отсутствие обязательного массового цервикального скрининга и скоординированного ведения женщин с ВПЧ-инфекцией – является основной причиной выявления огромного количества тяжелых дисплазий шейки матки и РШМ.

Цель: проанализировать частоту встречаемости «малых» форм поражения шейки матки среди ВПЧ-положительных женщин репродуктивного возраста; провести анализ кольпоскопических изменений при «малых» формах поражения.

Материалы и методы: в исследование было включено 582 женщины, в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 35 лет). Обследование включало: сбор жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, проведение цитологического исследования, расширенной кольпоскопии, ВПЧ-генотипирование (ПЦР в режиме реального времени для количественного определения и типирования двадцати одного типа ВПЧ).

Результаты: ВПЧ ВР был выявлен у 413 женщин (71%), ВПЧ-негативные 169 (29%). ВПЧ-положительные женщины были разделены на 3 группы: I группа – 291 (70,5%) с «малыми» формами поражения шейки матки, II группа – 102 (24,7%) с HSIL, III группа – 20 (4,8%) с РШМ. По результатам исследования группа женщин с «малыми» формами поражения шейки матки преобладала среди ВПЧ-положительных пациенток и составила 70,5%. Из «малых» форм превалировала группа женщин с ВПЧ-носителем – 177 (42,9%), группа с LSIL – 96 (23,2%), группа с ASCUS – 18 (4,4%). В большинстве случаев степень выраженности кольпоскопических изменений при «малых» формах поражения шейки матки коррелировала с результатами аномальной цитологии. Кольпоскопические изменения наблюдались у 65 пациенток (57%) с цитологическим заключением ASCUS/LSIL, из них слабовыраженные у 57 (87,7%), выраженные изменения у 8 (12,3%). При ВПЧ-носителе у 58 пациенток (32,8%), из них слабовыраженные изменения у 56 женщин (96,5%), выраженные изменения у 2 женщин (3,5%).

Выводы: Группа женщин с «малыми» формами поражения шейки матки преобладала среди женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки. Пациентки с «малыми» формами поражения являются группой риска по развитию предрака и рака шейки матки. Расширенная кольпоскопия является чувствительным методом выявления поражения эпителия шейки матки при «малых» формах.

THE INCIDENCE OF “LESSER ABNORMALITIES” FORMS OF CERVICAL LESIONS AMONG HPV-POSITIVE WOMEN

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

V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Ministry of Health of the Russian Federation

Cervical cancer is one of the most commonly encountered diseases in the world, caused by the human papilloma virus (HPV). On reproductive organs malignancies diseases prevalence cervical cancer is ranked second among the Russians aged from 15 to 44 years old. It should be noted that cervical cancer is preceded by cervical intraepithelial neoplasias (CIN I/II/III). In 2011 the American Society for Colposcopy and Cervical

Pathology(ASCCP) offered the use of the term “Lesser Abnormalities” for the patients with HPV-16 or HPV-18 positivity, persistent oncogenic HPV, ASC-US and LSIL designation. The absence of the compulsory mass cervical screening and the coordinated management of women with HPV infection is the main cause of the huge number of severe cervical dysplasia and cervical cancer revealing.



ТЕЧЕНИЕ CIN ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ

Клинышкова Т.В., Буян М.С.

Россия, г. Омск, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Представлены результаты обследования 49 пациенток с CIN на фоне персистирующей ВПЧ-инфекции в возрасте 31 (25,0-38,8) лет. Установлено преобладание случаев с вирусной нагрузкой, превышающей порог прогрессии (более 5 Ig на 105 клеток), наличие сопутствующей хламидийной инфекции (25%) в отличие от пациенток с CIN без персистенции ВПЧ ($p < 0,05$); рецидивирование CIN наблюдалось в 12,2% случаев, что было отмечено при персистирующей ПВИ, в отличие от группы пациенток без персистенции ВПЧ ($p < 0,05$).

Результаты исследований последних лет показывают, что персистенция ВПЧ не только способствует возникновению предрака и рака шейки матки, но и рецидива цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и злокачественного поражения шейки матки после лечения.

Целью исследования являлось определение особенностей CIN при персистирующей папилломавирусной инфекции. В проспективное исследование включено 49 пациенток с CIN, ассоциированной с ВПЧ, в возрасте от 21 до 65 лет. Оценка персистенции ВПЧ была основана на выявлении ВПЧ при ретестировании через 12 месяцев. Критерии включения в исследование: гистологически верифицированная CIN, позитивный цервикальный тест на ВПЧ высокого риска (ВПЧ ВР), контроль взятия материала более 104 копий в образце, информированное согласие пациентки. Критерии исключения: латентная и субклиническая форма ПВИ, беременность и лактация, отказ от участия в исследовании. Критерии включения в 1-ю группу (основную): пациентки с CIN в сочетании с персистирующей ПВИ (положительный ВПЧ-тест при ретестировании на ДНК ВПЧ 14 типов через 12 месяцев) ($n=23$). Критерии включения во 2-ю группу (сравнения) – пациентки с CIN без персистенции ВПЧ (отрицательный ВПЧ-тест при ретестировании на ДНК ВПЧ 14 типов через 12 месяцев) ($n=26$). Комплексная диагностика включала жидкостную цитологию с заключением по системе Bethesda, 2001; кольпоскопическое исследование; гистологическое исследование цервикальных образцов

при выявлении аномальных кольпоскопических картин, расширенный скрининг для дифференцированного выявления ДНК ВПЧ 14 типов (6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59-й типы) методом ПЦР в режиме реального времени (тест-система РеалБест ДНК ВПЧ ВКР – генотип, Россия) с детекцией вирусной нагрузки; выявление ДНК микоплазм, ДНК хламидий. Статистический анализ данных проводился с применением пакета STATISTICA-6, возможностей MS Excel. В двух группах пациентки с CINII и CINIII подвергались комбинированному лечению: медикаментозная терапия инозин пранобексом (изопринозин) из расчета 50 мг/кг тела в течение 10 дней по 3 курса с перерывом 14 дней и хирургическое лечение (эксцизия или конизация). При CINI тактика комбинированной терапии применялась в зависимости от возраста (старше 35 лет), невозможности регулярного наблюдения, кольпоскопической картины (неудовлетворительная, большая площадь поражения и смешанные аномальные картины), в остальных случаях – медикаментозная терапия. При анализе количества типов ВПЧ до лечения установлено, что в двух группах доминировали пациентки с одним типом ВПЧ. Не установлено преобладания сочетанной ВПЧ-инфекции у пациенток 1-й группы. Качественный состав ВПЧ в двух группах до лечения характеризовался доминированием ВПЧ 16 типа. Не установлен преобладающий тип ВПЧ в 1-й группе в начале исследования. Проведенный анализ вирусной нагрузки ВПЧ в двух группах пациенток в начале исследования показал, что у пациенток с высокой вирусной нагрузкой ВПЧ (выше порога прогрессии) повышается риск персистенции в сравнении со 2-й группой ($p=0,07$). Сочетанная с ВПЧ генитальная инфекция (*S. trachomatis*, *M. hominis*/*M. genitalium*, *U. urealyticum* более 104 КОЕ/мл), выявленная в начале исследования, доминировала 1-й группе. Выявление сопутствующей *S. trachomatis* до лечения обнаружено в 25% случаев обследованных женщин в 1-й группе в отличие от 2-й группы (0%) $p < 0,05$. После лечения рецидив CIN и персистенция CIN I при консервативном ведении отмечен в 6/12,2%



>> www.reproductive-congress.ru

случаев, исключительно в 1-й группе пациенток. Вирусная нагрузка во всех случаях была выше порога клинической значимости как до лечения, так и после 12 месяцев. Рецидив возник у 4 пациенток с исходным количеством типов ВПЧ ≥ 2 . Это указывает на роль коинфекции и уровня вирусной нагрузки ВПЧ в рецидивировании CIN.

Заключение. У пациенток с CIN на фоне персистирующей ПВИ установлено: преобладание

случаев с вирусной нагрузкой, превышающей порог прогрессии; отсутствие преобладания сочетанной ВПЧ-инфекции; сочетание с хламидийной инфекции (25%); рецидивирование CIN и персистенция CIN1, в отличие от группы пациенток без персистенции ВПЧ ($p < 0,05$). Персистирующая ПВИ является фактором риска рецидивирования цервикального предрака, что обосновывает ВПЧ-ретестирование после лечения.

CIN DURING PERCREASING HPV INFECTION

Klinskykhova T.V., Buyan M.S.

Russia, Omsk, FGBOU VO "Omsk State Medical University" of the Ministry of Health of Russia

Survey results of 49 patients at the age of 31 (25,0–38,8) years with CIN against the background of persistent HPV infection have been presented. The prevalence of cases with a viral load greater than the threshold progression (more than 5 lg 105 cells), availability of concomitant chlamydial

infection (25%) in contrast to patients with CIN without HPV persistence ($p < 0,05$) was found; the recurrence of CIN was observed in 12.2% of cases, that was noted in persistent PVI, unlike the group of patients without HPV persistence ($p < 0,05$).

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЭУ- И ЭКТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ.

Азнаурова Я.Б., Сунцова М.В., Аракелян А.С., Буздин А.А., Адамян. Л.В.

Московский Государственный Медико-стоматологический университет.

Актуальность. В настоящее время не существует эффективных биомаркеров эндометриоза в крови, слюне или моче для ранней диагностики данного заболевания. Золотым стандартом диагностики эндометриоза является лапароскопия с последующим гистологическим подтверждением. Поэтому актуальным является изучение регуляции на более глубоком уровне – геномном и транскриптомном – для поиска качественных биомаркеров.

Цель. Определить характерные изменения уровня экспрессии генов и активности внутриклеточных сигнальных путей в клетках эу- и эктопического эндометрия, выявить корреляцию молекулярных нарушений в указанных локализациях.

Объект исследования: образцы эу- и эктопического эндометрия от 6 пациенток, которым было проведено оперативное лечение эндометриоза. В качестве контроля был взят образец эндометрия у женщины, не имеющей эндометриоза.

Материалы и методы. В исследование были включены пациентки с диагнозом эндометриоз, не подвергавшиеся консервативной терапии гормональными препаратами до оперативного вмешательства. Во время лапароскопической операции у каждой из пациенток были взяты биопсии эктопического эндометрия и эктопических очагов эндометриоза. Далее из полученных образцов ткани была выделена РНК и приготовлены пробы для гибридационного



>> www.reproductive-congress.ru

микрочипа. Транскриптом исследовался методом микрочиповой гибридизации. С помощью биоинформатического алгоритма и данных об экспрессии генов был рассчитан профиль активации/репрессии внутриклеточных сигнальных путей в изучаемых образцах ткани.

Результаты. Первичный анализ образцов эу- и эктопического эндометрия от пациенток с эндометриозом позволяет говорить о качественном изменении регуляции экспрессии генов в эндометриоидных очагах, что также фиксируется на уровне внутриклеточных сигнальных путей. Были выявлены сигнальные пути, активность которых значительным образом изменена при эндометриозе. Сравнение данных по активации внутриклеточных

сигнальных путей позволило выявить высокую корреляцию молекулярных нарушений между эутопическим и эктопическим эндометрием: 85 % корреляции в случае эндометриоидной кисты яичника и 97,7% корреляции в случае эндометриоза брюшины.

Заключение. Благодаря высокой корреляции транскриптомных нарушений, эутопический эндометрий может служить маркером наличия эктопических очагов. Таким образом, анализ изменения активности внутриклеточных сигнальных путей в клетках эутопического эндометрия может стать основой надёжного метода ранней диагностики эндометриоза, а также мониторинга эффективности проводимой терапии.

ANALYSIS OF SIGNALING PATHWAYS ACTIVATION PROFILES IN EUTOPIC AND ECTOPIC ENDOMETRIUM.

Aznaurova Y.B., Suntsova M.V., Arakelyan A.S., Buzdin A.A., Adamyan L.V.

Moscow State University of Medicine and Dentistry

Conclusion: Evaluation of eutopic and ectopic endometrium in each patient took place and indicated a high degree of correlation (85%–98%) in signaling pathway activation profiles between eutopic and ectopic endometrial samples in each individual patient. Our findings suggest that easily accessible eutopic endometrium can be used as a marker of the presence of endometriotic foci outside the uterus. It, therefore, may create a basis for early reliable diagnosis of endometriosis via utilization of endometrial sampling/biopsy.



ГЛАВА 5/ CHAPTER 5:

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

WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND THE POSTPARTUM PERIOD

СТРУКТУРНЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА (САС): НАСКОЛЬКО ВЫСОК РИСК ВИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ? РОЛЬ ПРИКАЗА № 572-Н

Смольнова Т.Ю.1,2, Мартынов А.И.3, Нечаева Г.И.4, Немировский В.Б.5, Бокерия Е.Л.1

1 ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России (директор академик РАН Сухих Г.Т.)

2 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

3 Кафедра госпитальной терапии №1 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

4 Кафедра внутренних болезней и семейной медицины ПДО Омский государственный медицинский университет (зав. кафедрой проф. Нечаева Г.И.)

5 Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова (главный врач Шкода А.С.)

Кардиоваскулярная патология в ряде случаев определяет особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы. Манifestные врожденные пороки кардиоваскулярной системы в большинстве случаев не вызывают трудностей при диагностике и разработке стратификации риска и тактики ведения пациенток в акушерстве. Недоучет малых аномалии развития сердца (МАС), которые в ряде случаев не имеют консенсуса даже в эхокардиографических критериях диагностики, нередко влекут за собой осложнения, определяющие жизненный прогноз.

У 260 «здоровых» беременных с клинически незначимым ПМК на базе ГКБ им. Л. А. Ворохобова, проведен эхокардиографический анализ сочетанных структурных аномалий сердца. Средний возраст – 24,8±3,46 лет. При ЭХОКГ ПМК

более 7 мм был выявлен в 97% случаев. Другие сочетанные структурные аномалии сердца (САС) были представлены: пролапс трикуспидального клапана – 25%, регургитация на 2 клапанах (МР, ТР) – 39,9%, регургитация на трех клапанах – 10,1%, миксоматозная дегенерация – 6,3%, открытое овальное окно (ООО) – 7,8%, аневризма межпредсердной (АМПП) и межжелудочковой перегородки (МЖПП) – 5,9%, дополнительная хорда левого желудочка (ДХЛЖ) – 10,4%, аномалия развития створок аортального клапана – 7,8%, кальцинаты створок митрального клапана – 2,6%, расширение корня аорты – 1,1% и др. При ЭКГ выявлены: синдром WPW – 9,3%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 14,9%, синусовая аритмия – 8,9%, экстрасистолия – 8,9%, синдром ранней поляризации PQ – 9,3%.

>> www.reproductive-congress.ru

Удельный вес САС в структуре кардиальной патологии специализированного родильного дома достигает 36–47,9%.

Не смотря на то, что все перечисленные САС – это врожденные анатомо-структурные аномалии сердца, которые не сопровождаются гемодинамически грубыми и клинически значимыми нарушениями, подход к ведению пациенток с САС согласно рекомендациям Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца, руководствам Европейского общества кардиологов/Европейской ассоциации кардиоторакальной хирургии по лечению клапанных заболеваний сердца, международным руководствам должен быть крайне серьезен в виду высоко риска осложнений.

Среди витальных осложнений САС при ООС (25–30% населения) частота криптогенных инсультов у молодых больных может достигать 24 – 66%. АМПП (10% населения) ассоциирована с предсердными нарушениями ритма, блокадой ПНПГ – в 21,9%, а в сочетании с ООС или ПМК – также, предиктор эмболических эпизодов и инсультов. Размеры сети Chiari (Киари) (остаток эмбрионального правого клапана венозного (коронарного) синуса) (при аутопсии у 4%) могут достигать 6 см. В 80% случаев сопряжены с ООС и ассоциированы с инфекционным эндокардитом, ТЭЛА, повышением аритмогенности. Удлиненный Евстахиев клапан (ЕК), обнаруживаемый при аутопсиях у 86% детей и 67,5% взрослых, ассоциируется с ТЭЛА, суправентрикулярным аритмиям, может вызывать обструкцию нижней поллой вены. Пролапсы клапанов - предиктор аритмогенных нарушений. В случае миксоматозной

дегенерации (при аутопсии 30-40%) риск витальных осложнений высок: острая или хроническая недостаточность (26%), фибрилляции предсердий, церебральные ТЭ, которые в сочетании с ООС могут достигать 50%, внезапная смерть 2%. Сочетанные пролапсы клапанов могут достигать 20%. Ассиметрия трехстворчатого клапана (АТАК) (10–20%) ассоциирована с развитием пре-синкопальных состояний и также как аномально расположенные хорды являются предикторами нарушений ритма сердца. Кроме того, перечисленные САС могут ассоциироваться с пограничным расширением, дилатацией и аневризмой корня аорты и быть проявлениями моногенных синдромов Марфана, Элерса-Данлоса, семейных форм аневризмы аорты, аневризм коронарных артерий и др.

Таким образом, высокий риск таких осложнений как: ТЭЛА, криптогенные инсульты, аритмический синдром, церебральные эмболии и инфаркты других органов, инфекционный эндокардит, сочетания пролабирования нескольких клапанов, в том числе в рамках «миксоматозной болезни», формируют неблагоприятный прогноз у молодых пациенток., что требует крайне серьезного дообследования (ЭХОКГ, СМАД, Холтеровское мониторирование) и совместного ведения с кардиологами в профильных учреждениях на этапе наблюдения беременности. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (приказ №572-н) предполагает полный спектр необходимой медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовый период у данной категории больных.

THE STRUCTURAL HEART ABNORMALITIES (SHA): IS THERE ARE HIGH RISK OF VITAL COMPLICATIONS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY? THE ROLE OF THE ORDER N 572-N

Smolnova T.Yu.1,2, Martynov A.I.2, Nechaeva G.I.3, Bokeria E.L1,4, Nemirovsky V.B.4

1 Academician V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Healthcare of Russia

2 Moscow State University of Medicine and Dentistry by the name A.I. Evdokimov

3 Omsk state Medical University

4 Clinical Hospital № 67 by the name LA Vorokhobova (Chief Physician of Shkoda A.S)

Evidence-based medical information about of the structural heart abnormalities among

pregnant women, their role in the risk of complications during pregnancy, during childbirth and the

>> www.reproductive-congress.ru

postpartum period is summarized and analyzed. In "healthy" pregnant women, hemodynamically insignificant mitral valve prolapse in 7.8% of cases was combined with an patent foramen ovale, in 5.9% – with an atrial septal aneurysms and Interventricular aneurysm, in 10,4% – with additional chords of the left ventricle, in 7.8% – with abnormal aortic valve, in 2.6% – with calcifications of the mitral valve flaps, in 1.1% – with the expansion of the aortic root. The patients should be extremely under control in view of the high risk of complications. The role of the execution of order No. 572-n

in patients with structural heart abnormalities in obstetrics and gynecology is extremely relevant.

Key words: cardiac abnormalities, pregnancy, prolapse of valves, eustachian valve, Tibesian valve, mitral valve, aortic valve, labor, postpartum period, risk, stroke, heart attack, aneurysm, additional chords, Chiari's network, patent foramen ovale, atrial septal aneurysms, Interventricular aneurysm, additional chords of the Ventricle, abnormal aortic valve calcifications of the mitral valve, expansion of the aortic root.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусеува З.А., Стефанян Н.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Нурмагомедова П.А.

Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО ДГМУ

Преэклампсия и эклампсия являются одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Нами было обследовано 89 беременных из группы высокого риска по развитию преэклампсии. Проведение прегравидарной подготовки, адекватной коррекция гормонального фона, патогенетическая терапия является перспективным направлением в профилактике заболевания.

Актуальность. Преэклампсия и эклампсия являются одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они занимают одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Преэклампсия – синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

Цель. Целью настоящего исследования явилось проследить эффективность современных тенденций в методах профилактики преэклампсии.

Материал и методы. Нами было обследовано 89 беременных из группы высокого риска по развитию преэклампсии с использованием комплекса современных лабораторных и инструментальных методов, оценивающих состояния систем гемостаза, гормонального фона, ФПК, иммунной системы. Анализ проводился

на этапе предгравидарной подготовки, в 1, 2 и 3 триместрах беременности. Сформированы 2 группы: основная – 70 пациенток, которые получали профилактическую терапию с включением гестагенов, по показаниям - низкомолекулярные гепарины и иммунологическую коррекцию и контрольная – 19 пациенток, которым не проводилось профилактическое лечение. Также всем беременным женщинам основной группы были даны рекомендации, в число которых входил режим дня, продолжительный сон, прогулки, психопрофилактическая подготовка, устранение отрицательных эмоций, рациональное питание, соблюдению питьевого режима.

Результаты. Эффективность проводимой терапии основывалась на нормализации показателей гемостаза и иммунной системы. Ни у одной из пациенток основной группы не развилась тяжёлая преэклампсия. В контрольной группе у 6 пациенток, не проходивших профилактическое лечение, развилась тяжёлая преэклампсия (31,6%).

Заключение. Таким образом, выделение пациентов группы риска по развитию тяжёлой преэклампсии и проведение им прегравидарной подготовки, адекватной коррекция гормонального ответа в ранние сроки беременности, своевременная диагностика и патогенетическая терапия является перспективным



>> www.reproductive-congress.ru

направлением в профилактике заболевания. Полученные данные позволяют предполагать достоверное снижение частоты тяжелой преэклампсии, которая является наиболее частой

причиной досрочного прерывания беременности, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ON THE QUESTION OF STUDYING THE REDUCTION OF THE FREQUENCY OF PREECLAMPSIA

Mamaeva S.M., Khashaeva T.Kh.M., Abusueva Z.A., Stefanyan N.A., Odamanova M.A., Allakhkuliyeva S.Z., Nurmagomedova P.A.

Russia, Makhachkala, GOU VPO DSMU

The Eclampsia and the Preeclampsia are the most serious pregnancy, birth and postpartum period complications. We examined 89 pregnant women in the high-risk of Preeclampsia

progression. Carrying out preconception preparations, appropriate correction of the endocrine profile and pathogenic therapy are the promising trends in the disease prevention.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ

Рымашевский А.Н., Волков А.Е., Карнушин Т.Е.

Россия, г. Ростов-на-Дону, кафедра Акушерства и гинекологии №1 РостГМУ

Маточно-плацентарная апоплексия (синдром Кувелера) – симптомокомплекс, обусловленный преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и экстравазацией крови в мускулатуру матки, приводящей к атоническому кровотечению. Частота встречаемости синдрома неизвестна. Единственным способом диагностики является интраоперационный метод. Многие годы единственным способом лечения МК была экстирпация матки. Современные консервативные технологии хирургического гемостаза позволяют избежать инвалидизирующих вмешательств. В связи с этим, приводим описание двух случаев успешного консервативного лечения МК.

Пациентка М., 29 лет, повторнородящая. В 34 нед с жалобами на локальную боль в животе и поясничной области, головную боль и шум в ушах, отсутствие шевелений плода поступила в РО. В анамнезе кесарево сечение (КС). По поводу тяжелого гестоза и подозрения на ПОНРП беременность завершена КС.

Интраоперационно диагностирована МК. Произведена перевязка внутренних подвздошных и яичниковых артерий. Кровопотеря составила 1600 мл. Матка – сохранена, женщина выписана на 10 сутки в удовлетворительном состоянии.

Пациентка Б., 25 лет, первородящая. В 39 нед с жалобами на кровотечение из половых путей, боли в животе разлитого характера поступила в РО. Выполнено КС в нижнем маточном сегменте. Интраоперационно диагностирована МК, наложены компрессионные швы на матку по Перейра, произведена перевязка внутренних подвздошных, яичниковых и маточных артерий. Кровопотеря составила 1300 мл. Матка – сохранена, женщина выписана на 9 сутки в удовлетворительном состоянии.

Описанные случаи свидетельствуют, что матка Кувелера не является абсолютным показанием для экстирпации матки. Применение современных органосохраняющих технологий (компрессионные швы на матку, перевязка внутренних подвздошных артерий) позволяет



>> www.reproductive-congress.ru

избежать инвалидизирующих, органуносящих операций.

ORGANOS-CONSERVATING POTENTIAL FOR MATRIX-PLACENTARY APOPLEXES

Rymashevsky A.N., Volkov A.E., Karnushin T.E.

Russia, Rostov-on-Don, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 RostGM

Uteroplacental apoplexy (Kuveler's syndrome) is a symptomatic complex caused by a premature detachment of the normally located placenta and extravasation of blood into the uterus musculature, leading to atonic bleeding. The incidence of the syndrome is unknown. The only way to diagnose is the intraoperative method. For many

years, the only way to treat MK has been the extirpation of the uterus. Modern conservative technologies of surgical hemostasis make it possible to avoid disabling interventions. In this regard, we describe two cases of successful conservative treatment of MC.

АЭРОБНЫЕ ВАГИНИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

Муравьёва В.В., Карапетян Т.Э., Анкирская А.С., Шамина М.А.

Россия, г. Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова.

Среди оппортунистических инфекций влагалища аэробный вагинит (АВ) занимает особое место, что связано с терминологической неопределенностью этой нозологической формы и отсутствием общепринятых критериев для выделения АВ из группы так называемых «неспецифических» вагинитов. Мы относили к АВ вагиниты, вызванные факультативно-анаэробными бактериями, когда доказана их этиологическая роль [Donders D, 2007].

Проблема АВ становится всё более очевидной в акушерской практике из-за связи АВ с неблагоприятными исходами беременности и внутриутробным инфицированием плода. Можно полагать, что интенсивное использование в общей медицинской практике антибиотиков как системных, так и для местного применения, а также антисептиков, приводит к разбалансировке микробиоты различных локусов организма хозяйина, в том числе и влагалища.

Всё чаще встречаются и требуют анализа ситуации, при которых факультативно-анаэробные бактерии осложняют течение других оппортунистических вагинитов (кандидозный вагинит и бактериальный вагиноз), в случаях, когда эти микроорганизмы присутствуют в очаге инфекции в ассоциации с основными возбудителями.

Цель: определить частоту аэробных вагинитов и их этиологическую структуру среди беременных группы высокого инфекционного риска.

Материалы и методы: обследованы 312 женщин в различные сроки беременности. У всех исключены ИППП, ЦМВ и ВПГ-1,2 – инфекции в острой фазе. Микробиологическую диагностику вагинальных инфекций проводили на основании интегральной оценки состояния микробиоты влагалища по результатам микроскопии грам-мазков и культурального исследования. К АВ относили вагиниты, при которых факультативно-анаэробные бактерии

>> www.reproductive-congress.ru

обнаруживали в высоком титре (более 105КОЕ/мл) при отсутствии *Lactobacillus spp.* или низком их титре, выраженной лейкоцитарной реакции (более 10 лейкоцитов в поле зрения ув.-x1000).

Результаты: Комплексное микробиологическое исследование отделяемого влагалища при первичном обращении позволило установить состояние «нормоценоза» у 139 женщин (44,5%). Бактериальный вагиноз (БВ) диагностирован у 77 беременных (24,7%), кандидозный вагинит (КВ) – у 39 (12,5%), сочетание БВ и ВК – у 20 (6,4%), аэробный вагинит (АВ) – у 37 женщин (11,9%).

Кроме АВ, высокие титры факультативно-анаэробных бактерий обнаружены у 17,9% пациенток с БВ и у 17,0% беременных с КВ. Можно полагать, что потенциальные проблемы, связанные с факультативно-анаэробными бактериями, нельзя исключить у 63 из 176 беременных с патологическим состоянием микробиоты влагалища (36,4%). Среди возбудителей АВ доминировали *Streptococcus gr. B* (62,2%), *Enterococcus faecalis* (48,7%) и

Escherichia coli (40,5%), как в монокультуре, так и в ассоциациях. Эти же виды с высокими титрами обнаруживали при БВ и КВ.

Таким образом, возбудителями вагинитов у беременных были виды, которые в настоящее время являются основными перинатальными патогенами. При выявлении инфекций влагалища проводили местное лечение антисептиками, начиная с I триместра беременности с последующим клиническим и бактериологическим контролем. Показано что среди женщин, обратившихся в ранние сроки беременности, не было случаев преждевременных родов, при обращении в консультативный центр во II триместре беременности частота рождения недоношенных детей составила 6,7 % и увеличилась до 13,5 % при первичном обращении в III триместре.

Заключение: Беременные группы повышенного инфекционного риска нуждаются в микробиологическом мониторинге и своевременном восстановлении доминирования лактобациллярного компонента микробиоты влагалища для предотвращения неблагоприятных исходов беременности.

AEROBIC VAGINITIS IN PREGNANCY WITH HIGH RISK OF INFECTION

Muravyova V.V., Karapetyan T.E., Ankyrskaya A.S., Shamina M.A.

Russia, Moscow, V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Among the opportunistic infections of the vagina aerobic vaginitis (AV) occupies a special place because of the terminological uncertainty this nosology and the lack of generally accepted criteria for the AB group of so-called “nonspecific” vaginitis. We treat AB vaginitis caused by facultative anaerobic bacteria, when proved their etiologic role [Donders D, 2007]. AB problem is becoming more evident in obstetric practice because of its connection with adverse outcomes of pregnancy and intrauterine infection of the fetus. It can be assumed that the intensive use of general medical practice as systemic antibiotics and topical antiseptics and leads to unbalance the microbiota of different loci of the host, including the vagina. In addition, all the more likely to occur and need to analyze the situation in which the facultative anaerobic bacteria complicate the course

of other opportunistic vaginitis (candida vaginitis and bacterial vaginosis”).

Objective: To determine the frequency of aerobic vaginitis and their etiological structure among pregnant women with high risk of infection.

Materials and Methods: The study involved 312 women in various stages of pregnancy. All excluded STIs, CMV and HSV-1.2 – infection in the acute phase. Microbiological diagnosis of vaginal infections were carried out on the basis of an integrated assessment of the vaginal microbiota on the results of microscopy and culture studies. AB is vaginitis where the facultative anaerobic bacteria found in high titers (> 10⁴КОЕ / ml) in the absence of lactobacilli or their low titer, expressed leukocyte reaction (> 10 leukocytes per field of view ув. x 1000).

Results: Complete microbiological study of vaginal discharge in the primary treatment has

>> www.reproductive-congress.ru

allowed to establish a state of “normocenosis” in 139 women (44.5%). Bacterial vaginosis (BV) was diagnosed in 77 pregnant women (24.7%), Candida vaginitis (CV) – in 39 (12.5%), the combination of BV and CV – 20 (6.4%), AV-in 37 women (11.9%). In addition to AB, high titers of facultative anaerobic bacteria ($> 10^4$ KOE / ml) were found in 17.9% of patients with BV and 17.0% of pregnant women with CV. It can be assumed that the potential problems associated with facultative anaerobic bacteria can not be excluded in 63 out of 176 pregnant women with a pathological condition of the microbiota of the vagina (36.4%). Among the pathogens AB dominated Streptococcus group B (62.2%), Enterococcus faecalis (48.7%) and Escherichia coli (40.5%), which was isolated as a monoculture and in associations. These same kinds of high titers were detected in BV and CV. Thus, the

agents of vaginitis in pregnant women were species that at the present time are the major perinatal pathogens. The detection of infections of the vagina was performed local treatment with antiseptics, since I trimester of pregnancy, followed by clinical and bacteriological control. It is shown that among women who applied in the early stages of pregnancy, there were no cases of premature birth. When you contact the Advisory Centre in II trimester of pregnancy, preterm birth was 6.7% and increased to 13.5% in the primary treatment in the III trimester.

Conclusion: Pregnant at increased risk of infection are needed a microbiological monitoring and timely recovery of dominance lactobacillus- component of the microbiota of the vagina to prevent adverse pregnancy outcomes.

ФАРМАКОГЕНЕТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Игнатко И.В., Флорова В.С.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Москва, Россия

Аннотация. Правильный препарат в нужной дозе, назначенный пациенту вовремя – это идеал, к которому стремятся все медицинские работники при назначении лекарств пациентам. Беременность – состояние, для которого особенно актуален принцип персонализированной фармакотерапии. Из-за наличия развивающегося плода и происходящих изменений в материнском организме, подбор лекарственной терапии во время беременности особенно сложен для клинициста. Этот вопрос имеет тесную взаимосвязь с клинической фармакогенетикой, так как за особенностями изменения метаболизма препарата во время беременности стоит генетический код женщины, который обуславливает активность работы цитохромов печени, плодово-плацентарного барьера, почечного клиренса. Необходимы дополнительные данные, чтобы сформировать терапевтические модели и определить пути персонализации фармакотерапии при беременности.

Во время беременности особенно актуален принцип персонализированной фармакотерапии. Фармакокинетические свойства лекарственных веществ во время беременности значительно отличаются от стандартов: такое наблюдается у антибиотиков, антигипертензивных и антиретровирусных препаратов, что обусловлено многочисленными физиологическими изменениями, происходящими в организме женщины.

Целью данной работы является обобщение имеющихся данных по фармакогенетике антигипертензивных препаратов, применяемых во время беременности. 30 июня 2015 года были приняты новые правила «Pregnancy and Lactation Labeling Final Rule» (PLLR) в результате чего в описании к лекарственным препаратам должны появиться 3 новые категории: беременность, кормление (кормящие матери – «nursing mothers»), и влияние на мужскую/женскую репродуктивную систему. Артериальная гипертензия (АГ) осложняет от 12 до 22%

>> www.reproductive-congress.ru

беременностей. Беременные женщины как с хронической артериальной гипертензией, так и с гестационной артериальной гипертензией нуждаются в антигипертензивных препаратах. При подборе антигипертензивной терапии мы сталкиваемся с рядом трудностей:

1) дилемма между сохранением прежней тактики антигипертензивной терапии или заменой на более «безопасный» препарат;

2) отсутствие эффекта от приема препарата – необходимость увеличения суточной дозы препарата или же заменой на препарат другого класса. Оба данных вопроса имеют взаимосвязь с клинической фармакогенетикой, так как за особенностями изменения метаболизма препарата во время беременности стоит генетический код женщины, который обуславливает активность работы цитохромов печени, плодово-плацентарного барьера, почечного клиренса.

Каждый антигипертензивный препарат проходит 4 этапа: всасывание, распределение, метаболизм и выведение. Наиболее изученным с фармакогенетической позиции остается этап метаболизма, на котором и хотелось бы сделать акцент. Во время беременности отмечается разнонаправленное изменение активности многих печёночных ферментов, участвующих в фазах I и II метаболизма ЛС, что приводит к изменению их фармакокинетики, причем для ряда ферментов эта активность варьирует в зависимости от сроков беременности. Так, метаболизм ЛС, который протекает при участии изоферментов CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9 и UGT1A4, во время беременности повышен. Результаты исследования активности CYP1A2 и CYP2C19 во время беременности демонстрируют их снижение, что предполагает необходимость изменения дозировки ЛС для потенциального уменьшения токсичности их субстратов. К примеру, β -адреноблокаторы, такие как пропранолол и метопролол, метаболизируются при участии изофермента CYP2D6. Как уже было сказано, активность CYP2D6 повышается во время беременности. То есть на поздних сроках беременности пациентки с контролируемой артериальной гипертензией могут отмечать повышение артериального давления в связи с ускорением метаболизма ЛС. Таким образом, при назначении β -адреноблокаторов необходимо учитывать, что по мере развития беременности потребность в препарате может меняться. β 1- и β 2-адренорецепторы играют основную роль в регуляции сердечно-сосудистой системы.

Оба подтипа адренорецепторов полиморфны. Существуют два наиболее значимых в клиническом отношении однонуклеотидных полиморфизма в гене, кодирующем β 1-адренорецептор, локализованном на 10 хромосоме (локус 10q25.3). A145G (Ser49Gly) (полиморфный маркер Gly49Ser) и C1165G (Arg389Gly) (полиморфный маркер Gly389Arg) – замены в гене ADRB1. На данный момент известно, что полиморфизм гена ADRB1 ассоциирован с фармакодинамикой β -адреноблокаторов. Анализ гаплотипов по вариантам в кодонах 49 и 389 в исследовании Джонсона и коллег показал, что пациенты с диплотипами 49Gly389Arg/49Ser389Gly были фактически индифферентны к метопрололу, тогда как самый большой гипотензивный ответ (снижение систолического артериального давления почти 15 mmHg) наблюдался у пациентов с диплотипом 49Ser389Arg/49Ser389Arg (другие диплотипы были промежуточными). Аллели 49Gly и 389Gly у пациентов с гипертонией не ассоциированы с отрицательным хронотропным ответом после титрования концентрации S-метопролола в плазме крови. Антигипертензивный эффект метопролола был значительно выражен у гомозигот 389ArgArg. Активность изофермента CYP2D6 возрастает на 25% в 14–18 недель гестации, на 35% в 24–28 неделе и на 50% к 40 неделе беременности. Изучение распределения метопролола, метаболизируемого с помощью данного изофермента, у 5 женщин в последнем триместре беременности и спустя 3–5 месяцев после родов, показало, что концентрация метопролола после перорального приема в дозе 100 мг в 2–4 раза ниже у беременных, а клиренс препарата в 4.4 раза выше. По мнению ряда авторов, значительное возрастание клиренса метопролола (292%) диктует необходимость повышения дозы метопролола в 3–4 раза.

Блокатор кальциевых каналов нифедипин метаболизируется изоферментом цитохрома P450 CYP3A5, активность которого повышается во время беременности. У пациенток с выраженной экспрессией CYP3A5 наблюдается усиленный клиренс ($232,87 \pm 37.8$ л/ч), в то время как в группе с низкой активностью CYP3A5 (варианты 3*, 6*, 7*) ($85,6 \pm 45.0$ л/ч), $p < 0.0001$. Стандартно, прием нифедипина происходит каждые 8 часов. При повышенном клиренсе, возможно, целесообразно сокращение интервала до 6 часов. В то время как у женщин со сниженной экспрессией CYP3A5 дозировка нифедипина должна подбираться более тщательно.

>> www.reproductive-congress.ru

Альфа2-агонист центрального действия – метилдопа – оказывает антигипертензивный эффект путем стимулирования альфа2рецепторов в головном мозге, таким образом снижая центральный адренергический выброс. Метаболизм ЛС происходит с помощью метилирования катехол-О-метилтрансферазой (COMT). Стоит отметить побочный эффект метилдопы – способность вызывать депрессивноподобные состояния, хотя данный эффект не изучен во время беременности. Самая распространенная замена COMT rs4680 (472G>A) в 4 экзоне (как следствие замена валина на метионин в 158 кодоне MB-COMT и 108 кодоне в S-COMT) приводит к 3–4 кратному снижению метилиционной активности фермента.

Проблема АГ во время беременности остается в центре внимания акушеров-гинекологов, кардиологов и клинических фармакологов. Индивидуализированной терапии во время беременности (и в медицине) – это достижимая

цель. Знание генетически обусловленных особенностей метаболизма антигипертензивных препаратов у конкретной женщины позволит адекватно оценивать клиническую картину и своевременно изменить тактику лечения. Фармакогенетика может быть одним из инструментов для достижения этой цели. Однако, современные исследования в этих областях недостаточны. Необходимо больше данных, сочетающих генотипы, информацию по фармакокинетики и фармакодинамиким результатам, для продвижения вперед. В частности, нужны краткосрочные и долгосрочные результаты новорожденных для оценки терапии в акушерстве. Эти исследования дорогостоящи и трудны, но действительно необходимы для понимания, действительно ли фармакогенетически-управляемая терапия – это шаг вперед. Изучение генотипов как матери, так и плода и создание терапевтических моделей может помочь клиницистам в плане лечения.

PHARMACOGENETICS OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH PREGNANCY

Ignatko I.V., Florova V.V.

Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Faculty of Medicine FGAOU VO I MG MU named after I.M. Sechenova
Moscow, Russia

Summary. The right drug at the right dose, assigned to the patient on time – this is the ideal, sought by all healthcare professionals when prescribing for patients. Pregnancy is a condition in which especially the principle of personalized pharmacotherapy. Due to the presence of the developing fetus and changes in maternal organism, selection of drug therapy during pregnancy is particularly complex for the clinician. This question has a close relationship with clinical pharmacogenetics, because of the nature of the change

of drug metabolism in pregnancy is the genetic code of women, which causes the activity of cytochromes of the liver, and placental barrier, and renal clearance. Further data are needed to form a therapeutic model and to identify ways of personalization of pharmacotherapy during pregnancy.



РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОЦЕНОЗА В ФОРМИРОВАНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ И ЗАБОЛОЧЕЧНЫХ ГЕМАТОМ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Игнатко И.В., Кузнецов А.С.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. Москва, Россия

Аннотация. Целью исследования было определение значения и характера нарушений микроценоза влагалища у беременных с рецидивирующими ретрохориальными и заоболочечными гематомами в первой половине беременности. Обследовано 27 женщин в сроки гестации 10–22 недели с кровянистыми выделениями из половых путей и выявленными повторно при УЗИ гематомами, расположенными в различных участках плодного яйца, как единичными, так и множественными. Проводилось исследование биоценоза урогенитального тракта (Фемофлор (17+КВМ)) методом ПЦР. Установлено, что нормальные показатели биоценоза не отмечались ни у одной пациентки. Преобладали различные варианты бактериального вагиноза (70,4%), инфицирование сем. Enterobacteriaceae (18,5%), Mycoplasma genitalium (11,1%). Смешанные варианты инфицирования отмечались у 16 из 27 беременных (59,3%). Дополнительно выявляли вирусную инфекцию, ВПЧ различных серотипов обнаружены у 7 из 27 женщин (25,9%).

Наличие кровянистых выделений из половых путей различной интенсивности в первой половине гестации отмечается у 18–29% беременных и в большом проценте наблюдений ассоциировано с синдромом потери плода (до 76%). При этом ретрохориальная или межоболочечная гематомы является самой распространенной причиной, связанной с кровотечением до 22 недель гестации. Ретрохориальная гематома, диагностируемая при ультразвуковом исследовании, описана в 4–22 % от числа всех беременностей и частота ее встречаемости выше в группе беременных с ВРТ (22,4%). Генез возникновения гематом и механизм их рецидивирования (повторного и прогрессирующего течения во время беременности) не до конца изучен. Этиологические причины и патогенез РХГ условно подразделяются на вторичные и

врожденные. Среди приобретенных факторов наибольшее значение имеют урогенитальные инфекции, эндометриты, эндокринопатии и антифосфолипидный синдром. Перечень предполагаемых врожденных причин РХГ включает мутации и полиморфизмы генов.

Целью исследования явилось определение значения и характера нарушений микроценоза влагалища у беременных с рецидивирующими ретрохориальными и заоболочечными гематомами в первой половине беременности. Нами было проведено комплексное проспективное обследование 27 женщин, поступивших на стационарное лечение в гинекологическое или родильное отделение ГКБ им. С.С. Юдина с жалобами на кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности, у которых при проведении УЗИ были повторно в течение беременности выявлены ретроплацентарные или заоболочечные гематомы различного объема, различной степени организации, единичные или множественные. Сроки беременности варьировали от 10 до 22 недель. Госпитализации у всех беременных в связи с данной клинической ситуацией были повторными, у 3 (11,1%) беременных (в сроки 18–22 нед) – данная госпитализация была 4-я. Всем женщинам проводилось полное стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Дополнительно исследуемой группе женщин проводилось исследование биоценоза урогенитального тракта (Фемофлор (17+КВМ)) методом ПЦР в режиме реального времени. Средний возраст беременных составил $29,2 \pm 2,34$ лет с индивидуальными колебаниями от 18 до 42 лет. У 4 (14,81%) беременность наступила в результате ЭКО. Количество первобеременных первородящих составило 25,9% (7 женщин). Повторнобеременных было 20 (74,1%), из них 8 (40,0%) – первородящие и 12 (60,0%) – повторнородящие. Из 12 повторнородящих женщин

>> www.reproductive-congress.ru

у 5 (41,7%) предыдущая беременность протекала на фоне угрозы прерывания, а у 7 (58,3%) была обнаружена ретрохориальная гематома в первом триместре. Особенности акушерского анамнеза у повторнобеременных характеризовались наличием искусственных аборт (от одного до трех) в 40,0% наблюдениях, наличием самопроизвольных выкидышей до 14 недель – у 20,0% беременных, сверхранных преждевременных родов (у повторнородящих) – в 8,33%. При изучении соматического статуса у женщин выявлено наличие экстрагенитальной патологии в 33,3% (9 пациенток). Декомпенсированных соматических заболеваний не было выявлено. Гинекологический анамнез был отягощен у 13 (48,1%) женщин обеих групп. В 11 (40,7%) наблюдениях ранее проводилось лечение по поводу наличия генитальных инфекций.

Нами проводилась оценка микроценоза влагалища у данных беременных с исключением контаминации пробы кровянистыми выделениями и до начала антибактериальной терапии методом «Фемофлор 17+КВМ». Данный метод представляет собой комплексную количественную оценку микробиоценоза урогенитального тракта путем сравнения содержания конкретных представителей нормо- и условно-патогенной биоты с общей бактериальной массой (ОБМ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией в режиме «реального времени». Выявляя этиологическую структуру инфекционно-воспалительного процесса, данное исследование даёт возможность оптимизировать, минимизировать и индивидуализировать терапию, то есть проводить адекватное, этиологически направленное лечение каждого пациента с учётом принципа «необходимости и достаточности». Установлено, что нормальные показатели биоценоза не отмечались ни у одной пациентки. Преобладали различные варианты бактериального вагиноза (70,4%), инфицирование сем. Enterobacteriaceae (18,5%), *Mycoplasma genitalium* (11,1%). Бактериальный вагиноз был представлен *Gardnerella vaginalis*+*Prevotella bivia*+*Porphyrromonas* 5 из 19 (26,3%) со средней конц 106,5 КОЕ/мл; *Sneathia* spp+*Leptotrichia* spp+*Fusobacterium* spp – 3 из 19 (15,8%) со средней конц 105 КОЕ/мл; *Eubacterium* spp – 4 из 19 (21,1%); *Lachnobacterium* spp+*Clostridium* spp – 4 из 19 (21,1%) со средней конц 104 КОЕ/мл; *Atopobium vaginae* – 3 из 19 (15,8%) со средней конц 106,7 КОЕ/мл. *Candida* spp была выявлена у 15 из 27 (55,6%) женщин. *Ureaplasma* (*urealiticum*+*parvum*) выявлена у 8 (29,6%)

беременных. Особого внимания заслуживает инфицирование *Streptococcus* spp (11,1%) и *Staphylococcus* spp (7,4%). Смешанные варианты инфицирования отмечались у 16 из 27 беременных (59,3%). Дополнительно выявляли вирусную инфекцию, ВПЧ различных серотипов обнаружен у 7 из 27 женщин (25,9%).

Полученные нами данные подтверждают значимость нарушений микроценоза влагалища в генезе ретрохориальных и ретроплацентарных, а также межоболочечных гематом. Следует подчеркнуть, что нарушения микроценоза могут иметь не только первичный характер (способствуют поддержанию локальной воспалительной реакции в эндометрии восходящим путем, а также нарушенного цитокинового статуса, приводящего к неадекватной инвазии трофобласта. Они могут возникать и вторично, при исходно другом генезе возникновения гематом (гормональный), но при длительном существовании возбудителей и их значимой общей концентрации в области гематомы и во влагалище – возникает локальная инфекционно-воспалительная реакция в стенке матки и в хорионе, что ведет к активации цитокинового каскада формирования ИЦН, активации механизма ПРПО, поздних выкидышей и сверхранных преждевременных родов. Это диктует необходимость санации очага и эрадикации возбудителя, а также – тщательной предгравидарной подготовки!



THE ROLE OF DISORDERS OF VAGINAL MICROECENOSIS IN THE FORMATION OF RECURRENT AND FOR SHELL RETROCHORIAL HEMATOMAS IN THE FIRST HALF OF PREGNANCY

Ignatko I.V., Kuznetsov A.S.

Department of obstetrics, gynecology and Perinatology of the medical faculty Federal STATE Autonomous educational institution of First Moscow state medical University named after I. M. Sechenov
Moscow, Russia

Summary. The aim of the study was to determine the importance and nature of disorders of vaginal microecenosis in pregnant women with recurrent retrochorial hematomas in the first half of pregnancy. We examined 27 women in the gestation 10–22 weeks with a bloody discharge from the genital tract and re-identified with ultrasound hematomas located in different parts of the ovum, both single and multiple. Conducted a study of biocenosis of urogenital tract (Femoflor (17+KM))

by PCR. We found that normal levels of ecological community was not observed in any patient. The different variants of bacterial vaginosis were dominated (70.4%), infection by Enterobacteriaceae (18.5%), Mycoplasma genitalium (11.1%). Options mixed infections were observed in 16 of the 27 pregnant women (59.3 per cent). Additionally we detected viral infection. Different serotypes of HPV were detected in 7 of 27 women (25.9 per cent).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТОМ

Игнатко И.В., Кузнецов А.С.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Москва, Россия

Аннотация. Улипристала ацетат (УПА) применяется для подготовки пациенток с миомой матки к оперативному лечению. УПА является селективным модулятором прогестероновых рецепторов, характеризующимся частичным тканеспецифическим антипрогестероновым эффектом. Целью нашего исследования явилась оценка особенностей течения и исходов беременности у женщин с миомой матки, получавших терапию улипристала ацетатом с/без последующей миомэктомии. Нами было проведено комплексное проспективное обследование 23 женщин с миомой матки или после проведенной миомэктомии, проходивших консультативное обследование и родоразрешение

в родильном отделении ГКБ им. С.С. Юдина. Показано, что предшествующая терапия УПА с/без консервативной миомэктомии, способствует благоприятному течению беременности и родов у женщин с миомой матки.

Лейомиома матки – наиболее распространенная в структуре гинекологической патологии доброкачественная, моноклональная, гормонально-чувствительная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток тела или шейки матки. Меноррагии встречаются примерно у 40–50% женщин репродуктивного возраста с симптомной миомой матки. Обильные менструации приводят к развитию анемии, снижению качества жизни и здоровья,

>> www.reproductive-congress.ru

репродуктивного потенциала, нарушением профессиональной и социальной адаптации. Наличие меноррагий в сочетании с лейомиомой по статистике является наиболее частым показанием к хирургическому лечению в гинекологической практике. Единственным радикальным методом лечения миомы матки является гистерэктомия. Однако у женщин репродуктивного возраста необходимость в реализации репродуктивной функции требует проведения органосохраняющих операций или использования комбинированных методов терапии с максимальным сохранением целостности органа. 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. Улипристала ацетат (УПА) применяется для подготовки пациенток с миомой матки к оперативному лечению. УПА является селективным модулятором прогестероновых рецепторов, характеризующимся частичным тканеспецифическим антипрогестероновым эффектом. В матке он оказывает антипролиферативный, антифиброзный и проапоптотический эффекты по отношению к клеткам миомы, что приводит к уменьшению размеров узлов. Взаимодействие УПА с эндометрием вызывает аменорею или уменьшение интенсивности кровотечений уже к 10-у дню, а также уменьшение болей, что имеет важное значение при симптомном течении миомы. Назначение УПА в дозировке 5 мг/сут на протяжении 3 мес позволяет уменьшить объем крупных миоматозных узлов по данным литературы в среднем на 45–50%. Однако на сегодняшний день недостаточно данных об особенностях течения беременности и исходах родов у пациенток, получавших лечение селективными модуляторами прогестероновых рецепторов с/без последующей миомэктомии.

Целью нашего исследования явилась оценка особенностей течения и исходов беременности у женщин с миомой матки, получавших терапию улипристала ацетатом с/без последующей миомэктомии.

Нами было проведено комплексное проспективное обследование 23 женщин с миомой матки или после проведенной миомэктомии, проходивших консультативное обследование и родоразрешение в родильном отделении ГКБ им. С.С. Юдина. Средний возраст беременных составил $35,2 \pm 2,34$ лет с индивидуальными колебаниями от 29 до 43 лет. Следует отметить, что все эти пациентки до наступления беременности получали терапию УПА в дозе 5 мг/сут на протяжении 3 месяцев, а 6 (26,1%) из них – с повторным курсом 3 мес (всего 6 мес). Размеры миоматозных узлов при назначении УПА составляли от 4,6 до 7,5 см в диаметре, относились преимущественно к 2–5 типу. У 17 (73,9%) из женщин миома матки была симптомной и сопровождалась АМК и хронической железодефицитной анемией. 19 (82,6%) женщинам была в последующем проведена миомэктомия, у 3 (15,8%) из них – с вскрытием полости матки. У всех пациенток отмечался положительный результат лечения: у 4 (17,4%) – существенное уменьшение размеров узла (на 46–63%), у всех – прекращение АМК, при дополнительной терапии препаратами железа, до наступления беременности у всех был нормализован уровень гемоглобина и сывороточного железа. Средний срок наступления беременности после прекращения терапии УПА составил $1,6 \pm 0,6$ года с колебаниями от 6 месяцев до 2,5 лет.

У 3 (13,04%) женщин (после терапии УПА и миомэктомии) беременность наступила в результате ЭКО. Количество первобеременных первородящих составило 21,74% (5 женщин). Повторнобеременных было 18 (78,26%), из них 6 (33,3%) – первородящие и 12 (66,7%) – повторнородящие. Особенности акушерского анамнеза у повторнобеременных характеризовались наличием искусственных абортов (от одного до трех) в 44,4% наблюдениях, наличием самопроизвольных выкидышей до 12 недель – у 22,2% беременных, сверхранных преждевременных родов (у повторнородящих) – в 11,11%. При изучении соматического статуса у женщин выявлено наличие экстрагенитальной патологии в 50,0% (9 пациенток). Декомпенсированных соматических заболеваний не было выявлено. В 11 (34,8%) наблюдениях ранее проводилось лечение по поводу наличия генитальных инфекций.

Всем женщинам проводилось полное стандартное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, а также детальная эхографическая и доплерометрическая оценка

>> www.reproductive-congress.ru

этапов формирования фетоплацентарного комплекса на протяжении беременности и динамики показателей маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков. Сроки обследования составили 6–8 нед, 11–14 нед, 18–22 нед, 26–28 нед, 30–34 нед, 36–40 нед. Беременность протекала с различными осложнениями у 78,3% (18) женщин. Среди осложнений были: в 60,97% (14) – длительная угроза прерывания беременности на разных сроках; ретрохориальная гематома – в 13,04% (3); в 8,7% (2) – рвота беременных средней и тяжелой степени; гестационная артериальная гипертензия – в 4 (17,4%); умеренная преэклампсия – в 4 (17,4%); синдром задержки роста плода – в 4 (17,4%); гипоксия плода – в 3 (13,04%) наблюдениях. Признаков несостоятельности рубца на матке после миомэктомии выявлено не было ни в одном наблюдении. При угрожающем прерывании беременности в I–II триместрах у 15 (65,2%) беременных применяли прогестины в рекомендуемых дозировках до 20–24 недель. У 2 (8,7%) беременных сформировалась истмико-цервикальная недостаточность в сроках 18–22 недели, что потребовало проведения ее коррекции акушерским пессарием. При доплерометрической оценке плодово-плацентарного кровотока изолированные нарушения в маточных артериях со сроков 11–14 недель и далее

на протяжении беременности отмечались в 11 (47,8%) наблюдениях, двусторонние – в 3 (13,04%) наблюдениях; в сочетании с нарушениями кровотока в артерии пуповины – в 7 (30,4%), в средней мозговой артерии плода – в 2 (8,7%). Критическое состояние плода нами выявлено не было. В целом функциональное состояние системы мать-плацента-плод соответствовало возрасту, соматическому анамнезу беременных и имело статистически незначимую корреляцию с предшествующей терапией УПА. Имела клиническое значение только частота угрожающего прерывания беременности и необходимость применения прогестинов. 19 (82,6%) пациенток были родоразрешены путем операции кесарева сечения (у всех – рубец на матке после консервативной миомэктомии), 4 (17,4%) пациенток – через естественные родовые пути (без предшествующей миомэктомии). Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии, доношенные, средней массой 3145±235 г, ростом 53±1,2 см, средней оценкой по шкале Апгар 7,8±1,8 б на 1 мин, 8,6±1,2 б на 5 мин. Гипотрофичными родились 3 (13,04%) ребенка.

Таким образом, предшествующая терапия УПА с/без консервативной миомэктомии, способствует благоприятному течению беременности и родов у женщин с миомой матки.

PECULIARITIES OF THE CURRENT AND PREGNANCY OF PREGNANCY IN WOMEN WITH MYOMA MIOMA, RECEIVED THERAPY OF THE ULIPRISTAL BY ACETATOM

Ignatko I.V., Kuznetsov A.S.

Department of obstetrics, gynecology and Perinatology of the medical faculty Federal STATE Autonomous educational institution of First Moscow state medical University named after I. M. Sechenov Moscow, Russia

Summary. Ulipristal acetate (UPA) is used for the preparation of patients with uterine fibroids to surgery. UPA is a selective modulator of progesterone receptors, characterized by a partial tissue-specific antiprogestone effect. The aim of our study was to evaluate the characteristics of the course and outcomes of pregnancy in women with uterine myoma, receiving the therapy by ulipristal acetate with or without subsequent myomectomy. We carried out a comprehensive

prospective survey of 23 of women with uterine fibroids or after the myomectomy, held a consultative examination and delivery in the maternity ward of the Yudin Moscow clinical hospital. It is shown that previous treatment with UPA with/without conservative myomectomy, contributes to the favorable course of pregnancy and delivery in women with uterine fibroids.



АКТИВАЦИЯ КАСПАЗЫ-1 В ЭНДОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Лебедева О.П., Жукова И.О., Ивашова О.Н., Дюмина Ю.В., Ругаль Т.И., Пахомов С.П., Сухих Н.В., Кузниченко Е.В., Швец М.В., Кочкина И.И., Кудинова Т.В.

Россия, г. Белгород, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Среди причин преждевременного прерывания беременности одно из лидирующих мест занимают воспалительные заболевания (Доброхотова Ю.Э. с соавт., 2008; Kitaya K. et al., 2011). Известно, что активация сигнальных рецепторов клеток врожденного иммунитета различными инфекционными агентами (бактериями, вирусами) может приводить к формированию инфламмосом – устойчивых белковых соединений, стимулирующих образование каспазы – 1 с последующим запуском процесса апоптоза и цитокинового каскада (Latz E. et al., 2013). Инфламмосомы способны длительно поддерживать воспалительный процесс в тканях даже после элиминации возбудителя.

Целью работы было определить экспрессию мРНК каспазы-1 у пациенток с невынашиванием беременности ранних сроков.

Материалы и методы. Были обследованы 22 женщины с неразвивающейся беременностью (I группа) и 22 – с самопроизвольными выкидышами (II группа) на сроке 6-10 недель. Контрольную группу составили 57 пациенток, которым был произведен медицинский аборт на том же сроке беременности. Материалом для исследования служила ткань эндометрия, полученная при выскабливании полости матки. Экспрессию мРНК каспазы-1 определяли методом полимеразной цепной реакции. Статистический анализ проводили с использованием критериев Манна-Уитни и Спирмена в программе Statistica 10,0 (Statsoft, США). Результаты представляли как медиану (нижний квартиль; верхний квартиль).

Результаты. Было установлено, что у пациенток с неразвивающейся беременностью в эндометрии наблюдалось увеличение экспрессии мРНК каспазы-1 (0,01 (0,003; 0,06) отн. ед. против 0,003 (0,0013; 0,0067) отн. ед. в контроле) ($p < 0,01$). Экспрессия каспазы-1 в эндометрии у пациенток с самопроизвольными выкидышами (0,009 (0,002; 0,037) отн. ед.) не имела достоверных различий с контрольной группой.

Полученные данные согласуются с данными D'Ippolito S. et al. (2016), которые установили увеличение уровня каспазы-1 в эндометрии пациенток с привычным невынашиванием беременности. Увеличение уровня каспазы в эндометрии у пациенток с невынашиванием беременности ранних сроков может быть причиной гибели эмбриона.

Таким образом, у пациенток с неразвивающейся беременностью наблюдается увеличение экспрессии каспазы-1 в эндометрии. Необходимы дальнейшие исследования, которые могли бы установить основные факторы триггеры этого процесса (бактериальной или вирусной природы), что позволило бы более эффективно проводить прегравидарную подготовку у пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

Выполнено при поддержке гранта Президента РФ МД-2326.2017.7.

Резюме. Методом количественной ПЦР были обследованы 22 женщины с неразвивающейся беременностью (I группа), 22 – с самопроизвольными выкидышами (II группа) и 57 пациенток, поступивших для проведения медицинского аборта (контрольная группа) на сроке 6–10 недель. Было установлено увеличение экспрессии мРНК каспазы-1 в эндометрии в 3,3 раза у пациенток с неразвивающейся беременностью по сравнению с контрольной группой.



ACTIVATION OF CASPASE-1 IN PATIENTS WITH EARLY MISCARRIAGES

Lebedeva O.P., Zhukova I.O., Ivashova O.N., Dyumina Y.V., Rugal T.I., Pakhomov S.P., Sukhih N.V., Kuznichenko E.V., Schvets M.V., Kochkina I.I., Kudinova T.V.

Russia, Belgorod, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

22 patients with missed abortion, 22 – with spontaneous miscarriages and 57 women, admitted to hospital for medical abortion (control group), in 6-10 weeks of gestation were examined

by quantitative PCR. Elevated expression of caspase-1 mRNA in endometrium in 3,3 times was established in patients with missed abortion compared with control group.

МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Абусуева З.А., Хашаева Т.Х.-М., Мамаева С.М., Стефанян Н.А., Аллахкулиева С.З., Одаманова М.А., Нурмагомедова П.А.

Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО ДГМУ

По данным различных авторов, сочетание миомы матки с беременностью колеблется в пределах от 0,5 % до 6% наблюдений. У 59 женщин с миомой матки в возрасте 19–42 лет был проведен ретроспективный анализ течения беременности. Женщины с миомой матки должны составлять группу высокого риска для дифференциального подхода ведения их в процессе гестации.

Миома матки является одним из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолевых заболеваний женской половой системы и оказывает значительное неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины. По данным различных авторов, сочетание миомы матки с беременностью колеблется в пределах от 0,5 % до 6% наблюдений. Исследования, проводимые в последние годы, указывают на тенденцию к «омоложению» данной патологии, возрастает число женщин, страдающих миомой матки в возрасте до 30 лет, то есть в активном репродуктивном периоде. Нередко у женщин (20–25 лет) миома матки характеризуется быстрым ростом, образованием множественных миоматозных узлов, увеличением их размеров во время беременности, что в значительной степени осложняет течение беременности и родов.

Значимость проблемы также обусловлена прогрессивно увеличивающимся удельным весом этой патологии в структуре осложнений течения беременности: угрозы прерывания в различные сроки беременности, самопроизвольных абортов, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, аномалий положения и предлежания плода, нарушения питания и некроза миоматозных узлов. Роды и послеродовый период у беременных с миомой матки нередко осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, слабостью и дискоординацией родовой деятельности, ранними послеродовыми кровотечениями и субинволюцией матки.

Цель: проследить течение беременности при наличии миомы матки.

Материал и методы: у 59 женщин с миомой матки в возрасте 19–42 лет был проведен ретроспективный анализ течения беременности. Из них 16 женщин (27,1%) – первобеременные, а 43 (72,9%) повторобеременные. Анализ проводился на базе Родильного дома №2 г. Махачкалы.

Результаты: рубцы на матке после консервативной миомэктомии в анамнезе имели 4 беременные (6,8%). До наступления беременности миома матки была диагностирована у 38



>> www.reproductive-congress.ru

пациенток (64,4%), во время беременности – у 21 (35,5%).

Течение беременности имело осложнённый характер у всех пациенток. Самыми частыми осложнениями были: угроза прерывания беременности (у 49–83,1%), которая носила перманентный характер у 28,6%, анемия (у 44–74,6%), аномальное расположение плаценты у 12 (20,3%), преэклампсия умеренная и тяжёлая отмечалась у 9 (13,5%) беременных. Нарушение фето-плацентарного кровотока имело место у 39 беременных (66,1%): состояние компенсации у 29 (74,3% случаев), субкомпенсации – у 7 (17,9%) декомпенсации – у 3 (7,6%) беременных.

Нарушение питания в узлах отмечалось у 6 беременных (10,2%), в 2 случаях не наблюдалось положительного эффекта от консервативной терапии. Увеличение размеров узлов отмечено у 19 беременных (32,2%), уменьшение – у 2 (3,4%). Рост узлов отмечался чаще в I триместре беременности.

Заключение: таким образом, женщины с миомой матки нуждаются в прегравидарной подготовке, а в последующем при наступлении беременности должны составлять группу высокого риска для дифференциального подхода ведения их в процессе гестации.

UTERINE FIBROIDS AND PREGNANCY

Abusuev Z.A., Hashavat X-M., Mamaeva M., Stepanyan N.A., Allakuliev S.Z., Atamanova M.A., Nurmagomedov P.A.

Russia, Ekaterinburg, GOU VPO DGMU .

According to several writers studies the combination of Uterine myoma with pregnancy ranges from 0,5 % to 6 %. 59 women at the age of 19-41 with the Uterine myoma were reviewed

pregnancy post-hoc analysis test. Women with the Uterine myoma must be in a high-risk group with the differential way of gestation process.

ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ, ПОЗДНЕЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА И КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Ибрагимова С.М., Подлесная Е.А., Дериш К.Ф.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Сеченовский Университет Москва, Россия

С целью оценить основные морфологические изменения в плаценте и при СЗРП различной степени тяжести и времени возникновения, на фоне артериальной гипертензии и без, нами было проведено комплексное обследование 65 беременных с поздним СЗРП, развившимся после 34 нед (37 наблюдений) и ранним СЗРП, диагностированным до 34 нед беременности (28 наблюдений).

Материалы и методы: проведено ретроспективное когортное исследование 65 беременных

с СЗРП различной степени тяжести. Диагноз СЗРП устанавливался по результатам фетометрических параметров, если они выходили за пределы 10 перцентиля относительно нормативных значений. В каждой подгруппе были выделены наблюдения с «нулевым» или отрицательным диастолическим компонентом в артерии пуповины (8 и 20 наблюдений соответственно).

Результаты исследования: в плацентах группы с поздним СЗРП (после 34 нед.)

>> www.reproductive-congress.ru

морфологические изменения были умеренно выраженными (24%). Наиболее часто встречались афункциональные зоны и равномерное сужение межворсинчатого пространства. Преобладающей причиной выявленных нарушений в межворсинчатом пространстве явился недостаточный приток крови. Число синцитиальных узлов в ворсинах было повышено только в 28% наблюдений. В группе преобладали плаценты со зрелым ворсинчатым деревом. В зрелых плацентах большей частью ворсин являлись терминальные. Терминальные ворсины обычно содержали нормальное количество капилляров, часть из них формировала синцитиокапиллярные мембраны. Вариант хаотичных склерозированных ворсин и преждевременное созревание плаценты в группе с поздним СЗРП не наблюдались. В группе с поздним СЗРП преобладали ворсины с нормальным числом сосудов. В группе ранней формы СЗРП (до 34 нед.) суммарно те или иные морфологические признаки, свидетельствующие о нарушении материнского кровотока, наблюдались в 62,5%, т.е. в 2 раза чаще, чем в группе с поздним развитием СЗРП. Нами отмечено зрелое ворсинчатое дерево лишь в 31,25% наблюдений, что значительно меньше, чем в группе с поздней формой СЗРП. В 37,5% наблюдений отмечалась незрелость ворсинчатого дерева, преобладание недифференцированных промежуточных ворсин в 12,5%, и дифференцированных промежуточных ворсин в 25% наблюдений, в остальных наблюдениях отмечалось преждевременное созревание и диссоциированное развитие ворсинчатого дерева в равном соотношении (по 12,5% соответственно). Хаотичные склерозированные ворсины отмечались в 6,25% наблюдений. При раннем развитии СЗРП васкуляризация ворсинчатого дерева в 50% наблюдений снижена или находится на нижней границе нормы, в 25% наблюдений васкуляризация неравномерная, в большинстве случаев сосуды полнокровны с паретическими признаками стаза, в 25% наблюдений ворсины содержали мелкие, узкие, немногочисленные капилляры. В подгруппах с «критическим» состоянием плодового кровотока (отсутствие или отрицательный диастолический компонент в артерии пуповины) как при раннем, так позднем СЗРП с высокой частотой наблюдались отклонения в формировании ворсинчатого дерева: зрелое ворсинчатое дерево встретилось всего в 8,3% наблюдений. Число синцитиальных узлов в ворсинах было

значительно повышено в 75% наблюдений. При данной форме плацентарной недостаточности отмечались все варианты нарушений строения ворсинчатого дерева, наиболее часто - варианты дифференцированных промежуточных 33,33% и хаотичных склерозированных ворсин. 29,17% случаев гиповаскуляризации ворсинчатого дерева. Отмечено также значительное увеличение количества синцитиальных узлов. Характер нарушений материнского кровотока при критическом состоянии плода проявлялся умеренно выраженными нарушениями кровотока длительного характера, проявляющиеся инфарктами, афункциональными зонами, тромбозом межворсинчатого пространства. Так же, нарушение притока материнской крови преобладало над нарушением оттока.

Резюме. При нарастании степени тяжести СЗРП отмечается рост частоты нарушений кровотока в межворсинчатом пространстве, достоверное ($p < 0,05$) уменьшение наблюдений с нормальным строением ворсинчатого дерева и рост патологического строения ворсин, а также сочетание патологии межворсинчатого пространства и ворсинчатого дерева. При «критическом» состоянии плода достоверно ($p < 0,05$) чаще выявлены варианты гиповаскуляризации ворсинчатого дерева, увеличение количества синцитиальных узлов, дифференцированных промежуточных и хаотичных склерозированных ворсин.



PLACENTAL PATHOLOGY IN EARLY AND LATE INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AND UMBILICAL ARTERY END DIASTOLIC FLOW

Strizhakov A.N., Timokhina E.V., Ibragimova S.M., Podlesnaya E.A., Derish K.F.

I.M. SECHENOV FIRST MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY
Moscow Russia

With an increase in the severity of IUGR observed frequency of blood disorders intervillous growth in space, a significant ($p < 0.05$) reduction of the observation with normal villous structure of the villous tree and the growth of abnormal structure of the villi, as well as a combination of pathology intervillous space and villous

tree including infarction, chronic villitis, increased villous. When the "umbilical artery end diastolic flow " more often ($p < 0.05$) identified decreased vascularity villous tree, increasing the number of syncytial knots, differentiated intermediate and chaotic sclerosed villi, maturation fetal thrombosis and distal villous hypoplasia.

ПЕРВОРОДЯЩИЕ ПОСЛЕ 35 ЛЕТ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Тимохина Е.В. Подлесная Е.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Тенденция последнего десятилетия – увеличение возраста наступления первой беременности и родов. Появляется значительное количество первородящих в возрасте 35 лет и старше. Появляется закономерный вопрос – какие особенности течения беременности и родов имеются у данной категории женщин, а также как часто возникают у них осложнения беременности и родов.

Целью данного исследования явилась оценка течения беременности и родов у первородящих женщин 35 лет и старше.

В рассматриваемую когорту пациентов вошли 33 первородящих в возрасте ≥ 35 лет, находившиеся под нашим наблюдением в период с января по апрель 2017 года.

За исследуемый период, 1832 женщины рожали в нашей больнице; 30 (1,64 %) этих женщин были первородящие в возрасте ≥ 35 лет на момент наблюдения. Из соматических заболеваний наиболее часто встречались хронический цистит (10%), хронический пиелонефрит

(10%) и гипотиреоз (6,7%). Среди особенностей акушерско-гинекологического анамнеза: первичное бесплодие (13%), резекция одного яичника в анамнезе (13%), миома матки не оперированная (13%), миома матки оперированная (16,7 %), неразвивающаяся беременность в анамнезе (13%). Беременность была первой у 17 женщин (56,7%). Беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий у 4 женщин (у троих в результате ЭКО, у одной – в результате внутриматочной инсеминации). Самыми частыми отклонениями от нормального течения беременности были: угроза прерывания беременности в I триместре (23%), угроза прерывания беременности во II триместре (16,7%). При этом обращает на себя внимание тот факт, что и задержка роста плода, и плацентарная недостаточность наблюдались всего у 3,3% женщин. Крупный плод наблюдали у 13,3% женщин. Роды были своевременными у 76,7% женщин, преждевременными у 23%. Ранних преждевременных родов не было.

>> www.reproductive-congress.ru

Роды через естественные родовые пути проведены у 33,3% женщин, путем кесарева сечения у 66,7% (из них в 23,1% – кесарево сечение в плановом порядке, в 76,9% – в срочном и экстренном). Наиболее частым показанием к плановому кесареву сечению был осложненный акушерско-гинекологический анамнез (76,3%); к срочному и экстренному: осложненный акушерско-гинекологический анамнез, признаки страдания плода, преждевременное излитие околоплодных вод при неготовности родовых путей к родам. У новорожденных нормальный вес отмечался при одноплодной беременности у 74,1% новорожденных, низкий вес у 7,4%, макросомия у 18,5%. Оценка по шкале Апгар новорожденных от одноплодной беременности имела следующие показатели: на первой минуте 8 баллов и более отмечалось у 77,8% новорожденных, на 5 минуте 8 баллов и более у 96,3%. Остальные на 1 и 5 минуте имели 6 или 7 баллов.

Таким образом, течение беременности у пациенток старше 35 лет характеризуется

высокой частотой угрозы прерывания беременности (16,7%), а также макросомией плода (13,3%). Частота своевременных родов составила 76,7%, преждевременных 23,3%. Частота операций кесарева сечения больше в 2,3 раза, чем в популяции. Большинство операций кесаревых сечений проводится по срочным и экстренным показаниям в связи с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, признаками страдания плода, преждевременным излитием околоплодных вод при неготовности родовых путей к родам.

Резюме. Проведено ретроспективное исследование течения беременности и родов у первородящих 35 лет и старше. Отмечена высокая частота прерывания беременности и макросомии плода. Частота операций кесарева сечения больше в 2,3 раза, чем в популяции. В родах высока вероятность преждевременного излития околоплодных вод при неготовности родовых путей к родам и возникновение признаков страдания плода.

PRIMAPARA AFTER 35 YEARS: COURSE OF PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES

Podlesnaya E.A., Timokhina E.V.

FSAE Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Abstract. Retrospective study of pregnancy and childbirth in first-time mothers 35 years and older. Noted the high frequency of abortion and fetal macrosomia. The frequency of caesarean sections more 2,3 times than in the population. In

childbirth a high probability of premature rupture of membranes during the unwillingness of the birth canal for childbirth and the appearance of signs of distress of the fetus.

ЭНДОТЕЛИОПАТИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Торчинов А.М., Миронов А.В., Габараева М.Р., Филиппов А.В.

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

Проведена сравнительная оценка морфометрических показателей эндотелиоцитов у

беременной женщины и эндотелиоцитов хориона плода при неразвивающейся беременности.

>> www.reproductive-congress.ru

Нарушение функции эндотелия является одним из универсальных механизмов патогенеза многих заболеваний, в том числе и таких распространенных, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Дисфункция эндотелия имеет важное значение в развитии тромбоза, неоангиогенеза и ремоделирования сосудов. Изучение роли эндотелиальной дисфункции в развитии патологии беременности, её влияния на процессы ангиогенеза в хорионе и плаценте, позволяет уточнить механизм формирования сосудистой патологии, разработать новые эффективные методы ранней диагностики гравидарной патологии, а также определить пути её коррекции.

Цель исследования: изучение эндотелиальной дисфункции у беременной и в хорионе плода при неразвивающейся беременности. Исследование проведено в условиях гинекологических отделений ГБУЗ ГКБ №13 (г. Москва). Нами было обследовано 180 беременных женщин, которые были разделены 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 морфологическим состоянием капилляров третичных ворсин, которые формируются к седьмой неделе беременности и до срока 10 недель содержат в составе своей стенки только эндотелиоциты, что обеспечивает унификацию исследования стенки сосуда 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 (ДЭ) в периферической крови по методике, предложенной в 1978 г. Hladovec J. Дополнительно проводилась цитометрия эндотелиоцитов. Цитологические препараты исследовали под микроскопом Leika DM 1000 с компьютерной видеоприставкой для обработки и анализа изображений Leika Application Suite LAZ EZ Version 2.1.0. (2012). Используемая методика позволяла оценить средний диаметр клетки и среднюю площадь клетки. У всех исследуемых беременных после произведенного инструментального удаления плодного яйца выполнено морфологическое исследование хориона. Путем светового

микроскопирования проводилась верификация сосудов с их дифференцировкой. Для измерения использовали только сосуды с четким поперечным срезом, содержащие в оптическом поле от 2 до 5 эндотелиоцитов. Сосуды, содержащие перициты на срезе, из исследования исключались. С помощью компьютерной цитоморфометрии определялись следующие параметры: средняя толщина стенки сосуда, средний диаметр просвета сосуда, средняя площадь просвета сосуда, индекс Керногана.

В ходе проведенного исследования получены достоверные отличия цитоморфометрических показателей эндотелиальной системы беременной женщины и хориона плода в исследуемых группах. Традиционное исследование эндотелия беременной показал наличие эндотелиальной дисфункции в группе с невынашиванием в первом триместре. Среднее количество ДЭ составило $11,8 \times 10^4$ в основной группе и $6,06 \times 10^4$ в контрольной ($p < 0,001$, $t = 4,36$). Введенная нами цитометрическая характеристика десквамированного эндотелиоцита показала достоверные отличия в исследуемых группах при развитии эндотелиальной дисфункции: средний диаметр десквамированного эндотелиоцита в основной группе составил $29,48 \pm 0,48$ мкм и $44,5 \pm 0,52$ мкм в контрольной группе ($p < 0,001$, $t = 6,67$); средний периметр десквамированного эндотелиоцита в основной группе составил $97,34 \pm 0,31$ мкм и $141,7 \pm 0,37$ мкм в контрольной группе ($p < 0,005$, $t = 2,9$). При компьютерной морфометрии сосудов ворсинчатого хориона средний показатель толщины первичного сосуда, содержащего только эндотелиальные клетки, составил $1,28 \pm 0,37$ мкм в группе с невынашиванием беременности и $3,75 \pm 0,63$ мкм в контрольной группе ($p < 0,001$, $t = 3,36$). Индекс Керногана также имел достоверные отличия в исследуемых группах: 0,041 в основной группе и 0,115 – в контрольной ($p < 0,001$, $t = 5,9$). При этом диаметр просвета и площадь просвета исследованных сосудов не имел достоверных отличий, что подтверждает унификацию подбора морфологических объектов для нашего исследования.

Таким образом, развитие эндотелиальной дисфункции у беременной женщины сопровождается достоверными изменениями эндотелия ворсинчатого хориона, что подтверждает статистическая достоверность нашего исследования. Поражение эндотелия, зафиксированное у беременной в первом триместре, сопровождается изменением стенки сосудов



>> www.reproductive-congress.ru

ворсинчатого хориона, что может приводить к нарушению развития беременности и её прерыванию.

ENDOTHELIOPATHYA IN THE PATHOGENESIS OF UNEXPECTED PREGNANCY

Torchinov A.M., Mironov A.V., Gabaraeva M.R., Filippov A.V.

Russia, Moscow, Moscow State University of International Relations. A.I. Evdokimova.

In the research using the method of cytomorphometry evaluated endotheliopathy of pregnant women and vascular disorders in the fetal chorion during non-developing pregnancy.

ЦИТОМЕТРИЯ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Габараева М.Р., Османова С.Р.

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

В исследовании проведено расширенное цитометрическое исследование десквамированных эндотелиоцитов периферической крови у беременных с различными формами тромбофилии.

Одним из ключевых моментов нарушения микроциркуляции в маточно-плацентарной системе является нарушение функции эндотелия. Проведено изучение состояния эндотелия у беременных с тромбофилиями. Доказана корреляция между эндотелиальной дисфункцией и нарушениями свертывающей системы. Одним из патогенетических моментов антифосфолипидного синдрома является поражение эндотелиальных клеток антителами. Гипергомоцистеинемия инициирует повреждение эндотелиоцитов. Дисфункция эндотелия сопровождается нарушением его антикоагулянтной функции, что вызывает нарушение активности фактора Виллебранда, факторов II, V, t-PA, PAI-1 и др. Участие тромбофилических нарушений в инициации повреждения 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.

Нами обследовано 60 беременных женщин в сроке 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 функции эндотелия с помощью подсчета количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в периферической крови, согласно методике Hladovec J., 1978. С целью оценки уровня поражения эндотелия у всех беременных проводилась компьютерная цитометрия ДЭ периферической крови. В нашем исследовании определялись средний диаметр, периметр, площадь, фактор формы, поляризацию оптического объекта. 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 тромбофилий выявлены у 21 пациентки (70%), из них PAI I у 14 человек, F2

>> www.reproductive-congress.ru

у 2 беременных, F5 у 3 беременных, мутации фолатного ряда выявлены у 16 беременных основной группы. Антикардиолипиновые антитела в диагностических титрах выявлены у 40% беременных основной группы (12 человек). При исследовании плазменного звена коагуляции достоверных отклонений в стандартных лабораторных показателях выявлено не было в исследуемых группах. Средний показатель АЧТВ составил 28,9 сек. в основной группе и 28,7 сек. в контрольной группе ($p > 0,05$). Протромбиновый индекс составил 98,8% в основной группе, и 97,6% – в контрольной группе ($p > 0,05$). Средний уровень фибриногена был 3,8 г/л и 3,5 г/л в контрольной группе ($p > 0,05$). D-димер у беременных основной группы составил 3,75 и 3,2 – в контрольной группе ($p > 0,05$). При изучении тромбоцитарного звена также достоверных отличий выявлено не было. Среднее количество тромбоцитов составило $247,7 \times 10^3$ /мкл в основной группе и $232,8 \times 10^3$ /мкл – в контрольной группе. Средний объем тромбоцита составил $9,927 + 1,35$ fl в основной группе и $10,55 + 1,52$ fl в контрольной группе ($p > 0,05$).

При сравнении показателей среднего количества десквамированных эндотелиоцитов в исследуемых группах получено статистически достоверное повышение в 2 раза в группе беременных с маркерами тромбофилий:

$14,1 \times 10^4$ кл/100мл в основной группе и $6,06 \times 10^4$ кл/100мл – в контрольной группе ($p < 0,005$; $t = 3,3$). При цитометрическом исследовании десквамированных эндотелиоцитов периферической крови также получены достоверные отличия в исследуемых группах. Так, средний диаметр десквамированных эндотелиоцитов основной группы составил 30,41 мкм, что в 1,5 раза меньше данного показателя контрольной группы 43,93 мкм. ($p < 0,001$, $t = 10,94$). Средний периметр десквамированных эндотелиоцитов в основной группе составил 98,12 мкм, в контрольной группе – 139,64 мкм ($p < 0,001$, $t = 4,98$). Средняя площадь десквамированного эндотелиоцита составила в основной группе 819,54 мкм² и 1546,7 мкм² – в контрольной группе ($p < 0,001$, $t = 8,79$). Фактор формы десквамированных эндотелиоцитов периферической крови составил 13,01 в основной группе и 12,73 в контрольной. Полярзация десквамированных эндотелиоцитов: 0,14 в основной группе, 0,083 в контрольной группе ($p < 0,001$, $t = 7,04$).

Таким образом, цитометрическое исследование десквамированных эндотелиоцитов периферической крови может являться дополнительным диагностическим критерием нарушений микроциркуляции в маточно-плацентарном кровотоке в первом триместре беременности.

CYTOMETRY OF DESQUAMATED ENDOTHELIOCYTES IN WOMEN IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY.

Torchinov A.M., Umakhanova M.M., Mironov A.V., Gabaraeva M.R., Osmanova S.R.

Russia, Moscow, Moscow State University of International Relations. A.I. Evdokimova.

In the research conducted by advanced cytometric study of desquamated endothelial

cells in the peripheral blood of pregnant women with different forms of thrombophilia.

РАЗРАБОТКА СПОСОБА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕТАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В., Шмаков Р.Г., Арутюнян И.В.

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

Настоящее исследование направлено на разработку способа герметизации ятрогенных

разрывов околоплодных оболочек при фетоскопических вмешательствах. При этом

>> www.reproductive-congress.ru

описывается методика безопасной и эффективной герметизации плодных оболочек при фетоскопии, которая позволяет уменьшить частоту ятрогенных осложнений и расширить показания к фетальным хирургическим операциям. Проведенное исследование будет способствовать переходу отечественной фетальной хирургии к высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения новорожденных.

Фетальная хирургия является единственно эффективным способом коррекции фетофетального трансфузионного синдрома, синдрома обратной артериальной трансфузии, диафрагмальной грыжи, клапана уретры, спинно-мозговой грыжи, крестцово-копчиковой тератомы и др. патологий. Поскольку хирургическое лечение этих заболеваний связано с применением троакара для пункции полости матки и амниотического пузыря плода, то частые осложнения этой процедуры заключаются в преждевременном излитии амниотической жидкости и прерыванием беременности. В НЦАГиП им. В.И. Кулакова разрабатывается методика герметизации плодных оболочек при фетоскопии и тестируются основные компоненты для герметизации: тканевый герметик из компонентов крови матери – плазма обогащенная тромбоцитами, которую возможно вводить инъекционно в область дефекта плодного пузыря в виде геля. PRP+активатор вводятся последовательно в течение 30 секунд через специально сконструированный для этой процедуры амниотический катетер с последующей активацией дегрануляции тромбоцитов

и полимеризации фибрина непосредственно в области дефекта, что обеспечивает эффективную герметизацию отверстия с внутренней и наружной поверхности плодных оболочек. При этом при удалении троакара не происходит преждевременного разрыва оболочек.

Разрабатываемая методика многократно апробирована в эксперименте на эксплантате амниотической оболочки *in vitro*, на крысах и планируется в дальнейшем на экспериментальной модели ятрогенного разрыва плодных оболочек при фетоскопии беременной овцы

Специально разработанный амниотический катетер проводится через троакар в полость амниотического пузыря плода и удерживается в последнем путем раздувания баллончика округлой или полулунной формы на проксимальном конце устройства, позволяя тем самым тесно прилегать к плодным оболочкам и стенке матки, препятствуя отслойке плодных оболочек и вытеканию в полость матки вводимого через катетер биологического герметика. В 70% проведенных экспериментов герметик надежно закрывал место ятрогенного разрыва плодной оболочки.

Таким образом, разрабатываемая методика герметизации плодных оболочек с алгоритмом введения компонентов герметика (активаторов дегрануляции тромбоцитов) для регуляции перехода его из жидкого состояния в твердое и методика использования новой модели амниотического катетера дают надежду на возможность применения этого метода в клинической практике.

DEVELOPMENT OF A METHOD FOR SEALING HYDROGENIC FIBERS OF FRUIT SHELLS IN FETAL OPERATIONS

Schneiderman M.G., Fatkhudinov T.H., Kostyukov K.V., Shmakov R.G., Arutyunyan I.V.

FGBU «Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology them. Academician V.I. Kulakov» Ministry of Health of Russia, Moscow

The article discusses the problem of treatment of iatrogenic ruptures of amniotic membranes with fetoscopic interventions.

The new method of treatment is based on the use of the technique of safe and effective hermetic sealing of fetal membranes in fetoscopy, which will reduce the frequency of iatrogenic complications

A method has been developed and the main components for hermetic sealing have been created: a tissue sealant from blood components of the mother, a plasma enriched with platelets, which can be injected into the area of the defect of the fetal bladder in the form of a gel and an amniotic catheter that effectively seals the trocar hole



from the inner and outer surfaces of the membranes.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮНЫХ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Голубева О.Н., Шибли И.Ф.

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

Высокий риск осложнений после операции кесарева сечения (КС) у юных рожениц не вызывает сомнений. Возрастная функциональная незрелость репродуктивной системы юной первородящей способствует развитию таких осложнений как гематометра, субинволюция матки и эндометрит. Противоотечный, рассасывающий и трофический эффекты магнитолазерной терапии (МЛТ) реализуются непосредственно в области послеоперационной раны и могут быть использованы после КС.

Цель работы: оптимизировать ведение послеоперационного периода после КС у рожениц 16–18 лет с помощью восстановительной МЛТ.

Материалы и методы: 34 пациенткам провели родоразрешение путем операции КС в экстренном порядке. Показаниями к КС явились анатомически (17,6%) и клинически (35,3%) узкий таз, отсутствие эффекта от рододовозбуждения после преждевременного излития околоплодных вод (47,1%). Средний объем кровопотери при КС составил $478,7 \pm 63,2$ мл. Все женщины получили внутривенную антибиотикопрофилактику. Из них сформировали 2 группы. В I группе (20 человек) провели восстановительную МЛТ, во II группе (14 человек) – она отсутствовала. С 1 сут после КС осуществляли воздействия на надлобковую область. При отсутствии негативных реакций организма, последующие процедуры проводили ежедневно, по 2 раза в день, по 2 мин, курс 7 процедур.

Клиническую эффективность лечения оценивали по общему состоянию пациенток и данным лабораторного обследования. Определяли следующие интегральные показатели: индекс ядерного сдвига (ИЯС), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), эндотоксический показатель интоксикации (ЭПИ)

при длинах волн 254 нм и 280 нм, характер и виды адаптационных реакций (АР) по Гаркави и соавт. (1998г.)

Результаты. Все пациентки ФТ переносили хорошо, реакция на лечение была адекватной. На 5 сут, после окончания лечения в I группе пациенток выявлено: ИЯС снизился ($p < 0,05$) с $0,13 \pm 0,01$ до $0,08 \pm 0,01$; ГПИ снизился ($p < 0,05$) с $3,11 \pm 0,10$ до $0,80 \pm 0,05$ у.е. и соответствовали нормативному показателю. А ЭПИ при 254нм и 280нм увеличился ($p < 0,05$) с $3,81 \pm 0,10$ до $5,22 \pm 0,14$ и с $2,81 \pm 0,09$ до $5,09 \pm 0,11$ у.е. соответственно. При детализации лейкограммы крови выявлены благоприятные АР активации (55%) – предшествуют «выздоровлению», и тренировки (30% случаев). А неблагоприятная АР переактивации определена у остальных 20% женщин.

На 5 сут лечения у рожениц II группы результаты были менее значимы. Так, ИЯС уменьшился ($p < 0,05$) с $0,13 \pm 0,01$ до $0,03 \pm 0,02$ у.е., т.е. до нормативного значения. Но ГПИ, снизившись ($p < 0,05$) с $1,69 \pm 0,13$ до $0,89 \pm 0,03$ у.е., по-прежнему превышал норму. Это и отмечено у 57,1% пациенток. Повышение показателей ЭПИ при 254нм и 280нм не было статистически достоверным. АР активации при анализе лейкограммы крови выявлены у 35,7%, тренировки – у 21,4%, а переактивации – у 42,9% женщин.

Итак, в I группе молодых рожениц в сравнении со II, снижение показателей послеоперационной токсемии и усиление адаптационных реакций было сопряжено с развитием кумулирующего противовоспалительного эффекта при локальном действии МЛТ и общей антибиотикопрофилактики. Во II группе пациенток только с антибиотикопрофилактикой выявлены менее значимые изменения в динамике изученных показателей.



>> www.reproductive-congress.ru

Вывод. Применение МЛТ в комплексе профилактических мер после КС у юных родильниц является целесообразным и клинически

эффективным. Это связано с сокращением времени, необходимого для развития адаптации в системах организма молодой женщины.

USE OF MAGNETOLASERTHERAPY FOR TREATMENT OF YOUNG MOTHERLAND AFTER KESAREV'S SECTION

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Golubeva O.N., Shibli I.F.

Russia, Moscow, FGBU NCC AGIP them. IN AND. Kulakov MH RF

Summary. The high risk of complications after cesarean section in young puerperas is beyond doubt. The age-related immaturity of the reproductive system of a young primipara promotes the development of complications such as hematoma, subinvolution of the uterus and endometritis. The

anti-edema, resorption and trophic effects of magnetolaser therapy are realized directly in the area of the postoperative wound and can be used after cesarean section.

Key words: magnetolaser therapy, caesarean section, young puerperas.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ И HELLP-СИНДРОМ – ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ?

Сидорова И.С., Никитина Н.А.

Россия, г. Москва, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), кафедра акушерства и гинекологии №1, лечебный факультет

Преэклампсия и эклампсия в последние годы по-прежнему сохраняют одну из лидирующих позиций в структуре причин материнской смертности, при этом увеличивается доля тяжелых поражений головного мозга и эклампсии (34,8% в 2013 г, 34,3% в 2014 г, 33,3% в 2015 г), поражений печени – острой печеночной недостаточности, острого жирового гепатоза, HELLP-синдрома (34,8% в 2013 г, 40% в 2014 г, 61% в 2015 г), а также массивных акушерских кровотечений (30,4% в 2013 г, 37,1% в 2014 г, 42,9% в 2015 г) [Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2013, 2016].

Обнаруживаемые изменения эндотелия у женщин, умерших от тяжелой преэклампсии, мы назвали «гестационный деструктивный эндотелиоз» – гидропическое набухание, отек эндотелиоцитов с нарушением монослоя и их отрывом от базальной мембраны (вплоть до «деэндотелизации» на отдельных участках), вакуолизация и разрушение митохондрий,

эндоплазматического ретикулума, элементов цитоскелета и других клеточных органелл, что в конечном итоге приводит к эндотелиальной недостаточности, нарушению рецептивности эндотелия, неэффективности применяемых препаратов, полиорганному характеру поражения. Отек и набухание эндотелиоцитов, образование тромбов в местах «деэндотелизации» микрососудов являются причиной окклюзии их просветов, выраженной гипоперфузии органов и тканей, с развитием очагов некроза в органах-мишенях. Именно этот процесс, с нашей точки зрения, и является причиной прорыва гематоэнцефалического барьера при тяжелой преэклампсии и эклампсии, тяжелой, рефрактерной к терапии артериальной гипертензии, полиорганной недостаточности, неэффективности проводимой терапии), определяющих летальный исход.

Гистологический портрет «гестационного деструктивного эндотелиоза» при тяжелой

>> www.reproductive-congress.ru

преэклампсии, эклампсии во многом сходны с морфологическими изменениями при тромботической микроангиопатии (ТМА), которой в последнее время уделяют большое внимание не только акушеры-гинекологи, но и нефрологи, неврологи, гематологи, реаниматологи и другие специалисты [Козловская Н.Л., 2015, Макацария А.Д., 2014, 2017, Калачин К.А., Пырегов А.В., 2017].

ТМА – гетерогенная группа заболеваний с разным патогенезом, но сходными гистологической картиной и клиническими проявлениями. Летальность при ТМА без специфической терапии достигала 90 %, в настоящее время – снизилась до 10 % (при условии применения специальной терапии) [Макацария А.Д., 2017]. ТМА характеризуется развитием микроангиопатической гемолитической анемии, тромбоцитопенией, микротромбозами и полиорганной дисфункцией – клиническими проявлениями, в которых легко угадывается тяжелая преэклампсия и HELLP-синдром. Преэклампсию, эклампсию, HELLP-синдром в настоящее время относят к вторичным ТМА. Именно эти состояния и приходится дифференцировать в первую очередь при всех ситуациях, когда имеют место неиммунный гемолиз, повышение уровня печеночных ферментов, тромбоцитопения, поскольку подходы к терапии могут отличаться (родоразрешение, плазмообмен, иммунотерапия – применение экулизумаба, ритуксимаба, иммуносупрессия [Козловская Н.Л., 2015, Макацария А.Д., 2014–2017]).

С 2013 года нами проводился ежегодный конфиденциальный аудит материнской

смертности в разных регионах РФ. В рамках аудита проанализирована документация 97 женщин, умерших от преэклампсии, эклампсии и их осложнений. По данным аудита клинически (т.е. только на основании наличия гемолиза, повышения уровня печеночных ферментов и тромбоцитопении) HELLP-синдром диагностирован у 34 из 97 умерших женщин. Более чем у половины он носил характер ELLP-синдрома (52,9%). В большинстве наблюдений (64,7%) HELLP-синдром развился в 3 триместре беременности, у трети (35,3 %) – в первые 1–2 суток после родоразрешения. Ни у одной пациентки не проводился дифференциальный поиск других клинических вариантов ТМА, при которых необходимо проведение специальной терапии. Возможно это одна из причин столь неблагоприятного исхода? Действительно, дифференциальная диагностика вариантов ТМА по клиническому течению трудна, а порой и невозможна в силу схожести клинических симптомов. И все же для выбора оптимальной тактики ведения и снижения материнской смертности это необходимо.

Отсутствие устойчивой тенденции к снижению показателя материнской смертности от преэклампсии и эклампсии, увеличение доли тяжелых поражений печени, почек и головного мозга с развитием наиболее неблагоприятных материнских и перинатальных исходов, диктует необходимость проведения дальнейших исследований по данной проблеме и требует междисциплинарного подхода.

PREECLAMPSIA AND HELLP-SYNDROME – THROMBOTIC MICROANGIOPATHY?

Sidorova I.S. Nikitina N.A.

Russia, Moscow, FGAOU VO First IHMU named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Department of Obstetrics and Gynecology No.1, Faculty of Medicine

The lack of a steady decline in the maternal mortality rate from preeclampsia and eclampsia, an increase in the share of severe liver, kidney and brain damage with the development of the most unfavorable maternal and perinatal outcomes, dictates the need for further research on this issue and requires an interdisciplinary approach.



ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ С ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Тетелютина Ф.К.1, Стародумов Д.Л.2, Овчинникова О.П.2, Овечкин В.П.2

Россия, Ижевск, 1 ФГБОУ ВО ИГМА МЗ УР, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП
2 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР»

Акушерские кровотечения занимают одно из первых мест в структуре причин материнских потерь. В связи с чем профилактика гипотонических кровотечений является весьма актуальной. Под нашим наблюдением находилось 295 рожениц, которым была произведена перевязка восходящих ветвей aa.uterinae во время операции кесарева сечения с 2012 по 2016 гг.: в 2012 году – 16, в 2013 году – 31, в 2014 году – 48, в 2015 году – 76, в 2016 году – 124.

Возраст пациенток варьировал от 20 до 42 лет, в среднем составил $30,8 \pm 1,3$ года. В большинстве наблюдений в 84,2% абдоминальное родоразрешение проведено при доношенной беременности и у 15,8% преждевременно, в 28–36 недель – 11,6%, в 22–28 – 4,2%. Операция проведена в экстренном порядке 54,7%, в плановом – 45,3% пациенткам.

Наиболее частым показанием к кесареву сечению явились: рубец на матке – в 27,4%; центральное, краевое предлежание плаценты, частичная отслойка плаценты, кровотечение – в 14,7%; клинически узкий таз – в 11,6%; преэклампсия тяжелой степени – в 9,5%; хроническая плацентарная недостаточность, ВЗРП 2–3 степени на фоне длительно текущей преэклампсии – в 7,4%; аномалии родовой деятельности (дистоция шейки матки, упорная слабость родовой деятельности) – в 7,4%; двойня – в 7,4%; прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода – в 5,3%; неправильное положение плода – в 4,2%; другие (ЭКО, показания травматолога, ДЦП, предполагаемый гигантский плод). Объем кровопотери во время операции кесарева сечения составил от 500 мл до 3100 мл, в среднем $796,8 \pm 123,5$ мл.

Показаниями к перевязке восходящих ветвей aa.uterinae во время операции кесарева сечения явились: повышенная кровоточивость в области нижнего сегмента и/или плацентарной площадки – 40% в результате: частичной

преждевременной отслойки плаценты, изменений на фоне преэклампсии, выраженного варикозного расширения вен матки, плотного прикрепления последа; гипотония матки – 33,7% из-за перерастяжения матки во время беременности (крупные размеры плода, многоплодная беременность, выраженное многоводие); с целью уменьшения кровоснабжения матки перед проведением миомэктомии во время операции кесарево сечение – 9,5%; с целью достижения дополнительного эффективного гемостаза при образовании гематомы в области широкой маточной связки, в верхней трети воронко-тазовой связки.

В тоже время с целью достижения эффективного гемостаза в 33,7% дополнительно произведена перевязка яичниковых артерий у основания собственных связок яичников, в 11,6% – круглых маточных связок, в 2,1% – воронко-тазовых связок, в 7,4% проведена интраоперационная управляемая баллонная тампонада матки.

В 97,9% перевязка восходящих ветвей aa.uterinae оказалась высокоэффективным методом лечения и профилактики гипотонического кровотечения. В 2,1% наблюдениях в связи с неэффективностью перевязки сосудов и интраоперационной управляемой баллонной тампонады матки произведена надвлагалищная ампутация матки.

В послеродовом периоде всем роженицам была назначена антибактериальная терапия, сокращающая матку терапия, в 30,5% гипотензивная терапия, в 11,6% низкомолекулярные гепарины по показаниям ангиохирурга, в 6,3% переливание СЗП, в 3,2% Ег-массы. С помощью доплерометрии в послеоперационном периоде при оценке кровоснабжения матки выявлено его восстановление в 100%.

Важно отметить, что увеличение числа перевязок маточных сосудов в 6 роддоме с 2012



>> www.reproductive-congress.ru

к 2016 году позволило снизить число инфузий препаратов крови в 4 раза.

Таким образом, метод интраоперационной перевязки восходящих ветвей aa.uterinae позволяет свести к минимуму риск развития массивного акушерского кровотечения, предотвращая таким образом материнскую смертность, значимые осложнения в послеоперационном периоде, а также сохранить репродуктивную функцию и избежать отдаленных последствий острой массивной кровопотери.

Анализ использования интраоперационной перевязки маточных сосудов с целью остановки и профилактики гипотонического кровотечения, а также перед энуклеацией миоматозного узла во время операции кесарево сечение выявил, что данная методика может быть проведена в очень короткий промежуток времени и, таким образом, предотвратить массивную кровопотерю, сохранить детородную функцию.

FEATURES OF APPLICATION OF THE METHOD OF INTRAOPERATIVE LIGATION OF UTERINE VESSELS FOR THE TREATMENT AND PREVENTION HYPOTONIC BLEEDING

Tetelutina F.K.1, Starodumov D.L.2, Ovchinnikova O.P.2, Ovechkin V.P.2

Russia, Izhevsk, 1FGBOU VO IGMA MH UR, Department of Obstetrics and Gynecology FPK and PP, 2BUZ UR "RDDS MZ UR"

Analysis of the use of intraoperative ligation of the uterine vessels to stop and prevent hypotonic bleeding, and before enucleation of myoma node during cesarean section revealed that this

technique can be performed in a very short period of time and, thus, to prevent massive blood loss, preserve kidney function.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АВО КОНФЛИКТЕ

Чориева Г.З., Хазраткулова Х.

Кафедра Акушерства и гинекологии №2
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

При изосерологической несовместимости крови матери и плода чаще нарушается созревание плаценты, по-прежнему, остаётся спорным вопрос о роли плацентарного барьера в развитии иммунологического конфликта по АВО системе. Развивающиеся хронические гипоксические состояния фетоплацентарного комплекса, обусловленные иммунологической несовместимостью, приводят к стойкому синдрому вторичной плацентарной недостаточности.

Применение препарата «Кокарнит» при данной патологии в современном акушерстве

является актуальным. Комплексный препарат «Кокарнит» – является комбинированным, в состав которого входит рационально подобранный комплекс метаболитических веществ и витаминов.

В связи с этим целью исследования явилась обоснование применения препарата Кокарнит у беременных с АВО конфликтом с высоким риском на ФПН.

Материалы и методы: Одним из основных прогностических критериев развития ФПН является нарушения маточно-плацентарной

>> www.reproductive-congress.ru

и плодовой гемодинамики. Для выполнения поставленной цели по данным доплерометрического исследования маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) при сроке гестации 16–28 недель были отобраны 60 беременных с АВО конфликтом и с высоким риском на развитие ФПН для дальнейшего наблюдения в динамике беременности и родов. В зависимости от метода профилактического лечения ФПН беременные были разделены на 2 группы. I группу составили 30 беременных, которым в комплекс профилактического лечения ФПН был включен препарат Кокарнит. II группу составили 30 женщин с риском на ФПН неполучавших метаболическую терапию. Курс лечения Кокарнитом составлял по 2,0 мл внутримышечно в течение 9 дней. Достоверных различий по возрасту, паритету, анамнезу беременных I и II группы выявлено не было.

Результаты и обсуждения: Из 30 беременной с АВО конфликтом, получивших в комплексе традиционного лечения кокарнит у 9 (29,0%) выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод, родились новорожденные с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте – 2 (6,4%), а у 7 (22,6%) новорожденных оценка по шкале Апгар на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе беременных без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе из 22 (71,0%)

в 2(6,4%) случаев родился новорожденный с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте, а в 20 (64,5%) случаях – с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Из 7 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени у 2 (6,4%) родились дети с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте, у 5 (16,2%) родились дети с оценкой по шкале Апгар на 5 минуте выше 7 баллов.

При нарушении маточно-плацентарного кровотока II степени – 2 (6,4%) во всех случаях родились новорожденные с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Включение в комплексную терапию препарата кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с АВО конфликтом, что проявлялось повышением оценки по шкале Апгар, отсутствием тяжелых гипоксических поражений плода.

Резюме. Из доплерометрических данных выявлено, что после проведенного курса комплексного лечения с кокарнитом нарушение МППК снизилось на 32,3%, из них нарушение МППК I степени снизилось в 1,4 раза, II степени в 4,5 раз сравнительно с группой до лечения. Не имели нарушений МППК в 3 группе после лечения на 32,3 % чаще, чем в группе до лечения.

THE INFLUENCE OF METABOLIC THERAPY ON THE CONDITION OF FETOPLACENTAL SYSTEM WITH AVO THE CONFLICT

Chorieva G.Z., Hazratkulov H.

Department of Obstetrics and gynecology №2
Tashkent medical Academy, Uzbekistan

Inclusion in complex therapy of the drug Comarnic allowed to prevent and to treat resulting hypoxia, to improve the condition of fetoplacental complex in pregnant women with AVO the conflict, which was manifested by a higher score on the Apgar scale, the absence of severe hypoxic lesions of the fetus.

Summary. From dopplerometric data it was revealed that after a course of complex treatment with Kokarnit, the violation of uterine placental circulation decreased by 32.3%, of which the

violation of the 1st uterine placental circulation decreased 1.4 times, the II degree 4.5 times compared with the group before treatment. There were no violations of uterine placental circulation in group 3 after treatment by 32.3% more often than in the group before treatment.



ГЛАВА 6/ CHAPTER 6:

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH: POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

С целью оценки эффективности различных видов гемостатической терапии при аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода (АМК ПП) было проведено изучение клинико-anamnestических данных, а также параметров инструментальных (УЗИ органов малого таза) и лабораторных (клинический анализ крови, гемостазиограмма) методов обследования у 115 девочек-подростков с аномальным маточным кровотечением.

Пациентки с гемостатической целью принимали перорально ингибитор фибринолиза – транексамовую кислоту (группа 1, 35 чел.; суточная доза препарата 2 г), низкодозные комбинированные оральные контрацептивы (группа 2, 40 чел.; суточная доза 60–75 мкг этинилэстрадиола), гестаген-содержащий препарат (группа 3, 50 чел.; суточная доза дидрогестерона 30 мг).

На фоне терапии во всех группах к 4–5 суткам происходило клинически незначимое снижение концентрации гемоглобина, эритроцитов и гематокрита при увеличении концентрации

тромбоцитов в крови. Изменения вышеописанных параметров были расценены нами как физиологические процессы, происходящие на фоне АМК ПП.

Гемостазиологические параметры пациенток были сопоставимы во всех группах и указывали на наличие тенденции к гипокоагуляции и фибринолизу, снижение агрегационных свойств тромбоцитов у 40 пациенток (35%) при соответствующем нормативным параметрам их уровне в крови, наличие растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ) у 23 человек (20%), а также уменьшение времени образования сгустка (r+k) при увеличении его плотности (ma) и соответствующем верхним нормативным параметрам уровне индекса тромбодинамического потенциала (ИТП), что свидетельствовало об активации внутрисосудистого свертывания на момент наличия маточного кровотечения.

На 7 сутки лечения в 1 группе выявлено увеличение количества фибриногена, укорочение АЧТВ, АВРК, увеличение ПТИ, повышение плотности

>> www.reproductive-congress.ru

кровяного сгустка при отсутствии изменения во времени образования сгустка и повышении ИТП, небольшое повышение количества тромбоцитов при сохранении изначально нормального уровня их агрегации. РКМФ были выявлены лишь у 1 пациентки. Таким образом, на фоне лечения транексамовой кислотой имело место повышение активности свертывающей системы крови, но средние величины показателей не выходили за рамки нормативных параметров. В то же время аналогичные параметры гемостазиограммы и тромбоэластограммы значимо не изменялись на фоне гемостатической терапии низкодозными КОК и дидрогестероном.

Ультразвуковая картина состояния органов малого таза на фоне АМК ПП была разнообразна и не отличалась в группах пациенток. На фоне лечения в 1 группе у большей части пациенток (80%, 28 чел.) происходило уменьшение толщины эндометрия ($\Delta=2,94\pm 0,78$ (CI 1,48–3,24), $p=0,035$), во 2 группе – увеличение толщины эндометрия ($\Delta=2,46\pm 0,38$ (CI 1,62–2,64), $p=0,028$), в 3 группе отсутствовало клинически значимое изменение толщины эндометрия ($\Delta=0,58\pm 2,18$ (CI 0,09–1,06), $p=0,021$). Размеры и структура яичников за период гемостатической терапии во всех трех группах не претерпели значимых изменений. Фолликулярные кисты яичников в 1 группе не изменились в размере у 80% и уменьшились на 1–3 мм у 20%, кисты желтого тела в 30% начали обратное развитие. Во 2 группе кисты яичников на фоне лечения не претерпели изменений у 75% пациенток, у 25% уменьшились на 1–4 мм. К моменту окончания лечения в 3 группе фолликулярные кисты (20%) и кисты желтого тела (4%) уменьшались в размере на 5–6 мм, изменяли свою форму с ровной округлой на неправильную форму, что указывало на процесс их обратного развития.

В 1 группе выраженное уменьшение обильности кровяных выделений в течение первых двух суток лечения произошло у 29 пациенток (82,4%), в течение 4 дней от начала терапии – у 34 человек (97,1%); во 2 группе – в течение первых суток у всех пациенток (100%, $n=80$); в 3 группе – в 1-е сутки лечения у всех пациенток (100%). Полноценный гемостаз был достигнут в 1 группе у 32 человек (91,43%) в среднем к 4–5 суткам лечения ($M\pm\delta=4,69\pm 1,93$; 1–9 дней); во 2 группе к концу первых суток терапии – у 23 человек (57,50%), к концу 2 суток лечения – у 37 человек (92,5%), в 100% к 4–5 дню лечения ($Me(25;75)=1(1;2), 1-4$); в 3 группе полноценный гемостатический эффект был получен у 100% человек, средний срок остановки маточного кровотечения составил 4 дня ($M\pm\delta=4,12\pm 1,27, 2-6$).

Нежелательные реакции зафиксированы в 4,55% (1 чел.) в 1 группе и 7,5% (3 чел.) во 2 группе исследования. Важным клиническим аспектом является наличие закономерной менструально-подобной реакции (ЗМПР) сразу после отмены гемостатической терапии дидрогестероном.

Таким образом, гемостатическую терапию транексамовой кислотой, низкодозными КОК и дидрогестероном при отсутствии противопоказаний к их приему, можно проводить с высокой эффективностью для лечения АМК ПП. Применение низкодозных КОК позволяет наиболее быстро получить полноценный гемостатический эффект при большем количестве нежелательных реакций. Гемостатическая терапия дидрогестероном может быть рекомендована при необходимости оценки состояния эндометрия (при УЗИ органов малого таза, гистероскопии) после ЗМПР для исключения или подтверждения наличия полипа эндометрия, очаговой гиперплазии эндометрия, хронического эндометрита.

EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS

Salnikova I., Uvarova E.

Federal State Budget Institution "The V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Health of the Russian Federation

Hemostatic therapy tranexamic acid, combined oral contraceptives and dydrogesterone is highly effective for abnormal uterine bleeding in adolescents. Treatment combined oral contraceptives

allows to obtain the hemostatic effect more quickly, but with many adverse reactions. The use of dydrogesterone can be recommended, if necessary, assessment of the endometrium after



menstrual-like reaction to verify the presence or absence of organic pathology or inflammation.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Геворгян А.П.1, Тарбая Н.О.1,2

1 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО Московский государственный медико-стоматологический университет им. Евдокимова

2 Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Первичная дисменорея (ПД) – циклически повторяющийся болевой синдром, обусловленный комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструацию. Среди всех причин абсентеизма девочек-подростков ПД занимает первое место и приводит к социальной дезадаптации. В публикациях ряда исследователей ПД перечислена как одно из многих проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в основе которого лежит врожденный или приобретенный длительный дефицит внутриклеточного магния. ДСТ – врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов или основного вещества и проявляющаяся в снижении её прочности. Выделяют дифференцированные ДСТ (ДДСТ) с известным генным дефектом и недифференцированные ДСТ (НДСТ). НДСТ – это гетерогенная патология, обусловленная изменениями в геноме вследствие мультифакторных воздействий на плод внутриутробно. В педиатрической практике НДСТ встречается частотой 26–80%. Также высказываются предположения о связи варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) и ПД, вследствие нарушения кровоснабжения органов малого таза.

Целью исследования: разработка дифференцированного лечения ПД 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 девушек с ПД, у которых была выявлена умеренно-выраженная НДСТ. Во 2-ю группу вошли

10 девушек с ПД, 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-й 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-й 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-й 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. ПД легкой степени выявлена у 3 девушек (12%) 1-й группы, средней у 13 девушек (52%), и тяжелой степени у 9 пациенток (36%), а во 2-й группе соответственно 5 (50%); 3 (30%); 2 (20%). Таким образом, в группе девушек с ПД и наличием признаков умеренной

>> www.reproductive-congress.ru

и выраженной НДСТ превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжелой степенью тяжести, а у девушек без признаков НДСТ большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести ПД. 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 ПД и явлениями НДСТ выявлено уменьшение содержания магния в плазме от $0,7 \pm 0,2$ до $0,5 \pm 0,2$ мкг/л ($p < 0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалась в пределах нормальных значений от $0,9 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,1$ мкг/л ($p < 0,05$). Следовательно, у девушек с ПД изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков НДСТ. Уровень оксипролина в крови до лечения составил $47,96 \pm 15,37$ ммоль/л, после лечения – $21,63 \pm 3,1$ ммоль/л. Следовательно, у девушек с ПД 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 тяжелой ПД, что указывает на уменьшение числа девушек с этой патологией на 33%, процент девушек со средней и тяжелой дисменореей уменьшился на 53,8% (7 девушек), процент пациенток с легкой степенью (4%, 1 пациентка) был меньше на 46%, чем во 2-й группе, что отражалось и на содержании оксипролина в крови $28,7 \pm 7,52$ 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.

THE IMPORTANCE OF PREMORBID BACKGROUND IN THE DEVELOPMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA IN ADOLESCENTS

Adamyan L.V.1, Sibirskaya E.V.1,2, Gevorgyan A.P.1, Tarbaya N.O.1,2

1 Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO Moscow State University of Medicine and Dentistry

2 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.



ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕННОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О.

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

Несмотря на длительную историю изучения, проблема первичной дисменореи у девочек – подростков по-прежнему остается актуальной не только для детских гинекологов, но и врачей других специальностей. Первичная дисменорея предполагает отсутствие какой-либо органической патологии, как правило, появляется через 1–2 года после менархе со становлением овуляторных циклов. Боли обычно носят схваткообразный характер, но могут быть ноющими, дергающими, распирающими с иррадиацией в прямую кишку, область придатков, мочевого пузыря. При этом патологических изменений половых органов не выявляется. Частота дисменореи по данным различных исследований колеблется от 30% до 90%, у 10% данное состояние приводит к потере трудоспособности, нарушает социальную и повседневную активность.

У девочек и девушек-подростков, страдающих первичной дисменореей, имеются особенности соматического здоровья. Соматический статус у них отличается отягощенным анамнезом и высоким уровнем заболеваемости, в том числе и инфекционной. Экстрагенитальная патология выявлена более чем у 50% пациенток. Несмотря на то, что в последние годы изучению проблеме первичной дисменореи у девочек-подростков уделяется большое значение, до сих пор отсутствует четкая схема ведения и лечения девочек с первичной дисменореей с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Цель нашего исследования: определение частоты экстрагенитальной патологии у девочек с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы: наше исследование базировалось на обследовании девочек, поступивших в гинекологическое отделение Морозовской Детской Городской Клинической Больницы с первичной дисменореей и сопутствующей экстрагенитальной патологией. Ретроспективно было обследовано 1000 историй болезней девочек с первичной дисменореей для определения структуры экстрагенитальной патологии. Проспективно обследовано 150 девочек с первичной дисменореей и наиболее часто встречающейся экстрагенитальной патологией, учитывая данные проведенного нами ретроспективного анализа. Анализ ретроспективных данных показал, что структура экстрагенитальной патологии представлена заболеваниями ЛОР-органов 316 (31,6%), инфекционные заболевания 282 (28,2%), нарушениями зрения 231 (23,1%), неврозами 171 (17,1%). По результатам проведенного нами проспективного обследования выявлена следующая структура экстрагенитальной патологии: инфекционные заболевания 52 (34,7%), заболевания ЛОР-органов 47 (31,4%), нарушения зрения 29 (19,5%), неврозы 22 (14,4%).

Выводы: результаты нашего исследования показали высокую отягощенность экстрагенитального фона у девочек с первичной дисменореей.

PRIMARY DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS WITH CONCOMITANT EXTRAGENITAL PATHOLOGY

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Tarbaya N.O.

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

The article presents data on primary dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology. Despite the large variety of drugs, tactics of management and treatment of primary

>> www.reproductive-congress.ru

dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology is still not effective enough. These data will allow subsequent development of preventive and therapeutic measures contributing to

the rapid recovery of adolescent girls and improving the quality of life in the first days of menstruation.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караваев Ю.Е., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Зеленюк Б.И.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.
Морозовская детская клиническая больница, Москва, Россия

Одной из причин нарушения менструальной функции у девочек пубертатного периода является маточное кровотечение пубертатного периода. В структуре гинекологических заболеваний маточное кровотечение пубертатного периода встречается в 10–30% (Л.В. Адамян 2016; Е.В. Сибирская; Г.Т. Осипова 2015). Ювенильные маточные кровотечения зачастую становятся маркером (или первичным симптомом) прогрессирующей гинекологической патологией (эндометриоз, миома тела матки, гиперплазия эндометрия). Кроме того маточное кровотечение пубертатного периода может являться следствием, серьезной соматической патологии: заболевание крови, печени. Патогенез мкпп обусловлен комплексом причин (Л.В. Адамян 2015; Е.В. Сибирская 2014; Ю.А. Гуркин 2010; Е.В. Уварова 2009).

На базе гинекологического отделения Морозовской Детской Городской Клинической Больницы ДЗМ было проведено обследование 256 девочек и девушек с маточными кровотечениями пубертатного периода в возрасте от 11 до 16 лет.

Целью настоящего исследования явилось изучение аспектов состояния менструальной функции у девочек и девушек с маточным кровотечением пубертатного периода на момент обследования и в анамнезе.

Всем девочкам проводилось общеклиническое обследование, УЗИ органов малого таза, биохимический анализ, показатели гемостаза, гормоны крови ТТГ, ФСГ, ЛГ, эстроген, прогестерон.

При изучении данных анамнеза особое внимание уделялось информации о перенесённых ранее гинекологических заболеваниях, наличие или отсутствие половой жизни, условиям жизни пациенток, соблюдению ими норм гигиены.

При УЗИ органов малого таза у девочек и девушек с мкпп в анамнезе и на момент обследования влагалище и матка не отличались по форме и экоструктуре, а также расположению в полости малого таза от норм здоровых девушек.

Средний возраст обследуемых составил $13,4 \pm 1,2$ года. Среди 256 девочек с мкпп на момент обследования менструальный цикл был регулярный, у 72 (28,1%) девочек и девушек, причем у 56 (77,8%) – овуляторный, у 16 (22,2%) – ановуляторный. У 184 (71,9%) девушек отмечены те или иные отклонения в ритме или характере менструаций (аменорея, олигоопсоменорея, гиперполименорея, нерегулярные менструации). Частыми нарушениями менструального цикла были нерегулярные овуляторные и ановуляторные менструации, а также гиперполименорея – у 64 (34,8%) и у 59 (32,1%) пациенток соответственно.

Стоит отметить, что у 214 (83,6%) пациенток с маточным кровотечением пубертатного периода при ультразвуковом исследовании определялась гиперплазия, причём у 74 (40,2%) больных гиперплазии эндометрия была обусловлена развитием стойкой ановуляции и недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла. Альгодисменорея была отмечена у 154 (60,2%) девочек и девушек.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что наиболее частыми причинами



>> www.reproductive-congress.ru

нарушения менструальной функции являются: нарушение лютеиновой фазы, ановуляция (более чем в 70%), а также гиперплазия эндометрия которая при развитии маточного кровотечения пубертатного периода может приводить к расстройствам репродуктивной регуляции.

При выявлении ЭХО признаков гиперплазии эндометрия, необходимо проведения исследование гормонов крови (ЛГ, ФСГ, эстроген), а

также сопоставлять эхографическую картину, с данными гистероскопического исследования ввиду более высокой информативности данного метода как в диагностике внутриматочной патологии при маточном кровотечении пубертатного периода, так и в верификации форм гиперплазии эндометрия, выявленных при гистероскопии.

SOME ASPECTS OF THE STATE OF MENSTRUAL FUNCTION OF GIRLS WITH PUBERTAL UTERINE BLEEDING IN THE ANAMNESIS

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Karavaev Y.E., Osipova G.T., Tarbaya N.O., Zelenyuk B.I.

Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO
Moscow State University of Medicine and Dentistry
Morozov Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia

Article contains data about some aspects of menstrual function examination 256 young girls with pubertal uterine bleeding. Luteal phase deficiency, anovulation cycle and hyperplasia

endometriy most often the cause development of pathology of the menstrual cycle and reproductive regulation of these girls.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ НАТУРАЛЬНЫЕ И СИНТЕТИЧЕСКИЕ ЭСТРОГЕНЫ, НА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кумыкова З.Х., Батырова З.К., Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Ежова Л.С., Латыпова Н.Х., Киселева И.А.

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

Цель исследования – сравнительная оценка кольпоскопических, цитологических и иммуноцитохимических особенностей эпителия шейки матки у девочек-подростков с нарушенным менструальным циклом, получающих комбинированные лекарственные средства, содержащие натуральные и синтетические эстрогены, с лечебной целью.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 47 сексуально неактивных девочек-подростков 15-19 лет с нарушенным ритмом менструаций, которым с лечебной целью была назначена гормоно-терапия. Из них 24 пациентки получали двух-фазные эстроген-гестагенные препараты для развивающей и поддерживающей гормональной терапии (РПГТ), 23 девочкам был назначен

>> www.reproductive-congress.ru

монофазный низкодозированный комбинированный оральные контрацептив (КОК). Основанием для назначения терапии половыми стероидными гормонами у данных пациенток послужили: аменорея у 30 (63,8%) девочек, олигоменорея у 12 (25,5%) пациенток и аномальное маточное кровотечение у 5 (10,7%) девочек. Обследование проводили перед назначением РПГТ и КОК и в динамике через 9 месяцев в процессе их использования. Исследование было одобрено этическим комитетом, все пациентки подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Состояние шейки матки оценивалось по результатам кольпоскопии, цитологического и иммуноцитохимического исследований.

Результаты. По данным расширенной кольпоскопии к 9-му месяцу приема РПГТ у 25% девочек с исходно диагностированной эктопией шейки матки за указанный срок отмечалось смещение цилиндрического эпителия (ЦЭ) к области наружного зева с формированием нормальной зоны трансформации (НЗТ). Аномальная кольпоскопическая картина (КСК) не обнаруживалась ни в одном случае как до начала терапии, так и спустя 9 месяцев РПГТ. У 1/3 пациенток с исходно диагностированной атрофией спустя 9 месяцев РПГТ отмечался неизменный покровный эпителий. При анализе КСК у пациенток в динамике приема КОК мы не отметили достоверных изменений спустя 9 месяцев от начала терапии. Структура КСК в исследуемой группе к концу периода наблюдения оставалась практически идентичной исходной. У 3 (13%) девочек с исходно обнаруженной аномальной КСК спустя 9 месяцев наблюдения на фоне приема КОК не выявлено какой-либо динамики по сравнению с исходными данными.

Данные цитологического исследования мазков-отпечатков у пациенток, принимающих РПГТ, свидетельствуют о статистически значимом двукратном увеличении числа нормальных цитогамм, а также уменьшении числа атрофических и дистрофических изменений (на 33% и 12,5% соответственно). Сходная тенденция прослежена и на фоне терапии КОК. Активация процесса плоскоклеточной метаплазии отмечена у половины пациенток с эктопией шейки матки на фоне РПГТ и лишь у 17,5% пациенток на фоне приема КОК. Атипически измененные клетки, по данным цитологического исследования, не были обнаружены ни в одном случае.

При анализе результатов иммуноцитохимического исследования мазков-отпечатков шейки матки отмечено повышение экспрессии эстрогеновых рецепторов (ЭР) и эпидермального фактора роста (EGF) в эндоцервиксе на фоне РПГТ по сравнению с исходными данными в 3 и 2,6 раза соответственно при сохранении практически неизменной активности проапоптотических факторов (TNF- α и Cas) при некотором статистически недостоверном повышении активности Cas. По данным иммуноцитохимического исследования мазков-отпечатков к концу терапии КОК отмечено достоверное снижение экспрессии эстрогеновых (ЭР) в эндо- и прогестероновых рецепторов (ПР) в экзоцервиксе (в 2 и 1,75 раза по сравнению с исходными уровнями), наряду с активацией EGF в экзоцервиксе (в 1,8 раза) при параллельном существенном снижении экспрессии проапоптотических факторов – TNF- α и Cas (в 10 и 4 раза соответственно).

Заключение. Применение натуральных эстрогенов в составе РПГТ в течение 9 месяцев способствует трехкратному повышению экспрессии ЭР, умеренной активации процессов пролиферации при неизменном апоптозе, что проявляется восстановлением зрелости цервикального и вагинального эпителия и нормализацией микробиоценоза влагалища. Аналогичное по продолжительности использование КОК не изменяет состояние эпителия шейки матки, но сопровождается умеренной активацией экспрессии маркера пролиферации при резком снижении проапоптотических факторов. Таким образом, выявленные изменения свидетельствуют о более выраженном положительном влиянии препаратов РПГТ на состояние эпителия влагалища и шейки матки по сравнению с КОК. Указанные процессы могут обусловить оптимальные условия для репликации ВПЧ при половом дебюте, что диктует необходимость выделения девочек-подростков с НМЦ, получающие КОК с лечебной целью, в группу риска по развитию цервикальных интраэпителиальных поражений и приоритетной в проведении профилактических мероприятий.



COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECT OF THE COMBINED DRUGS, CONTAINING NATURAL AND SYNTHETIC ESTROGENS, ON THE CERVIX CONDITION IN ADOLESCENT GIRLS WITH MENSTRUAL DISORDERS

Kumykova Z.Kh., Batyrova Z.K., Khashchenko E.P., Uvarova E.V., Ezhova L.S., Latypova N.H., Kiseleva I.A.

Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Kulakov
Ministry of Medical Care of Russian Federation, Moscow, Russia

The use of natural estrogens in the composition developing and supporting hormonal therapy (DSHT) for 9 months contributes to a threefold increase in the expression of estrogen receptors, moderate activation of proliferation processes with unchanged apoptosis, which is manifested by restoration of the maturity of the cervical and vaginal epithelium. The same for the duration of the combined oral contraceptives (COC) does not change the state of the uterine cervix, but is accompanied by a moderate activation of the expression of marker of proliferation with a

sharp decrease in proapoptotic factors. Thus, the revealed changes indicate a more pronounced positive effect of drugs DSHT on the condition of the vaginal epithelium and uterine cervix in comparison with the COC. These processes can determine the optimum conditions for replication of HPV during sexual debut, which necessitates the allocation of adolescent girls with menstrual disorders, receiving COC with the purpose of treatment, are at risk for the development of cervical intraepithelial lesions and priority in preventive measures.

СИНЕХИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Данилова А.П.

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

Введение: Сращение малых половых губ (синехия) – наиболее частая причина обращения родителей к детскому гинекологу. В настоящее время частота появления данной патологии значительно увеличилась от 0,6–3% девочек по данным 2012 г и доходит до 10% в 2016 г. Пик заболеваемости приходится на возраст от 2-х месяцев до 5–6 лет. К причинам возникновения данной патологии в первую очередь относится неправильная гигиена половых органов в детском возрасте и в периоде новорожденности, а именно слишком частое мытьё половых органов, неправильное и неоправданное нанесение

гигиенических средств, не приспособленных для интимной гигиены девочек на слизистую вульвы и кожу промежности. Вульвовагиниты также приводят к развитию данной патологии. Особое внимание в формировании синехия малых половых губ в настоящее время следует уделить повышенной алергизации детей, в том числе нерациональной вакцинации. Существует мнение, что синехия малых половых губ чаще обусловлена широким применением подгузников. Однако, в практической деятельности отмечена лишь взаимосвязь с использованием

>> www.reproductive-congress.ru

определенных подгузников с добавлением отдушек в своём составе.

Выявление данной патологии чаще всего происходит при амбулаторном осмотре девочек участковыми педиатрами и детскими гинекологами.

Синехия малых половых губ чаще начинается с области задней спайки влагалища и двигается вверх до области клитора. Существует 2 формы данной патологии: при неполной синехии отмечаются изменения уродинамики, "бьющая" струя мочи или подтекание мочи после мочеиспускания. В случае возникновения полной синехии малых половых губ может произойти острая задержка мочеиспускания, в следствии закрытия уретры и нарушения оттока мочи.

Цель исследования: разработать наиболее эффективную тактику лечения данного заболевания у девочек разных возрастов.

Материалы и методы: на базе одной из поликлиник города Москвы, на амбулаторных приемах врача детского гинеколога в период с мая 2016 – декабрь 2016 было зафиксировано 150 обращений по поводу данной патологии, возраст детей варьировался от 0–8 лет. Перед проведением лечения всем пациенткам было проведено клиничко-диагностическое обследование. В общем анализе мочи у всех 100% (150) пациенток было отмечено увеличение числа лейкоцитов от 5 до сплошь в поле зрения, при исследовании кала на я/г лишь у одной пациентки 3-х лет были обнаружены яйца гельминтов. Все пациентки были консультированы аллергологом, 11,3% (51) был поставлен сопутствующий диагноз Атопический дерматит.

Во время осмотра было выявлено 95% (142) пациентки с неполной синехией малых половых губ и 7% (10) с полной. Девочки с полной плотной синехией были своевременно направлены в «Морозовскую ДГКБ» для выполнения разделения синехией малых половых губ в условиях стационара. Девочки с неполной синехией были поделены на 2 группы. В 1 группе всем 100% (71) девочкам было произведено разделение синехии малых половых губ в амбулаторных условиях с последующей терапией эстрогенсодержащим кремом с Эстриолом

1 мг/г в комбинации с гелем (Гепарин 5000МЕ, Аллантоин 1 г), который оказывает не только местно регенерирующее действие, а также обладает противовоспалительным эффектом. После проведения консервативной терапии в течение 7 дней при повторном осмотре отмечалась полная эпителизация слизистой в области разделения синехии.

Во 2 группе 100% (71) проводилось консервативное лечение синехии путём местных аппликаций эстрогенсодержащим кремом Эстриол 1 мг/г в комбинации с регенерирующим гелем. После проведённой местной терапии в течение 14 дней у 77% (55) девочек было отмечено самостоятельное разделение синехии, а у 22% (16) девочек истончение синехии. У 2,8% (2) девочек после местной терапии кремом Эстриол 1мг/г в течение 14 дней было отмечено незначительное нагрубание молочных желез.

Всем пациенткам после проведённого лечения была рекомендована ежедневная гигиеническая обработка области малых половых губ вазелиновым или оливковым маслом, правильная гигиена половых органов, профилактика аллергических реакций, наблюдение детского гинеколога и осмотр через 6 месяцев.

Результаты: результаты терапии оценивались через 6 месяцев. У пациенток из 1 группы было отмечено 8% (6) рецидивов, а у пациенток из 2 группы рецидивы составили 20% (14,2), данным девочкам было потребовалось повторное комбинированное лечение включающее разделение синехии и местную терапию эстрогенсодержащим кремом в течение 7 дней.

Выводы: в результате проведённого исследования мы доказали эффективность лечения синехии малых половых губ у девочек разных возрастов. Таким образом, при правильно выбранном подходе к лечению синехии малых половых губ мы снижаем вероятность появления рецидивов данного заболевания в будущем. А короткий курс местной терапии снижает риск развития побочных эффектов, что очень важно в детской практике.



THE ADHESIONS OF THE LABIA MINORA, THE MODERN APPROACH TO TACTICS OF TREATMENT

Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Danilova A.P.

Department of reproductive medicine and surgery FPDO
Moscow state medico – stomatological University
Morozovskaya children's hospital
Moscow, Russia.

Introduction: Fusion of the labia minora (adhesions) are the most common cause of treatment parents to the children's gynecologist. Currently, the frequency of this pathology has increased significantly from 0.6–3% of girls, according to 2012 and reaches 10% in 2016, the Peak incidence occurs between the ages of 2 months up to 5–6 years. The causes of this disease in the first place is poor hygiene of the genital organs in childhood and in the postnatal period, namely too frequent washing of the genital organs, a wrong and unjustifiable application of the hygienic means, are not adapted for intimate hygiene of girls on the mucosa of the vulva and perineum skin.

Vulvovaginitis also lead to the development of this disease. Special attention in the formation of the adhesions of the labia minora at the present time should be given increased allergization of children, including poor vaccination. There is an opinion that the adhesions of the labia minora are usually due to the widespread use of diapers. However, in practice only the observed relationship using the particular diapers with the addition of fragrances in its composition.

The identification of this disease most often occurs in outpatient examination girls local pediatricians and pediatric gynecologists.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ИНФИТАТЕРАПИИ

Геворкян Г.А., Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Александрова Л.А., Асланян К.О., Голубева О.Н.

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

Первичная олигоменорея (ПО) у подростков – причина гинекологических заболеваний репродуктивного возраста. Синдром вегетативной дистонии в 70% случаев сопровождает эту патологию.

Цель. Анализ возможностей дистанционной инфитатерапии (ДИТ) в лечении девочек с первичной олигоменореей и СВД гипертонического типа (СВД ГТ).

Обследованы 48 девочек в возрасте 14–16 лет с первичной олигоменореей и СВД ГТ. Из них сформировали 2 группы. I группу составили 31 девочка, получивших 7 процедур дистанционной инфитатерапии. II группу (сравнения),

репрезентативную, составили 17 пациенток с вазоактивной медикаментозной терапией.

Результаты. Клиническую эффективность лечения оценивали на основании общего самочувствия, по динамике ЭКГ, ЭЭГ и РЭГ.

Все девочки до лечения предъявляли церебральные, кардиальные и вегетативные жалобы. У 44 (91,7%) девушек ЭКГ была не изменена, а у остальных 4 (8,3%) – выявлены признаки метаболических нарушений в миокарде, не связанных с наличием органической патологии. В ЭЭГ выявлены признаки десинхронизации, которые указывали на раздражение орального отдела ствола с вовлечением дизэнцефальных структур мозга. Область значений РЭГ у пациенток обеих



>> www.reproductive-congress.ru

групп соответствовала высокому тонузу крупных мозговых сосудов при повышенном тонузе мозговых артериол и вен, что влияло на снижение притока крови к мозгу.

После физиотерапии (ФТ) все девочки-подростки отметили улучшение самочувствия и отсутствие жалоб на головные боли и слабость. При визуальной оценки РЭГ у 16 (51,2%) пациенток I и у 7 (35,3%) II группы выявлено повышение кровенаполнения сосудов мозга, а у остальных пациенток в обеих группах – восстановление тонуза мозговых сосудов было неполным. При этом на фоне функциональных проб у 28 (90,3%) больных I и только у 8 (47,1%) II группы отмечено повышение кровенаполнение в бассейне позвоночных артерий (Ri увеличился до $0,16 \pm 0,02$ ом с обеих сторон) вследствие снижения тонуза сосудов.

Рисунок ЭЭГ проанализирован через 1 месяца после лечения. Оказалось, что у 22 (71,0%) девочек I и у 7 (41,2% г) II группы в покое доминировал α -ритм с максимальной

амплитудой в затылочных областях. Пространственное распределение α -ритма было сохранено. Восстановление ритма менструации отмечены в первом случае через 2–3 месяца, во втором – через 3 месяца.

Через 6 месяцев у всех пациенток II группы в ЭЭГ отмечено лишь улучшение пространственного распределения α -ритма и снижение его амплитуды, а также появление патологических форм биоэлектрической активности. Это связано со снятием влияния поддерживающей медикаментозной терапией.

Однако надо отметить, что индивидуально подобранная медикаментозная терапия в периоде последствий после ФТ способствует стабилизации и пролонгированию клинического эффекта.

Выводы. Включение дистанционной инфитатерапии в комплексное лечение девочек-подростков с нарушением ритма менструаций и СВД ГТ является клинически эффективным.

TREATMENT OF GIRLS-TEENAGERS WITH PRIMARY OLIGOMENORRHEA BY REMOTE INFITREAPHY

Gevorkyan G.A., Ipatova M.V., Malanova T.B., Aleksandrova L.A., Aslanyan K.O., Golubeva O.N.

FGBU NC of the AIP & IN AND. Kulakov MH RF, Moscow

Summary. Primary oligomenorrhoea in adolescents is the cause of gynecological diseases of reproductive age. Syndrome of vegetative dystonia in 70 % of cases accompanies this pathology.

Key words: oligomenorrhea, infitaterapia, physiotherapy, bioresonance therapy.

ОПЫТ ГИНЕКОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИГАНТСКИХ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА

Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Колтунов И.Е.2, Моксякова Е.Г.2

1 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация
2 Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

Резюме: описывается клинический случай диагностики и ведения пациентки 14 лет, который представляет интерес в плане

дифференциальной диагностики гинекологической и хирургической патологии.

>> www.reproductive-congress.ru

Актуальность проблемы обусловлена ростом распространенности объемных образований яичников у девочек, особенно в возрасте 12–15 лет на фоне активной стимуляции центральных регулирующих структур.

По данным А.А. Гумерова (1997 г.) новообразования яичников встречаются у детей всех возрастов: начиная с периода новорожденности (в 1,2% случаев) до 16,9% случаев в возрасте промежутке от 9 до 12 лет. Однако в возрастном отрезке от 12 до 15 лет они встречаются наиболее часто - в 55,8% наблюдений.

При этом, по частоте встречаемости, согласно данным разных авторов, первое место занимают опухолевидные образования придатков матки (40–50%), второе и далее – истинные доброкачественные опухоли яичников (гермиогенные, эпителиальные, гонадобластомы). Истинные доброкачественные опухоли растут за счёт пролиферации клеточных элементов органа и, при не осложнённом течении, небольших размерах (до 5–6 см) протекают у детей практически бессимптомно, являясь диагностической находкой при УЗИ органов брюшной полости или на профилактическом осмотре.

Кроме того, опухоли яичника могут быть приняты за новообразования или заболевания других органов (аппендицит, дистопия или опухоль почки и объемные образования других паренхиматозных органов).

Именно поэтому, при возникновении абдоминальных болей у девочек при наличии объемного образования брюшной полости для правильной постановки диагноза весьма целесообразно производить совместный осмотр больной педиатром, гинекологом и хирургом.

В качестве примера дифференциальной диагностики объемного образования яичника представляется следующее клиническое наблюдение:

В отделение гинекологии Морозовской ДГКБ поступила девочка К., 14 лет с диагнозом: кистозное образование левого яичника больших размеров. Диагноз был установлен в другом стационаре, рекомендован перевод в отделение гинекологии МДГКБ, для определения дальнейшей тактики лечения. По данным КТ органов малого таза, выполненного в другом стационаре выявлена киста левого яичника.

Из анамнеза известно, что с раннего возраста девочку беспокоили запоры, диету не соблюдала, периодически использовались слабительные средства с временным эффектом, с октября 2016 года стали отмечаться периодические ноющие боли в животе.

По данным осмотра лихорадки, катаральных явлений не отмечалось, при пальпации в левых отделах живота определялось округлое, безболезненное, плотно-эластичное образование.

Данные клинико-лабораторных методов обследования отмечено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л, лейкоцитов – $3.83 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – не изменена, уровень тромбоцитов – $170 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови повышение уровня СРБ до 30.4 г/л, остальные показатели в пределах нормы.

При до обследовании в отделении гинекологии обращало внимание, что при переходе из положения «лежа» в положение «стоя» образование смещалось кверху и влево, при этом в полости малого таза объемных образований не пальпировалось.

После тщательного анализа данных анамнеза, данных физикального осмотра, результатов дополнительных методов обследования, было заподозрено наличие кисты селезенки. Диагноз был подтвержден при проведении УЗИ органов брюшной полости. Девочка была переведена в отделение неотложной абдоминальной хирургии. Диагноз подтвержден интраоперационно.

На основании вышеизложенного, хотелось бы подчеркнуть, что многообразие вариантов, клинического течения заболевания, особенности возрастной и индивидуальной реакции ребенка, резко ограничивает число абсолютно достоверных симптомов, а использование инструментальных и аппаратных методов без правильной интерпретации малоэффективно.

При постановке правильного клинического диагноза важен тщательный сбор анамнеза, данные физикального осмотра, клиническое мышление и опыт специалиста, дополнительные же методы исследования являются вспомогательными при постановке диагноза.



THE EXPERIENCE OF GYNAECOLOGISTS AND SURGEONS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GIANT-CELL TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE PELVIC CAVITY

Adamyan L.V.1, Sibirskaya E.V.1,2, Koltunov I.E.2, Maksakova E.G.2

1 Department of Reproductive Medicine and Surgery Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation, Moscow, Russian Federation

2 Morozovskaya children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation

Summary: describes a clinical case of diagnosis and management of the patient 14, which is of interest in the differential diagnosis of gynecological and surgical pathology.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПРЕССИИ P16INK4А БИОПТАТА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И ПОДРОСТКОВ

Манухин И.Б., Фириченко С.В., Микаилова Л.У., Телекаева Р.Б.

Россия, Москва, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Подростки и юные женщины являются уязвимой группой для инфицирования ВПЧ в силу физиологических характеристик (наличие эктопии) и сексуального поведения. Примерно 70% сексуально активных молодых женщин инфицированы ВПЧ в какой-то момент, и почти у 25% развивается LSIL. Большинство случаев ВПЧ инфекции в подростковой популяции, являются временными. Частота развития РШМ в этой возрастной группе крайне низкая, только 0,1% от всех случаев цервикального рака развивается в возрасте моложе 20 лет. Учитывая сказанное в большинстве стран Европы к скринингу привлекают с 25 лет, а например, в США скрининг до 21 года запрещен. В США выделяют группу «юных» женщин, для которых риски для будущей беременности связанные с хирургическим лечением шейки матки превышают риск развития рака при наблюдении. В соответствии с рекомендациями (2013) американского общества кольпоскопии (ASCCP) под юными подразумеваются женщины до 24 лет включительно. Для юных женщин рекомендуется применять выжидательную тактику при CIN2. Последнее, обосновано тем, что вероятность регрессии CIN2 высокая, а эксцизия

может оказать негативное влияние на репродуктивную функцию в будущем.

Цель. Оценить клиническую значимость иммуногистохимического исследования экспрессии p16ink4a у молодых женщин с неопределенными результатами (CIN2) гистологического исследования биоптата шейки матки для дифференцированного подхода к эксцизионному лечению CIN у данной группы

Материалы и методы. 217 пациенткам от 18 до 24 лет (включительно), была сделана прицельная биопсия во время кольпоскопии. Показанием для кольпоскопии являлся позитивный скрининговый тест, как правило, аномальный результат цитологического исследования. Средний возраст, включенных, составил 19,9±0,15 (M±s) лет. Средний возраст сексуального дебюта в этой группе был 16,8±1,4 (M±s) лет. Биопсия из одного участка выполнена у 125 (60%), из двух и более у 82 (40%). Десять образцов, которые были не пригодны для гистологического исследования, исключены из анализа. Остались 207 биоптатов. Каждый образец, окрашенный гематоксилином и эозином (ГЭ), был оценен «вслепую» двумя независимыми патологами. Образцы, которые оба или хотя бы один из экспертов патологов оценили как CIN2,

>> www.reproductive-congress.ru

были отобраны для проведения иммуногистохимического исследования (ИГХИ) экспрессии p16ink4a и повторной «слепой» оценке. Биоптаты, однозначно оценённые на первом этапе обоими патологами как норма, CIN1 или CIN3, исследованию на экспрессию p16ink4a не подвергались.

Результаты. При «слепой» оценке препаратов окрашенных ГЭ двумя патологами заключения совпали в 119 (57%) случаях: норма или CIN1 у 78, CIN2 у 27 и CIN3 у 14. Расхождения на одну или две диагностических категории, отмечались в 88 (43%) заключениях. В 75 случаях был установлен диагноз CIN2: в 27 образцах оценка патологов совпала, и по отдельности каждый расценил биоптат как CIN2 еще в 30 и 18 случаях соответственно. На втором этапе после ИГХИ экспрессии p16ink4a в 75 отобранных образцах с CIN2 заключения патологов совпали в 55 случаях. При этом результаты переоценки образцов после ИГХИ в 43 случаях совпали с первоначальной интерпретацией гистологических микропрепаратов, окрашенных ГЭ, и соответствовали CIN2. Однако в 16 случаях оценка тяжести поражения была совместно снижена до CIN1 или нормы, и, напротив, в 16 случаях

диагноз был повышен одним или двумя патологами до CIN3.

Заключение. Дополнительное ИГХИ экспрессии p16ink4a биоптатов с CIN2 существенно улучшает согласие между врачами-патологами, позволяя отнести поражение либо к высокой степени (H-SIL) с потенциальной прогрессией, либо к проявлению ВПЧ инфекции (L-SIL), что особенно важно у молодых женщин. При этом диагноз CIN2, установленный на основании экспрессии p16ink4a, уже нельзя считать сомнительной категорией, а следует расценивать как поражение H-SIL с высоким риском прогрессии. Таким образом, вероятность правильной интерпретации прицельной биопсии отдельно взятым патологом (что почти всегда имеет место в рутинной клинической практике) существенно повышается. Это уменьшает вероятность ошибки и позволяет клиницисту обоснованно принять решение об эксцизии или наблюдении.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, рак шейки матки, воспроизводимость гистологии биоптатов шейки матки, экспрессия биомаркера p16ink4a.

CLINICAL VALUE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF P16INK4A EXPRESSION IN THE CERVIX UTERI BIOPSY SPECIMENS OF YOUNG WOMEN

Manukhin I.B., Firichenko S.V., Mikailova L.U., Telekaeva R.B.

Moscow State Medical and Dental University

This investigation was undertaken to estimate the clinical value of an immunohistochemical study of the expression of the biomarker p16ink4a in young and adolescent women showing ambiguous results (CINII) of a histological study of cervix uteri biopsy specimens. A prospective cohort study was conducted in 207 patients aged 18 to 25 years with CIN. The indicator of p16ink4a expression in the cervix uteri biopsy specimens is a key criterion for choosing the management tactics in young and adolescent patients having ambiguous results of a histological study (CINII) of cervix uteri

lesion. At this time, the probability of correcting the interpretation of biopsy results by one pathologist is substantially increased, which allows a reasoned excision or follow-up decision.

Key words: cervical intraepithelial neoplasia, cancer of the cervix uteri, reproducibility, histology of cervix uteri biopsy specimens, p16ink4a expression.



ОПЫТ ГИНЕКОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИГАНТСКИХ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА

Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Колтунов И.Е. 2, Моксякова Е.Г. 2.

1 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация

2 Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

Резюме: описывается клинический случай диагностики и ведения пациентки 14 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики гинекологической и хирургической патологии.

Актуальность проблемы обусловлена ростом распространенности объемных образований яичников у девочек, особенно в возрасте 12–15 лет на фоне активной стимуляции центральных регулирующих структур.

По данным А.А. Гумерова (1997 г.) новообразования яичников встречаются у детей всех возрастов: начиная с периода новорожденности (в 1,2% случаев) до 16,9% случаев в возрасте промежутке от 9 до 12 лет. Однако в возрастном отрезке от 12 до 15 лет они встречаются наиболее часто – в 55,8% наблюдений.

При этом, по частоте встречаемости, согласно данным разных авторов, первое место занимают опухолевидные образования придатков матки (40–50%), второе и далее – истинные доброкачественные опухоли яичников (герминогенные, эпителиальные, гонадобластомы). Истинные доброкачественные опухоли растут за счёт пролиферации клеточных элементов органа и, при не осложнённом течении, небольших размерах (до 5–6 см) протекают у детей практически бессимптомно, являясь диагностической находкой при УЗИ органов брюшной полости или на профилактическом осмотре.

Кроме того, опухоли яичника могут быть приняты за новообразования или заболевания других органов (аппендицит, дистопия или опухоль почки и объемные образования других паренхиматозных органов).

Именно поэтому, при возникновении абдоминальных болей у девочек при наличии объемного образования брюшной полости для правильной постановки диагноза весьма целесообразно производить совместный осмотр больной педиатром, гинекологом и хирургом.

В качестве примера дифференциальной диагностики объемного образования яичника представляется следующее клиническое наблюдение:

В отделение гинекологии Морозовской ДГКБ поступила девочка К., 14 лет с диагнозом: кистозное образование левого яичника больших размеров. Диагноз был установлен в другом стационаре, рекомендован перевод в отделение гинекологии МДГКБ, для определения дальнейшей тактики лечения. По данным КТ органов малого таза, выполненного в другом стационаре выявлена киста левого яичника.

Из анамнеза известно, что с раннего возраста девочку беспокоили запоры, диету не соблюдала, периодически использовались слабительные средства с временным эффектом, с октября 2016 года стали отмечаться периодические ноющие боли в животе.

По данным осмотра лихорадки, катаральных явлений не отмечалось, при пальпации в левых отделах живота определялось округлое, безболезненное, плотно-эластичное образование.

Данные клинико-лабораторных методов обследования отмечено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л, лейкоцитов – $3.83 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – не изменена, уровень тромбоцитов – $170 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови повышение уровня СРБ до 30.4 г/л, остальные показатели в пределах нормы.

При до обследовании в отделении гинекологии обращало внимание, что при переходе из положения «лежа» в положение «стоя» образование смещалось кверху и влево, при этом в полости малого таза объемных образований не пальпировалось.

После тщательного анализа данных анамнеза, данных физикального осмотра, результатов дополнительных методов обследования, было заподозрено наличие кисты селезенки. Диагноз был подтвержден при проведении



>> www.reproductive-congress.ru

УЗИ органов брюшной полости. Девочка была переведена в отделение неотложной абдоминальной хирургии. Диагноз подтвержден интраоперационно.

На основании вышеизложенного, хотелось бы подчеркнуть, что многообразие вариантов, клинического течения заболевания, особенности возрастной и индивидуальной реакции ребенка, резко ограничивает число абсолютно

достоверных симптомов, а использование инструментальных и аппаратных методов без правильной интерпретации малоэффективно.

При постановке правильного клинического диагноза важен тщательный сбор анамнеза, данные физикального осмотра, клиническое мышление и опыт специалиста, дополнительные же методы исследования являются вспомогательными при постановке диагноза.

THE EXPERIENCE OF GYNAECOLOGISTS AND SURGEONS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GIANT-CELL TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE PELVIC CAVITY

Adamyan L.V.1, Sibirskaya E.V.1,2, Koltunov I.E.2, Maksakova E.G.2

1 Kafedra reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation

2 Morozovskay children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation

Summary: describes a clinical case of diagnostics and management of the patient 14, which is of interest in the differential diagnosis of gynecological and surgical pathology.



ГЛАВА 7/ CHAPTER 7:

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА
MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF
INFERTILE MARRIAGESЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ (ЭКО) ЗА СЧЕТ
СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(ОМС) У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Кулешова Д.А., Мелехова Н.Ю., Густоварова Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ФДПО

Смоленский Государственный Медицинский Университет, ООО МЦ «Гинея», г. Смоленск, Россия

Проведен анализ 80 программ ВРТ за счет средств ОМС (40 пациенток в возрасте 40 лет и старше, 40 пациенток – младше 40 лет). Выявлена тенденция снижения с возрастом количества и качества полученных эмбрионов. Эффективность программ ВРТ у женщин данной возрастной группы не высока (12,5%), что требует расширения применения циклов с донорскими ооцитами.

Доля пациенток старшего и позднего репродуктивного возраста в программах (ЭКО)/ (ИКСИ) составляет более 1/3 [1], при этом половина из них – женщины старше 40 лет [1, 2]. Согласно данным Национального Регистра ВРТ, число женщин 40 лет и старше, включенных в цикл ЭКО/ИКСИ, с каждым годом значительно увеличивается без тенденции к снижению. Кроме того, расширение показаний для проведения программ ВРТ за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации согласно приказу 916 н «О перечне видов высокотехнологической помощи» от 10.12.2013 [3], 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 эффективности программ ВРТ, проведенных за счет средств ОМС (обязательного медицинского страхования), у пациенток старше 40 лет. **Материалы и методы.** В исследование были включены 80 циклов ВРТ за счет средств ОМС. Возраст пациенток составил от 25 до 45 лет. 40 пациенток в возрасте от 40 до 45 лет, которым было проведено лечение бесплодия с помощью программ ВРТ за счёт средств ОМС, были отобраны в исследуемую группу (I). В группу контроля (II) путем случайной выборки были включены 40 пациенток младше 40 лет, также взятые в программу ВРТ за счет средств ОМС. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 10 for Windows. Длительность бесплодия у пациенток 40 лет и старше составила от 2,5 до 20 лет, в среднем $10,32 \pm 0,96$, в группе контроля она была достоверно меньше $7,38 \pm 0,58$ лет ($p < 0,05$). Следует отметить, что ведущим фактором бесплодия у пациенток старше 40 лет и женщин с вторичным бесплодием в возрасте до 40 лет был трубно-перитонеальный. У исследуемых IIa группы лидирующим было эндокринное бесплодие, кроме того, трубное бесплодие в сравнении с пациентками Ia группы встречалось достоверно реже. При

>> www.reproductive-congress.ru

оценке акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток, включенных в программу ВРТ за счет средств ОМС, достоверных различий выявлено не было ($p>0,05$). При оценке метода индукции овуляции (ИО) было выявлено, что в I группе у 13 (32,5%) был применен короткий протокол с антагонистами ГнРГ, у 27 (67,5%) – длинный с агонистами ГнРГ. Следует отметить, что беременность наступила только у 5 (12,5%) пациенток, включенных в длинный протокол ИО, у пациенток с коротким протоколом беременностей получено не было. В группе контроля (II) стимуляция суперовуляции у 37 (92,5%) пациенток проводилась по короткому протоколу и лишь у 3 (7,5%) – длинный протокол. Число полученных беременностей составило 7 (17,5%), протокол ИО – короткий, при использовании длинного протокола беременностей не получили. Суммарные дозы рекомбинантного ФСГ (рек-ФСГ)

в обеих когортах достоверно не отличались и составили $2258,50\pm 154,62$ ЕД и $1744,88\pm 97,96$ ЕД ($p>0,05$). Число полученных ооцитов также статистически не значимо $4,85\pm 0,57$ и $5,3\pm 0,58$ ($p>0,05$). Пациенток I когорты распределили по подгруппам 40–41, 42–43, 44–45 лет. Достоверных различий в оцениваемых параметрах (число антральных фолликулов, базальный ФСГ, доза рек-ФСГ, число ооцитов и число полученных эмбрионов) в подгруппах пациенток не получено. Выявлена тенденция снижения с возрастом числа эмбрионов высокого качества. Возможность проведения программ ВРТ за счет средств ОМС у женщин позднего репродуктивного возраста не компенсирует естественных репродуктивных потерь ввиду невысокой их эффективности (12,5%). Лечение бесплодия у таких пациенток требует выбора оптимальной тактики и расширения применения программ ВРТ с донорскими ооцитами.

IN VITRO FERTILIZATION (IVF) AT THE EXPENSE OF MEANS OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE (OMI) IN WOMEN OLDER THAN 40 YEARS

Kuleshova D.A., Melekhova, N.Yu., Gustovarova T.A.

Department of obstetrics and gynecology, post-graduate education
Smolensk State Medical University OOO MC "Guinea", Smolensk, Russia

80 ART programs at the expense of mandatory health insurance funds (40 patients aged 40 years and older, 40 patients – younger than 40 years) have been analyzed. The tendency of decreasing number and quality of the embryos with age has

been discovered. The effectiveness of ART programs between women of this age group is not high (12.5%), that requires an expansion of using the cycles with donor oocytes.

ИНДУКЦИЯ ОВУЛЯЦИИ ПО «КОРОТКИМ» СХЕМАМ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Кулешова Д.А., Мелехова Н.Ю., Густоварова Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ФДПО
Смоленский Государственный Медицинский Университет, ООУ МЦ «Гинейя», г. Смоленск, Россия

Проведено проспективное исследование 40 программ ВРТ пациенток старше 40 лет за

счет средств ОМС (20 пациенток, для контролируемой овариальной стимуляции которых

>> www.reproductive-congress.ru

использовался короткий протокол с агонистами, 20 исследуемых, у которых был применен протокол с антагонистами). Выявлено, что использование протокола с агонистами позволяет получить большее число зрелых ооцитов.

Особенностью проведения программы ЭКО у женщин старшего репродуктивного возраста является необходимость выбора определенного протокола стимуляции с учетом риска «бедного» ответа яичников и «возрастного» ухудшения качества ооцитов. Наиболее остро стоит проблема выбора между наиболее эффективными протоколами – с использованием препаратов агонистов или антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ). Целью исследования явилась оценка клинических исходов, эмбриологических характеристик стимуляции овуляции по протоколу с антагонистами и короткому протоколу с агонистами ГнРГ 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, стимуляция овуляции которым проводилась с применением фоллитропина альфа в дозе 300 МЕ и трипторелина в дозе 0,1 мг ежедневно. Ко II группе были отнесены 20 исследуемых, для СО которых использовались фоллитропин альфа в дозе 300 МЕ ежедневно и, при достижении одним и более фолликулов диаметра 13–14 мм, цетрореликс в дозе 0,25 мг ежедневно. 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.

Оценка длительности цикла стимуляции у пациенток исследования не выявила статистически значимых межгрупповых различий. Длительность цикла СО в I группе составила $11,95 \pm 0,3$, во II группе – $11,7 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Сравнение суммарных доз гонадотропинов в цикле овариальной стимуляции также было сопоставимо между исследуемыми когортами. Дозы рФСГ составили $2841,31 \pm 87,5$ и $2527,52 \pm 44,1$ МЕ для I и II групп соответственно ($p > 0,05$). Соотношение числа ооцитов к числу фолликулов в I выборке было статистически значимо меньше, чем во II, что свидетельствует о том, что у пациенток в коротком протоколе с агонистами

большее число «пустых» фолликулов. Однако, следует отметить, что у пациенток II выборки показатель соотношения числа зрелых ооцитов к общему числу ооцит-кумулясных комплексов был достоверно меньше, в сравнении с женщинами, получавшими агонист ГнРГ, кроме того, у 2 (10%) исследуемых данной выборки вообще не было получено зрелых ооцитов. Доля зигот с нормальным оплодотворением (2PN2PB) в I группе составила 77,3%, во II группе – 75,2% ($p > 0,05$). Доля эмбрионов различного качества также не имела статистически значимых различий. Число переносимых эмбрионов у пациенток I когорты составило – $1,90 \pm 0,07$, II – $1,6 \pm 0,17$ ($p > 0,05$). У 3 (15%) пациенток I группы была зарегистрирована клиническая беременность, среди женщин II группы клиническая беременность также была получена в 3 (15%) случаях ($p > 0,05$). Частота живорождения также не имела статистически значимых межгрупповых различий и составила 15% (3 из 20) для исследуемых I группы и 10% (2 из 20) во II группе. Частота наступления беременности, как и число полученных ооцитов и эмбрионов в исследуемых группах достоверно ниже по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста, что подтверждает зависимость оогенеза при контролируемой овариальной стимуляции от исходного состояния овариального резерва.

Таким образом, проведение стимуляции овуляции в программах ВРТ у женщин старше 40 лет требует учета параметров овариального резерва с целью определения репродуктивного потенциала и возможности получения беременности с использованием собственных ооцитов женщины. Использование «длинных» протоколов стимуляции в данной возрастной группе увеличивает стоимость лечения, что ограничивает возможность их применения в программах ВРТ за счет средств ОМС. Среди «коротких» схем протокол с агонистами позволяет получить большее число ооцитов хорошего качества.



INDUCTION OF OVULATION TO "SHORT" CIRCUITS IN THE PROGRAMS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY IN WOMEN OVER 40

Kuleshova D.A, Melekhova N.Yu., Gustovarova T.A.

Department of Obstetrics and Gynecology
Smolensk State Medical University, OOO MC Ginea, Smolensk, Russia

A prospective study of 40 ART programs in patients older than 40 years at the expense of the OMS (Compulsary medical insurance) (for 20 patients a controlled ovarian stimulation with a short protocol with agonist was used, for 20

other examined a protocol with antagonists was applied) was undertaken. It was found out that when using the protocol with agonists the number of mature oocytes was higher.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛУЧЕНИЯ НЕЗРЕЛЫХ ООЦИТОВ В ПРОГРАММЕ ЭКО

Владимирова И.В., Калинина Е.А., Донников А.Е., Беляева Н.А., Макарова Н.П.

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

Несмотря на совершенство современных схем стимуляции суперовуляции при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), проблема получения незрелых ооцитов остается актуальной как с научной, так и с клинической точки зрения. В связи с низкой фертилизацией незрелых гамет (5-10%) зачастую происходит прерывание дальнейшей терапии методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), что влечет за собой как психологические травмы, так и экономические потери. Прогнозирование получения незрелых ооцитов может позволить проводить лечение и планировать эмбриологическую тактику еще на этапе подготовки пациентки к проведению программы ЭКО. Только такой подход может обеспечить достижение максимального результата лечения бесплодия – наступление клинической беременности и рождение здорового ребенка.

В настоящее время в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» разработана диагностическая панель для генотипирования пациенток с высоким риском получения незрелых половых

клеток (патент на изобретение №2577712). В качестве потенциальных молекулярно-генетических предикторов степени зрелости полученных ооцитов исследуются полиморфные локусы генов: AMHR2(-482 A>G) [rs 2002555]; LHCGR 935 A>G (Asn312Ser) [rs 2293275]; ESR2 G>A [RsaI] [rs 4986938]; LHCGR 872 A>G (Asn291Ser) [rs 12470652]. Предикция исходов стимуляции суперовуляции позволит пациенткам с высоким риском получения незрелых гамет заранее осуществить выбор клиники для лечения бесплодия, основываясь на возможности проведения инкубации и созревания ооцитов.

В качестве лечебной терапии для снижения риска получения незрелых половых клеток будет использована инновационная программа подготовки яичников к стимуляции суперовуляции – прием инозитол никотината (миоинозитол). Данный препарат представляет собой витамин В8 – один из 9 стереоизомеров шестиатомного спирта инозитола. Инозитол никотинат и его производные выступают как важные передатчики сигнала во внутриклеточных сигнальных каскадах в форме различных инозитолфосфатов и

>> www.reproductive-congress.ru

фосфатидилинозитоловых липидов, участвуя в регуляции уровней внутриклеточного кальция, в клеточном морфогенезе и цитогенезе, в синтезе липидов, в создании клеточных мембран и в росте клеток. Участие миоинозитола в передаче сигнала от рецептора инсулина и осуществлении эффектов ЛГ, ФСГ обеспечивает более полное вызревание ооцитов. Проспективное, контролируемое, рандомизированное исследование показало, что миоинозитол улучшает функциональное состояние ооцитов у пациентов (Venturella et al., 2012). Инозитол никотинат и его производные необходимы для осуществления эффектов гонадоприн-релизинг гормона, ЛГ и ФСГ, тем самым оказывая положительное влияние на функционирование репродуктивной системы и фертильность (инвазия трофобласта при закреплении бластоцисты, функции яичников, ооцитов, плаценты).

Применение инозитол никотината у пациентов с высоким риском получения незрелых ооцитов до программы стимуляции суперовуляции

может существенно повысить частоту получения зрелых (пригодных для оплодотворения и последующего дробления) ооцитов, тем самым увеличить эффективность лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий.

Резюме. Вариабельность овариального ответа среди пациенток в программах экстракорпорального оплодотворения исключает возможность единого подхода к стимуляции функции яичников. Генетический скрининг может позволить прогнозировать исходы стимуляции суперовуляции, индивидуализировать тем самым терапию бесплодия. Целью исследования явился поиск молекулярно-генетических предикторов особенностей фолликулогенеза, оогенеза, эмбриогенеза в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: полиморфизм генов, молекулярно-генетические предикторы, бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), овариальный ответ

MODERN METHODS FOR PREDICTING AND PREVENTING OF IMMATURE OOCYTES COLLECTED IN THE IVF PROGRAM

Vladimirova I.V., Kalinina E.A., Donnikov A.E., Belyaeva N.A., Makarova N.P.

Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Summary. Variability in the subfertile patient population excludes the possibility of a single approach to controlled ovarian stimulation. Genetic screening may allow an individual patient's response to stimulation during controlled ovarian stimulation to be predicted based on genotype. The objective of the study was to analyze

the specific features of folliculogenesis, oogenesis, and embryogenesis in patients in relation to single nucleotide polymorphisms in assisted reproductive technology.

Key words: single-nucleotide polymorphism (SNP), genetic predictors, infertility, in vitro fertilisation (IVF), ovarian response.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО И ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЫ

Бабаян А.А., Николаева М.А., Смольникова В.Ю., Степанова Е.О., Ванько Л.В., Калинина Е.А., Кречетова Л.В.

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

Работа посвящена изучению влияния иммунорегуляторного потенциала семенной плазмы полового партнера, в частности содержащихся

в ней цитокинов TGF- β 1 и IL-18, на реализацию репродуктивной функции женщин в программе ЭКО. Впервые обнаружена зависимость



>> www.reproductive-congress.ru

частоты наступления беременности в программе ЭКО от содержания цитокинов TGF- β 1 и IL-18 в семенной плазме, а также показано

влияние семенной плазмы, на клеточное звено иммунитета пациенток.

EFFECTIVENESS OF ECO PROGRAMS AND IMMUNOREGULATORY POTENTIAL OF SEED PLASMA

Babayan A.A., Nikolaeva M.A., Smolnikova V.Y., Stepanova E.O., Vanko E.O., Kalinina E.A., Krechetova L.V.

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

The aim of this study was to evaluate whether the levels of seminal TGF- β 1 and IL-18 in the partner's SP are associated with the circulating regulatory T-cells (Tregs) in women and IVF outcomes. During IVF treatment women were exposed to partner's SP via intravaginal application just after

the ovum pick-up. Further, we conducted a analysis of a collected data. Two key cytokines TGF- β 1 and IL-18, both present in SP, are associated with circulating Tregs and reproductive outcomes in women exposed to SP during IVF/ICSI treatment.

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Перминова С.Г.1, Митюрин Е.В.1, Селимова Ф.Н.1, Козырина Н.В.2, Абубакиров А.Н.1

1 Россия, г. Москва, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2 Россия, г. Москва, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии

С целью определения эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у женщин с ВИЧ-инфекцией проведено проспективное исследование случай-контроль, в которое включены 38 серопозитивных (основная группа) и 56 серонегативных (группа контроля) по ВИЧ пациенток. В основной группе проведено 74 цикла экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), в том 44 лечебных и 30 криоциклов. В контрольной группе – 59 и 30 циклов соответственно. Стимуляцию суперовуляции проводили в длинных протоколах и протоколах с анТГНГ с использованием препаратов рФСГ и ЧМГ. При подготовке эндометрия в криоциклах использовали препараты натуральных эстрогенов и микронизированного прогестерона. Инфекционный статус пациенток оценивали на основании данных о стадии и фазе заболевания, уровне вирусной нагрузки, CD4+ и длительности АРВТ.

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту (медиана 34 и 32 года; $p=0,160$). «Стаж» ВИЧ-инфекции составил 10 лет (медиана, интерквартильный интервал (ИИ) 6-13 лет), преобладала 3 субклиническая стадия заболевания (68,4%). Пациентки со стадией заболевания 4а (23,6%), 4б (5,3%) и 4в (2,6%) находились в фазе ремиссии. Комбинированную АРВТ получали все женщины, из них 37 принимали препараты группы НИОТ в сочетании с ИП, 1 пациентка – НИОТ+ННИОТ. Медиана продолжительности приема препаратов составила 4 года (2–6,2 лет). Вирусная нагрузка в крови перед проведением программы ЭКО была неопределяемая в 100% случаев. Медиана уровня CD4+ составила 625,5 мкл в 1 кл (412,7–815,5), CD8+ – 757 мкл в 1 кл (616–1129,5), что свидетельствует о «благополучном» состоянии иммунной системы, несмотря на наличие ВИЧ-инфекции. У 10 (26,3%) ВИЧ-серопозитивных женщин выявлен



сопутствующий гепатит С, у 9 (24,3%) – гепатит С диагностирован у супруга. Пациентки основной и контрольной групп были сопоставимы по длительности и фактору бесплодия – в обеих группах наиболее часто встречался трубно – перитонеальный фактор (39,5 и 30,4%, $p=0,467$). В группе ВИЧ-инфицированных женщин преобладало вторичное бесплодие (76,3% и 35,7%; $p=0,0001$). Искусственный аборт в анамнезе был у каждой второй пациентки с ВИЧ-инфекцией (47,3%) и у каждой седьмой серонегативной по ВИЧ женщины (14,2%; $p=0,0001$). Внематочная беременность также статистически значимо чаще встречалась в основной группе по сравнению с группой контроля (31,5% и 16,1%; $p=0,049$). Неразвивающаяся беременность наблюдалась одинаково часто (13,1% и 8,9%; $p=0,436$). Роды в анамнезе были только у 4 ВИЧ-серонегативных пациенток (7,1%). В структуре гинекологической патологии у женщин с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречались патология шейки матки (28,9%) и хронический сальпингоофрит (28,9%), что было сопоставимо с контрольной группой. Однако осложненные формы воспалительных заболеваний придатков матки наблюдались только в основной группе (7,9%). Инфекции передаваемые половым путем (сифилис, хламидиоз) в анамнезе были у 11 (28,9%) женщин с ВИЧ-инфекцией и у 3 (5,3%) без ВИЧ-инфекции ($p=0,001$). Оперативные вмешательства на органах малого таза были выполнены у 27 (71%) ВИЧ-инфицированных женщин основной группы и у 31 (55,4%) в группе контроля ($p=0,036$). В структуре объема операций в обеих группах преобладала тубэктомия, причем чаще она проведена в группе женщин с ВИЧ-инфекцией (47,3 и 30,4%; $p=0,046$). Частота резекции яичников была сопоставима в обеих группах (13,1% и 14,2%; $p=0,429$). Концентрация

АМГ была существенно ниже (1,86 нг/мл и 3,2 нг/мл; $p=0,024$), а уровни ФСГ статистически значимо выше (7,9 МЕ/л и 6,3 МЕ/л; $p=0,013$) в группе ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с серонегативными по ВИЧ пациентками. Анализ параметров стимулированного цикла не выявил существенной разницы в стартовой, суммарной дозах гонадотропинов и длительности стимуляции в обеих группах. Тем не менее, у пациенток с ВИЧ-инфекцией было получено меньшее количество ооцитов ($8,86\pm 1,1$ и $12,9\pm 0,8$; $p=0,001$), зрелых ооцитов ($7,45\pm 0,9$ и $10,1\pm 0,6$; $p=0,003$), зигот ($5,88\pm 0,7$ и $8,4\pm 0,001$; $p=0,001$), эмбрионов на стадии дробления ($5,55\pm 0,6$ и $8,1\pm 0,4$; $p=0,001$) и blastocyst ($2,68\pm 0,5$ и $4,4\pm 0,4$; $p=0,009$) по сравнению с контрольной группой. Селективный перенос одного эмбриона проводился на 3-и или 5-е сутки культивирования в обеих группах. Выявлена более низкая частота клинической беременности у пациенток с ВИЧ-инфекцией по сравнению с серонегативными по ВИЧ женщинами как в лечебных циклах ВРТ (13,8% и 40,4%; $p=0,014$), так и в криоциклах (20% и 53,6%; $p=0,008$). У женщин с ВИЧ-инфекцией отмечена низкая эффективность программ ВРТ, что может быть обусловлено влиянием как самой инфекции на репродуктивную функцию, воздействием АРВТ, а так же других факторов, что требует дальнейших исследований.

Проведена оценка эффективности программы ЭКО у женщин с бесплодием и ВИЧ-инфекцией. Показана низкая частота клинической беременности в данной группе пациенток. Необходимы дальнейшие проспективные исследования случай-контроль для понимания специфических эффектов, оказываемых ВИЧ и/или АРВТ на исходы циклов ЭКО.

DISORDERS OF REPRODUCTIVE FUNCTION AND OUTCOMES OF ART PROGRAMS IN WOMEN WITH HIV INFECTION

Perminova S.1, Mityurina E.1, Selimova F.1, Kozirina N.2, Abubakiriv A.1

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

2 Federal Budget Institution of Science "Central Research Institute of Epidemiology"

The effectiveness of the IVF program in women with infertility and HIV infection was evaluated. The low frequency of clinical pregnancy in this group of patients is shown. Further prospective

case-control studies are needed to understand the specific effects of HIV and / or ARVT on outcomes of IVF cycles.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КРИОКОНСЕРВАЦИИ ЯИЧНИКОВОЙ ТКАНИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Рухляда Н.Н., Казанцев В.А.

Достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний значительно улучшили показатели выживаемости больных, особенно молодого возраста. Однако, используемые методики лечения отрицательно влияют на репродуктивную функцию пациентов, зачастую приводя к полной утрате возможности продолжения рода.

На сегодняшний день существует 2 группы методов сохранения фертильности у таких пациентов:

1. Криоконсервация неоплодотворённых и оплодотворённых яйцеклеток (эмбрионов).
2. Криоконсервация яичниковой ткани.

Первая методика получила широкое распространение в репродуктивной медицине после появления метода витрификации, но она исключает возможность восстановления гормональной функции и наступления спонтанной беременности, сопряжена со значительными финансовыми затратами, а также требует определённого времени для стимуляции суперовуляции и забора необходимого количества яйцеклеток. Возможности этого метода также ограничены при гормон-зависимых опухолях.

Криоконсервация и последующая аутоперсплантация яичниковой ткани даёт возможность сохранить фертильность пациенткам, которым требуется срочная гонадотоксическая терапия агрессивных гормончувствительных злокачественных опухолей, давая возможность начать терапию онкологического заболевания непосредственно после забора яичниковой ткани, сохранить репродуктивную и гормональную функции после реимплантации, а также даёт возможность использовать методику в раннем возрасте.

Известно, что большая часть яйцеклеток содержится в примордиальных фолликулах, расположенных в кортикальном слое яичника, поэтому получение даже небольшого объёма коркового вещества яичника позволяет сохранить большое количество яйцеклеток.

Сегодня в мире используются 2 методики криоконсервации яичниковой ткани: метод медленного замораживания и витрификация.

Перспективным, но не сертифицированным и недостаточно изученным методом является криоконсервация в клатратах ксенона, потенциально позволяющая улучшить показатели жизнеспособности ткани после размораживания.

Ксенон как газ не подвергается биотрансформации, слабо растворим в биологических жидкостях организма, однако более значимо, чем остальные инертные газы. Вследствие метаболической и биохимической инертности ксенон не обладает острой и хронической токсичностью, не нарушает клеточных структур.

Посредством водных структур ксенона возможна блокада клетки, когда в результате волновых взаимодействий прекращаются метаболические процессы, изменяется проницаемость мембраны клетки для кислорода и глюкозы, а, рассматривая постксеноновые процессы, можно наблюдать, активацию клеточных функций и метаболизма.

Таким образом, разработка универсальной сертифицированной методики криоконсервации яичниковой ткани на сегодняшний день является актуальным вопросом, требующим дополнительных исследований. Одним из возможных методов повышения эффективности криоконсервации может стать использование криоконсервации в клатратах ксенона.

Резюме. Несмотря на значительные успехи в лечении онкологических больных, вопрос сохранения фертильности у таких пациентов остаётся нерешённым. Разработка универсальной сертифицированной методики криоконсервации яичниковой ткани на сегодняшний день является актуальным вопросом, требующим дополнительных исследований. Одним из возможных методов повышения эффективности криоконсервации может стать использование клатратов ксенона.



MODERN METHODS OF CRYOPRESERVATION OF OVAR TISSUE FOR CONSERVATION OF FERTILITY OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Rukhlyada N.N., Kazantsev V.A.

Despite the significant success in the treatment of cancer patients, the issue of fertility preservation in such cases remains unresolved. The development of universal certified method of ovarian

tissue cryopreservation is needed. One of the possible methods for increasing the cryopreservation effectiveness can be the use of xenon clathrates in addition to conventional freezing.

ФАКТОРЫ РИСКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Рубина Е.В., Давыдов А.И., Шахламова М.Н.

Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) представляют собой высокотехнологическую медицинскую помощь в решении проблемы бесплодия. В структуре ВРТ особое место занимает перенос эмбрионов (ПЭ). Однако как любая медицинская технология ПЭ сопровождается осложнениями различного рода. Наиболее частым осложнением ВРТ считается эктопическая (внематочная) беременность (ЭБ). Согласно сводным данным частота ЭБ после ПЭ варьирует в пределах 1,5–5,5%. При этом механизмы ее развития остаются малоизученными. В литературе обсуждается большой список факторов риска ЭБ после ПЭ. Часть из них непосредственно связаны с бесплодием (материнские), имеют схожую характеристику с факторами риска ЭБ в целом, часть – отличаются спецификой, обусловленной особенностями технологий ПЭ. Нами изучена прогностическая значимость указанных факторов. Материалом для исследования послужили как собственные данные (46 наблюдений), так и мета-анализ литературных источников.

Прогностическая значимость от 8 до 14% была характерна для следующих факторов: 1) трубное бесплодие; 2) операции на маточных трубах в анамнезе; 3) эктопическая беременность в анамнезе; 4) воспалении органов малого таза; 5) ПЭ в большом объеме питательной среды. Прогностическая значимость от 1 до

8% отмечалась при: 1) гиперстимуляции яичников; 2) нелеченном эндометриозе. В группу со значимостью менее 1% (так называемые потенциальные риски) включены: 1) возраст матери; 2) доброкачественные заболевания матки; 3) курение; 4) использование медикаментозных средств для триггера овуляции; 5) интенсивная поддержка лютеиновой фазы; 6) вспомогательный хэтчинг (assisted hatching); 7) качество эмбрионов; 8) методика переноса эмбрионов.

Возможно, особого внимания заслуживают операции на маточных трубах в анамнезе. Частота ЭБ после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах (лечение трубно-перитонеального бесплодия, хирургическая стерилизация, органосохраняющее хирургическое лечение трубной беременности) варьирует в широких пределах и зависит от техники и объема оперативного вмешательства. Показано, что после сальпинго- и/или овариолизиса частота ЭБ сравнительно невысока и составляет 5,9–6,1%. После фимбриопластики этот показатель повышается до 12% (повреждение эндосальпинкса приводит к формированию непроходимости трубы в ее ампулярном отделе вследствие «слипания» фимбрий), а после неосальпингостомии ЭБ наблюдается почти у каждой четвертой пациентки (25–27%), что обусловлено грубыми повреждениями дистальных отделов трубы с вовлечением в



>> www.reproductive-congress.ru

деструктивный процесс всех слоев ее стенки, вплоть до образования сактосальпинкса. Это указывает на необходимость тщательного подбора пациенток для восстановительных операций на маточных трубах и нецелесообразность их применения в ряде клинических ситуаций.

Резюме. Проведен анализ факторов риска эктопической беременности после переноса эмбрионов. Установлено высокое прогностическое значение трубного бесплодия, операций на маточных трубах, трубной беременности в анамнезе, воспалении органов малого таза (8–14%).

RISK FACTORS OF ECTOPIC PREGNANCY FOLLOWING IN VITRO FERTILIZATION WITH EMBRYO TRANSFER

Rubina E.V., Davydov A.I., Shakhlamova M.N.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

The analysis of risk factors of ectopic pregnancy following in vitro fertilization with embryo transfer. High prognostic value of tubal sterility, surgery of the fallopian tubes, tubal pregnancy in the anamnesis, pelvic inflammatory disease (8–14 %) is established.



ГЛАВА 8/ CHAPTER 8:

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ MODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE DIAGNOSIS THE REPRODUCTIVE SYSTEM

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВО ВРЕМЯ ТАЗОВОЙ И ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

Байдо С.В., Винницкая А.Б., Голуб Д.А.

Украина, г. Киев, «LISOD – Больница израильской онкологии»

Повреждение магистральных сосудов при лапароскопических вмешательствах довольно редкое, но весьма драматическое осложнение. Ранение магистрального сосуда почти во всех случаях требует конверсии на лапаротомию для остановки кровотечения.

В работе представлен наш опыт выполнения лапароскопического гемостаза при повреждениях магистральных сосудов, возникших во время выполнения тазовой и парааортальной лимфодиссекции. Описана техника и этапы выполнения гемостаза, проведен анализ ближайших послеоперационных результатов.

За период с 2010 по март 2017 года в клинике во время лапароскопических радикальных онкологических вмешательств выполнено 663 регионарных лимфодиссекции у 622 пациентов, из них: 267 тазовых (ТЛД) и 396 парааортальных (ПАЛД). При этом в 581 случае диссекция проведена в одном регионе (226 ТЛД и 355 ПАЛД), тогда как у 41 пациента проведена как тазовая, так и парааортальная лимфодиссекция. Показаниями для выполнения диссекции лимфоузлов были злокачественные опухоли шейки матки – 130 (20,9%), эндометрия – 122 (19,6%), яичников – 15 (2,4%), колоректальные – 343 (55,1%)

и другие нозологии (семинома яичка, меланомы) – 12 (1,9%). У 7 пациентов (1,1%) во время выполнения лимфодиссекции произошло повреждение магистрального сосуда: по два случая ранения аорты и нижней полой вены, два ранения общей и наружной подвздошной вены и одно – наружной подвздошной артерии. Ранящим инструментом у всех пациентов были гармонические ножницы, которыми мы выполняли лимфодиссекцию. Остановка кровотечения во всех случаях была выполнена путем лапароскопического ушивания дефекта сосуда без конверсии на лапаротомию.

Мы выделяем такие основные этапы успешного лапароскопического гемостаза: 1) временная остановка кровотечения путем прижатия дефекта инструментом; 2) диссекция сосуда выше и ниже места повреждения для наложения сосудистых клем (если размер дефекта сосуда более 2 мм); 3) ушивание дефекта сосуда нерассасывающейся монофиламентной нитью (prolene 5/0).

Все случаи повреждения сосудов возникли при выполнении операций у пациентов, ранее перенесших химио- или лучевую терапию. Размер дефекта сосуда у пяти пациентов был до



>> www.reproductive-congress.ru

2 мм, в двух случаях ранения нижней полой вены размер дефекта составил 5 и 8 мм. Среднее время от момента повреждения сосуда до окончательной остановки кровотечения составило 17 минут (от 11 до 34 мин). Средняя кровопотеря была 150 мл (от 45 до 650 мл). Реинфузия крови не проводилась, ни в одном случае не понадобилась гемотрансфузия. Средние сроки госпитализации, уровень осложнений у пациентов с ранением сосуда не отличались от основной группы. Смертельных исходов не было.

Таким образом, повреждение крупных магистральных сосудов при выполнении

лапароскопической лимфодиссекции у онкологических больных – довольно редкое, однако очень серьезное осложнение. Лапароскопическое завершение гемостаза возможно при четкой и слаженной работе операционной бригады и высокой квалификации оперирующего хирурга.

Резюме: В статье отражен опыт выполнения лапароскопического гемостаза при повреждениях магистральных сосудов, возникших во время выполнения тазовой и парааортальной лимфодиссекции. Описана техника и этапы выполнения гемостаза, проведен анализ ближайших послеоперационных результатов.

LAPAROSCOPIC HEMOSTASIS OF VASCULAR INJURIES DURING PELVIC AND PARAAORTAL LYMPH NODE DISSECTION

Baydo S., Vinnytska A., Golub D.

LISOD – Israeli Oncological Hospital, Kyiv, Ukraine

We represent our experience in performing laparoscopic hemostasis after vascular injuries during pelvic and paraaortal lymph node

dissection. Our operative technique is described, morbidity and short postoperative results were analyzed.

ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Артюшков В.В., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В., Жуйко А.А., Венгеренко М.Э.

Россия, г. Краснодар, ГБУЗ ККБ2, гинекологическое отделение.

В работе проанализирован опыт лечение шейечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий на базе гинекологического отделения ГБУЗ ККБ №2. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для лечения этой формы эктопической беременности в гинекологических стационарах.

Шеечная беременность относится к редким формам эктопической беременности и встречается в 0,3–0,4% случаев. Данная локализация плодного яйца представляет серьезную угрозу

не только для здоровья, но и для жизни женщины, так как особенности строения и кровоснабжения этих отделов матки характеризуется высоким риском развития кровотечения при прерывании беременности. До последнего времени основным методом лечения указанной патологии являлся оперативный, заключающийся в экстирпации матки, так как попытки кюретажа плодместилища приводят к профузным кровотечениям, заканчивающимися, в том числе, летальными исходами, частота которых колеблется от 35 до 80%. Операция

>> www.reproductive-congress.ru

тотальной гистерэктомии носит инвалидизирующий характер, в 100 % случаев исключающий наступление беременностей в будущем.

В последние годы в клиническую практику вошел новый метод лечения доброкачественных новообразований матки – эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА). Данный метод, лишенный серьезных ограничений в хирургическом и консервативном лечении миомы матки, может стать методом выбора в лечении шеечной беременности.

Целью проведенного исследования было изучение эффективности лечения шеечной беременности методом селективной двусторонней эмболизации маточных артерий для сохранения репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Нами применен метод органосохраняющего лечения шеечной беременности на основе ЭМА, дополненный гистерорезектоскопией. За период 2015–2016 гг. в отделении гинекологии ГБУЗ ККБ № 2 пролечено 11 пациенток с шеечной беременностью с использованием эндоваскулярных технологий.

Диагноз шеечной беременности был установлен на основании данных анамнеза, гинекологического осмотра, клинико-лабораторного обследования и дополнительных методов исследования – ультразвукового исследования (УЗИ) с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). Средний возраст пациенток составил $25,0 \pm 4,5$ года. Диагноз шеечной беременности подтверждался определением уровня ХГЧ в крови. В исследуемой группе он составил от 12 000 до 36 000 МЕ/мл.

Всем пациенткам была выполнена эмболизация обеих маточных артерий через правую бедренную артерию по методике Сельдингера.

В качестве эмболизирующих средств применялся синтетический материал поливинилалкоголь (ПВА) с частицами диаметром более 500 нм.

Результаты и обсуждение. После проведения ЭМА через 2 часа в условиях операционной всем пациенткам была выполнена гистерорезектоскопия, удаление плодного яйца, выскабливание цервикального канала и полости матки. Интраоперационная кровопотеря составила 25–50 мл ($35,6 \pm 15,1$ мл). Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде больным проводилось обезболивание нестероидными противовоспалительными препаратами, у троих пациенток отмечена субфебрильная температура в течение первых суток послеоперационного периода.

Больные выписаны из стационара на 4 сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации. При динамическом наблюдении за пациентками отмечено снижение уровня ХГЧ крови до подпороговых значений в течение 7–15 дней.

Таким образом, эндоваскулярная хирургия в сочетании с гистерорезектоскопией является безопасным и малотравматичным методом лечения шеечной беременности, позволяющим пациенткам репродуктивного возраста избежать травмирующей операции гистерэктомии и сохранить возможность наступления беременности в будущем. Следует помнить, что любой гинеколог в своей повседневной практике может столкнуться с шеечной беременностью. В связи с этим бережный подход в лечении с применением современных методик (ЭМА, гистерорезектоскопия) позволит сохранить репродуктивное здоровье пациенток и сократить время пребывания больной в стационаре.

TECHNOLOGIES OF ENDOVASCULAR SURGERY IN THE TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY

Artyushkov V.V., Penzhoyan G.A., Ponomarev V.V., Zhuyko A.A., Vengerenko M.E.

Department of gynaecology, The 2nd Regional Clinical Hospital, Krasnodar, Russia.

During the work process was analyzed the experience of the treatment of cervical pregnancy with selective embolization of the uterine arteries at the base of the gynecological department of 2nd Regional Clinical Hospital. These results allow

us to recommend this method for the treatment of this form of ectopic pregnancy gynecological hospitals.



ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ С ИССЕЧЕНИЕМ СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА ШЕЙКИ МАТКИ ПОСРЕДСТВОМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО МОРЦЕЛЛЯТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ

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

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

На основании комплексного изучения клинико-лабораторных показателей проведена сравнительная оценка эффективности операции субтотальной гистерэктомии с иссечением слизисто-мышечного лоскута посредством трансвагинального морцеллятора и тотальной гистерэктомии по поводу сочетанной доброкачественной патологии тела и шейки матки. Субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута имеет преимущества по сравнению с тотальной гистерэктомией, в виде длительности операции, кровопотери, падения уровня гемоглобина после операции, снижения риска развития осложнений, что улучшает качество жизни женщин.

Цель исследования: определить оптимальный метод оперативного лечения женщин, страдающих сочетанной доброкачественной патологией тела и шейки матки, для сохранения качества их жизни.

Материалы и методы: в период с 2014 по 2016 г. были обследованы 112 пациенток, страдающих сочетанной доброкачественной патологией тела и шейки матки. Пациентки были разделены на следующие группы: I группа – 62 пациентки, у которых проводилась тотальная гистерэктомия без придатков; II группа – 50 пациенток, у которых проводилась субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки. В работе применялись следующие методы исследования: 1.клинические. 2.инструментальные 3.лабораторные 4.специальные методы – исследования качества жизни (опросник по качеству жизни Санিবрукского Научного Центра Здоровья) и психологическое тестирование (тест Люшера). В послеоперационном периоде оценивалось общее время нахождения в стационаре, наличие осложнений, связанных с оперативным

вмешательством, проведение гемостатической терапии, общая доза обезболивающих препаратов, определение уровня гемоглобина в крови в послеоперационном периоде, психоэмоциональное состояние, время восстановления половой жизни и ее качество.

Полученные результаты: время проведения гистерэктомии в I группе колебалось от 60 до 160 минут (среднее значение $95,2 \pm 6,85$ минут). Во II группе – от 50 до 100 минут (среднее значение $70,7 \pm 4,48$). Величина кровопотери во время операции в I группе от 120 до 500 мл, (среднее значение $199,5 \pm 19,83$ мл). Во II группе от 70 до 180 мл (среднее значение $112,6 \pm 6,98$ мл). Среднее падение уровня гемоглобина в послеоперационном периоде составило 10,6 г/л в первой группе и 4,8 г/л во второй. Обезболивание ненаркотическими препаратами потребовалось 62 (100%) больным I группы и 44 (88%) II группы. В раннем послеоперационном периоде учитывалось наличие дизурических расстройств (задержка мочи, потребовавшая катетеризации мочевого пузыря). В I группе отмечены в 9 случаях (17,7%), во II группе эти нарушения отмечались в 4 случаях (8%). Длительность кровянистых выделений после операции, I группе показатель от 2 до 6 дней (в среднем $4,1 \pm 0,29$). Во II группе – от 2 до 5 дней, в среднем ($3,2 \pm 0,46$).

Заключение. Субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута имеет преимущества по сравнению с тотальной гистерэктомией, в виде длительности операции; кровопотери, величине падения уровня гемоглобина после операции, уменьшение болевого синдрома, снижение длительности нетрудоспособности, снижение риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде (ранения и травмы мочеточников,



>> www.reproductive-congress.ru

мочевого пузыря и прямой кишки), и в позднем послеоперационном периоде, связанных с нарушением анатомической целостности и иннервации структур дна малого таза

(опущение и выпадение стенок влагалища), в меньшей мере нарушается сексуальная функция, и психоэмоциональное состояние пациенток.

ADVANTAGES OF CONSERVING SURGERY WITH EXCISION OF MUCO-MUSCULAR CERVICAL FLAP BY USING TRANSVAGINAL MORTSELLYATOR IN THE TREATMENT OF BENIGN COMBINED PATHOLOGY OF THE CERVIX AND UTERINE BODY

Ponomarev V.V., Penzhoyan G.A, Belonozhkina N.N., Bagdasaryan L.U.

On the basis of a comprehensive study of the clinical and laboratory parameters of a comparative assessment of the effectiveness of operations subtotal hysterectomy with excision of muco-muscular cervical flap by using transvaginal mortsellator and total hysterectomy about benign combined pathology of the cervix and uterine

body. Advantages of the first operation over the second: the duration of the operation, blood loss, and drop in hemoglobin levels after surgery, decline the risk of complications in the form of descent and prolapse of the vaginal walls in the late postoperative period, which will improve the quality of life of women.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ ВРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТКИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ

Колесников Ю.Н., Колесникова А.А., Губченко М.А., Чижова Г.В., Бердаков Ю.Н., Гребеняк О.А.

Россия, г. Хабаровск, КГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», Кафедра акушерства и гинекологии ООО «Иммуно – Реабилитационный Центр»

Резюме. Послеродовое кровотечение – одна из самых частых причин материнской смертности. Частота послеродового кровотечения составляет 20–25% в развитых странах, а в развивающихся странах является ведущей причиной материнской смертности. Одной из возможных причин послеродовых кровотечений является патология прикрепления плаценты, в 36% наблюдений является причиной материнской смертности вследствие кровотечения. В данной статье представлен клинический случай массивного акушерского кровотечения в

связи с плацентой Placenta increta, диагностированный после родов, после чего была применена методика электрохирургической гистерорезектоскопии после терапии метотрексатом.

Частота врастания плаценты по данным разных авторов колеблется от 1 случая на 540 родов до 1 случая на 70000 родов с тенденцией к возрастанию частоты встречаемости этой патологии. Причиной гипотонических массивных кровотечений в случае аномального расположения и прикрепления плаценты является неспособность мускулатуры, окружающей

>> www.reproductive-congress.ru

плацентарное ложе к адекватному сокращению. Наиболее объяснимыми факторами развития приращения плаценты следует признать нарушение ферментативной активности как самой базальной мембраны, так и хориона (повышение протеолиза).

Для диагностики вращающейся плаценты как во время беременности, так и после родов необходимо применение инструментальных методов исследования, таких как- ультразвуковая эхография (трансабдоминальная, трансвагинальная), с цветной доплерографией, ЯМРТ в режиме T2-weighted, благодаря возникновению контраста между плацентарной тканью и миометрием. Особую ценность в дифференциальной диагностике вращающейся плаценты представляет цветное доплеровское картирование, выполненное в режиме энергетического доплера. Энергетический доплер (ЭД) (powerdoppler) – качественная оценка низкоскоростного кровотока, применяется при исследовании сети мелких сосудов. Метод более чувствителен к наличию кровотока, чем импульсный (количественный) цветной доплер. Эхограммы у рожениц с патологией прикрепления плаценты в режиме powerdoppler отличаются яркой оранжевой палитрой, в которой дифференцируют подходящие к оставшемуся фрагменту плаценты сосуды, что свидетельствует о вращении в миометрии. Применение трехмерной реконструкции в режиме powerdoppler позволяет более четко проследить за направлением кровотока от фрагмента плаценты к миометрию.

Современная своевременная диагностика вращающейся плаценты позволяет подготовиться к возможным послеродовым осложнениям родов-кровотечению или разрыву матки, уменьшить кровопотерю, сохранить репродуктивную функцию женщине.

Описание случая. В отделении репродуктивного здоровья КГБУЗ «Перинатальный центр» г.Хабаровск, рассчитанного на 40 коек, оказываются все виды специализированной плановой и экстренной гинекологической помощи, включая малоинвазивные вмешательства эндоскопическим путём на эндоскопической стойке фирмы «KARL STORZ» Германия.

Пациентка М. 31 год, из анамнеза известно: mensis с 13 лет, установились по 3 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные, coitus с 18 лет, в браке, родов-2, аборт-0, выкидыш-1, в сроке 4–5 недель, послеродовой период после 1 родов, осложнился задержкой частей

плаценты в позднем послеродовом периоде с выскабливанием полости матки. Из гинекологических заболеваний отмечает: хронический эндометрит, хронический аднексит, синдром Ашермана. Стац. лечение в городском родильном доме в течение 7 дней с диагнозом: Беременность 40 недель. Срочные патологические роды. Тотальное плотное прикрепление плаценты. Была выполнена операция ручного отделения и выделения плаценты. Возникло массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде более 2 литров. Выполнена гемо- и плазмотрансфузия. Затем пациентка с подозрением на вращение плаценты переведена в отделение репродуктивного здоровья КГБУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска.

После проведенного дополнительного клиничко-лабораторного обследования, в том числе бактериологического исследования полости матки - высеяны *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, кровь на ХГЧ-168.4 мЕд/л, выполненного цветного доплеровского картирования, в режиме энергетического доплера выявлено, что толщина миометрия в области вращения до серозы до 10 мм, дважды проведенного МРТ-исследования с контрастированием (до и после внутривенного контрастного усиления – магневист-10.0) – определена патологическая инвазия миометрия по задней и левой боковой поверхности нижней трети тела матки-глубиной до 2/3 толщины миометрия, с наличием выступающего фрагмента 4.1*4.1*3.1 см в полость матки, после внутривенного контрастного усиления определялось очаговое накопление контраста дополнительным образованием в полости матки и отставанием накопления контраста в области инвазии миометрия, размеры патологических изменений составили: 6.4*6.9*3.8 см, что позволило с большой достоверностью диагностировать у пациентки картину вращающейся плаценты в нижней трети тела матки (placenta increta). Далее проводилась предоперационная подготовка препаратом метотрексат по 50 мг N.4 через день в разведении 5% раствора глюкозы в объёме 200 мл, было проведено контрольное исследование на ХГЧ-30.6 МЕд/л, после чего пациентке в условиях развернутой операционной выполнена биполярная гистерорезектоскопия: эндопетлей удалены участки плацентарной ткани по левой и задней боковым стенкам, сданы на гистологическое исследование, интраоперационная кровопотеря составила 100 мл.



>> www.reproductive-congress.ru

Продолжительность операции составила 50 минут. Гистологически диагноз верифицирован: в препаратах имеется плацентарная ткань, дистрофически измененные ворсины хориона с крупноочаговыми некрозами, нейтрофильной инфильтрацией, колониями микробов с развитием острого нарушения кровообращения. Продолжительность послеоперационного наблюдения и лечения в стационаре составила 3 койко/дня, общая продолжительность лечения в стационаре, с учётом дообследования и предоперационной подготовки с помощью препарата метотрексат составила – 17 койко/дней.

Выводы. Применение данной методики электрохирургической гистерорезектоскопии после терапии метотрексатом при вращении плаценты у пациенток в послеродовом периоде убеждают в высокой эффективности в

лечении родильниц с аномалией прикрепления плаценты, также данную методику можно рекомендовать методом выбора оперативного вмешательства, при котором возможно удалить патологический фрагмент плаценты, иссечь видоизмененную плацентарную площадку-выполнить эксцизию субстрата патологического процесса при истинном вращении плаценты в полном объёме.

Анализ применения данного метода показал, что внедрение данной методики позволит избежать лапаротомии, сохранить матку, уменьшить длительность пребывания на койке в стационаре, сэкономит затраты на её лечение, повысит благоприятный исход, и сохранит её репродуктивный потенциал, а главное повысит качество жизни женщины.

CLINICAL CASE OF HYSTERORESECTOSCOPY APPLICATION WHEN ROTATING PLACENTES IN A PATIENT WITH LATE POST-DURING PERIOD AFTER THERAPY BY METTOREXATOM

Kolesnikov Yu.N., Kolesnikova A.A., Gubchenko M.A., Chizhova G.V., Berdakov Yu.N., Grebenyak O.A.

Russia, Khabarovsk, KGBUZ Perinatal Center of the Ministry of Health of Khabarovsk Krai KGBU DPO "Institute for Advanced Training of Health Professionals", Department of Obstetrics and Gynecology Immuno – Rehabilitation Center LLC

Summary. Postpartum haemorrhage – is one of the most frequent causes of maternal mortality. The incidence of PPH is 20–25% in developed countries and in developing countries is a leading cause of maternal mortality. One of the possible causes of PPH is the pathology of placental attachment, in 36 % of cases is a cause of maternal

mortality due to hemorrhage. This article presents a clinical case of massive obstetric haemorrhage in connection with the Placenta increta diagnosed after childbirth, which was the technique of electro-surgical hysteroresectoscopy after therapy with methotrexate.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЭНУКЛЕАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ. ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Соломатина А.А., Хамзин И.З., Стрыгина В.А., Булатова Л.С.

Российская Федерация, г. Москва. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Изучен овариальный резерва 93 пациенток, которым произведена энуклеация

монолатеральных эндометриоидных образований яичников лапароскопическим доступом

>> www.reproductive-congress.ru

с применением аргоно-плазменной (АПК) или биполярной коагуляций (БПК). Анализ показал, что биполярное электрохирургическое воздействие достоверно снижает овариальный запас в сравнении с АПК. Применение АПК менее травматично и целесообразно при использовании во время органосохраняющих операций на тканях яичника.

На современном этапе развития медицины, при хирургическом лечении эндометриоидных образований яичников (ЭОЯ), традиционным доступом принято считать лапароскопический, а энуклеацию капсулы кисты – наиболее оправданным объемом операции, который позволяет сохранить максимальный объем функциональной ткани яичника. Различные методы гемостаза, используемые во время энуклеации ЭОЯ травмируют здоровую овариальную ткань. Сегодня нет единого стандарта, который определяет метод гемостаза при операциях на яичниках, позволяющего сохранить максимальный примордиальный пул и свести к минимуму потери репродуктивного потенциала женщины. Биполярное электрохирургическое воздействие (БПК) давно считается традиционным методом гемостаза и используется в основной массе операций по поводу ЭОЯ. Альтернативным методом качественного и щадящего гемостаза является аргоно-плазменная коагуляция (АПК).

Цель – сравнительное изучение овариального резерва (ОР) у пациенток при органосохраняющих операциях по поводу ЭОЯ с использованием БПК и АПК.

В исследовании участвовали 93 пациентки репродуктивного возраста с ЭОЯ диаметром 3–5 см³. I группу составило 46 пациенток у которых при удалении ЭОЯ использовалась АПК; во

II группу вошли 47 исследуемых гемостаз которым осуществлялся БПК.

До операции и через 6 и 12 месяцев после оценивали объем здоровой ткани яичника (Vсм³), количество антральных фолликулов (КАФ) и антимюллеров гормон (АМГ). Всем произведена односторонняя цистэктомия лапароскопическим доступом.

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту 28,1±3,5 (p>0,05). До операции достоверных отличий в показателях ОР двух групп не выявлено (p>0,05): Vсм³ I – 5,1±0,3; II – 5,6±0,8 см³, КАФ I – 4,5±0,5; II – 4,8±0,9, АМГ I – 3,5±0,4; II – 3,7±0,6 нг/мл. Через 6 месяцев по отношению к дооперационному уровню КАФ снизилось в 1,4 и 2,2 раз соответственно (I – 3,1±0,3; II – 2,1±0,2) (p<0,05). Vсм³ в I группе (6,3±0,6 см³) увеличился в 1,2 раза, во II (7,4±0,3 см³) – в 1,3 раза по отношению к показателям до операции. К 12 месяцам КАФ I группы составило 3,4±0,3, что 1,5 раза превышало соответствующее значение в группе БПК (p<0,05). Vсм³ в I группе снизился в 1,5 раза в сравнении с результатами через 6 месяцев (4,1±0,6 см³), во II группе соответствующее значение снижено в 1,7 (3,4±0,3). Уровень АМГ в послеоперационном периоде в группе пациенток с применением АПК был выше в 1,5 раза (3,3±0,22 нг/мл), чем в группе, где применялась биполярная энергия (2,2±0,5 нг/мл).

Биполярное электрохирургическое воздействие достоверно снижает овариальный запас, чем АПК. Применение АПК менее травматично и целесообразно при использовании во время органосохраняющих операций на тканях яичника.

EFFECT OF ARGON PLASMA COAGULATION IN THE OVARIAN RESERVE AFTER ENUCLEATION OF OVARIAN ENDOMETRIOMAS

Solomatina A.A., Khamzin I.Z., Strygina V.A., Bulatova L.S.

Russian Federation, Moscow. N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.
Department of Obstetrics and Gynecology, Pediatric Faculty

We studied the ovarian reserve of 93 patients who underwent enucleation of monolateral endometrioid ovarian formations with laparoscopic

access using argon-plasma (APC) or bipolar coagulation (BPC). Analysis showed that the use of BPC degree OR lowers due to heat damage stromal



vessels and parenchyma, resulting in organ dysfunction. APC less traumatic while conserving surgery on the tissues of the ovary.

ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ВУЛЬВЫ И ПРОМЕЖНОСТИ

1 Мишина А., 3 Рожновяну Г., 3,4 Мишин И., 2 Петрович В.

1 Отделение оперативной гинекологии,

2 Отделение морфологии, Институт матери и ребенка,

3 Кафедра хирургии №1 «Н. Анестиади», Государственный Университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану,

4 Институт ургентной медицины, Кишинев, Республика Молдова

Эпидермоидная киста (гистологическое epidermis эпидермис + греч. eidos вид; синоним эпидермальная киста) – полостное образование, внутренняя поверхность которой выстлана многослойным плоским эпителием, а содержимое представлено роговыми чешуйками. Эпидермоидная киста (ЭК) в области женских наружных половых органов достаточно редкое явление и в литературе встречаются спорадические публикации о данной патологии в виде отдельных клинических наблюдений или небольших серий пациенток. Точная предоперационная диагностика ЭК представляет определенные трудности, и финальное заключение во всех случаях базируется на результатах патоморфологического исследования удаленных препаратов.

Проведен ретроспективный анализ базы данных кист вульвы и промежности, оперированных в двух клиниках с 1990 по 2017г. При анализе базы данных установлено три случая, отвечающих основному критерию отбора – морфологически подтвержденные ЭК. Средний возраст пациенток составил 23.7 ± 1.8 лет (95% CI: 16.08-31.26). Основная клиническая манифестация ЭК – наличие объемного, безболезненного образования в области наружных половых органов. Средняя длительность заболевания составила – 33.7 ± 4.1 мес. (95% CI: 16.22-51.11). В большинстве случаев (2:1) в анамнезе отмечались хирургические вмешательства в области наружных половых органов. При пальпации ЭК определялись как мягко-эластичные, относительно подвижные образования и несколько болезненные при компрессии. Отмечено, что преобладала локализация ЭК справа (2:1) в

области промежности и только в одном случае с вовлечением вульвы.

При ультрасонографии ЭК промежности визуализировались в виде гипоехогенного кистозного образования с гиперэхогенными включениями. Максимальный размер ЭК составил в среднем 100.1 ± 8.5 мм (95% CI: 63.24–136.8), а минимальный – 77.7 ± 5.8 мм (95% CI: 52.66–102.7). Толщина стенки ЭК варьировала от 5 до 7 мм.

В качестве хирургического доступа использован вертикальный разрез непосредственно над кистой. Кистозные образования иссекались из окружающих мягких тканей с сохранением целостности стенок кисты (идеальная кистэктомия). При разрезе удаленных макропрепаратов содержимым кист являлись казеозные массы (т.н. мусор – debris), при патоморфологическом исследовании – ЭК. Сроки наблюдения за пациентками составил от 37 до 126 мес., рецидивов ЭК не выявлено (zero).

Таким образом, ЭК в области женских наружных половых органов относятся к достаточно редкой патологии. В большинстве случаев ЭК развиваются после хирургических вмешательств (травм) в данной области. Хирургическое лечение (идеальная кистэктомия) является методом выбора при данной патологии.

Резюме. Авторами представлены особенности клинической манифестации, диагностики и хирургического лечения серии пациенток с эпидермоидными кистами вульвы и промежности.



EPIDERMOID INCLUSION CYST OF THE VULVA AND PERINEUM

1 Mishina A., 3 Rojnoveanu G.h., 3,4 Mishin I., 2 Petrovici V.

1 Department of Operative Gynecology,

2 Department of morphology, Institute Of Mother And Child,

3 Department of surgery No. 1 "N. Anestiadi", State University of medicine and pharmacy named. N. Testemitanu,

4 Institute of emergency medicine, Chisinau, Republic of Moldova

The authors have presented particular clinical manifestation, diagnosis and surgical treatment of a series of patients with epidermoid cysts of the vulva and perineum.

Epidermoid cyst (EC) in the field of female external genital organs is a rare phenomenon and

in the literature there are sporadic publications on this disease as a separate clinical observations or small series of patients. Accurate preoperative diagnosis of EC is challenging, and the final conclusion in all cases is based on the results of pathomorphological study of remote drugs.

АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Новрузова Н.Х., Давыдов А.И.

Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Гиперплазия эндометрия по праву считается наиболее частой патологией матки. Считается, что гиперплазия эндометрия без признаков атипии является следствием избыточной эстрогенной насыщенности (абсолютная или относительная гиперэстрогения), в то время как атипическая гиперплазия (АГЭ) представляет собой прогрессирующее моноклональное мутационное повреждение с независимым от гормонального воздействия локальным ростом. Сегодня дискутируется вопрос о неприемлемости применения абляции эндометрия при АГЭ. В то же время важно понимать, что скрывается под термином «абляция эндометрия». В литературе последних лет все воздействия на эндометрий с использованием высоких хирургических энергий именуется абляцией. Однако дословный перевод абляции с латыни (ablatio) – удаление, отнятие, т.е. в данном контексте – удаление эндометрия. Поэтому с патогенетических позиций абляцией эндометрия правомочно именовать только тотальную глубокую резекцию эндометрия с захватом мышечного слоя матки – т.е. полное удаление эндометрия (глубокая тотальная

абляция). Такое вмешательство можно выполнить только с помощью электрода-петли.

Безусловно, в большинстве наблюдений АГЭ является показанием к гистерэктомии. Однако при этом необходимо учитывать возраст пациентки, ее соматический статус и, главное, степень выраженности структурных изменений. В целом показания к глубокой тотальной абляции эндометрия (ТАЭ) можно сформулировать следующим образом:

– простая АГЭ при незаинтересованности пациенток в сохранении менструальной и репродуктивной функций;

– простая АГЭ при неэффективности гормональной терапии или наличии абсолютных противопоказаний к ней у женщин репродуктивного возраста;

– рецидивирующая сложная гиперплазия эндометрия.

Мы не являемся сторонниками использования глубокой тотальной абляции эндометрия при сложной АГЭ. Редкими исключениями могут быть ситуации, обусловленные тяжелой сопутствующей патологией и, соответственно,



>> www.reproductive-congress.ru

высоким риском летальных исходов, связанных с гистерэктомией.

Нами проведен анализ 112 наблюдений ТАЭ, выполненных при рецидивирующей простой гиперплазии эндометрия или простой АГЭ. Как показал ретроспективный анализ результатов, эффективность подобного лечения при 2-летнем наблюдении составляет 74%. Это дает основание рассматривать ТАЭ в качестве метода выбора лечения пациенток с простой АГЭ.

Резюме. Аблацией эндометрия целесообразно именовать только полное удаление слизистой с помощью электрохирургической гистерорезектоскопии и электрода-петли, когда иссекается и часть мышечного слоя. Такой метод обоснован у пациенток с простой атипичической гиперплазией эндометрия при незаинтересованности пациенток в сохранении менструальной и репродуктивной функций, а также при неэффективности гормональной терапии или наличии абсолютных противопоказаний к ней у женщин репродуктивного возраста.

ENDOMETRIAL ABLATION: QUESTIONS AND ANSWERS

Novruzova N.Kh., Davydov A.I.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

The term endometrial ablation is appropriate only for full removal of the mucous membrane with the use of electrosurgical hysteroscopy and a loop electrode, when a part of the muscle tissue is also excised. This method is justified in patients with simple atypical endometrial

hyperplasia if the patient is disinterested in preservation of menstrual and reproductive functions, and also in case of non-effectiveness of hormonal therapy or absolute contraindications to it in women of reproductive age.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.

Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Максимова Т.А., Черкасова А.Л., Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Борцвадзе Ш.Н.

Россия, г. Москва, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета.

Проведено обследование и лечение 280 пациенток различных возрастных групп. Миниинвазивные вмешательства проводились с помощью офисного гистероскопа, не требовали травматизации шейки матки и, в ряде случаев, анестезии. Предложенные миниинвазивные внутриматочные вмешательства могут служить дополнительным скрининговым и лечебным стационарзамещающим методом у пациенток.

Существующие неинвазивные методы исследования не всегда позволяют с высокой точностью диагностировать патологические процессы цервикального канала и полости матки и определить тактику дальнейшего

лечения. Так, известно, что у 15–25% пациенток с бесплодием внутриматочная патология является «находкой» при гистероскопии.

Целью исследования явилась оптимизация диагностики и лечения различных видов внутриматочной патологии у женщин разных возрастных групп с применением миниинвазивных методик.

Проанализированы результаты обследования и лечения 280 пациенток в возрасте от 22 до 58 лет, которым было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза, офисная гистероскопия, биопсия эндометрия, лазерные хирургические вмешательства.

>> www.reproductive-congress.ru

Единственной жалобой 165 пациенток репродуктивного возраста было отсутствие беременности при регулярной половой жизни, 80 женщин жалоб не предъявляли, а у 35 отмечались ациклические кровянистые выделения.

Ни у одной из пациенток не было выявлено явных эхографических признаков внутриматочной патологии, у пациенток с жалобами на ациклические выделения при УЗИ определялись сомнительные недостоверные признаки патологии эндометрия.

В связи с этим для определения дальнейшей тактики ведения всем женщинам была произведена офисная гистероскопия.

Всем 165 пациенткам с бесплодием офисная гистероскопия была проведена при комплексном обследовании для исключения или подтверждения маточного фактора бесплодия. У 57 женщин гистероскопических признаков внутриматочной патологии выявлено не было, однако им во время вмешательства произведена биопсия эндометрия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

У 108 женщин с бесплодием выявлены признаки внутриматочных синехий (61), мелких полипов эндоцервикса (12), эндометрия (21), гиперплазии эндометрия (14). Пациенткам с гиперплазией эндометрия произведена

гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, остальным 94 – лазерохирургические миниинвазивные внутриматочные вмешательства, в большинстве случаев не требующие наркоза.

80 пациенток в возрасте от 22 до 58 лет обратились для планового обследования, при УЗИ у них были выявлены сомнительные признаки наличия внутриматочной патологии, в связи с чем для уточнения была произведена офисная гистероскопия. В 64 случаях патологии выявлено не было, а у 16 пациенток обнаружены: внутриматочные синехии (8), полипы эндометрия (6), полипы эндоцервикса (2).

У 29 из 35 женщин с жалобами на кровянистые выделения и отсутствии эхопризнаков патологии эндометрия при офисной гистероскопии обнаружены полипы эндометрия размером до 3–4 мм, которые были удалены с помощью лазера. У 6 – обнаружено нормальное состояние полости матки и эндометрия, произведена биопсия эндометрия.

Таким образом, миниинвазивные внутриматочные вмешательства могут служить дополнительным скрининговым и лечебным стационарным методом у пациенток различных возрастных групп.

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRAUTERINE PATHOLOGY

Dzhibladze T.A., Zuev M. Ishchenko A.I., Maksimova T. A., Cherkasova A.L., Khokhlova I.D., Brunin D.V., Bortsvadze Sh.N.

Russia, Moscow, First Moscow state medical University. I.M. Sechenov, Department of obstetrics and gynecology № 1 of therapeutic faculty.

Conducted the examination and treatment of 280 patients of different age groups. Minimally invasive interventions were carried out using office hysteroscope, did not require to trauma of the cervix and, in some cases, anesthesia. The proposed minimally invasive intrauterine

interventions can serve as an additional screening stationariness and therapeutic method in patients.



ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОККЛЮЗИИ СОСУДОВ МИОМЫ МАТКИ

Завалко А.Ф., Нурмухаметова Э.Т.

Россия, г. Самара, Медицинский университет «Ревиз», НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД».

Резюме: в статье представлены особенности течения раннего послеоперационного периода у пациенток с миомой матки после эмболизации маточных артерий. Постэмболизационный синдром наблюдался легкой степени тяжести у 33 (50%) пациенток, умеренной степени – у 24 (36,3%), выраженной – у 9 (13,6%). В раннем послеоперационном периоде у 97% пациенток появились различные признаки постэмболизационного синдрома, в основном, легкой и умеренной степени тяжести, при коррекции, уменьшающиеся к третьим суткам.

Лейомиома матки является распространенной опухолью репродуктивной системы, по разным источникам у 20 до 50% женщин (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2001; Стрижаков А.Н. и др., 2011). В связи с ростом числа женщин, желающих сохранить орган при лечении миомы матки, все большую популярность приобретает малоинвазивный эндоваскулярный метод окклюзии маточных артерий (ЭМА) как альтернативный гистерэктомии (Адамян Л.В., 2002; Тихомиров А.Л. и др., 2004; Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., 2011). В раннем послеоперационном периоде после ЭМА у 90-100% пациенток развивается постэмболизационный синдром. Цель исследования: изучение степени выраженности постэмболизационного синдрома у пациенток в раннем послеоперационном периоде после выполнения окклюзии маточных сосудов, питающих миому матки. Мы проанализировали истории болезней 66 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. 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, без признаков озлокачествления. Пациенток беспокоили:

меноррагии – у 43 (65,2%); выраженный болевой синдром – у 34 (51,5%); «сдавление» и нарушение функции соседних органов – 22 (33,3%). По количеству узлов: от 1 до 3 узлов – у 41 (62,1%); множественная лейомиома – у 25 (37,9%). Распределение характера расположения узлов: субсерозно-интерстициальные у 27 (40,9%) пациенток; интерстициальные-23 (34,8%); интерстициально-субмукозные-16 (24,2%). Оценка степени тяжести постэмболизационного синдрома производилась по предложенной Ю.Э.Доброхотовой и соавторами классификации. Учитывались жалобы, анализы крови, гипертермия, дизурия, нарушения со стороны ЖКТ, тахикардия, кровянистые выделения из половых путей, по шкале ВАШ была оценена выраженность болевого синдрома. У 18 (27,3%) – в течение первых суток боли были выраженными от 8 баллов до 10 баллов, у 26 (39,4%) – умеренно выраженными от 4 до 7 баллов, у 20 (30,3%) – слабовыраженными от 1 до 3 баллов, боли отсутствовали у 2 (3%) пациенток. На 2 сутки одна пациентка оценила боль на 9 баллов, у 12 отмечались умеренные боли, у 43 – слабые, у 10 боли отсутствовали. После 5 суток на умеренные боли жаловались 2 пациентки. Продолжительность болевого симптома была от 3 до 7 дней. Всем пациенткам в послеоперационном периоде проводилось лечение: цефалоспорины, анальгетики (наркотические – при выраженных болях), спазмолитики, десенсибилизационная и инфузионная терапия. В первые сутки, у 16 пациенток появилась тошнота, которая у 9 женщин сопровождалась рвотой, которую купировали метаклопрамидом. Лейкоцитоз крови наблюдался у 34 (51,5%). Кровянистые выделения из половых путей появились у 46 (69,7%), в основном у пациенток с интерстициальным и интерстициально-субмукозным расположением узлов. Гипертермия более 38,0С наблюдалась у 8 (12%) пациенток с размерами узлов более 5,5 см. Длительность гипертермии



>> www.reproductive-congress.ru

в среднем составила 5+2 дня. Гипертермия 37,2–37,40С в 3 случаях сохранялась в течение месяца. В анализах крови отмечался лейкоцитоз от 11,9 до 24x10⁹/л; повышение СОЭ до 26+7 мм/ч.; гиперфибриногенемия до 6,5 г/л.

Вывод. В раннем послеоперационном периоде у 97% пациенток появились различные признаки постэмболизационного синдрома, в

основном, легкой и умеренной степени тяжести, при коррекции, уменьшающиеся к третьим суткам. Постэмболизационный синдром после окклюзии маточных артерий наблюдался легкой степени тяжести у 33 (50%) пациенток с миомой матки, умеренной степени – у 24 (36,3%), выраженной – у 9 (13,6%).

THE FREQUENCY OF OCCURRENCE AND THE SEVERITY OF POSTEMBOLIZATION SYNDROME IN PATIENTS AFTER VASCULAR OCCLUSION OF UTERINE FIBROIDS

Zavalko A.F., Nurmukhametova E.T.

Russia, Samara, Medical University "Reaviz", Road clinical hospital at the station Samara OJS " Russian Railways".

The article presents the peculiarities of the early postoperative period in patients with uterine fibroids after uterine artery embolization. Postembolization syndrome was observed mild in 33 (50%) patients, moderate in 24 (36,3%),

severe in 9 (13,6%). In the early postoperative period 97% of the patients there were various signs postembolization syndrome mostly mild to moderate severity, with the correction decreasing to the third day.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

Курочка М.П., Гайда, О.В., Волокитина Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии №4 Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Исследование посвящено анализу результатов хирургического лечения наружного эндометриоза в сочетании с аГнРГ. Проведено ретроспективное исследование медицинских карт 19 пациенток ГБУ РО «Перинатальный Центр». Исследование показало, что наиболее благоприятные исходы наблюдаются у женщин с ранним выявлением эндометриоза, сочетанием хирургического лечения и терапии аГнРГ. Прогностически неблагоприятными факторами для восстановления фертильности являются длительность бесплодия и рецидивы эндометриоза.

Эндометриоз является распространенным гинекологическим заболеванием. Заболеваемость эндометриозом растет во всем мире. Он диагностируется у 10% пациенток репродуктивного возраста. Практически в 90% эндометриоз сопровождается хронической тазовой болью и осложняется бесплодием в 30%. Особенностью этого патологического процесса является достаточно частые рецидивы, риск повторных хирургических вмешательств. Хирургические вмешательства в сочетании с консервативной терапией позволяют восстановить фертильность и способствует прекращению или уменьшению болей.

>> www.reproductive-congress.ru

Цель настоящего исследования: провести анализ результатов хирургического и консервативного лечения наружного эндометриоза.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ 19 историй болезни на базе ГБУ РО «Перинатальный центр» г. Ростова-на-Дону. В анализируемую группу вошли 19 женщин с наружным эндометриозом, которым было проведено хирургическое лечение эндометриоза гениталий, а в последствии назначена консервативная терапия.

Полученные результаты: преобладали пациентки в возрасте от 30 до 40 лет – 13; от 20 до 30 лет – 4 и старше 40 лет – 2. Клинические симптомы эндометриоза, которые были выявлены: бесплодие от 2 до 14 лет у 17 пациенток 0,895 (95% ДИ 0,669–0,987), болевой синдром у 12 (0,632 (95% ДИ 0,384–0,837), гипертермия во 2 фазе менструального цикла у 2-х пациенток 0,105 (95% ДИ 0,013–0,331). Из гинекологических заболеваний встречались миома матки – 2 (0,105 (95% ДИ 0,013–0,331), воспалительный процесс (*chlamydia trachomatis*, *trichomonas vaginalis*) у 7 (0,368 (95% ДИ 0,163–0,616). У 4-х больных 0,211 (95% ДИ 0,061–0,456) в анамнезе были роды, роды осложнились в двух случаях кровотечением и метроэндометритом. У 3-х пациенток 0,158 (95% ДИ 0,340–0,396) в анамнезе были неразвивающиеся беременности, у двух (0,105 (95% ДИ 0,013–0,331) – искусственные аборты. 5 женщин 0,263 (95% ДИ 0,091–0,512) имели рецидивы эндометриозных кист в течение 2–5 лет после оперативного лечения, что было связано с отсутствием или непродолжительной медикаментозной терапией. Из экстрагенитальных заболеваний чаще всего встречались аутоиммунные – 4 (0,211 (95% ДИ 0,061–0,456) и сердечно-сосудистые – 4 (0,211 (95% ДИ 0,061–0,456) заболевания. У 15 женщин (0,789 (95% ДИ 0,544–0,939) выявлены

эндометриозные кисты яичников, у 7 (0,368 (95% ДИ 0,163–0,616) – в сочетании с эндометриозными очагами, локализованными по брюшине, включая связки, у 4-х (0,211 (95% ДИ 0,061–0,456) с ретроцервикальным эндометриозом. У 4-х женщин (0,211 (95% ДИ 0,061–0,456) эндометриозные гетеротопии локализовались на брюшине малого таза, включая связки и ретроцервикальное пространство. У 5 пациенток 0,263 (95% ДИ 0,091–0,512) в спаечный процесс был вовлечен кишечник, что создало технические трудности. Чаще встречались двустороннее поражение яичников – 9 0,474 (95% ДИ 0,244–0,711). У 6 (0,316 (95% ДИ 0,126–0,566) – одностороннее поражение яичников, преимущественно левого яичника – 5 (0,263 (95% ДИ 0,091–0,512) Объем операций включал лапароскопическое удаление всех очагов эндометриоза, исключая поверхностный перитонеальный эндометриоз. Пациенткам, которые не планировали беременность назначались на первом этапе агнрг, затем прогестагены длительно и радоновые ванны. При планировании беременности назначались агнрг от 3 до 6 месяцев до полного подавления функции яичников. Беременность наступила у 8 пациенток 0,421 (95% ДИ 0,203–0,665) из 15 планировавших. Отсутствовал эффект у 5 пациенток 0,263 (95% ДИ 0,091–0,512), что связано с длительностью бесплодия более 8 лет, повторной операцией по поводу рецидива процесса.

Выводы: Необходима максимально ранняя диагностика эндометриоза. Показано обязательно сочетать лапароскопическое удаление очагов эндометриоза с терапией агнрг до полного подавления функции яичников. Эффект наступления беременности зависит от длительности бесплодия. Неблагоприятным фактором в прогнозе лечения бесплодия являются рецидивы эндометриоза яичников.

EXPERIENCE OF SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Hen M.P., Gajda, O.V., Volokitina E.I.

Department of obstetrics and gynecology №4 Russia, Rostov-on-don, GOU VPO "Rostov state medical University"

The study is devoted to the analysis of the results of surgical treatment of external

endometriosis in combination with GnRH-A. A retrospective study of the medical records of 19

>> www.reproductive-congress.ru

patients of the “Perinatal Center” was carried out. The study showed that the most favorable outcomes are observed in women with early detection of endometriosis, a combination of surgical

treatment and GnRH-A therapy. Prognostically unfavorable factors for the restoration of fertility are the duration of infertility and the relapse of endometriosis

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЕННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТЕЙНА

Оруджова Э.А., Давыдов А.И.

Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна – облигатный предрак кожи вирусного происхождения, клинически очень сходный с экзофитным веррукозным плоскоклеточным раком. Макроскопически – это очень крупный вариант кондиломы остроконечной, который образуется при слиянии множества элементов. Преимущественная локализация у женщин – большие и малые половые губы. Со временем наблюдается трансформация кондилом, они разрастаются, достигают гигантских размеров и закрывают анальное отверстие. Поэтому такие кондиломы именуется аногенитальными.

Гигантские кондиломы Бушке-Левенштейна растут медленно, имеют склонность к рецидивирующему течению. Прогрессивный рост опухоли Бушке-Левенштейна сопровождается ее прорастанием в подлежащие ткани. Возможна трансформация кондиломы в плоскоклеточный рак, но с низкой частотой метастазирования.

Диагноз кондиломы Бушке-Левенштейна не вызывает сомнений. Ее макроскопическая картина достаточно типична. В большинстве наблюдений диагностика кондиломы Бушке-Левенштейна не вызывает трудностей, так как она имеет типичную макроскопическую картину. В отличие обычных остроконечных кондилом опухоль Бушке-Левенштейна отличается большими размерами, массивностью папилломатозных разрастаний, которые имеют тенденцию к деструктивному росту и нечувствительны к традиционным методам наружной терапии, применяемым при остроконечных кондиломах.

Нами проведено комплексное лечение 12 пациенток с гигантскими кондиломами Бушке-Левенштейна, у которых в качестве

хирургического этапа использована плазменная хирургия (PlasmaJet). С помощью аргонового плазменного потока патологические структуры иссечены с подлежащими тканями. Ложе новообразований высушено в дистанционном режиме, а для сохранения анатомии края раневых поверхностей соединены узловыми рассасывающими нитями.

Основная проблема лечения больных с папилломавирусной инфекцией ПВИ в целом и гигантскими остроконечными кондиломами Бушке-Левенштейна в частности – высокая частота рецидивирования патологического процесса. Для предупреждения рецидивов ПВИ в комплексную терапию пациентов с ВПЧ-инфекцией включают препараты интерферонов и индукторов их выработки. Применяют местное, внутриочаговое и системное введение интерферонов. Наиболее перспективна комбинированная терапия, сочетающая местное и системное лечение. В то же время, использование плазменной хирургии в таких ситуациях способствует решению одновременно двух задач: 1) бескровному иссечению мягких тканей и 2) обогащению неизмененных тканей экзогенным монооксидом азота – универсальным модулятором репаративных процессов, а также стабилизатором онкогенеза.

Резюме. Апробированы возможности плазменной хирургии (PlasmaJet) в лечении гигантских кондилом Бушке-Левенштейна. Присутствие в потоке плазмы монооксида азота способствует снижению риска рецидива заболевания.



APPLICATION OF PLASMA SURGERY IN TREATMENT OF GIANT CONDYLOMA OF BUSCHKE AND LOWENSTEIN

Orudzhova E.A., Davydov A.I.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Possibilities of plasma surgery (PlasmaJet) in treatment of giant condyloma of Buschke and Lowenstein are approved. Presence at a stream of

plasma of molecules NO reduces risk of relapse of disease.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗНЫМИ ЯИЧНИКАМИ (ПКЯ)

Очиров Ч.Б., Сасаева Е.Б.

Перинатальный центр, Элиста, Россия

В последнее время у больных с ПКЯ широко применяется лапароскопия с диагностической и лечебной целью. Во время лапароскопического исследования можно визуально оценить состояние органов малого таза и яичников (размер яичников, состояние капсулы, наличие подкапсулярных кист). Ценность лапароскопического исследования заключается и в возможности выявления сочетанной патологии органов малого таза.

Целью настоящего исследования являлось определение роли и места лапароскопии в диагностике и лечении бесплодия при сочетании поликистозных яичников с другой патологией органов малого таза, проведение сравнительного изучения различных видов эндоскопических операций на поликистозных яичниках.

Под наблюдением находились и прошли обследование 400 больных с ПКЯ и бесплодием. Диагноз был поставлен на основании данных комплексного клинико-лабораторного обследования.

Характерными лапароскопическими признаками поликистозных яичников явились: двустороннее увеличение яичников, гладкая, утолщенная капсула с сосудистым рисунком разной степени выраженности, наличие подкапсулярных и мелких кист на разрезе в яичниках, отсутствие свободной перитонеальной жидкости.

Лапароскопия также позволила установить сочетание поликистозных яичников с другой патологией органов малого таза: спаечный процесс и трубно-перитонеальное бесплодие (как следствие лапаротомии и клиновидной резекции яичников) – 32%, спаечный процесс и трубно-перитонеальное бесплодие (как следствие сальпингита) – 20%, миома матки, как правило, небольших размеров (до 2 см в диаметре) – 6,5%, наружный генитальный эндометриоз – 3,2% (во всех наблюдениях – 1-я степень распространения), пороки развития матки – 9% (двурогая матка, седловидная матка), фиброма яичника (до —5 мм) – в 7% случаев.

Гистероскопию проводили одновременно с лапароскопией практически всем больным. Она позволила диагностировать патологию матки и эндометрия: тонкая слизистая оболочка – 25%, гиперплазия эндометрия – 32%, полипы эндометрия – 10%, пороки развития матки (седловидная матка, неполная перегородка, однорогая матка) – 9%, патологии не обнаружено – 43% случаев.

Отдельной большой проблемой является лечение бесплодия у больных с ПКЯ, которым ранее были проведены лапаротомия и КРЯ.

Мы обследовали 128 пациенток с бесплодием и ПКЯ, которым в прошлом была произведена безуспешная операция КРЯ. У всех больных обнаружен спаечный процесс в малом тазу



>> www.reproductive-congress.ru

и брюшной полости. Спаечный процесс высокой степени распространения (III-IV степень по классификации Hulka) был обнаружен у 90% женщин.

Во время лапароскопии выявлено, что яичники, маточные трубы и сальник были вовлечены в спаечный процесс в 96% случаев, кишечник и позадматочная брюшина – в 75%, матка – в 60%, мочевого пузыря – в 21% и маточные трубы непроходимы в 18% случаев. В 11% случаев обнаружили атрофию яичников вследствие, видимо, неадекватной резекции яичников во время лапаротомии.

Классическая операция клиновидной резекции яичников у больных с ПКЯ представляет большой риск образования спаек и последующего трубно-перитонеального бесплодия. После проведения оперативной лапароскопии (разделение спаек, сальпингостомия, клиновидная резекция яичников, каутеризация яичников) забеременели 31,5% больных.

Таким образом, выбором метода хирургической коррекции поликистозных яичников должна быть оперативная лапароскопия. Современное развитие малоинвазивной хирургии позволяет все операции на поликистозных яичниках производить во время лапароскопии.

LAPAROSCOPY FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARIES SYNDROME

Ochirov Ch.B., Sasaeva E.B.

Perinatal Center, Elista, Russia

The choice of surgical correction of polycystic ovaries should be operative laparoscopy. The modern development of minimally invasive

surgery allows for surgery on the polycystic ovaries produce during laparoscopy.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНИАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

г. Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра акушерства и гинекологии

Резюме. В наше время проблема бесплодия в браке в условиях падения рождаемости приобретает все большее медико-социальное значение. Ведущее место в структуре женского бесплодия занимает трубно-перитонеальная форма. Нами было изучена частота трубно-перитонеального бесплодия в структуре бесплодного брака, выделены ведущие факторы риска, приводящие к бесплодию и разработаны профилактические мероприятия.

В наше время проблема бесплодия в браке в условиях падения рождаемости приобретает все большее медико-социальное значение. По данным исследователей частота бесплодных

браков в нашей стране составляет 13–20 % и не имеет тенденции к снижению. Ведущее место в структуре женского бесплодия занимает трубно-перитонеальная форма. Проблема лечения больных, страдающих бесплодием трубно-перитонеального генеза, сохраняет свою актуальность, несмотря на существенный прогресс в инструментальном исполнении и широкий арсенал медикаментозных средств. Эффективность лечения трубно-перитонеального бесплодия значительно ниже эндокринное и составляет в среднем не более 20–25 %. Кроме этого, лечение как правило требует применения дорогостоящих методов

>> www.reproductive-congress.ru

оперативного вмешательства, а также использование вспомогательных репродуктивных технологий. Исходя из этого, целью данной работы было изучение частоты трубно-перитонеального бесплодия в структуре бесплодного брака, выделить ведущие факторы риска, приводящие к бесплодию и разработать профилактические мероприятия. Нами проанализировано 300 амбулаторных карт пациентов, находившихся на учете в женской консультации и гинекологическом отделении по поводу бесплодия. Все больные прошли комплексное клиничко-лабораторное обследование (ультразвуковое исследование, гистеросальпингография, гормональное, исследование на урогенитальные инфекции). В результате проведенных исследований было установлено, что у 45,8% больных транспортная функция маточных труб была нарушена вследствие сактосальпингосов, в других – за счет перитубарных спаек и патологии фимбриального отдела. Сопутствующая патология малого таза диагностирована в 28 случаях, эндометриоз яичников у 9 (8,3%), миома матки у 2 (1,6%), вторичный поликистоз яичников у 21 (17,5%), опухолевидные образования яичников у 3 (2,4%) обследованных. При лапароскопии проводили сальпингоовариолизис – 123 (99,3%) больным, адгезиолизис – 105 (84%), сальпингостомию – 54 (43%), цистэктомию – 3 (2,4%) и миомэктомию – 2 (1,6%),

резекцию яичников – 37 (30%) больным. В 34 (28,4%) случаях проводилась коагуляция очагов эндометриоза. У 9 (8,7%) пациенток была проведена двусторонняя сальпингэктомия в связи с выраженными анатомическими изменениями фаллопиевых труб. Эти больные подготовлены для лечения методом экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов. Фертильность восстановлена у 73 больных. После сальпингостомии беременность наступила у 37 (30%) женщин, причем при отсутствии спаечного процесса в малом тазу у 45%, при наличии спаечного процесса у 8% больных, после лизиса перитубарных спаек у 53% женщин. В 6 (5%) случаях от общего числа беременных, диагностирована трубная беременность. В течение первых шести месяцев после операции беременность наступила у 65%, через 6–12 месяцев у 25%, через год и более – у 10% прооперированных больных. Полученные данные позволяют определить основные факторы развития бесплодия и усовершенствовать методы профилактики и диагностики данной патологии. Только лапароскопия позволяет достоверно поставить диагноз трубно-перитонеального бесплодия, оценить морфологическое и функциональное состояние внутренних половых органов, выявить причинные факторы бесплодия и, если возможно, восстановить репродуктивную функцию.

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY

Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.

Donetsk, Donetsk national medical University. M. Gorky Department of obstetrics and gynecology

Abstract. In our time, the problem of infertility in marriage in terms of fertility decline is becoming a greater medical and social importance. The leading place in the structure of female infertility is tubal-peritoneal form. We studied the frequency of tubal-peritoneal infertility in the structure of

infertile marriages, selected leading risk factors leading to infertility and developed preventive measures.



ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АРГОПЛАЗМЕННОЙ ХИРУРГИИ И ФИБРИНОВОГО КРИОПРЕЦИПИТАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ

Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Игнатко И.В., Чурганова А.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Москва, Россия

Аннотация. Целью исследования было оптимизировать методику хирургического лечения больных репродуктивного возраста с эндометриозными кистами яичников, направленную на сохранение овариального резерва. Обследованы 94 пациентки с эндометриозными кистами яичников в возрасте от 20 до 33 лет. Для оценки функционального состояния яичников после операции использовали 2D- и 3D-трансвагинальное ультразвуковое сканирование (объем яичников, количество антральных фолликулов), энергетический доплер; определение уровней ФСГ, антимюллерова гормона (АМГ), ингибина В. У пациенток с эндометриозными кистами яичников не следует стремиться к полному выделению капсулы новообразования. Наиболее благоприятные результаты в отношении сохранности фолликулярного запаса отмечены при использовании аргоновой плазмы высокоточной генерации в сочетании с аппликациями ФК.

Немаловажной проблемой современной гинекологии является снижение травмы яичников при выполнении хирургических вмешательств. Частота хирургических вмешательств на яичниках в репродуктивном периоде варьирует в широких пределах (7–26% по отношению ко всем гинекологическим операциям на органах малого таза) и определяется, главным образом, специализацией стационара – оказание неотложной помощи, лечение бесплодных супружеских пар, эндокринологическое отделение и др. Тем не менее, несмотря на широкий разброс частоты операций на яичниках, она имеет тенденцию к неуклонному росту, что в свою очередь, вызвано как увеличением частоты новообразований яичников, требующих хирургического вмешательства, так и расширением показаний к операциям на яичниках.

Сегодня подавляющее большинство операций на яичниках выполняется с помощью лапароскопии, основные преимущества которой в репродуктологии хорошо известны. Вместе с тем, именно после лапароскопических операций на яичниках наблюдается угнетение функции гонад. Это обусловлено, главным образом, выраженной травматизацией тканей, приводящей к повреждению фолликулярного аппарата. Последнее наиболее часто объясняется использованием в качестве гемостаза (а также рассечения тканей) электрохирургии. Причем существуют данные как о негативном влиянии на фолликулярный пул как монополярной, так и биполярной технологий.

Цель – оптимизировать методику хирургического лечения больных репродуктивного возраста с эндометриозными кистами яичников, направленную на сохранение овариального резерва. В основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений за 94 больными с эндометриозными образованиями яичников в возрасте от 20 до 33 лет. Хирургическое вмешательство в объеме одно- или двухсторонней цистэктомии произведено всем пациенткам. В зависимости от метода хирургического гемостаза выделены 4 группы: в 1 группе (n=22) выполнена цистэктомия с наложением лигатур; в 2 группе (n=21) – цистэктомия с использованием монополярной электрохирургии, в 3 группе (n=24) – деструкция капсулы кисты с помощью биполярной электрохирургии; в 4 группе (n=27) – деструкция капсулы кисты с помощью плазменной хирургии и аппликацией фибринового криопреципитата. Во всех наблюдениях диагноз верифицирован гистологическим исследованием. Для оценки функционального состояния яичников после

>> www.reproductive-congress.ru

операции использовали 2D и 3D трансвагинальное ультразвуковое сканирование (объем яичников, количество антральных фолликулов), энергетический доплер; определение уровня ФСГ, антимюллера гормона, ингибина В. Изучение результатов клинического обследования больных эндометриодными кистами яичников установило определенные различия в клиническом течении заболевания, которые коррелировали с величиной кист. У пациенток с эндометриодными кистами сравнительно больших размеров (средний диаметр свыше 50 мм) в клинической картине преобладали переходящие тазовые боли слабой интенсивности, а нарушения менструальной и репродуктивной функций отсутствовали. Напротив, при малых размерах эндометриодных кист наблюдали «классическую» клинику перитонеального эндометриоза: бесплодие, тазовая боль, дисменорея, диспареуния.

Разработанная и внедренная методика хирургического вмешательства заключалась в следующем: тупым и острым путем кисты яичников выделялись из сращений. При самопроизвольном вскрытии капсулы кисты (наиболее часто) область перфорации удлинняли и осуществляли неполную цистэктомия. Для исключения артефактов во время гистологического исследования удаленного макропрепарата на данном этапе не использовали термические методы гемостаза (следует отметить, что ретроспективно достоверных макро- и микроскопических различий тканей яичников в сравниваемых группах не обнаружено). В дальнейшем оставшуюся часть капсулы эндометриодной кисты подвергали воздействию плазменного потока. На завершающем этапе операции применяли локальные аппликации ФК на раневую поверхность яичников. Подведение ФК осуществляли через полый эндоскоп с наружным диаметром 5 мм. С целью рандомизации исследования всем пациенткам после хирургического вмешательства назначали гормональную терапию эстроген-гестагенными средствами (комбинированные оральные контрацептивы, содержащие прогестагены 3-го поколения) в течение 3 менструальных циклов.

Многоуровневая оценка овариального резерва у пациенток с эндометриомами яичников после различных методов хирургического гемостаза показала, что наиболее благоприятные результаты в отношении сохранности фолликулярного запаса отмечены при использовании аргоновой плазмы высокоточной

генерации в сочетании с аппликациями ФК. Результаты комплексного лечения этих больных мы оценивали по следующим показателям: частота рецидивов эндометриодных кист яичников; снижение тяжести клинических проявлений (дисменорея, диспареуния, тазовая боль); восстановление менструальной функции; наступление беременности. Как показал анализ полученных результатов, клинические симптомы заболевания «классического» типа полностью исчезли в течение трех месяцев.

Менструальный цикл восстановился у всех женщин в течение 56-65 дней от момента последнего приема гормонов. При этом ни в одном наблюдении не отмечено возобновление дисменореи. Постлечебный период наблюдения за пациентками, вошедшими в настоящее исследование, варьировал от одного до трех месяцев. За это время наступление беременности отмечено у 10 (41,6%) женщин в 3-й группе (деструкция капсулы кисты с помощью биполярной электрохирургии), в 4-й (деструкция капсулы кисты с помощью биполярной электрохирургии с применением ФК) – 17 (62,9%), в 1-й (цистэктомия с наложением лигатур) – 4 (18%) случая беременности и то у тех женщин, у которых во время операции не использовали дополнительный гемостаз. Во 2-й группе (цистэктомия с использованием монополярной электрохирургии) обследованных беременностей не наблюдалось. У 25 больных была проведена повторная операция по поводу рецидива эндометриодных кист яичников. Причем величина вновь образованных эндометриодных кист не превышала в диаметре 20 мм. Анализируя отдаленные результаты третьей и четвертой групп, можно сделать вывод об эффективности этих двух методов лечения.

Основываясь на вышесказанном и результатах собственного исследования можно утверждать, что для обеспечения сохранности овариального резерва у женщин репродуктивного периода целесообразно отказаться от использования монополярной электрохирургии. У пациенток с эндометриодными кистами яичников не следует стремиться к полному выделению капсулы новообразования. После цистэктомии вследствие наличия плотных подэпителиальных сращений между капсулой кисты и воротами яичников неизбежно возникает кровотечение в области ворот (места прохождения основных кровеносных и лимфатических сосудов, питающих яичник), что, в свою очередь, вызывает необходимость применения



>> www.reproductive-congress.ru

травматического гемостаза, обуславливающего грубые нарушения в системе кровоснабжения яичника. Альтернативой данному виду гемостаза является использование аргоновой

плазмы с фибриновым клеем, что позволяет сохранить овариальный резерв и репродуктивную функцию яичников.

ASSESSMENT OF INTEGRATED APPLICATION OF ARGONOPASMIC SURGERY AND FIBRIC CRYOPRECIPITIS ON THE FUNCTIONAL CONDITION OF OVARIES IN PATIENTS WITH ENDOMETRITIC CYSTS

Strizhakov A.N., Davydov A.I., Ignatko I., Churganova A.A.

Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Faculty of Medicine
FGAOU VO I MG MU named after I.M. Sechenova. Moscow, Russia

Summary. The objective was to optimize the technique of surgical treatment of patients of reproductive age with endometrioid ovarian cysts aimed at preservation of ovarian reserve. The examination included 94 patients with ovarian endometriomas aged 20 to 33 years. Depending on a method of surgical haemostasis 4 groups were singled out: in group 1 (n = 22) cystectomy with suture ligatures was performed; in 2 (n = 21) – cystectomy with monopolar electro-surgery, in 3 (n = 24) – cyst capsule destruction by bipolar electro-surgery; in 4 (n = 27) – cyst capsule destruction by plasma surgery and application of

fibrin cryoprecipitate. In all observations, diagnosis was verified by histological examination. The functional state of the ovaries after surgery was assessed by 2D- and 3D-transvaginal ultrasound scanning (ovarian volume, number of antral follicles), power Doppler; detection of FSH, anti-Müllerian hormone (AMH), and inhibin B levels. In patients with endometrioid ovarian cysts it is not necessary to seek full separation of tumour capsule. The most favourable results with respect to preservation of follicle reserve are noted in using high frequency current generation argon plasma in combination with FC applications.

ГИСТЕРОСКОПИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ПЕРЕНОСУ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА У ЖЕНЩИН С МНОГОКРАТНЫМИ НЕУДАЧНЫМИ ИМПАНТАЦИЯМИ

Сулима А.Н., Вороная В.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФДПО
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»
Симферополь, Республика Крым, Россия

По данным регистра Российской Ассоциации Репродукции Человека за 2014 год было проведено 18996 переносов размороженных эмбрионов, при этом клиническая беременность наступила лишь в 7076 случаях (37,3%). Отсутствие наступления клинической беременности после переноса визуально здорового эмбриона может быть расценено как срыв на

этапе имплантации. Причины срыва имплантации остаются открытой для изучения областью, однако большинство исследователей сходятся во мнении, что лидирующая роль принадлежит патологии эндометрия и нарушению его рецептивности. Любая органическая патология, инфекционные агенты, дисгормональные состояния, патология системы гемостаза,

>> www.reproductive-congress.ru

нарушения экспрессии генов, дефекты в звеньях клеточного и гуморального иммунитета и многое другое могут нарушать рецептивность эндометрия и проявляться многократными неудачными имплантациями. Нередко именно невозможность преодолеть «тонкий» или нерцептивный эндометрий приводит к необходимости перехода на программу суррогатного материнства. И хотя отсутствие органической патологии эндометрия не исключает его регенераторно-пластическую недостаточность и функциональную незрелость, диагностика внутриматочной патологии представляется одной из приоритетных задач на этапе подготовки к переносу размороженных эмбрионов.

Целью нашего исследования было оценить частоту и характер патологии эндометрия у женщин с многократными неудачными имплантациями в криопротоколах.

В исследовании приняли участие 49 женщин репродуктивного возраста с многократными неудачными имплантациями в криопротоколах в анамнезе. Всем пациенткам на 7–10 день менструального цикла (в среднюю или начало поздней стадии пролиферации) проводилась гистероскопия с последующим фракционным выскабливанием эндометрия и гистологическим исследованием материала.

При гистологическом исследовании патология эндометрия была диагностирована в 89,6% случаев. В 40,4% был диагностирован хронический эндометрит, подтвержденный

иммуногистохимическими маркерами; в 49,2% определялось несоответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла (гипер- и/или гипопластические изменения). У 10,4% пациенток изменений в структуре эндометрия выявлено не было.

Полученные результаты исследования демонстрируют высокую частоту патологии эндометрия у пациенток с многократными неудачными имплантациями в криопротоколах в анамнезе – 89,6%, что говорит о необходимости обязательного включения и проведения гистероскопии с последующим фракционным выскабливанием эндометрия и гистологическим исследованием материала в протокол обследования данной категории женщин на этапе подготовке к криопротоколам.

Резюме

В данном исследовании проводилось изучение частоты и характера патологии эндометрия у женщин с многократными неудачными имплантациями в криопротоколах. Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность патологии эндометрия среди данной категории пациенток – 89,6%, что свидетельствует о необходимости обязательного включения гистероскопии с последующим фракционным выскабливанием эндометрия и гистологическим исследованием материалов в протокол обследования данной категории женщин на этапе подготовке к криопротоколам.

HYSTEROSCOPY AS THE OBLIGATORY STAGE OF ENDOMETRIAL PREPARATION FOR THE FROZEN EMBRYO TRANSFER AT WOMEN WITH MULTIPLE FALSE IMPLANT

Sulima A.N., Voronaya V.V.

Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Medical Academy named after S. I. Georgievsky V. I. Vernadsky Crimean Federal University Simferopol, the Republic of Crimea, Russia

In this study, the frequency and type of endometrial pathology was studied at women with multiple unsuccessful implantations in frozen embryo transfer cycles. The results of the study demonstrate a high prevalence of endometrial pathology among this category of patients – 89.6%, which indicates the necessity of obligatory inclusion of hysteroscopy followed by fractional

scraping of the endometrium and histological examination of materials in the protocol of the survey of this category of women at the stage of preparation for frozen embryo transfer cycles.



КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ

Хириева П.М., Мартынов С.А., Дементьева В.О., Адамян Л.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения женщин репродуктивного возраста с внутриматочными синехиями.

Материалы и методы: в исследование включены 248 женщин в возрасте от 21 до 43 лет с интраоперационно установленным диагнозом внутриматочные синехии. План лечения включал: 1) гистероскопия – для установления диагноза и оценки степени тяжести процесса; 2) ранняя реабилитация – физиотерапия с использованием преформированных физических факторов: магнитотерапии, лазеротерапии, магнитолазеротерапии; полеоперационная циклическая гормональная терапия с использованием высоких доз эстрогенов (Эстрадиол 6,0+ Дидрогестерон 10,0 с 16 по 25 день менструального цикла) в течение 3-х месяцев. Гистероскопию выполняли по стандартной методике с помощью жидкостной проточной системы в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла (на 7–10 день), производившейся с применением жесткого 5 миллиметрового гистероскопа и гистерорезектоскопа фирмы «Karl Storz» (Германия). В качестве среды для расширения полости матки использовали изотонический раствор хлорида натрия. Для оценки частоты рецидивирования была проведена контрольная гистероскопия через 3 месяца после операции.

Результаты: 1 степень внутриматочных синехий установлена в 66,2 % случаев (163), 2 степень – в 16,2 % случаев (40), 3 степень – в 17,4 % случаев (43). В 78 % (191) случаев достигнуто формирование анатомической полости матки. Нормализация менструальной функции после лечения отмечено в 89 % (218) случаев, гипоменорея имела место в 11% случаев (28). Общая частота наступления беременности после проведенного лечения составила 56 %, которая уменьшалась в зависимости от степени тяжести процесса: при 1 степени – 67 %, 2 степени – 50 %, 3 степени – 23 %. Частота рецидива, выявленная при контрольной гистероскопии, составила 3 % – при 1 степени, 37 % – при 2 степени, 88 – при 3 степени внутриматочных синехий. Средняя продолжительность наступления беременности после хирургического этапа составила $5,6 \pm 3,7$ месяцев. Физиологические роды произошли в 67% случаев 1 степени, в 42 % случаев 2 степени, в 7 % случаев 3 степени. Частота невынашивания беременности в нашем исследовании составила 11 %.

Заключение: комплексное лечение внутриматочных синехий у женщин репродуктивного возраста с поэтапным динамическим контролем позволяет увеличить частоту наступления беременности и значительно снизить вероятность рецидивирования.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF INTRAUTERINE ADHESIONS IN REPRODUCTIVE AGE WOMAN

Khiriya P.M., Martynov S.A., Dementieva V.O., Adamyan L.V.

Conclusion: the complex treatment of intrauterine synechia in women of reproductive age with step-by-step dynamic control allows to increase the frequency of pregnancy and significantly reduce the likelihood of recurrence.



ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОВОЛННОЙ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Бреусенко В.Г., Шевченко Н.А., Есипова И.А., Чмыр Е.Н., Плахова Т.А., Ковалева О.С.

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Российский научный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Микроволновая абляция эндометрия (МАЭ) произведена 80 пациенткам периода постменопаузы с доброкачественными процессами эндометрия (полипы, железистая гиперплазия, атрофия эндометрия сопровождающаяся маточными кровотечениями). Контроль эффективности оценивался по клиническим данным, результатам ультразвуковых исследований (2ДУЗИ и 3ДУЗИ). За период наблюдения (18 месяцев) полный клинический эффект после МАЭ отмечен у всех обследованных.

Рак эндометрия наиболее часто возникает у женщин в периоде постменопаузы на фоне, как атрофии эндометрия, так и пролиферативных процессов эндометрия. Для лечения патологических изменений и профилактики рака эндометрия применяют гормональную терапию и различные виды абляции эндометрия. Микроволновая абляция эндометрия (МАЭ) является мало изученным методом абляции в России.

Цель исследования. Разработать и оценить критерии эффективности микроволновой абляции эндометрия у пациенток в постменопаузе с доброкачественными патологическими процессами эндометрия, используя современные методы диагностики.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациенток периода постменопаузы с патологическими доброкачественными процессами эндометрия в возрасте 52–78 лет. У всех больных перед МАЭ в различные сроки в анамнезе (от 14 дней до 3 месяцев) проводилась гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) слизистой матки. При гистологическом исследовании обнаружены: полипы эндометрия у 60, гиперплазия эндометрия у 8, атрофия эндометрия у 12. После получения результатов гистологического исследования пациенткам была произведена МАЭ в асептических условиях операционной при помощи аппарата «Microsulis» (Великобритания) по методике, рекомендованной компанией

производителя под обязательным контролем термографика. До и после МАЭ осуществлялась гистероскопия. В интраоперационном и раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Пациентки были выписаны из стационара на 2 сутки после выполненной манипуляции. При контрольном обследовании за период наблюдения при помощи ультразвукового исследования были выявлены изменения полости матки, а также стадии формирования синдрома Ашермана. Патологических изменений в яичниках при 2ДУЗИ выявлено не было. У всех больных через месяц наблюдения сохранялось тотальное 56 (70%) или локальное 24 (30%) расширение полости матки за счёт гипоезогенного, аваскулярного содержимого, при этом, толщина субэндометриальной зоны составила от 4–6 мм, была представлена структурой повышенной эхогенности с абсолютным отсутствием локусов кровотока. При проведении 3ДУЗИ с получением фронтального среза (ФС) было отмечено поперечное сужение полости матки с изменением нормальной треугольной формы полости за счет округления маточных углов. У всех обследованных к 6 месяцу наблюдения после операции визуализировалась полная облитерация полости матки за счет формирования обширного фиброзно-мышечного рубца субэндометриальной зоны, с толщиной М-эхо до 2–3 мм.

Результаты. Полный клинический эффект после МАЭ отмечен у всех пациенток. Эффективность МАЭ за период наблюдения 18 месяцев у пациенток в постменопаузе составила 100%.

Заключение: МАЭ является безопасным и легко выполнимым методом лечения пациенток в постменопаузе с патологическими процессами эндометрия. Перед проведением МАЭ целесообразно проводить гистероскопию, РДВ слизистой матки с гистологическим исследованием соскобов. Критериями эффективности МАЭ является: отсутствие кровяных выделений



>> www.reproductive-congress.ru

из половых путей; тонкое М-эхо (до 4 мм) или регистрация формирования синдрома

Ашермана; отсутствие кровотока в радиальных и базальных артериях матки при ЦДК.

POSTMENOPAUSAL PATHOLOGIC PROCESS OF ENDOMETRIUM. EFFICIENCY OF MICROWAVE ENDOMETRIAL ABLATION

Breusenko V.G., Shevchenko N.A., Esipova I.A., Chmyr E.N., Plakhova T.A., Kovaleva O.S.

Russia, Moscow, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Ministry of Health of the Russian Federation.

Microwave endometrial ablation (MEA) as alternative to hormonotherapy and hysterectomy was performed on 80 patients in postmenopausal period with benign process of endometrium (polyps, grandular hyperplasia, endometrial atrophy with uterine bleeding). Control of efficiency was

evaluated using medical data, results of ultrasonography (2D and 3D ultrasonography). Over the examination period (18 months) complete clinical effect after MEA was marked by all examined patients.

МИОМРЕЗЕКЦИЯ. НУЖНА ЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА?

Савельева Г.М, Каухова Е.Н., Краснова И.А., Ступина Ю.Н.

Россия, г. Москва, «Городская клиническая больница №31 департамента здравоохранения города Москвы».

Миомрезекция проведена у пациенток репродуктивного возраста при субмукозной миоме матки больших размеров или при множественных узлах. Оценена значимость предоперационной подготовки, позволяющей оптимизировать процесс. Миома матки самая распространенная опухоль у женщин репродуктивного возраста. В последние годы расширяются показания для проведения резекции субмукозных миоматозных узлов. Это делает актуальным использование различных методов предоперационной подготовки с целью уменьшения размеров опухоли (аГНРГ, ЭМА и СБРП). Цель исследования - оценить эффективность эмболизации маточных артерий, аГНРГ и применения улипристала на дооперационном этапе на основании уменьшения их размеров, изменения топографии и кровоснабжения. В нашем исследовании

участвовали 137 пациентов, которые были разделены на 3 группы: I (n=38) - использовали улипристал (5 мг/сут) per os в течение 3 мес, II (n=43) - гозерелин (3,6 мг/сут) в течение 3 мес, III (n=56) - произведена ЭМА. Гистерорезекция выполнялась при помощи биполярного гистерорезектоскопа Versapoint resectoscopic sistem «Gynecare» Jonson and Jonson company. Объем узла и значение угла α (по Leone F.P. и Lanzani C., 2003) проводилось в автоматическом режиме. Размеры угла позволяют судить о типе миоматозного узла: угол $\alpha < 20^\circ$ позволяет поставить диагноз о наличии субмукозного узла типа 0, если угол в интервале $20^\circ < \alpha < 90^\circ$, то тип I, а при угле $\alpha > 90^\circ$ - тип II. При доплерометрии оценены индекс резистентности (ИР), максимальная систолическая (V_{max}), и минимальная систолическая (V_{min}) скорости. В течение 3 мес было зафиксировано уменьшение размеров



>> www.reproductive-congress.ru

миоматозных узлов: в I группе-на 42.84%, от исходных размеров, во II группе-на 46,73%, в III группе-на 48%. После ЭМА и подготовки аГНРГ интраоперационная кровопотеря при миомрезекции была минимальной. Таким образом, предоперационная подготовка позволяет уменьшить объем миоматозных узлов, глубину интерстициального компонента за счет выделения узлов в полость матки, что

дает возможность проводить миомрезекцию с минимальным хирургическим риском даже у пациенток с большим исходным размером миомы. При больших размерах субмукозных узлов в сочетании с множественным характером миомы метод выбора предоперационной подготовки-ЭМА. При единичном узле могут быть использованы аГНРГ и улипристал.

MIOMREZECTION. DO YOU NEED A PRE-OPERATIONAL PREPARATION?

Savelieva G.M., Kauhova E.N., Krasnova I.A., Stupina Yu.N.,

RNIMU named after NI Pirogov, Moscow.

Russia, Moscow, "City Clinical Hospital No. 31 of the Moscow City Health Department".

Miomresection is performed on patients of premenopausal age with large submucosal uterine fibroids or with a multipal fibroids. Estimates

value of pre-surgical preparation that simplifies the process.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОВЕЗИКАЛЬНАЯ КОЛЬПОПЕКТИНОПЕКЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Аболмасов А.В., Ререкин И.А., Волкова Р.Н.

Россия., г. Орел., БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С Тургенева» Медицинский институт

Пролапс тазовых органов – самая частая причина низкого качества жизни среди женщин разных возрастных групп. Стрессовая инконтиненция и сексуальные нарушения – самые частые жалобы этих пациенток. Существует множество подходов хирургического лечения, но не один из них не является золотым стандартом лечения данной патологии.

Цель: Описать технику лапароскопической ретровезикальной кольпопектинопексии как нового хирургического метода коррекции тазового пролапса и оценить его безопасность и отдаленные результаты.

Материал и методы исследования: ретроспективная оценка историй болезни и анкетирование по телефону 22 больных, кому была проведена кольпопектинопексия за промежуток времени с декабря 2011 по сентябрь 2015. Лапароскопическая кольпопектинопексия была проведена с использованием полипропиленового сетчатого импланта с использованием трех троакарных доступов. Все операции проведены в одной клинике одним хирургом.

Результаты исследования и их обсуждение: В исследовании регистрировались возраст, коморбидная патология пациенток, время операции, кровопотеря, восстановление



>> www.reproductive-congress.ru

перистальтики, длительность стационарного лечения, интра – и постоперационные осложнения. Все женщины были анкетированы через 3 месяца и 1 год после операции. А так же всем женщинам проводился клинический осмотр через 1 год после операции.

Средняя продолжительность операции составила 72 мин (44–121 мин). Не было ни одной конверсии в лапаротомию и интра- и постоперационных осложнений. Перистальтика была восстановлена на 1 сутки п/о периода .Все женщины были выписаны на 4 сутки п/о периода. При анкетировании больных через 3 месяца и 1 год после операции завалились следующие вопросы:

- 1) Есть ли у Вас какие-либо жалобы, связанные с перенесенной операцией?
- 2) Ваши прежние проблемы рецидивировали?

3) Вы удовлетворены результатом операции в целом? Все ответы пациенток были отрицательны на 1 или 2 вопроса. Все они были удовлетворены операцией. 16 из них были осмотрены через 1 год, гинекологический статус оценен с помощью шкалы POP-Q. Рецидива пролапса выявлено не было. У одной пациентки с 3 стадией пролапса была отмечена 1 стадия пролапса через 1 год.

Заключение: Лапароскопическая ретроверсикальная кольпопектинопексия – безопасный и эффективный метод хирургической коррекции любого вида цистоцеле. Продемонстрировано отсутствие интра- и постоперационных осложнений, малая продолжительность операции и техническая простота исполнения данной операции.

LAPAROSCOPIC RETROVERSE COLPOPECTINOPEXIA IS A NEW APPROACH IN SURGICAL TREATMENT OF THE GENITALIAN PROLAPSI. PRELIMINARY RESULTS

Abolmasov A.V., Rerekin I., Volkova R.N.

Russia., Orel., Orlovsky Regional Medical Academy Orlov Regional Clinical Hospital. “ FGBOU VO “OSU named after IS Turgenev” Medical Institute

Conclusions: LRC is a safe and effective method for all types of cystocele repairs. It shows no intra or postoperative complications. An operation has short operative time and easy to be learnt.

Patient summary: An original operation was used to treat vaginal prolapse by laparoscopic way with synthetic mesh. This technique was found to be safe and effective with low risk of complications and good long-term results.

МУЛЬТИПЛАНАРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ И 3D МОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОГО РУСЛА ПРИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Обельчак И.С., Харченко Э.И.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФДПО ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова», Москва
Кафедра лучевых методов диагностики и лечения ИМСТ МГУПП, Москва
Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ, Балашиха

Самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов является миома. До настоящего времени вопросы выбора тактики, хирургического

>> www.reproductive-congress.ru

метода лечения являются весьма актуальными. Современный малоинвазивный метод рентгенхирургического лечения миом матки – эмболизация маточных артерий – становится достаточно распространенным в гинекологии. Однако, в 2,5% случаев при рентгенхирургической эмболизации возникают технические трудности при проведении селективной катетеризации маточных артерий (МА), что приводит к увеличению продолжительности вмешательства и, соответственно, к увеличению лучевой нагрузки на пациентку.

Сегодня ни один метод лучевой диагностики, кроме мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), не позволяет малоинвазивно, нетравматично оценить анатомический тип, характер, анатомо-топографические особенности маточного кровоснабжения, выявить причины неэффективности ЭМА, анатомию коллатерального кровоснабжения.

Цель. При проведении МСКТ мы оценивали анатомо-топографические особенности отхождения, хода и направления МА для оптимизации техники выполнения ЭМА. Так же при МСКТ мы определяли эффективность проведенного эндоваскулярного лечения и причины ревакуляризации миоматозного узла, обусловленной коллатеральным кровотоком по яичниковым артериям.

Материал и методы. МСКТ с внутривенным контрастным усилением была выполнена у 133 пациенток перед рентгенэндоваскулярным вмешательством, а так же для оценки эффективности выполненной ЭМА, причин ревакуляризации миоматозных узлов после вмешательства.

МСКТ проводилась на 16-, 128-срезовых компьютерных томографах на фоне внутривенного введения неионных контрастных препаратов в количестве 100,0 мл через автоматический инъектор, со скоростью 4,5–6,0 мл/секунду.

Результаты. В 79 случаях МСКТ выполнена перед ЭМА, в 54 – после ЭМА. У пациенток, которым планировалась ЭМА, при МСКТ изучалась ангиоархитектоника артерий таза, анатомические варианты, угол отхождения МА от внутренней подвздошной артерии, их направление и ход.

При МСКТ отмечались основные варианты отхождения МА (по классификации Кокова Л.С., 2004). Наиболее частый вариант отхождения МА по типу «трифуркации»: между верхней и нижней ягодичных артерий встречался у 63

пациенток (47,3%). Маточная артерия отходила вторым или третьим стволом от нижней ягодичной артерии – у 10 пациенток (7,5%); маточная артерия отходила от нижней ягодичной артерии – у 54 пациентки (40,6%) и самостоятельным стволом от внутренней подвздошной артерии у 6 пациенток (4,6%). При выполнении МСКТ после ЭМА в 3 случаях выявлен коллатеральный путь кровоснабжения миоматозного узла через яичниковую артерию.

Технические трудности при селективной катетеризации маточной артерии возникают при ее отхождении от внутренней подвздошной артерии (ВПА) под прямым или тупым углом. Добиться успешной катетеризации маточной артерии, отходящей под различным углом от ВПА, позволяет применение специальной модификации катетера Roberts, маммарного катетера или катетера модификации «Cobra», которые подбираются с учетом результатов проведенной МСКТ с МПР и 3D моделированием сосудистых изображений в различных плоскостях. МСКТ позволяет оценить вариант отхождения МА от ВПА, определить анатомически устье МА и направление артерии.

МСКТА-навигация с МПР и 3D моделированием сосудистого русла матки перед ЭМА позволяет значительно снизить возможные технические трудности при выполнении рентгенхирургического вмешательства, правильно подобрать селективные катетеры, что существенно снижает длительность процедуры и лучевую нагрузку на пациентку. Таким образом, применение высокотехнологичного метода – МСКТА в предоперационной оценке анатомии сосудов малого таза перед выполнением ЭМА значительно повышает эффективность рентгенэндоваскулярного вмешательства.

Резюме. МСКТ с внутривенным контрастным усилением была выполнена у 133 пациенток перед рентгенэндоваскулярным вмешательством, а так же для оценки эффективности выполненной ЭМА, причин ревакуляризации миоматозных узлов после вмешательства. В 79 случаях МСКТ выполнена перед ЭМА, в 54 – после ЭМА. У пациенток, которым планировалась ЭМА, при МСКТ изучалась ангиоархитектоника артерий таза, анатомические варианты, угол отхождения МА от внутренней подвздошной артерии, их направление и ход. МСКТА-навигация с МПР и 3D моделированием сосудистого русла матки перед ЭМА позволяет значительно снизить возможные технические трудности при выполнении



>> www.reproductive-congress.ru

рентгенхирургического вмешательства, правильно подобрать селективные катетеры, что

существенно снижает длительность процедуры и лучевую нагрузку на пациентку.

MULTIPLANAR RECONSTRUCTION AND 3D MODELING OF VASCULAR IN MULTISPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY IN EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES

Adamyan L.V., Murvatov K.D., Obelchak I.S., Kharchenko E.I.

Department of Reproductive Medicine and Surgery FDPE GOU VPO "Moscow State Medical-Stomatological University. A.I. Evdokimova", Moscow

Department of radiation methods of diagnostics and treatment of IMST MSUPP, Moscow

The main military clinical hospital of the troops of the national guard of the Russian Federation, Balashikha

CT with intravenous contrast enhancement was performed in 133 patients before endovascular intervention, and to assess the effectiveness of implemented EMA, the reasons for revascularization of fibroids after the surgery. In 79 cases, MSCT performed before EMA, in ' 54 after embolization. Patients who were scheduled to EMA, on CT were studied angioarchitectonics of the arteries of the pelvis, anatomical variants, angle of

separation of the MA from the internal iliac arteries, their direction and speed. MSCTA navigation with MPR and 3D modeling of the vascular bed of the uterus before EMA can significantly reduce possible technical difficulties when performing rentgenokhirurgicheskogo interference, the right to choose selective catheters that significantly decreases procedure duration and radiation exposure for the patient.

СИНДРОМ МЕЙЕРА-РОКИНТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА И ТАЗОВАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ – ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА РАЗВИТИЯ

Бобкова М.В., Аракелян А.С., Адамян Л.В.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Минздрава РФ.

Актуальность: Синдром МРКХ – аплазия влагалища и матки у женщин с женским кариотипом и фенотипом встречается с частотой 1:4500 – 1:5000 новорожденных девочек, сочетается с патологией развития мочевыделительной системы в 33–38% случаев, в том числе тазовой дистопией одной или обеих почек – у 33% пациенток (по данным литературы). Учитывая редкие случаи встречаемости синдрома МРКХ, особенно в сочетании с тазовой дистопией почки, единичные данные литературы по этой тематике, актуальным является дальнейшее накопление опыта и разработки тактики ведения пациенток в зависимости от

анатомических и функциональных особенностей тазовой почки.

Цель исследования: Выяснить возможности использования нехирургических и хирургических методик кольпопозеза при синдроме Мейера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера и тазовой дистопии почки на современном этапе развития хирургических технологий и сравнение с международным опытом проведения такого рода операций.

Дизайн: В отделении оперативной гинекологии Центра за последние 5 лет хирургическая коррекция аплазии влагалища и матки произведена у 161 пациентки с синдромом

>> www.reproductive-congress.ru

МРКХ: в том числе у 125 пациенток брюшинный кольпопозз проведен по оригинальной методике Л.В. Адамян с лапароскопической ассистенцией, у 24 пациенток выполнен полностью лапароскопический брюшинный кольпопозз и у 12 – брюшинный кольпопозз с низведением провизорных лигатур, наложенных на края брюшины при лапароскопическом доступе в ранее созданный туннель между прямой кишкой, уретрой и мочевым пузырем. У 6-ти пациенток с синдромом МРКХ и тазовой дистопией почки проведено дополнительное обследование (УЗИ, МРТ с контрастом, МРТ ангиография) для уточнения вопроса о возможности создания неовлагалища хирургическим или нехирургическим способом в зависимости от особенностей расположения тазовой почки, ее функциональных параметров, наличия в анамнезе хирургических вмешательств на органах брюшной полости или предшествующих операций по созданию неовлагалища. Длительность лапароскопического брюшинного кольпопоза, кровопотеря, течение послеоперационного периода, глубина созданного неовлагалища не отличались у женщин с аплазией влагалища и матки и тазовой дистопией почки в сравнении с основной группой с синдромом МРКХ без сопутствующей тазовой дистопией почки.

Результаты: У трех пациенток с синдромом МРКХ и тазовой дистопией почки произведен кольпопозз, в том числе только лапароскопическим доступом у 2-х пациенток, у одной пациентки выполнен кольпопозз влагалищным доступом в связи с выраженным спаечный процесс в брюшной полости, срединным смещением дистопированной почки и наличием в анамнезе предшествующей операции по созданию неовлагалища. Трех пациенткам выполнен бескровный кольпопозз по методу Шерстнева в связи с наличием тазовой дистопии обеих почек – у 2-х пациенток и тазовой дистопией единственной удвоенной почки – у 1-й пациентки.

Заключение: результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о возможности расширения показаний к хирургическим методам создания неовлагалища у пациенток с синдромом МРКХ и тазовой дистопией почки после проведения дополнительного предоперационного обследования с выяснением анатомо-функциональных особенностей мочевыделительной системы и оценкой возможности доступа в малый таз при проведении диагностической лапароскопии.

MAYER-ROKITANSKY-KUESTER-HAUSER SYNDROME AND PELVIC KIDNEY: THE POSSIBILITY OF NEOVAGINAL CREATION

Bobkova M.V., Arakelyan A.S., Adamyan L.V.

Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Gynecological Surgery Department, Moscow.

Peritoneum colpopoiesis were used in 161 patients with vaginal and uterine aplasia in our department since 2011. Original Leila Adamyan's technique (laparoscopic-assisted peritoneal colpopoiesis) was used in 125 patients; a total laparoscopic modification of peritoneal colpopoiesis in 24 patients; and a modified laparoscopic colpopoiesis technique with utilization of the suture material for delivery of the peritoneum into the perineal incision in 12 patients. Taking into consideration low evidence of patients with MRKH syndrome, especially together with renal abnormality, such as

ectopic pelvic kidney. Among our cases, 6 patients had pelvic kidney: a vaginal approach to neovagina creation after previous surgery occurred in one patient; total laparoscopic colpopoiesis performed in two patient, a non-surgical technique of colpopoiesis, occurred in three patients. All patients with MRKH and pelvic kidney were investigated to determine kidney function, anatomical structure and location with ultrasound, contrast MRI and MRI angiography, as well as laparoscopic view.

>> www.reproductive-congress.ru

Conclusion: To choose the method for neovagina creation in patients with MRKH syndrome and pelvic kidney and increase the surgical

possibilities in neovaginal creation, it is necessary to accumulate, compare and share experience of international studies.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ. ИТОГИ

Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А., Аксенова В.Б.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время ЭМА заняла свои прочные позиции в гинекологии относительно лечения больных с миомой матки, при сочетании миомы матки с аденомиозом, варикозном расширении яичниковых вен. Мы широко используем ЭМА в urgentных ситуациях с целью купирования кровотечений при раке шейки матки и шеечной беременности. Цель данного исследования заключается в пересмотре показаний и противопоказаний к ЭМА, а также в оценке репродуктивной функции у пациенток после эмболизации. Материалы и методы. Проведён анализ менструальной, овариальной и репродуктивной функции 650 пациенток с миомой матки, перенесших эмболизацию маточных артерий с 2004 по 2017 гг. на базе 31 ГКБ и ЦПСИР. Большинство из обследованных – 454 были в возрасте от 31 года до 45 лет. ЭМА всем больным была проведена как альтернатива гистерэктомии. Из 650 больных, у 42,3% пациенток на втором этапе лечения была выполнена миомэктомия: 25,2% – трансцервикальная миомэктомия механическим способом, 9,1% – биполярная гистерорезекция, удаление миоматозных узлов лапароскопическим доступом произведено у 5,5% пациенток лапаротомическим доступом – у 2,5%. ЭМА выполнялась по стандартной методике. Все пациентки находились под динамическим наблюдением в течение 3 лет. Проводились исследование гормонального профиля, УЗИ малого таза, доплерография на аппаратах “Technos MP” Esaote и Voluson E8, General Electric Medical Systems, мультисекторными трансабдоминальным и трансвагинальным датчиками (3,5–7,0 МГц). Биполярная гистерорезекция выполнена на оборудовании Versapoint Resectoscopic System, Gynecare, Ethicon inc., Johnson &

Johnson company, USA, гистероскопия, лапароскопия выполнялась на оборудовании Karl Storz – Endoscope, Germany.

Полученные результаты. По данным эхографического и доплерометрического исследования было выявлено, что после ЭМА изменения кровоснабжения матки и миоматозных узлов у всех обследованных характеризовались полной редукцией артериального кровотока в узлах и снижением кровообращения в маточных артериях. Важным в оценке кровообращения в бассейне маточных артерий является изменение кровообращения в сосудах мелкого калибра. Выявлено, что ЭМА не приводит к полной редукции артериального кровотока в аркуатных и радиальных сосудах. В течение года после ЭМА было отмечено постепенное восстановление перфузии в бассейне маточных артерий. Изучение функции яичников у пациенток как раннего, так и позднего репродуктивного периодов после ЭМА показало, что изменений гормонального статуса у большинства из них не происходило или они носили транзитный характер. У большинства больных репродуктивного возраста после эмболизации кровотока в строме яичника и в а. ovarica был сохранен. У пациенток с миомой матки больших размеров и множественном характере узлов ЭМА проводится с целью предоперационной подготовки перед лапаротомической или лапароскопической миомэктомией. Оптимизирована тактика выполнения эмболизации в позднем репродуктивном возрасте. Также, учитывая индивидуальный подход к технике ЭМА у больных с маточно-яичниковыми артериальными анастомозами, адекватную послеоперационную терапию, планирование беременности не ранее, чем через год после эмболизации, проведённый



>> www.reproductive-congress.ru

анализ данных маточного и яичникового кровотоков позволяет расширить показания для ЭМА у пациенток, планирующих беременность.

Заключение. За 12 лет применения ЭМА пересмотрены показания и противопоказания к данному методу лечения. Внедрение новых технологий суперселективной эмболизации маточных артерий позволило улучшить прогнозы на наступление беременности у пациенток с миомой матки.

Резюме. Результаты обследования 650 пациенток репродуктивного возраста позволили модифицировать показания и противопоказания к проведению ЭМА, оптимизировать тактику выполнения эмболизации в позднем репродуктивном возрасте и, благодаря технике суперселективной эмболизации и анализу маточно-яичниковых артериальных анастомозов, позволили расширить показания для ЭМА у пациенток, планирующих беременность.

UTERINE ARTERY EMBOLIZATION IN GYNECOLOGY. RESULTS

Savelyeva G.M., Breusenko V.G., Krasnova I.A., Kapranov S.A., Aksenova V.B.

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

Abstract. The results of examination of 650 patients of reproductive age allowed to modify indications and contraindications to EMA, to optimize the tactics of embolization in late reproductive age and, thanks to the technique

of superselective embolization and analysis of uterine-ovarian arterial anastomoses, allowed to expand the indications for EMA for patients, who are planning pregnancy.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Пономарева С.Г., Валивач Е.Н., Захарова С.А.

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, Родильный дом им. К.А. Гуткина

Эндоскопические методы широко используются для диагностики и лечения бесплодия. Лапароскопический метод хирургического лечения максимально информативен, позволяет восстановить фертильность в 25–35% случаев. (Пучков К.В., с соавт., 2006, Адамян Л.В., 2013).

Цель исследования. Оценить информативность лапароскопии в диагностике причин бесплодия и проследить отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни, включая протоколы лапароскопических операций, проведенных по поводу бесплодия у 96 пациенток, находящихся на лечении в гинекологическом отделении №1 Родильного

дома им. К.А. Гуткина г. Петрозаводска. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от установленных причин бесплодия: 1 группа – эндокринное бесплодие (23 чел.), 2 группа – трубное (49 чел.), 3 группа – смешанное (13 чел.) и 4 группа – идиопатическое бесплодие (11 чел.). Отдаленные результаты удалось проследить у 75 пациенток.

Результаты исследования. Основная часть пациенток были в возрасте 26–35 лет: 78,2% чел. – в 1 группе, 72,7% чел. – во 2 группе, 85,1% чел. – в 3 группе и 55,6% чел. – в 4 группе. Обращает на себя внимание тот факт, что в 4 группе не было пациенток моложе 25 лет, а старше 35 лет – почти половина (44,4% чел.). У 26,6% пациенток этой группы отсутствовали

>> www.reproductive-congress.ru

гинекологические заболевания в прошлом. Мужской фактор бесплодия был выявлен у 17,8% чел. в группе эндокринного бесплодия, у 14,9% чел. – при смешанном генезе бесплодия и у 26,6% чел. в группе бесплодия неясного генеза. При оценке объема оперативного вмешательства установлено, что в 1 группе наиболее часто выполнялась каутеризация яичников (61,4% чел.) и хромогидротубация (13,6% чел.). Во 2 группе в основном проводилась односторонняя (24,7% чел.) и двусторонняя (24,7% чел.) тубэктомия, сальпингоадгезиолизис (24,7% чел.) и адгезиолизис (13,6% чел.). В 3 группе в 42,7% случаев выполнена каутеризация яичников, в 17,4% случаев – термокоагуляция эндометриоидных гетеротопий. В 4 группе у всех проведена только хромогидротубация. Осложнений в послеоперационном периоде не было. В 1 группе эндокринного бесплодия у 43,7% женщин наступила беременность, причем у большинства из них – спонтанно (85,7%), 12,5% пациенток обследуются для проведения ЭКО, отсутствует беременность у 18,7% пациенток. Во 2 группе трубного генеза у 47,5% женщин наступила беременность, спонтанно – у четверти из них, 12,5% пациенток готовятся на ЭКО, отсутствует беременность у 27,5% пациенток. В 3 группе бесплодия смешанного генеза беременность наступила у 18,4% пациенток, 9,2% женщин готовятся на ЭКО, у 36,2% пациенток беременность отсутствует. В 4 группе беременность наступила у 25,5% женщин, у

25,0% чел. – отсутствует. В 3 и 4 группах спонтанные беременности и беременности после ЭКО наступили с одинаковой частотой. Путем кесарева сечения родоразрешены 57,1% чел. в 1 группе, 36,8% чел. – во 2 группе и все пациентки 3 и 4 групп. Беременность на данный момент прогрессирует у 26,4% пациенток во 2 группе.

Заключение. Таким образом, нам удалось установить высокую эффективность лапароскопии как в диагностике, так и в лечении бесплодия. После вмешательства в связи с трубным генезом бесплодия, у пациенток становится возможным наступление спонтанных беременностей (25% по нашим результатам). Особенно высока эффективность восстановления фертильности после проведенного оперативного лечения при бесплодии эндокринного генеза – у 86% пациенток наступила спонтанная беременность.

Резюме. Оценена эффективность лапароскопии у 96 пациенток с бесплодием различного генеза. В группе эндокринного бесплодия беременность наступила у 43,7% женщин, у большинства из них – спонтанно (86% женщин); в группе трубного генеза – у 47,5% женщин, спонтанно – у четверти пациенток; в группе бесплодия смешанного генеза – у 18,4% пациенток; в группе бесплодия неясного генеза – у 25,0% чел. Частота наступления спонтанной беременности и после ЭКО в этих группах одинакова.

THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF STERILITY

Ukvalberg M.E., Ivanova N.A., Kormakova T.L., Ponomareva S.G., Valivach E.N., Zakharova S.A.

Russian Federation, Petrozavodsk, Petrozavodsk State University, Medical Institute, Department of Obstetrics and Gynaecology, Dermavenerology, Maternity Hospital named by K.A. Gutkin.

The effectiveness of laparoscopy was estimated by 96 patients with different types of sterility origins. In the group of endocrin sterility, pregnancy was fixed at 43,7% of cases, majorly occurred in spontaneous manner (at 86% of women), in a group of tubal genesis- at 47,5% of cases, spontaneously occurred at fourth part of cases, in a group of sterility of mixed origins-at

18% of patients, in a group of sterility of unknown origin -at 25 % of women. The frequency of spontaneous pregnancy and pregnancy after extracorporeal fertilization in these groups are the same.



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Ковалева О.С., Плахова Т.А.

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО Российский Национальный Исследовательский Университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Различные методы абляции эндометрия выполнены 78 больным с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе. При продолжительном динамическом наблюдении частота структурных изменений в яичниках не превышала таковую при сравнении с больными, получавшими традиционное лечение.

Актуальность: Современные подходы в лечении гиперпластических процесс эндометрия (ГПЭ) предусматривают на 1 этапе удаление патологического очага под контролем гистероскопии, на 2 этапе применяются гормонотерапия, абляция эндометрия, гистерэктомия. Эффективность абляции эндометрия в постменопаузе составляет от 84,7% до 100%, что обуславливает востребованность данного метода, однако вероятность возникновения неопластических процессов в яичниках у части больных после ее выполнения затрудняет выбор метода лечения, служит аргументом в пользу гистерэктомии. Актуальным является изучение морфофункционального состояния яичников после абляции эндометрия, данные о влиянии внутриматочной хирургии на структуру и функцию яичников в доступной литературе отсутствуют. Цель исследования: Оптимизировать выбор метода лечения внутриматочной патологии с учетом данных наблюдения за больными после различных видов абляции эндометрия, изучения морфофункционального состояния яичников у пациенток с ГПЭ в постменопаузе.

Материалы и методы: Обследованы 108 пациенток периода постменопаузы с ГПЭ, которые в зависимости от метода лечения разделены на группы: основная- 78 больных, которым были произведены различные методики абляции эндометрия (19 (24,3%) выполнена тотальная электрохирургическая резекция/ абляция эндометрия, 27 (34,6%) – электрохирургическая полипэктомия, 7 (8,9%) – термическая баллонная абляция, 25 (32%) – лазерная

абляция эндометрия по технологии ELITT); группа контроля – 30 больных, которым проводилось традиционное лечение (гистероскопия с механическим удалением патологического очага). В основной группе при гистологическом исследовании препаратов наиболее часто встречался железисто-фиброзный полип эндометрия (ЖФПЭ), в 56,4% наблюдений. Другие варианты ГПЭ, а также их сочетания определялись реже: железистый полип эндометрия (ЖПЭ) – 5,1%, фиброзный полип эндометрия (ФПЭ) – 6,4%, сочетание ЖФПЭ и простой железистой гиперплазии – 10,2%, ЖФПЭ и кистозной атрофии эндометрия-3,84%. В группе контроля также наиболее частым вариантом патогистологического заключения являлся ЖФПЭ (96,6%). Длительность наблюдения составила от 1 года до 11 лет. Изучаемым больным каждые 6 месяцев проводилось УЗИ органов малого таза и исследование уровня гонадотропных и стероидных гормонов, онкомаркеров (СА 125, HE4).

Результаты: За время динамического наблюдения структурные изменения в яичниках отмечены у 14 (17,9%) больных в основной группе, у 4 (13,3%) в контрольной. Эпителиальные опухоли яичников (ОЯ) имели место у 3 пациенток (3,84%) основной группы, и у 2 (2,6%) контрольной, инклюзионные кисты в двух группах отмечены в равных количествах (2 больных), опухоли стромы полового тяжа у 4 (5,13%), гиперпластические процессы ткани яичников у 5 (6,4%) больных основной группы. Хирургическому лечению в объеме гистерэктомии с придатками по поводу выявленных опухолей яичников подверглись 4 пациентки (5,1%) основной и 2 (6,6%) контрольной группы. Остальные находились под динамическим наблюдением, учитывая небольшие размеры образований, показатели онкомаркеров, не превышающие референсных значений, соматическую отягощенность больных. Оценивая структуру эндометрия у больных с выявленными яичниковыми



>> www.reproductive-congress.ru

образованиями отмечено, что рецидив ГПЭ возник у 4 больных в основной группе, у 1 в контрольной. При исследовании гонадотропных и стероидных гормонов, статистически значимой зависимости формирования ОЯ от их концентрации получено не было. Анализ значимости различий не показал статистически достоверных вариаций частоты возникновения яичниковых образований в основной и контрольной группах.

Выводы: Учитывая одинаковую частоту встречаемости и отсутствие статистически достоверных рисков возникновения структурных изменений в ткани яичников у пациенток после абляции эндометрия при сравнении с контрольной группой, данный метод лечения ГПЭ в постменопаузе на современной этапе остается приемлемым и высокоэффективным.

MORPHOFUNCTIONAL STATE OF OVARIES OF PATIENTS IN POSTMENOPAUSE AFTER MODERN METHODS OF ENDOUTERINE SURGERY

Breusenko V.G., Golova Yu.A., Kovaleva O.S., Plakhova T.A.

Russia, Moscow, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Ministry of Health of the Russian Federation.

The different methods of ablation of endometrium were executed to 78 patients with benign pathology of endometrium. At the long

dynamic watching frequency of structural changes in ovaries did not exceed such when compared to patients getting traditional treatment.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В НОВОЙ МОДИФИКАЦИИ МАНЧЕСТЕРСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худолей Е.П.

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России

Резюме: Было проведено хирургическое лечение 83 пациенткам с тазовым пролапсом с элонгацией шейки матки. В основной группе 47 пациенткам была выполнена новая модификация Манчестерской операции с применением сетчатого имплантата, в контрольной (36 женщин) – Манчестерская операция. Через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции проведено обследование пациенток. Трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом не приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям, проста в выполнении, позволяет восстановить топографию и функции тазовых органов.

Распространенность тазового пролапса среди гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения составляет 28–38,9%. Несостоятельность мышц тазового дна часто приводит к элонгации и гипертрофии шейки матки. Основными методами лечения тазового пролапса с элонгацией шейки матки являются Манчестерская операция и влагалищная экстирпация матки. Применение влагалищной экстирпации часто приводит к выпадению купола влагалища. Частота рецидивов после Манчестерской операции составляет 22%. В обоих методах используются собственные ткани пациентки. Частота рецидивов при

>> www.reproductive-congress.ru

использовании собственных тканей составляет 30–75%. Эффективность лечения при использовании синтетических материалов – более 90%. Хирургическое лечение генитального пролапса с элонгацией шейки матки требует оптимизации.

Целью исследования стала оценка эффективности трансобтураторной цервикосуспензии сетчатым имплантатом по сравнению с Манчестерской операцией для лечения генитального 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 проведено хирургическое лечение 83 пациенток с тазовым пролапсом и элонгацией шейки матки. Больные были разделены на 2 группы: I – основную (47) и II – контрольную (36 пациенток). В основной группе оперативное лечение было проведено путем трансобтураторной цервикосуспензии сетчатым имплантатом (патент N2533983 «Способ коррекции пролапса гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки»): в дополнение к стандартной Манчестерской операции через запираемые отверстия проводники с сетчатым имплантатом в виде узкой ленты по направлению к бедренным складкам. Проводники извлекали, сетчатый имплантат фиксировали к шейке матки и культиям кардинальных связок нерассасывающимися отдельными швами, путем потягивания за свободные концы сетчатого имплантата шейку матки фиксировали в малом тазу. В контрольной группе была выполнена Манчестерская операция. Через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции

было проведено обследование пациенток. Статистический анализ данных выполняли с помощью программы SPSS Statistics 17.0.

Длительность операции составила $47,8 \pm 26,2$ и $57,5 \pm 35,1$ минут соответственно. Через 1 месяц после операции 15 (31,9%) пациенток в I группе и 11 (30,6%) – во II предъявляли жалобы на дискомфорт в области промежности. 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. Через 2–3 месяца выраженность этих жалоб снижалась на фоне проведения комплексной реабилитационной терапии. Через 24 месяца после операции у 1 (2,1%) пациентки первой группы был отмечен рецидив тазового пролапса (опущение задней стенки влагалища, энтероцеле). Во второй группе – через 12 месяцев у 1 (2,8%) пациентки – опущение задней стенки влагалища, энтероцеле, через 24 месяца – у 2 (5,56%). У 3 (6,2%) пациенток I группы и у 4 (11,1%) второй в раннем послеоперационном периоде были диагностированы гематомы промежности. В 1 (2,1%) случае в I группе был отмечен тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. Эффективность лечения в I группе составила 97,9%, во II – 91,7%.

Таким образом, трансобтураторная цервикосуспензия сетчатым имплантатом не приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям, проста в выполнении, не увеличивает продолжительность операции, позволяет восстановить топографию и функцию тазовых органов.

THE USE OF MESH IMPLANTS IN NEW MODIFICATIONS OF THE MANCHESTER OPERATION

Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

Russia, Moscow, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Abstract: we conducted surgical treatment of 83 patients with pelvic prolapse with elongation of the cervix. In the main group of 47 patients was made new modification Manchester surgery using mesh implant, in the control (36 women) – Manchester operation. After 1, 3, 6, 12 and 24 months after surgery a survey of patients.

Transobturatory servicessince mesh implant leads to severe postoperative complications, simple in execution, allows to reconstruct the topography of the pelvic organs.



ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Чочаева Е.М., Давыдов А.И., Пашков В.М.

Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Сегодня оперативная гистероскопия является одним из наиболее важных и прогрессивных звеньев оперативной гинекологии в целом. За более чем 20-летний период нами накоплен богатый опыт гистероскопических операций, выполненных по поводу различных нозологий, включая подслизистую миому, аденомиоз, вращение плаценты, шеечную беременность, внутриматочную перегородку, синдром Ашермана и др. В отношении подслизистой миомы матки наше мнение однозначно: при наличии конкретных условий трансцервикальная миомэктомия является методом выбора лечения таких пациенток независимо от их возраста. Одними из определяющих условий для гистероскопической миомэктомии безусловно являются величина опухоли и ее локализация в соответствии с классификацией FIGO. Причем эти два фактора тесно связаны между собой: чем больше размеры подслизистого узла и чем глубже его локализация в толще мышечной стенки матки, тем сложнее и рискованней в отношении различного рода осложнений операция. Однако даже при наличии субмукозного узла 2 типа средним диаметром 50 мм возможно проведение резектоскопической миомэктомии в несколько этапов. После каждого этапа происходит вытеснение в полость матки нерезецированной порции миомы. При этом всегда повторная операция характеризуется меньшей продолжительностью, меньшей кровопотерей и отсутствием дефицита инстиллируемой жидкости, а также отсутствием необходимости в лапароскопическом и ультразвуковом контроле хирургического вмешательства.

Тем не менее, не следует без предварительной медикаментозной подготовки выполнять резекцию подслизистой миомы 2 типа, диаметр которой находится в пределах 50–60 мм, а областью локализации является дно матки, а также узлы 1–2 типов средним диаметром свыше 60 мм независимо от места расположения. Такие ситуации не только технически трудноразрешимы, но и сопряжены с неоправданно высоким риском развития

интра- и послеоперационных осложнений: профузного маточного кровотечения, перфорации матки, гипонатриемии вследствие большого расхода инстиллируемой жидкости-диэлектрика.

Ряд авторов проводит параллели между неэффективностью гистероскопической миомэктомии и неполным удалением подслизистой опухоли сравнительно больших размеров. На наш взгляд это не совсем корректно, так как в таких случаях речь идет либо о незавершенном лечении, либо неправильной оценке клинической ситуации (в том числе возможностей хирурга). Более важным следует признать преимущества гистероскопической миомэктомии как метода, способствующего сохранению репродуктивного потенциала женщины. Средняя частота наступления беременности после трансцервикальной миомэктомии достигает 45–76%. Более того, при величине подслизистой миомы диаметром до 5 см частота наступления беременности с ее благополучным исходом выше, чем при других методах миомэктомий.

В целом оперативная гистероскопия представляет высокоэффективный, малотравматичный, и высокоэкономичный метод лечения больных подслизистой миомой матки. Непременным условием эндохирургического лечения пациенток с подслизистой миомой матки являются: а) величина матки не более 9–10 недельной беременности и б) диаметр подслизистой опухоли не более 60 мм.

Резюме. Изучены возможности и ограничения гистероскопической миомэктомии. Установлено, что при миоме 2 типа целесообразно проводить медикаментозную подготовку для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений: маточного кровотечения, перфорации матки, гипонатриемии.



HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY: REALITIES AND PROSPECTS

Chochaeva E.M., Davydov A.I., Pashkov V.M.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Possibilities and restrictions of hysteroscopic myomectomy are studied. It is established that at a myoma 2 types are expedient to apply

medicamental preparation to prevention intra – and postoperative complications: a uterine bleeding, uterine perforation, a hyponatremia.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии.

197022, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Лапароскопическое хирургическое лечение является первой линией терапии инфильтративных форм эндометриоза. Однако полное иссечение позадишеечных очагов эндометриоза может вызывать послеоперационную дисфункцию гениталий, мочевого пузыря и кишечника, что связано с пересечением ветвей сплетения hypogastricus inferior, участвующего в иннервации мочеполового тракта. В российской современной научной литературе нет однозначных данных о методике проведения и этапах нервосберегающих операций при распространенном эндометриозе, технике “shaving”, а их целесообразность и эффективность являются дискуссионными.

Целью исследования было оценить эффективность и результативность нервосберегающей методики оперативного лечения эндометриоза, динамику со стороны основных жалоб пациенток до и после операции: бесплодие, боли, нарушение менструального цикла. Проанализировать структуру жалоб пациенток, ранее проводимое лечение, методику и продолжительность последней операции, рекомендации в послеоперационном периоде.

В ретроспективное исследование были включены 31 пациентка, которым в 2015 году

в клинике акушерства и гинекологии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова выполнялось оперативное лечение с применением нервосберегающей методики при распространенных формах эндометриоза. Отобранным согласно критериям включения и невключения пациенткам было проведено клиничко-лабораторное, инструментальное обследование (УЗИ, МРТ малого таза), анкетирование: шкалы боли ВАШ, Pain Detect, опросники FSFI, IPSS, Urogenital Distress Inventory, консультация психолога.

Основные жалобы у пациенток при поступлении: боли 87%, бесплодие 61%, гиперполименоррея 42%, нарушение акта дефекации 6%. Интенсивность болей оценивалась в баллах по опросникам ВАШ и Pain Detect, в среднем: боли при менструации $6,1 \pm 3,0$, при половом акте $4,3 \pm 3,0$, вне менструального цикла $3,5 \pm 3,0$. Дебют жалоб в среднем $3,2 \pm 2,5$ лет, 11 пациенток в связи с синдромом тазовых болей проходили лечение у специалистов смежных специальностей с диагнозами: мочекаменная болезнь – 10%, рецидивирующий сальпингоофорит 16%, опухоль неизвестной этиологии 3%, НЯК 3% без диагноза 5 лет 3%.

Пациенткам выполнялась лапароскопия, интраоперационно был диагностирован и

>> www.reproductive-congress.ru

подтвержден гистологически позадишеечный эндометриоз, инфильтративная форма, у 45% пациенток были обнаружены эндометриомы яичников, у 29% – миома матки, у 54% – спаянная болезнь, экстрагенитальный эндометриоз. Средняя продолжительность операции составила 113 ± 35 минут, а продолжительность госпитализации – $7,0 \pm 2,5$ дней. В послеоперационном периоде ни у одной пациентки не было жалоб на нарушение мочеиспускания или акта дефекации, одной пациентке потребовалась реллапароскопия, ушивание дефекта подвздошной кишки. В дальнейшем пациенткам было рекомендовано: агонисты ГнРГ – 80%, препараты диеногеста – 16%; консультация репродуктолога, проведение ВРТ без гормонального лечения – 4% (1 пациентка)

После отмены гормонального лечения значительно снизилась интенсивность болей (баллы): боли при менструации $6,1 \pm 3,0 \rightarrow 2,4 \pm 1,9$, боли вне менструации $3,5 \pm 3 \rightarrow 0,9 \pm 0,6$,

боли при половом акте $4,3 \pm 3 \rightarrow 0,8 \pm 0,4$. У 19 пациенток с бесплодием после отмены гормональных препаратов в течение 6-12 месяцев: беременность наступила самостоятельно – 26%: 3 родов, у 2 – прогрессирующая беременность; беременность при помощи ВРТ – 10%: 2 прогрессирующие беременности; неудачные попытки ЭКО – 10%; готовятся к ВРТ – 21% (4 пациентки). Субъективное улучшение самочувствия (консультированы психологом) после оперативного лечения в среднем на $77 \pm 13\%$

Таким образом с целью повышения эффективности лечения, улучшения восстановительного послеоперационного периода и повышения качества жизни пациенток, целесообразно применение нервосберегающей методики оперативного лечения при инфильтративной форме позадишеечного эндометриоза, а также дальнейшее совершенствование и стандартизация данной техники.

FUNCTIONAL RESULTS OF NERVE-SPARING SURGERY IN WOMEN WITH DEEPLY INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Bezhenar V.F., Kruglov S.Y.

First Pavlov State Medical University of St.Petersburg. Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology

Resume. The nerve sparing technique approach for deeply infiltrating endometriosis (DIE) seems to be useful and effective. In comparison to the conventional surgery, it seems to demonstrate better preservation of pelvic visceral

function and an improvement in quality of life with same recurrence rates. The concept of preservation of autonomic nerves during surgical treatment of DIE should become the standart of treatment DIE in gynecological clinics.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ НА СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Адамян Л.В., Козаченко И.Ф., Филиппова Е.С., Азнаурова Я.Б.

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

Актуальность: Частота встречаемости эндометриоидных кист яичников составляет 17–44

% среди женщин, больных наружно-генитальным эндометриозом. До 40% больных

>> www.reproductive-congress.ru

эндометриоидными кистами яичников сталкиваются с проблемами бесплодия. Оперативное вмешательство у пациенток с наружным генитальным эндометриозом является основным этапом в лечении данной патологии. По данным проспективных когортных исследований среди бесплодных женщин с умеренной и тяжелой стадией эндометриоза с последующей лапароскопией и удалением эндометриоидных поражений, спонтанная беременность наступает в 52–69% случаев. Остается спорным вопрос, является ли повреждение ткани яичников во время хирургического удаления эндометриоидных кист более серьезным, чем повреждение коркового слоя яичников в результате токсического влияния эндометриоидной кисты? Сохранение овариального резерва – ключевой вопрос репродуктивной хирургии и ВРТ. При проведении оперативного лечения на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста важным аспектом является изучение состояния овариального резерва до оперативного вмешательства. Это позволит оценить степень повреждения ткани яичников до операции, выработать индивидуальную тактику ведения и восстановить репродуктивную функцию данных пациенток. Самым точным количественным методом оценки овариального резерва в настоящее время считается уровень АМГ.

Цель исследования – оценить состояние овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников до и после хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: данное исследование проводилось на базе отделения оперативной гинекологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) города Москвы, под руководством профессора Л.В. Адамян. В исследование было включено 117 женщин репродуктивного возраста от 18 до 38 лет с эндометриоидными кистами яичников.

Результаты: Средний возраст женщин составил 32, 9 лет (+2 года). В зависимости от стадии распространения процесса все пациентки были разделены на две группы: 1-я группа (67

женщин, 57,3%) – пациентки с 1–2 стадией распространения процесс, 2-я группа (50 женщин, 42,7%) – пациентки 3-4 стадии распространения процесса. Односторонние кисты яичников были в 77,8% (91 человек). Двусторонние кисты встречались в 22,2% случаев (26 человек). Размеры эндометриоидной кисты более 4 см встречались в 57,3% случаев (у 67 пациенток), менее 4 см в 42,7% случаев (у 50 пациенток). Рецидив эндометриоидной кисты встречался в 16,2% случаев (у 19 человек). Низкий уровень АМГ был в 20,5% случаев в 1 группе пациентов и в 58,3% случаев во 2 группе пациентов. Также снижение количества антральных фолликулов (менее 5 по данным УЗИ) отмечалось в 30% случаев во 2-й группе и лишь в 7,5% случаев в 1-й группе. В группе пациенток с рецидивом эндометриоидной кисты низкий уровень АМГ встречался в 57,9% случаев, снижение количества антральных фолликулов по данным УЗИ отмечалось в 31,6% случаев. Отмечалась прямая зависимость уровня АМГ от размера кисты, в группе женщин с эндометриоидными кистами размерами более 4-х см показатели АМГ были низкими в 35,8% случаев. Через три месяца после оперативного лечения уровень АМГ снижался более, чем в 2 раза как в 1-й группе пациенток, так и во 2-й группе, более низкий уровень АМГ отмечался у пациенток, которым была проведена двусторонняя резекция яичников.

Заключение: у всех женщин с эндометриоидными кистами яичников отмечалось снижение овариального резерва до оперативного вмешательства. Наиболее выраженное снижение овариального резерва отмечено в группе женщин 3–4 стадии распространения патологического процесса, при двусторонних кистах яичников, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства на яичниках, а также в возрастной группе 31–37 лет. После оперативного лечения отмечалось снижение уровня АМГ в 2 раза, что подтверждает негативное влияние операции на овариальный резерв.



THE IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOMAS ON OVARIAN RESERVE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Adamyan L.V., Kozachenko I.F., Filippova E.S., Aznaurova Y.B.

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

Study Objective – To assess the status of ovarian reserve in women of reproductive age with endometrioma before and after surgical treatment. This study included 117 women of reproductive age from 18 to 38 years with endometriomas. All the patients were divided into two groups depending on the stage of dissemination of the pathological process: Group 1 (67 women, with 57.3%) of patients with 1–2 stage of the spread of the pathological process, group 2 (50 women, 42,7%) – patients with stage 3–4. Unilateral ovarian cyst was detected in 77,8% (91 people). Bilateral ovarian cysts were found in 22.2% of cases (26). Endometriomas larger than 4 cm. was found in 57.3% of cases (67 patients), less than 4 cm in 42,7% of cases (50 patients). Recurrence of endometriotic cysts were found in 16.2% of cases.

Conclusion – All women with endometriomas, a decrease of the ovarian reserve before surgery. The most marked reduction in ovarian reserve observed in the group of women 3 to 4 stages of dissemination of the pathological process, while bilateral ovarian cysts with a history of surgery on the ovaries, but also in the age group of 31 to 37 years. After surgical treatment, a decrease of AMH level in 2 times, that confirms the negative impact of surgery on ovarian reserve.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИРОВАННОГО У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Беженарь В.Ф., Ножницева О.Н.

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии. ПСПБГМУ им.И.П.Павлова, СПб, Россия.

Резюме. Оценка несостоятельности рубца после кесарева сечения может быть выполнена с помощью ультразвука, МРТ и гистероскопии. Дефект можно устранить лапароскопической методикой. В результате операции восстанавливаются анатомические структуры и функции. Выявление несостоятельности рубца может помочь врачу снизить материнскую и неонатальную заболеваемость / смертность.

В последние годы одной из актуальных проблем акушерства является проблема рубца на матке после операции кесарева сечения (КС), частота которой постоянно увеличивается и составляет 26,4%. Помимо уже известных осложнений, связанных с кесаревым сечением (перитонит, разрыв матки), в последние десятилетия стало известно о существовании таких осложнений, как постменструальные кровотечения, дисменорея, хроническая тазовая боль,

>> www.reproductive-congress.ru

диспареуния, бесплодие. Было высказано предположение, что эти симптомы могут быть связаны с неполным заращением рубца на матке, который также называется «ниша».

Целью нашего исследования явилось установление причины развития «ниш», разработка диагностических критериев и наиболее эффективных способов коррекции несостоятельности рубца на матке.

Для выявления несостоятельности рубца на матке использовали УЗИ, МРТ органов малого таза, гистероскопию.

С помощью инструментальных методов оценивалось: толщина миометрия в верхушке «ниши», ширина «ниши», длина дефекта, ширина нижнего сегмента матки на уровне дефекта (чтобы оценить какой процент площади нижнего сегмента занимает дефект), расстояние от края дефекта до сосудистого пучка, расположение дефекта относительно внутреннего зева, наличие жидкостных образований в рубце, вращение мочевого пузыря в рубец.

Показанием к выполнению хирургического вмешательства явились: желание пациентки иметь последующие беременности, длина дефекта более 1 / 3 ширины матки в области рубца, толщина стенки матки в верхушке ниши менее 2.5 мм, формирование истмоцеле, наличие жидкостного образования в рубце или наличие пограничного размера дефекта в сочетании с клиническими проявлениями.

Из возможных видов хирургического лечения была выбрана лапароскопическая реконструктивная метропластика, которая позволяет уменьшить инвазивность операции, тем самым снижая риск спайкообразования.

В исследовании участвовали 26 человек. Средний возраст составил 33 года (min 25 лет; max 39 лет). Из возможных жалоб преобладали перименопаузальные кровянистые выделения из половых путей – 38%, на втором месте вторичное бесплодие 42%, боли в нижних отделах живота встречались в 27% случаев, а сочетание нескольких жалоб одновременно встречалось в 54%. Средняя толщина рубца до операции по данным УЗИ составила 3,4 мм, а по данным МРТ 3,06 мм.

Всем пациенткам на 4-5й день менструального цикла была выполнена лапароскопическая метропластика в сочетании с интраоперационной гистероскопией без расширения цервикального канала с помощью жесткого гистероскопа В.И.О.Н.

Через 3 месяца после операции средняя толщина рубца по данным УЗИ составила 8,1 мм, по данным МРТ 7,7 мм. Количество жалоб значительно уменьшилось, особенно, в случае постменструальных кровянистых выделений и хронических тазовых болей.

Из вышеописанного следует сделать вывод, что при проведении предгравидарной подготовки у женщин с наличием рубца на матке после кесарева сечения, выполнение скринингового УЗИ органов малого таза является обязательным. МРТ и гистероскопия позволяют наиболее четко визуализировать дефект, что особенно важно в сомнительных случаях. Лапароскопическая метропластика является эффективной методикой, которая позволяет восстановить здоровье женщины.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF POST-CESAREAN SECTION UTERINE SCAR DEFECTS DIAGNOSED IN NONPREGNANT WOMEN

Bezhenar V.F. Nozhnitseva O.N.

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg. Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology.

Resume. Evaluation of uterine scar defects after cesarean section can be performed using ultrasound, MRI and hysteroscopy. The defect can be repaired via laparoscopy, with reproducible

postoperative anatomic and functional outcomes. The identification of such condition as scar defects can guide the doctor towards decreasing maternal and neonatal morbidity/mortality.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии.

197022, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Лапароскопическое хирургическое лечение является первой линией терапии инфильтративных форм эндометриоза. Однако полное иссечение позадишеечных очагов эндометриоза может вызывать послеоперационную дисфункцию гениталий, мочевого пузыря и кишечника, что связано с пересечением ветвей сплетения *hypogastricus inferior*, участвующего в иннервации мочеполового тракта. В российской современной научной литературе нет однозначных данных о методике проведения и этапах нервосберегающих операций при распространенном эндометриозе, технике “shaving”, а их целесообразность и эффективность являются дискуссионными.

Целью исследования было оценить эффективность и результативность нервосберегающей методики оперативного лечения эндометриоза, динамику со стороны основных жалоб пациенток до и после операции: бесплодие, боли, нарушение менструального цикла. Проанализировать структуру жалоб пациенток, ранее проводимое лечение, методику и продолжительность последней операции, рекомендации в послеоперационном периоде.

В ретроспективное исследование были включены 31 пациентка, которым в 2015 году в клинике акушерства и гинекологии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова выполнялось оперативное лечение с применением нервосберегающей методики при распространенных формах эндометриоза. Отобранным согласно критериям включения и невключения пациенткам было проведено клиничко-лабораторное, инструментальное обследование (УЗИ, МРТ малого таза), анкетирование: шкалы боли ВАШ, Pain Detect, опросники FSFI, IPSS, Urogenital Distress Inventory, консультация психолога.

Основные жалобы у пациенток при поступлении: боли 87%, бесплодие 61%, гиперполименоррея 42%, нарушение акта дефекации 6%. Интенсивность болей оценивалась в баллах

по опросникам ВАШ и Pain Detect, в среднем: боли при менструации $6,1 \pm 3,0$, при половом акте $4,3 \pm 3,0$, вне менструального цикла $3,5 \pm 3,0$. Дебют жалоб в среднем $3,2 \pm 2,5$ лет, 11 пациенток в связи с синдромом тазовых болей проходили лечение у специалистов смежных специальностей с диагнозами: мочекаменная болезнь – 10%, рецидивирующий сальпингоофорит 16%, опухоль неизвестной этиологии 3%, НЯК 3% без диагноза 5 лет 3%.

Пациенткам выполнялась лапароскопия, интраоперационно был диагностирован и подтвержден гистологически позадишеечный эндометриоз, инфильтративная форма, у 45% пациенток были обнаружены эндометриомы яичников, у 29% – миома матки, у 54% – спайчатая болезнь, экстрагенитальный эндометриоз. Средняя продолжительность операции составила 113 ± 35 минут, а продолжительность госпитализации – $7,0 \pm 2,5$ дней. В послеоперационном периоде ни у одной пациентки не было жалоб на нарушение мочеиспускания или акта дефекации, одной пациентке потребовалась релапароскопия, ушивание дефекта подвздошной кишки. В дальнейшем пациенткам было рекомендовано: агонисты ГнРГ – 80%, препараты диеногеста – 16%; консультация репродуктолога, проведение ВРТ без гормонального лечения – 4% (1 пациентка)

После отмены гормонального лечения значительно снизилась интенсивность болей (баллы): боли при менструации $6,1 \pm 3,0 \rightarrow 2,4 \pm 1,9$, боли вне менструации $3,5 \pm 3 \rightarrow 0,9 \pm 0,6$, боли при половом акте $4,3 \pm 3 \rightarrow 0,8 \pm 0,4$. У 19 пациенток с бесплодием после отмены гормональных препаратов в течение 6-12 месяцев: беременность наступила самостоятельно – 26%: 3 родов, у 2 – прогрессирующая беременность; беременность при помощи ВРТ – 10%: 2 прогрессирующие беременности; неудачные попытки ЭКО – 10%; готовятся к ВРТ – 21% (4 пациентки). Субъективное улучшение



>> www.reproductive-congress.ru

самочувствия (консультированы психологом) после оперативное лечение в среднем на $77 \pm 13\%$

Таким образом, с целью повышения эффективности лечения, улучшения восстановительного послеоперационного периода и

повышения качества жизни пациенток, целесообразно применение нервосберегающей методики оперативного лечения при инфильтративной форме позадишеечного эндометриоза, а также дальнейшее совершенствование и стандартизация данной техники.

FUNCTIONAL RESULTS OF NERVE-SPARING SURGERY IN WOMEN WITH DEEPLY INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Bezhenar V.F., Kruglov S.Y.

First Pavlov State Medical University of St.Petersburg. Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology

Resume. The nerve sparing technique approach for deeply infiltrating endometriosis (DIE) seems to be useful and effective. In comparison to the conventional surgery, it seems to demonstrate better preservation of pelvic visceral function

and an improvement in quality of life with same recurrence rates. The concept of preservation of autonomic nerves during surgical treatment of DIE should become the standart of treatment DIE in gynecological clinics.



СОДЕРЖАНИЕ

4 ГЛАВА 1/ CHAPTER 1: ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

4 ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗА 2016 ГОД Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К.

MAIN INDICATORS OF ACURITY OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL SERVICE FOR 2016
Frolova O.G., Ryabinkina I.N., Grebennik T.K.

5 РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)» (ПРИКАЗ № 572-Н) В ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Адамян Л.В.1,2, Смольнова Т.Ю.2,1, Конышева О.В.3,2, Михсин С.В.3, Вечорко В.И.3

THE ROLE OF THE ORDER NO. 572-N ON THE PROFILE OF "OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (WITH THE EXCEPTION OF THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES)" IN THE ORGANIZATION OF SPECIALIZED OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY
Adamyan L.V.1, 2, Smolnova T.Yu.2, 1, Konysheva O.V.2, 3, Mihsin S.V.3, Vechorko V.I. 3

7 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

DETERMINATION OF THE FREQUENCY OF MEETING OF THE ENDOMETRY PROLIFERATIVE PROCESSES BY THE DATA OF ULTRASOUND POLYCLINIC SCREENING.
Portnova N.I., Polyakova Yu.V., Baytsur M.V.



>> www.reproductive-congress.ru

- 8** ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
В КРУПНОМ ЦЕНТРЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ
Моргунов Р.А., Кравченко Е.Н.

PECULIARITIES OF CONTRACEPTION IN YOUNG WOMEN IN THE LARGE CENTER OF WESTERN SIBERIA

Morgunov R.A., Kravchenko E.N.

- 9** СОВРЕМЕННАЯ РЕПРОДУКТОЛОГИЯ:
ОТ АБОРТА К ЭФФЕКТИВНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Прилепская В.Н.

MODERN REPRODUCTIVE SCIENCE: FROM ABORTION TO EFFECTIVE CONTRACEPTION

Prilepskaya V.N.

- 11** СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И
ДЕВУШЕК Г.МОСКВА
**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Полякова Е.И., Аванесян А.А.,
Короткова С.А., Пахомова П.И.**

THE STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY AMONG GIRLS AND YOUNG WOMEN IN MOSCOW

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Koltunov I.E., Polyakova E.I., Avetisyan A.A., Korotkova S.A., Pakhomova, P.I.

- 13** ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ГИНЕКОЛОГОВ ПО ПРОГРАММЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОСНОВЫ
ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ И ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ» В АВТОНОМНОЙ
НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»
Владимирцев В.А., Саркисов С.Э.

GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION "FUNDAMENTALS OF OPERATIVE HYSTEROSCOPY AND HYSTERORESECTOSCOPY" AT THE AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION "MOSMED"

Vladimirtsev V.A., Sarkisov S.E.



>> www.reproductive-congress.ru

15 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ГБУ «МРД №2» Г. МАХАЧКАЛА

Омарпашаева М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Стефанян Н.А., Мамаева С.М., Магомедова М.А., Арсланбекова А.А.

THE ANALYSIS OF CASES OF UNDEVELOPED PREGNANCY ACCORDING TO THE DATA OF THE "MRD №2" IN MAKHACHKALA

16 ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСМЕД»

Владимирцев В.А.

GYNECOLOGISTS TRAINING UNDER THE PROGRAM OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF AESTHETIC GYNECOLOGY AT THE AUTONOMOUS NONPROFIT ORGANIZATION OF ADDITIONAL PROFESSIONAL EDUCATION "MOS-MED"

Vladimirtsev V.A.

19 ГЛАВА 2/ CHAPTER 2:
ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА
ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS OF THE REPRODUCTIVE
SYSTEM

19 К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АДЕНОМИОЗА

Акопян Р.А., Печеникова В.А., Чуркин К.С.

SIGNIFICANCE OF EPITHELIAL-MESENCHYMAL TRANSFORMATION IN THE PATHOGENESIS OF ADENOMYOSIS

Акопян Р.А., Pechenikova V.A., Churkin K.S.

20 К ВОПРОСУ О РЕМОДЕЛИРОВАНИИ МИОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Акопян Р.А., Печеникова В.А., Чуркин К.С.

MYOMETRIUM REMODELING IN ADENOMYOSIS

Акопян Р.А., Pechenikova V.A., Churkin K.S.



>> www.reproductive-congress.ru

- 22** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЛОКНА СПАЕК У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Адамян Л.В., Кондратович Л.М.

MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF THE FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS OF REPRODUCTIVE AGE

Adamyan L.V., Kondratovich L.M.

- 23** АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ
Идрисова М.А., Эседова А.Э., Гарунов Э.Г., Магомедова Т.С.

ANALYSIS OF THE INDICATORS OF CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN WITH OBESITY

Idrisova M.A., Esedova A.E., Garunov E.G., Magomedova T.S.

- 25** ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ЖЕНЩИН С «ИЗОЛИРОВАННОЙ» ФОРМОЙ СПКЯ И ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Азизова Е.А., Хашаева Т.Х., Омаров С-М.А., Абусуева З.А., Омаров Н.С-М.

LIPID SPECTRUM IN WOMEN WITH "ISOLATED" FORM OF PCOS, AND WHEN COMBINED WITH PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND

Azizov E.A., Kashaeva T.H., Lobster-M.A., Abusuev Z.A. Omarov N.-M.

- 26** РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ
Шукуров Ф.И.

THE RESULTS OF IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDIES OF ENDOMETRIAL RECEPTORS IN WOMEN WITH INFERTILITY CAUSED BY BENIGN OVARIAN STRUCTURAL CHANGES

Shukurov F.I.

- 28** РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ МИОМЫ МАТКИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Баширов Э.В., Чуприненко Л.М., Мелконьянц Т.Г., Ордокова А.А.

THE RESULTS OF STUDIES OF THE PROLIFERATION OF FIBROIDS OF THE UTERUS AFTER ORGAN-SAVING INTERVENTIONS

Bashirov V.E., Tchuprinenko L.M., Melkonyants T.G., Ardakov A.A.



>> www.reproductive-congress.ru

29 ХАРАКТЕРИСТИКА МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ЭНДОМЕТРИЯ И ОЧАГОВ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

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

CHARACTERISTIC OF MULTIPOTENT MESENCHYMAL STROMAL CELLS ISOLATED FROM ENDOMETRIUM AND ENDOMETRIOTIC LESIONS IN WOMEN WITH UTEROVAGINAL ANOMALIES

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

31 СВЕРХЭКСПРЕССИЯ БЕЛКОВ МОЭЗИН, РАК21-АКТИВИРОВАННОЙ КИНАЗЫ, CD 34, MMP 2 И 9 КАК УНИКАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АДЕНОМИОЗА

Адамян Л.В., Зайратянц О.В., Манукян Л.М., Арсланян К.Н., Сонова М.М.

MOESIN, P21- ACTIVATED KINASE 4, MMP 2 AND 9, CD 34 OVEREXPRESSION IS A UNIQUE BIOMARKERS OF ADENOMIOSIS

Adamyan L.A., Zayratyanc O.V., Manukyan L.M., Arslanyan K.N., Sonova M.M.

33 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИПИДНОГО СОСТАВА ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, ПЛАЗМЫ КРОВИ ЭКТОПИЧЕСКОГО И ЭУТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И МИОМОЙ МАТКИ

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

COMPARATIVE ANALYSIS OF LIPID COMPOSITION OF PERITONEAL FLUID, BLOOD PLASMA, ECTOPIC AND EUTOPIIC ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS AND UTERINE MYOMA

Borisova A., Adamyan L.V., Kozachenko A., Chagovets V., Starodubtseva N., Salimova D., Kononikhin A., Frankevich V.

34 РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ТКАНИ

Булатова Л.С.1, Соломатина А.А.1, Карева Е.Н.2, Шишкина Д.И.1, Суркова Э.С.1

RECURRENT ENDOMETRIOID FORMATIONS OF OVARIAN. FEATURES OF STEROID HORMONE RECEPTORS EXPRESSION IN TISSUES

Bulatova L.S.1, Solomatina A.A.1, Kareva E.N.2, Shishkina D.I.1, Surkova E.S.1



>> www.reproductive-congress.ru

- 35** АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ЧАСТОТАМИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ ZNF366 И VEZT И РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА: ДАННЫЕ ПО РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Пшеничнюк Е.Ю., Кузнецова М.В., Бурменская О.В., Кочеткова Т.О., Непша О.С., Трофимов Д.Ю., Адамян Л.В.
- THE CONNECTION BETWEEN THE FREQUENCY OF APPEARANCE OF SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS IN GENES ZNF366 AND VEZT AND THE RISK OF DIFFERENT FORMS OF ENDOMETRIOSIS DEVELOPMENT: RUSSIAN POPULATION DATA
Pshenichnyuk E.Yu., Kuznetsova M.V., Adamyan L.V., Bourmenskaya O.V., Kochetkova T.O., Nepsha O.S., Trofimov D.Yu.
- 37** МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Духин А.О., Шкрели И., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Опарин И.С.
- MOLECULAR BIOLOGICAL DETERMINANTS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS
Dukhin A.O., Shkreli I., Babayev E.I., Bagdasarov Z.Z., Oparin S.I.
- 38** ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ
Прилепская В.Н., Ледина А.В.
- PREMENSTRUAL SYNDROME AND QUALITY OF LIFE
Prilepslaya V.N., Ledina A.V.
- 41** МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатова М.В.
- PLACE OF TREATMENT GYMNASTICS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH CHRONIC GYNECOLOGICAL DISEASES
Chistyakova I.A., Kozyreva O.V., Ipatova M.V.
- 42** ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
Ласкевич А.В., Оганесян Т.И., Овакимян А.С., Сонова М.М., Арсланян К.Н.
- ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN: A NEW PATHOGENETIC MECHANISMS
Laskevich, A.V., Oganesyanyan T.I., Hovakimyan A.S., Sonova M.M., Arslanyan K.N.



>> www.reproductive-congress.ru

- 44** ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ
Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

LACTOFERRIN AND RAMAN-FLUORESCENCE TECHNOLOGIES AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS AND DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE SEXUAL SPHERE

Golenkov D.G., Zuev V.M.

- 46** ОЦЕНИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ТЯЖЕЛЫМ УХУДШЕНИЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Файзиева М.Д. Хакимов А.А.

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN ALERT AND THE HEAVY DECREASE OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN POSTMANOPAUSE

Fayzieva M.D. Khakimov A.A.

- 47** РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ
Цаллагова Е.В., Абакарова П.Р.

REPRODUCTIVE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH OBESITY

Tsallagova E.V., Abakarova P.R.

- 49** РАЗЛИЧИЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ В ЭУТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ ОТ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ И БЕЗ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
Пшеничнюк Е.Ю., Кузнецова М.В., Бурменская О.В., Непша О.С., Трофимов Д.Ю., Адамян Л.В.

DIFFERENTIAL EXPRESSION OF GENES BETWEEN EUTOPIIC ENDOMETRIUM FROM WOMEN WITH OVARIAN ENDOMETRIOSIS AND WITHOUT ENDOMETRIOSIS

Pshenichnyuk E.Yu., Kuznetsova M.V., Bourmenskaya O.V., Nepsha O.S., Trofimov D.Yu., Adamyan L.V.

- 50** ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАРКЕРОВ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ОЧАГАХ УЗЛОВОГО И ДИФФУЗНОГО АДЕНОМИОЗА
Джамалудинова К.М., Козаченко И.Ф., Щеголев А.И., Адамян Л.В.

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTIC OF STEM CELLS MARKERS IN FOCI OF NODULAR AND DIFFUSE ADENOMYOSIS

Kozachenko I.F., Dzhamaludinova K.M., Shchegolev A.I., Adamyan L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

- 52** СОМАТИЧЕСКИЕ МУТАЦИИ ГЕНА MED12 У ЖЕНЩИН
С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ
Согоеян Н.С., Кузнецова М.В., Адамян Л.В., Трофимов Д.Ю.

THE PATHOGENESIS OF UTERINE FIBROIDS: SOMATIC MED12 GENE MUTATIONS IN WOMEN WITH BURDENED ANAMNESIS

Sogoyan N.S., Kuznetsova M.V., Adamyan L.V., Trofimov D.Yu.

- 53** ГЛАВА 3/ СНАРТЕР 3:
НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ
И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
NEW METHODS IN DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE
THERAPY IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

- 53** КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ
КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Гасанова Г.Ф.1, Аполихина И.А.1,2

COMBINED ANTIRETROVIRAL THERAPY OF OSTROCONNECTIVE CONDYLE OF OUT-SIDE SEXUAL ORGANS IN WOMEN

Gasanova G.F.1, Apolikhina I. A.1.2

- 54** ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.

POSSIBILITIES OF LONGIDASE ADMINISTRATION IN COMPLEX THERAPY OF PATHOLOGICAL CHANGES OF ENDOMETRY

Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.

- 56** ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МЕЙЕРА-
РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА
Бобкова М.В., Гарданова Ж.Р., Адамян Л.В.

PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH MEYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME

Bobkova M.B., Gardanova J.R., Adamian L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

- 57** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ И ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Сонова М.М., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Казначеева Т.В.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF AGONISTS OF GONADOTROPIN-RELEASING HORMONES AND DIENOGEST IN THE COMPLEX TREATMENT OF PAIN SYNDROM IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Sonova M.M., Loginova O.N., Arslanyan K.N., Kaznacheeva T.V.

- 59** КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Чураков А.А.

COMBINED COMPRESSION-ULTIMAUS THERAPY IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPLICATIONS

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Churakov A.A.

- 60** ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Алдангарова Г.А., Тореева Ш.М., Бейсенова Ж.М.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PROXIMAL OBSTRUCTION OF FALLOPIAN TUBES IN PATIENTS WITH TUBAL PERITONEAL INFERTILITY

Aldangarova G.A., Toreyeva Sh.M., Beisenova Zn.M.

- 62** ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИМУННОГО И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Духин А.О., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Вартанян С.Л.

EVALUATION OF THE PECULIARITIES OF THE IMMUNE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Dukhin A.O., Babaeva E.I., Bagdasarova Z.Z., Vartanyan S.L.

- 64** ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Лебедева Е.А.1, Согилян А.С.2, Куртасов А.А.1

INDIVIDUALIZATION OF COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF INNER FEMALE SEX ORGANS

Lebedeva E.A., Sogikyan A.S.2, Kurtasov A.A.1



>> www.reproductive-congress.ru

- 65** АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СИРОПА ИЗ ПЛОДОВ МОЖЖЕВЕЛЬНИКА
Евсеева М.М.1, Олейникова Т.А.2, Папаяни О.И.2

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SYRUP FROM COMMON JUNIPER FRUITS

Evseeva M.M.1, Oleynikova T.A.2, Papajani O.I.2

- 67** ЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В
ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ВУЛВОВАГИНИТА
Чориева Г.З. Хазраткулова Х.Ю.

SIGNIFICANCE OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN TREATMENT OF
INFECTION VULVOVAGINITIS

Choriyeva G.Z. Hazratqulova H.U.

- 68** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА
В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ
БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

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

CLINICAL EFFICACY OF THE ULIPSTAL ACETATE TREATMENT DURING PREOPERA-
TIVE PERIOD IN PATIENTS WITH LARGE UTERINE LEIOMYOMA

**Malyshkina A.I., Kirсанov A.N., Nagornyi S.N., Voronin D.N., Malyshkina D.A., Sadov R.I.,
Antsiferova Yu.S.**

- 69** ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМА ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ
Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Тореева Ш.М.

EXPERIENCE OF THE EMISSION WITH THE SUB-MUCH MOMENT OF UTERINE

Aldangarova G.A., Beisenova Zh.M., Toreeva Sh.M.

- 71** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА
**Мамаева С.М., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А.,
Нурмагомедова П.А.**

EXPERIENCE WITH THE USE OF MEDICAL ABORTION

**Mamaeva M. Hashavat X-M., Abusuev Z.A., Stepanian N.A., Aliyev S.A.,
Nurmagomedov P.A.**



>> www.reproductive-congress.ru

- 72** КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА HERLYN-WERNER-WUNDERLICH
Куцитарь И.В.
- CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF HERLYN-WERNER-WUNDERLICH SYNDROME
Cutitari I.V.
- 73** ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.
- INSTRUMENTAL DIAGNOSTICS OF BENIGN DISEASES OF THE UTERUS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.
- 75** КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
Эседова А.Э., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У., Касумова З.М.
- CLINICAL PECULIARITIES OF THE CURRENT OF GENITURINARY MENOPAUSAL SYNDROME IN WOMEN WITH METABOLIC DISTURBANCES
Esedova A.E., Idrisova M.A., Mahtibekova P.A., Taibova D.U., Kasumova Z.M.
- 76** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Аветян Л.Т., Шестакова О.В., Тетелютина Ф.К.
- PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH CERVICAL DISPLAY
Avetyan L.T., Shestakova O.V., Tetutetina F.K.
- 78** РАЗРАБОТКА ПАНЕЛИ ГЕНОВ ДЛЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Бурджалиева К.И.1,2, Угаров И.В.1,2., Черных В.Б.2,3
- DEVELOPMENT OF THE GENESIC PANEL FOR MOLECULAR-GENETIC DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF RISKS OF DEVELOPMENT OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL DISEASES
Burdjalieva K.I.1,2, Ugarov I.V.1,2., Chernykh V.B.2,3



>> www.reproductive-congress.ru

79 ВОЗМОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В МЕНОПАУЗЕ

Иванова Н.А., Уквальберг М.Е., Цыпин А.В., Отводенко А.И.

THE ABILITY OF HYSTEROSCOPY TO DIAGNOSE PATHOLOGY OF ENDOMETRIUM IN MENOPAUSE

Ivanova N.A., Ukvalberg M.E., Cypin A.V., Otvodenko A.I.

80 ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ И СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Есипова И.А., Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Бреусенко В.Г.

POSSIBILITIES OF THREE-DIMENSIONAL ECGOGRAPHY AND SONOELASTOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF OVARIAN PREGNANCY

Esipova I.A., Shishkina T.Yu., Krasnov I.A., Breusenko V.G.

82 РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ FC γ RIII В ЭНДОМЕТРИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЭМБРИОНИИ

Лебедева О.П., Жукова И.О., Ивашова О.Н., Пахомов С.П., Чурносов М.И.

THE ROLE OF FC γ RIII IN ENDOMETRIUM IN PATHOGENESIS OF ANEMBRYONIC PREGNANCY

Lebedeva O.P., Zhukova I.O., Ivashova O.N., Pakhomov S.P., Churnosov M.I.

83 РАДИКАЛ-ПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АКТИВИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ С ДВОЙНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ

Покаленьева М.Ш.¹, Нестерова А.М.², Соснова Е.А.¹, Болевич С.Б.¹, Проскурнина Е.В.³

RADICAL-PRODUCTIVE FUNCTION OF NEUTROPHILES UNDER THE USUAL INJECTION PREGNANCY: APPLICATION OF THE METHOD OF ACTIVATED CHEMILUMINESCENCE WITH DOUBLE STIMULATION

Pokalenieva M.Sh.¹, Nesterova A.M.², Sosnov E.A.¹, Болевич S.B.¹, Proskurnina E.V.³

85 ПАРАМЕТРЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Покаленьева М.Ш.¹, Нестерова А.М.², Яроцкая В.Ю.³, Нечаева С.Д.³, ; Соснова Е.А.¹, Болевич С.Б.¹, Проскурнина Е.В.³

PARAMETERS OF BLOOD PLASMA AS INDICATORS OF OXIDANT STATUS WHILE HAVING NOT INNOVATIVE PREGNANCY OF PREGNANCY

Pokalenieva S.H.¹, Nesterova A.M.², Yarotskaya V.Yu.³, Nechaeva S.D.³, Sosnov E.A.¹, Болевич S.B.¹, Proskurnina E.V.³



>> www.reproductive-congress.ru

- 86** СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ, ПЕРЕНЕСЩИХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М.

STATUS OF OVARIAN RESERVE IN WOMEN WITH INFERTILITY CAUSED BY STRUCTURAL CHANGES OF THE OVARIES UNDERWENT ENDOSURGICAL OPERATIONS SURGERY

Shukurov F.I., Ayupova F.M.

- 87** СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ
Баширов Э.В., Бабкина А.В., Мелконьянц Т.Г., Наумова Н.В.

OWN EXPERIENCE OF ULTRASONOGRAPHIC EVALUATION OF UTERINE SCAR AFTER MYOMECTOMY

Bashirov E.V., Babkin A.V., Melkonyants T.G., Naumov N.In.

- 89** РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ФОКУСИРОВАННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ МИОМЫ ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И МИОМЭКТОМИИ

Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Демура Т.А., Согоян Н.С., Адамян Л.В.

THE RECEPTIVITY OF THE ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AFTER PREVIOUSLY PERFORMED INEFFECTIVE UTERINE ARTERY EMBOLIZATION, FOCUSED ULTRASOUND ABLATION AND MYOMECTOMY

Porotikova I.E., Demura T.A., Adamyan L.V., Gavrilova T.Yu., Sogoyan N.S.,

- 91** НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Гасанова Г.Ф.1, Аполихина И.А.1,2

NEW DEVELOPMENTS IN DIAGNOSIS OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION

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



>> www.reproductive-congress.ru

- 92** ЭФФЕКТЫ КОНТРОЛИРУЕМОЙ РЕПЕРФУЗИИ НА УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ЯИЧНИКОВ
1Лазэр К., 1Тагадюк О., 2Мишина А., 3Возиан М., 4Пантя В.

THE EFFECTS OF CONTROLLED REPERFUSION ON SERUM LEVEL OF MALONDIAL-DEHYDE AS A MARKER OF ISCHEMIA-REPERFUSION INJURY IN OVARIES

1Lazar C., 1Tagadiuc O., 2Misina A., 3Vozian M., 4Pantea V.

- 93** ПРОТЕОМНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Франкевич В.Е., Некрасова М.Е., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Стародубцева Н.Л., Асатунова А.В., Прилепская В.Н.

PROTEOMIC ANALYSIS OF CERVICOVAGINAL FLUID BY MASS SPECTROMETRY FOR HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS

Zardiashvili M.D., Nazarova N.M., Frankevich V.E., Nekrasova M.E., Bugrova A.E., Kononikhin A.S., Brzhozovskiy A.G., Starodubtseva N.L., Asaturova A.V., Prilepslaya V.N.

- 94** РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ И АНАЛЬНОЙ ЦИТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ.

Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Бурменская О.В., Трофимов Д.Ю., Асатунова А.В., Некрасова М.Е., Суламанидзе Л.А.

THE RESULTS OF HPV GENOTYPING AND ANAL CYTOLOGY IN PATIENTS WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Bourmenskaya O.V., Trofimov D.Y., Asaturova A.V., Nekrasova M.E., Sulamanidze L.A.

- 95** ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Балакшина Н.Г., Кох Л.И., Пономарев Е.И.

THE INTEGRAL ESTIMATION OF PERITONITIS SEVERITY IN PATIENT WITH PELVIC INFLAMMATION DISEASE

Balakshina N.G. Koch L.I., Ponomarev E.I

- 97** КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Муханова Ж.Е., Пасман Н.М.

CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSTICS OF OVARIAN PREGNANCY

Mukhanova Zh.Y., Pasma N.M.



>> www.reproductive-congress.ru

- 98** КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО КОНВЕРСИОННОГО ЭКСПРЕСС-МОНИТОРИНГА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ
Осипова А.Д., Зуев В.М., Александров М.Т., Ищенко А.И., Джибладзе Т.А., Хохлова И.Д.
CLINICAL VALUE OF LASER CONVERSION EXPRESS MONITORING OF ENDOMETRY HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL AGE
Osipova A.D., Zuev V.M., Alexandrov M.T., Ishchenko A.I., Dzhibladze T.A., Khokhlova I.D.
- 99** РОЛЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОЙ МРТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЙ МАТКИ
Миросшникова Н.А., Макиян З.Н., Адамян Л.В., Быченко В.Г, Козлова А.В., Попрядухин А.Ю.
THE VALUE OF DYNAMIC CONTRAST-ENHANCED MRI IN THE SURGICAL TREATMENT OF SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES
Miroshnikova N.A., Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Bychenko V.G., Kozlova A.V., Popryduhin A.Y.
- 101** КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Кравцова И.В., Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.
CLINICAL-ANAMNESTIC AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN PATIENTS WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY
Kravtsova I.V., Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.
- 102** ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Эседова А.Э., Идрисова М.А., Серажудинова Д.А., Кулиева Т.А., Гиравова Ф.М.
CHARACTERISTIC OF THE MICROFLORA OF THE VAGINAL IN WOMEN WITH OBESITY IN THE POSTMINA-PAUSAL PERIOD
Esedova A.E., Idrisova M.A., Serazhudinova D.A., Kuliyeva T.A., Giravova F.M.
- 104** ЭЛАСТОГРАФИЯ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Краснова И.А., Шишкина Т.Ю., Аксенова В.Б.
ELASTOGRAPHY. CRITERIA OF DIAGNOSTICS OF PIPE PREGNANCY
Krasnov I.A., Shishkina T.Yu., Aksenova V.B.



>> www.reproductive-congress.ru

- 106** ЭКСПРЕССИЯ МИКРО РНК – 210 В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Сугриева Д.Н., Прозоровская К.Н., Кан Н.Е., Щеголев А.И.

MICRO RNA EXPRESSION IN PLACENTA TISSUE IN CASES OF PREECLAMPSIA

Nizyaeva N.V., Kulikova G.V., Nagovitsyna M.N., Sugryeva D.X., Prozorovskaya K.N., Kan N.E., Shchegolev A.I.

- 107** ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Лебедева Е.А.1, Согилян А.С.2, Куртасов А.А.1

INDIVIDUALIZATION OF COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF INNER FEMALE SEX ORGANS

Lebedeva E.A., Sogikyan A.S.2, Kurtasov A.A.1

- 109** АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ СИРОПА ИЗ ПЛОДОВ МОЖЖЕВЕЛЬНИКА
Евсеева М.М.1, Олейникова Т.А.2, Папаяни О.И.2

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SYRUP FROM COMMON JUNIPER FRUITS

Evseeva M.M.1, Oleynikova T.A.2, Papajani O.I.2

- 110** ЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ВУЛВОВАГИНИТА
Чориева Г.З. Хазраткулова Х.Ю.

SIGNIFICANCE OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN TREATMENT OF INFECTION VULVOVAGINITIS

Choriyeva G.Z. Hazratqulova H.U.

- 111** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
Малышкина А.И., Кирсанов А.Н., Нагорный С.Н., Воронин Д.Н., Малышкина Д.А., Садов Р.И., Анциферова Ю.С.

CLINICAL EFFICACY OF THE ULIPSTAL ACETATE TREATMENT DURING PREOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH LARGE UTERINE LEIOMYOMA

Malyshkina A.I., Kirsanov A.N., Nagornyi S.N., Voronin D.N., Malyshkina D.A., Sadov R.I., Antsiferova Yu.S.



>> www.reproductive-congress.ru

113 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМА ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ

Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Тореева Ш.М.

EXPERIENCE OF THE EMISSION WITH THE SUB-MUCH MOMENT OF UTERINE

Aldangarova G.A., Beisenova Zh.M., Toreeva Sh.M.

115 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

**Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А.,
Нурмагомедова П.А.**

EXPERIENCE WITH THE USE OF MEDICAL ABORTION

**Mamaeva M. Hashavat X.-M., Abusuev Z.A., Stepanian N.A., Aliyev S.A.,
Nurmagomedov P.A.**

**116 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ УЛИПРИСТАЛА
АЦЕТАТОМ ПЕРЕД ОРГАНСОХРАНЯЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, МАТОЧНЫМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И АНЕМИЕЙ**

Ревазова З.В., Козаченко А.В., Демура Т.А., Адамян Л.В.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF CARDIOVASCULAR PREP-
ERATIVE TRAINING OF THE ULIPRISTAL BY ACETATOM BEFORE ORGANOS-CON-
SERVATING OPERATIONS IN PATIENTS WITH REPRODUCTIVE AGE WITH MOMMO-
NIA, UTERINE BLEEDING AND ANEMIA

Revazova Z.V., Kozachenko A.V., Demura T.A., Adamyan L.V.

**118 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ
ТРУБ У ПАЦИЕНТОК**

С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Алдангарова Г.А., Тореева Ш.М., Бейсенова Ж.М.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PROXIMAL OBSTRUCTION OF FALLOPIAN
TUBES IN PATIENTS WITH TUBAL PERITONEAL INFERTILITY

Aldangarova G.A., Toreyeva Sh.M., Beisenova Zn.M.

**119 ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИМУННОГО И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У
ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

Духин А.О., Бабаева Э.И., Багдасарова З.З., Вартанян С.Л.

EVALUATION OF THE PECULIARITIES OF THE IMMUNE AND PSYCHO-EMOTIONAL
STATUS IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Dukhin A.O., Babaeva E.I., Bagdasarova Z.Z., Vartanyan S.L.



>> www.reproductive-congress.ru

- 121** МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатова М.В.

PLACE OF TREATMENT GYMNASTICS IN COMPLEX TREATMENT OF WOMEN WITH CHRONIC GYNECOLOGICAL DISEASES

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

- 122** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сальникова И.А., Уварова Е.В.

EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS

Salnikova I., Uvarova E.

- 124** КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Гасанова Г.Ф.1, Аполихина И.А.1,2

COMBINED ANTIRETROVIRAL THERAPY OF OSTROCONNECTIVE CONDYLE OF OUTSIDE SEXUAL ORGANS IN WOMEN

Gasanova G.F.1, Apolikhina I. A.1.2

- 125** ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ
Невзоров О.Б., Семенцова Н.А., Царькова М.А.

POSSIBILITIES OF LONGIDASE ADMINISTRATION IN COMPLEX THERAPY OF PATHOLOGICAL CHANGES OF ENDOMETRY

Nevzorov O.B., Sementsova N.A., Tsarkova M.A.

- 127** ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МЕЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА
Бобкова М.В., Гарданова Ж.Р., Адамян Л.В.

PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH MEYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME

Bobkova M.V., Gardanova J.R., Adamian L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

128 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ И ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Сонова М.М., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Казначеева Т.В.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF AGONISTS OF GONADOTROPIN-RELEASING HORMONES AND DIENOGEST IN THE COMPLEX TREATMENT OF PAIN SYNDROM IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Sonova M.M., Loginova O.N., Arslanyan K.N., Kaznacheeva T.V.

130 КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Чураков А.А.

COMBINED COMPRESSION-ULTIMAUS THERAPY IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPLICATIONS

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Churakov A.A.

131 ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Ласкевич А.В., Оганесян Т.И., Овакимян А.С., Сонова М.М., Арсланян К.Н.

ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN: A NEW PATHOGENETIC MECHANISMS

Laskevich, A.V., Oganesyanyan T.I., Novakimyan A.S., Sonova M.M., Arslanyan K.N.

133 ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

LACTOFERRIN AND RAMAN-FLUORESCENCE TECHNOLOGIES AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS AND DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE SEXUAL SPHERE

Golenkov D.G., Zuev V.M.

135 ОЦЕНИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ТЯЖЕЛЫМ УХУДШЕНИЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Файзиева М.Д. Хакимов А.А.

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN ALERT AND THE HEAVY DECREASE OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN POSTMANOPAUSE

Fayzieva M.D. Khakimov A.A.



>> www.reproductive-congress.ru

136 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ
Цаллагова Е.В., Абакарова П.Р.

REPRODUCTIVE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH OBESITY

Tsallagova E.V., Abakarova P.R.

138 ГЛАВА 4/ CHAPTER 4:
ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
В ГИНЕКОЛОГИИ
ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY

138 ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕПАЛЬПИРУЕМОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В
ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Нуднов Н.В.1, новикова Е.В.2

DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS OF NONPALPABLE CANCER OF BREAST CARE IN
THE PREMENOPAUSAL PERIOD

Nudnov N.V.1, novikova E.V.2

139 ФАКТОРЫ РИСКА РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ
Нуднов Н.В.1, новикова Е.В.2

FACTORS OF THE RISK OF BREAST CANCER IN THE PREMENOPAUSAL PERIOD OF
LIFE OF A WOMAN

Nudnov N.V.1, novikova E.V.2

141 АТИПИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЯ ПРЕДРАКА
ЯИЧНИКА
Таирова М.Б., Давыдов А.И.

ATYPICAL ENDOMETRIOSIS AS AN INDEPENDENT NOSOLOGY OF A PRECANCER
OF AN OVARY

Tairova M.B., Davydov A.I.



>> www.reproductive-congress.ru

142 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ «МАЛЫХ» ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ
ВПЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

THE INCIDENCE OF "LESSER ABNORMALITIES" FORMS OF CERVICAL LESIONS
AMONG HPV-POSITIVE WOMEN

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

144 ТЕЧЕНИЕ CIN ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ

Клинышкова Т.В., Буян М.С.

CIN DURING PERCREASING HPV INFECTION

Klinyshkova T.V., Buyan M.S.

145 АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЭУ- И ЭКТОПИЧЕСКОМ
ЭНДОМЕТРИИ.

Азнаурова Я.Б., Сунцова М.В., Аракелян А.С., Буздин А.А., Адамян Л.В.

ANALYSIS OF SIGNALING PATHWAYS ACTIVATION PROFILES IN EUTOPIC AND
ECTOPIC ENDOMETRIUM.

Aznaurova Y.B., Suntsova M.V., Arakelyan A.S., Buzdin A.A., Adamyan L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

**147 ГЛАВА 5/ СНАРТЕР 5:
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL
OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND
THE POSTPARTUM PERIOD**

- 147 СТРУКТУРНЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА (САС): НАСКОЛЬКО ВЫСОК РИСК ВИТАЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ? РОЛЬ ПРИКАЗА № 572-Н
Смольнова Т.Ю.1,2, Мартынов А.И.3, Нечаева Г.И.4, Немировский В.Б.5, Бокерия Е.Л.1**

THE STRUCTURAL HEART ABNORMALITIES (SHA): IS THERE ARE HIGH RISK OF
VITAL COMPLICATIONS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY? THE ROLE OF THE
ORDER N 572-N

Smolnova T.Yu.1,2, Martynov A.I.2, Nechaeva G.I.3, Bokeria E.L1,4, Nemirovsky V.B.4

- 149 К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Одаманова М.А.,
Аллахкулиева С.З., Нурмагомедова П.А.**

ON THE QUESTION OF STUDYING THE REDUCTION OF THE FREQUENCY OF PREEC-
LAMPsia

Mamaeva S.M., Khashaeva T.Kh.M., Abusueva Z.A., Stefanyan N.A., Odamanova M.A.,
Allakhkuliyeva S.Z., Nurmagomedova P.A.

- 150 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ
АПОПЛЕКСИИ
Рымашевский А.Н., Волков А.Е., Карнушин Т.Е.**

ORGANOS-CONSERVATING POTENTIAL FOR MATRIX-PLATENTARY APOPLEXES
Rymashevsky A.N., Volkov A.E., Karnushin T.E.



>> www.reproductive-congress.ru

- 151** АЭРОБНЫЕ ВАГИНИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА
Муравьёва В.В., Карапетян Т.Э., Анкирская А.С., Шамина М.А.

AEROBIC VAGINITIS IN PREGNANCY WITH HIGH RISK OF INFECTION

Muravyova V.V., Karapetyan T.E., Ankyrskaya A.S., Shamina M.A.

- 153** ФАРМАКОГЕНЕТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Игнатко И.В., Флорова В.С.

PHARMACOGENETICS OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH PREGNANCY

Ignatko I.V., Florova V.V.

- 156** РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОЦЕНОЗА В ФОРМИРОВАНИИ
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ И ЗАБОЛОЧЕЧНЫХ ГЕМАТОМ В
ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Игнатко И.В., Кузнецов А.С.

THE ROLE OF DISORDERS OF VAGINAL MICROECENOSIS IN THE FORMATION OF
RECURRENT AND FOR SHELL RETROCHORIAL HEMATOMAS IN THE FIRST HALF OF
PREGNANCY

Ignatko I.V., Kuznetsov A.S.

- 158** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ
МАТКИ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТОМ

Игнатко И.В., Кузнецов А.С.

PECULIARITIES OF THE CURRENT AND PREGNANCY OF PREGNANCY IN WOMEN
WITH MYOMA MIOMA, RECEIVED THERAPY OF THE ULIPRISTAL BY ACETATOM

Ignatko I.V., Kuznetsov A.S.

- 161** АКТИВАЦИЯ КАСПАЗЫ-1 В ЭНДОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ
БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

**Лебедева О.П., Жукова И.О., Ивашова О.Н., Дюмина Ю.В., Ругаль Т.И., Пахомов С.П.,
Сухих Н.В., Кузниченко Е.В., Швец М.В., Кочкина И.И., Кудинова Т.В.**

ACTIVATION OF CASPASE-1 IN PATIENTS WITH EARLY MISCARRIAGES

Lebedeva O.P., Zhukova I.O., Ivashova O.N., Dyumina Y.V., Rugal T.I., Pakhomov S.P.,
Sukhih N.V., Kuznichenko E.V., Schvets M.V., Kochkina I.I., Kudinova T.V.



>> www.reproductive-congress.ru

162 МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Мамаева С.М., Стефанян Н.А., Аллахкулиева С.З., Одаманова М.А., Нурмагомедова П.А.

UTERINE FIBROIDS AND PREGNANCY

Abusuev Z.A., Hashavat X-M., Mamaeva M., Stepanyan N.A., Allakuliev S.Z., Atamanova M.A., Nurmagomedov P.A.

163 ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ, ПОЗДНЕЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА И КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Ибрагимова С.М., Подлесная Е.А., Дериш К.Ф.

PLACENTAL PATHOLOGY IN EARLY AND LATE INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION AND UMBILICAL ARTERY END DIASTOLIC FLOW

Strizhakov A.N., Timokhina E.V., Ibragimova S.M., Podlesnaya E.A., Derish K.F.

165 ПЕРВОРОДЯЩИЕ ПОСЛЕ 35 ЛЕТ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Тимохина Е.В. Подлесная Е.А.

PRIMIPARA AFTER 35 YEARS: COURSE OF PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES

Podlesnaya E.A., Timokhina E.V.

166 ЭНДОТЕЛИОПАТИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Торчинов А.М., Миронов А.В., Габараева М.Р., Филиппов А.В.

ENDOTHELIOPATHY IN THE PATHOGENESIS OF UNEXPECTABLE PREGNANCY

Torchinov A.M., Mironov A.V., Gabaraeva M.R., Filippov A.V.

168 ЦИТОМЕТРИЯ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Габараева М.Р., Османова С.Р.

CYTOMETRY OF DESQUAMATED ENDOTHELIOCYTES IN WOMEN IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY.

Torchinov A.M., Umakhanova M.M., Mironov A.V., Gabaraeva M.R., Osmanova S.R.



>> www.reproductive-congress.ru

- 169** РАЗРАБОТКА СПОСОБА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕТАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ
Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В., Шмаков Р.Г., Арутюнян И.В.

DEVELOPMENT OF A METHOD FOR SEALING HYDROGENIC FIBERS OF FRUIT SHELLS IN FETAL OPERATIONS

Schneiderman M.G., Fatkhudinov T.H., Kostyukov K.V., Shmakov R.G., Arutyunyan I.V.

- 171** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮНЫХ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Голубева О.Н., Шибли И.Ф.

USE OF MAGNITOLASEROTHERAPY FOR TREATMENT OF YOUNG MOTHERLAND AFTER KESAREV'S SECTION

Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Golubeva O.N., Shibli I.F.

- 172** ПРЕЭКЛАМПСИЯ И HELLP-СИНДРОМ – ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ?
Сидорова И.С., Никитина Н.А.

PREECLAMPSIA AND HELLP-SYNDROME – THROMBOTIC MICROANGIOOPATHY?

Sidorova I.S. Nikitina N.A.

- 174** ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
Тетелютина Ф.К.1, Стародумов Д.Л.2, Овчинникова О.П.2, Овечкин В.П.2

FEATURES OF APPLICATION OF THE METHOD OF INTRAOPERATIVE LIGATION OF UTERINE VESSELS FOR THE TREATMENT AND PREVENTION HYPOTONIC BLEEDING

Tetelutina F.K.1, Starodumov D.L.2, Ovchinnikova O.P.2, Ovechkin V.P.2

- 175** ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АВО КОНФЛИКТЕ
Чориева Г.З., Хазраткулова Х.

THE INFLUENCE OF METABOLIC THERAPY ON THE CONDITION OF FETOPLACENTAL SYSTEM WITH AVO THE CONFLICT

Chorieva G.Z., Hazratkulov H.



>> www.reproductive-congress.ru

**177 ГЛАВА 6/ СНАРТЕР 6:
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ
КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH:
POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY**

**177 ОЦЕНКА ЭФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сальникова И.А., Уварова Е.В.**

EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS

Salnikova I., Uvarova E.

**179 ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ
ДИСМНОРЕИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Геворгян А.П.1, Тарбая Н.О.1,2**

THE IMPORTANCE OF PREMORBID BACKGROUND IN THE DEVELOPMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA IN ADOLESCENTS

Adamyan L.V.1, Sibirskaya E.V.1,2, Gevorgyan A.P.1, Tarbaya N.O.1,2

**181 ПЕРВИЧНАЯ ДИСМНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О.**

PRIMARY DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS WITH CONCOMITANT EXTRA-GENITAL PATHOLOGY

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Tarbaya N.O.

**182 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВОЧЕК И
ДЕВУШЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караваев Ю.Е., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Зеленюк Б.И.**

SOME ASPECTS OF THE STATE OF MENSTRUAL FUNCTION OF GIRLS WITH PUBERTAL UTERINE BLEEDING IN THE ANAMNESIS

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Karavaev Y.E., Osipova G.T., Tarbaya N.O., Zelenyuk B.I.



>> www.reproductive-congress.ru

- 183** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ НАТУРАЛЬНЫЕ И СИНТЕТИЧЕСКИЕ ЭСТРОГЕНЫ, НА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Кумыкова З.Х., Батырова З.К., Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Ежова Л.С.,; Латыпова Н.Х., Киселева И.А.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECT OF THE COMBINED DRUGS, CONTAINING NATURAL AND SYNTHETIC ESTROGENS, ON THE CERVIX CONDITION IN ADOLESCENT GIRLS WITH MENSTRUAL DISORDERS

Kumykova Z.Kh., Batyrova Z.K., Khashchenko E.P., Uvarova E.V., Ezhova L.S., Latypova N.H., Kiseleva I.A.

- 185** СИНЕХИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ
Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Данилова А.П.

THE ADHESIONS OF THE LABIA MINORA, THE MODERN APPROACH TO TACTICS OF TREATMENT

Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Danilova A.P.

- 187** ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ИНФИТАТЕРАПИИ
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Александрова Л.А., Асланян К.О., Голубева О.Н.

TREATMENT OF GIRLS-TEENAGERS WITH PRIMARY OLIGOMENERA BY REMOTE INFITREAPHY

Gevorkyan G.A., Ipatova M.V., Malanova T.B., Aleksandrova L.A., Aslanyan K.O., Golubeva O.N.

- 188** ОПЫТ ГИНЕКОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИГАНТСКИХ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА
Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Колтунов И.Е.2, Моксякова Е.Г.2

THE EXPERIENCE OF GYNAECOLOGISTS AND SURGEONS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GIANT-CELL TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE PELVIC CAVITY

Adamyan L.V.1, Sibirskaya E.V.1,2, Koltunov I.E.2, Maksakova E.G.2



>> www.reproductive-congress.ru

190 КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЭКСПРЕССИИ P16INK4A БИОПТАТА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И
ПОДРОСТКОВ

Манухин И.Б., Фириченко С.В., Микаилова Л.У., Телекаева Р.Б.

CLINICAL VALUE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF P16INK4A EXPRESSION
IN THE CERVIX UTERI BIOPSY SPECIMENS OF YOUNG WOMEN

Manukhin I.B., Firichenko S.V., Mikailova L.U., Telekaeva R.B.

192 ОПЫТ ГИНЕКОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ГИГАНТСКИХ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА

Адамян Л.В.1, Сибирская Е.В.1,2, Колтунов И.Е. 2, Моксякова Е.Г. 2.

THE EXPERIENCE OF GYNAECOLOGISTS AND SURGEONS IN THE DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS OF GIANT-CELL TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY AND THE PEL-
VIC CAVITY

Adamyan L.V.1, Sibirskaia E.V.1,2, Koltunov I.E.2, Maksakova E.G.2

194 ГЛАВА 7/ CHAPTER 7:
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА
MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF
INFERTILE MARRIAGES

194 ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ (ЭКО) ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС) У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40
ЛЕТ

Кулешова Д.А., Мелехова Н.Ю., Густоварова Т.А.

IN VITRO FERTILIZATION (IVF) AT THE EXPENSE OF MEANS OF OBLIGATORY MEDI-
CAL INSURANCE (OMI) IN WOMEN OLDER THAN 40 YEARS

Kuleshova D.A., Melekhova, N.Yu., Gustovarova T.A.



>> www.reproductive-congress.ru

195 ИНДУКЦИЯ ОВУЛЯЦИИ ПО «КОРОТКИМ» СХЕМАМ
В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У
ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Кулешова Д.А., Мелехова Н.Ю., Густоварова Т.А.

INDUCTION OF OVULATION TO "SHORT" CIRCUITS IN THE PROGRAMS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY IN WOMEN OVER 40

Kuleshova D.A, Melekhova N.Yu., Gustovarova T.A.

197 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛУЧЕНИЯ НЕЗРЕЛЫХ ООЦИТОВ
В ПРОГРАММЕ ЭКО

Владиминова И.В., Калинина Е.А., Донников А.Е., Беляева Н.А., Макарова Н.П.

MODERN METHODS FOR PREDICTING AND PREVENTING OF IMMATURE OOCYTES COLLECTED IN THE IVF PROGRAM

Vladimirova I.V., Kalinina E.A., Donnikov A.E., Belyaeva N.A., Makarova N.P.

198 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО И ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЫ

Бабаян А.А., Николаева М.А., Смольникова В.Ю., Степанова Е.О., Ванько Л.В., Калинина Е.А., Кречетова Л.В.

EFFECTIVENESS OF ECO PROGRAMS AND IMMUNOREGULATORY POTENTIAL OF SEED PLASMA

Babayan A.A., Nikolaeva M.A., Smolnikova V.Y., Stepanova E.O., Vanko E.O., Kalinina E.A., Krechetova L.V.

199 НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У
ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Перминова С.Г.1, Митюрин Е.В.1, Селимова Ф.Н.1, Козырина Н.В.2, Абубакиров А.Н.1

DISORDERS OF REPRODUCTIVE FUNCTION AND OUTCOMES OF ART PROGRAMS IN WOMEN WITH HIV INFECTION

Perminova S.1, Mityurina E.1, Selimova F.1, Kozirina N.2, Abubakiriv A.1

201 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КРИОКОНСЕРВАЦИИ ЯИЧНИКОВОЙ ТКАНИ ДЛЯ
СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Рухляда Н.Н., Казанцев В.А.

MODERN METHODS OF CRYOPRESERVATION OF OVARY TISSUE FOR CONSERVATION OF FERTILITY OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Rukhlyada N.N., Kazantsev V.A.



>> www.reproductive-congress.ru

- 202** ФАКТОРЫ РИСКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Рубина Е.В., Давыдов А.И., Шахламова М.Н.

RISK FACTORS OF ECTOPIC PREGNANCY FOLLOWING IN VITRO FERTILIZATION
WITH EMBRYO TRANSFER

Rubina E.V., Davydov A.I., Shakhlamova M.N.

- 204** ГЛАВА 8/ CHAPTER 8:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
MODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE
DIAGNOSIS THE REPRODUCTIVE SYSTEM

- 204** ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ
СОСУДОВ ВО ВРЕМЯ ТАЗОВОЙ
И ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ
Байдо С.В., Винницкая А.Б., Голуб Д.А.

LAPAROSCOPIC HEMOSTASIS OF VASCULAR INJURIES DURING PELVIC AND PAR-
AAORTAL LYMPH NODE DISSECTION

Baydo S., Vinnytska A., Golub D.

- 205** ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ
Артюшков В.В., Пенжоян Г.А., Пономарев В.В., Жуйко А.А., Венгеренко М.Э.

TECHNOLOGIES OF ENDOVASCULAR SURGERY IN THE TREATMENT OF CERVICAL
PREGNANCY

Artyushkov V.V., Penzhoyan G.A., Ponomarev V.V., Zhuyko A.A., Vengerenko M.E.



>> www.reproductive-congress.ru

- 207** ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ С ИССЕЧЕНИЕМ СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА ШЕЙКИ МАТКИ ПОСРЕДСТВОМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО МОРЦЕЛЛЯТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ

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

ADVANTAGES OF CONSERVING SURGERY WITH EXCISION OF MUCO-MUSCULAR CERVICAL FLAP BY USING TRANSVAGINAL MORTSELLYATOR IN THE TREATMENT OF BENIGN COMBINED PATHOLOGY OF THE CERVIX AND UTERINE BODY

Ponomarev V.V., Penzhoyan G.A, Belonozhkina N.N., Bagdasaryan L.U.

- 208** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ ВРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТКИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ

Колесников Ю.Н., Колесникова А.А., Губченко М.А., Чижова Г.В., Бердаков Ю.Н., Гребеняк О.А.

CLINICAL CASE OF HYSTERORESECOSCOPY APPLICATION WHEN ROTATING PLACENTAS IN A PATIENT WITH LATE POST-DURING PERIOD AFTER THERAPY BY METTOREXATOM

Kolesnikov Yu.N., Kolesnikova A.A., Gubchenko M.A., Chizhova G.V., Berdakov Yu.N., Grebenyak O.A.

- 210** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЭНУКЛЕАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ. ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Соломатина А.А., Хамзин И.З., Стрыгина В.А., Булатова Л.С.

EFFECT OF ARGON PLASMA COAGULATION IN THE OVARIAN RESERVE AFTER ENUCLEATION OF OVARIAN ENDOMETRIOMAS

Solomatina A.A., Khamzin I.Z., Strygina V.A., Bulatova L.S.

- 212** ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ВУЛЬВЫ И ПРОМЕЖНОСТИ

1 Мишина А., 3 Рожновяну Г., 3,4 Мишин И., 2 Петрович В.

EPIDERMOID INCLUSION CYST OF THE VULVA AND PERINEUM

1 Mishina A., 3 Rojnoveanu G.h., 3,4 Mishin I., 2 Petrovici V.

- 213** АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Новрузова Н.Х., Давыдов А.И.

ENDOMETRIAL ABLATION: QUESTIONS AND ANSWERS

Novruzova N.Kh., Davydov A.I.



>> www.reproductive-congress.ru

214 МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.

**Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Максимова Т.А., Черкасова А.Л.,
Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Борцвадзе Ш.Н.**

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
INTRAUTERINE PATHOLOGY

**Dzhibladze T.A., Zuev M. Ishchenko A.I., Maksimova T. A., Cherkasova A.L.,
Khokhlova I.D., Brunin D.V., Bortsvadze Sh.N.**

216 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО
СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОККЛЮЗИИ СОСУДОВ МИОМЫ МАТКИ

Завалко А.Ф., Нурмухаметова Э.Т.

THE FREQUENCY OF OCCURRENCE AND THE SEVERITY OF POSTEMBOLIZATION
SYNDROME IN PATIENTS AFTER VASCULAR OCCLUSION OF UTERINE FIBROIDS

Zavalko A.F., Nurmukhametova E.T.

217 ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА
Курочка М.П., Гайда, О.В., Волокитина Е.И.

EXPERIENCE OF SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Hen M.P., Gajda, O.V., Volokitina E.I.

219 ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЕННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЫ
БУШКЕ–ЛЕВЕНШТЕЙНА

Оруджова Э.А., Давыдов А.И.

APPLICATION OF PLASMA SURGERY IN TREATMENT OF GIANT CONDYLOMA OF
BUSCHKE AND LOWENSTEIN

Orudzhova E.A., Davydov A.I.

220 ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С
ПОЛИКИСТОЗНЫМИ ЯИЧНИКАМИ (ПКЯ)

Очиров Ч.Б., Сасаева Е.Б.

LAPAROSCOPY FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY IN PATIENTS
WITH POLYCYSTIC OVARIES SYNROME

Ochirov Ch.B., Sasaeva E.B.



>> www.reproductive-congress.ru

221 **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНИАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ**

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY

Dankyna I.A., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.

223 **ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ХИРУРГИИ И ФИБРИНОВОГО КРИОПРЕЦИПИТАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ**

Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Игнатко И.В., Чурганова А.А.

ASSESSMENT OF INTEGRATED APPLICATION OF ARGONOPPLASMIC SURGERY AND FIBRIC CRYOPRICIPITIS ON THE FUNCTIONAL CONDITION OF OVARIES IN PATIENTS WITH ENDOMETRITIC CYSTS

Strizhakov A.N., Davydov A.I., Ignatko I., Churganova A.A.

225 **ГИСТЕРОСКОПИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ПЕРЕНОСУ РАЗМОРОЖЕННОГО ЭМБРИОНА У ЖЕНЩИН С МНОГОКРАТНЫМИ НЕУДАЧНЫМИ ИМПАНТАЦИЯМИ**

Сулима А.Н., Вороная В.В.

HYSTEROSCOPY AS THE OBLIGATORY STAGE OF ENDOMETRIAL PREPARATION FOR THE FROZEN EMBRYO TRANSFER AT WOMEN WITH MULTIPLE FALSE IMPLANT

Sulima A.N., Voronaya V.V.

227 **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ**

Хириева П.М., Мартынов С.А., Дементьева В.О., Адамян Л.В.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF INTRAUTERINE ADHESIONS IN REPRODUCTIVE AGE WOMAN

Khirieva P.M., Martynov S.A., Dementieva V.O., Adamyan L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

- 228** ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОВОЛННОЙ АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ
Бреусенко В.Г., Шевченко Н.А., Есипова И.А., Чмыр Е.Н., Плахова Т.А., Ковалева О.С.

POSTMENOPAUSAL PATHOLOGIC PROCESS OF ENDOMETRIUM. EFFICIENCY OF
MICROWAVE ENDOMETRIAL ABLATION

Breusenko V.G., Shevchenko N.A., Esipova I.A., Chmyr E.N., Plakhova T.A., Kovaleva O.S.

- 229** МИОМРЕЗЕКЦИЯ. НУЖНА ЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА?
Савельева Г.М., Каухова Е.Н., Краснова И.А., Ступина Ю.Н.

MIOMREZECTION. DO YOU NEED A PRE-OPERATIONAL PREPARATION?

Savelieva G.M., Kauhova E.N., Krasnova I.A., Stupina Yu.N.,

- 230** ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОВЕЗИКАЛЬНАЯ КОЛЬПОПЕКТИНОПЕКСИЯ –
НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Аболмасов А.В., Ререкин И.А., Волкова Р.Н.

LAPAROSCOPIC RETROVERSE COLPOPECTINOPEXIA IS A NEW APPROACH IN
SURGICAL TREATMENT OF THE GENITALIAN PROLAPSIS. PRELIMINARY RESULTS

Abolmasov A.V., Rerekin I., Volkova R.N.

- 231** МУЛЬТИПЛАНАРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ И 3D МОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОГО
РУСЛА ПРИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ
ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Обельчак И.С., Харченко Э.И.

MULTIPLANAR RECONSTRUCTION AND 3D MODELING OF VASCULAR IN MULTI-
SPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY IN EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES

Adamyan L.V., Murvatov K.D., Obelchak I.S., Kharchenko E.I.

- 233** СИНДРОМ МЕЙЕРА-РОКИНТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА И ТАЗОВАЯ ДИСТОПИЯ
ПОЧКИ – ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА РАЗВИТИЯ
Бобкова М.В., Аракелян А.С., Адамян Л.В.

MAYER-ROKITANSKY-KUESTER-HAUSER SYNDROME AND PELVIC KIDNEY: THE
POSSIBILITY OF NEOVAGINAL CREATION

Bobkova M.V., Arakelyan A.S., Adamyan L.V.



>> www.reproductive-congress.ru

- 235** ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ. ИТОГИ
Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А., Аксенова В.Б.

UTERINE ARTERY EMBOLIZATION IN GYNECOLOGY. RESULTS

Savel'yeva G.M., Breusenko V.G., Krasnova I.A., Kapranov S.A., Aksenova V.B.

- 236** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ
**Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Пономарева С.Г., Валивач Е.Н.,
Захарова С.А.**

THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
STERILITY

Ukvalberg M.E., Ivanova N.A., Kormakova T.L., Ponomareva S.G., Valivach E.N.,
Zakharova S.A.

- 238** МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У БОЛЬНЫХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Ковалева О.С., Плахова Т.А.

MORPHOFUNCTIONAL STATE OF OVARIES OF PATIENTS IN POSTMENOPAUSE AF-
TER MODERN METHODS OF ENDOUTERINE SURGERY

Breusenko V.G., Golova Yu.A., Kovaleva O.S., Plakhova T.A.

- 239** ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В НОВОЙ МОДИФИКАЦИИ
МАНЧЕСТЕРСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Худoley Е.П.

THE USE OF MESH IMPLANTS IN NEW MODIFICATIONS OF THE MANCHESTER
OPERATION

Ishchenko A.I., Aleksandrov, L.S., Ishchenko A.A., Khudoley, E.P.

- 241** ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ: РЕАЛИИ
И ПЕРСПЕКТИВЫ
Чочаева Е.М., Давыдов А.И., Пашков В.М.

HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY: REALITIES AND PROSPECTS

Chochaeva E.M., Davydov A.I., Pashkov V.M.



>> www.reproductive-congress.ru

- 242** ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю.

FUNCTIONAL RESULTS OF NERVE-SPARING SURGERY IN WOMEN WITH DEEPLY INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Bezhenar V.F., Kruglov S.Y.

- 243** ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ НА СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Адамян Л.В., Козаченко И.Ф., Филиппова Е.С., Азнаурова Я.Б.

THE IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOMAS ON OVARIAN RESERVE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Adamyan L.V., Kozachenko I.F., Filippova E.S., Aznaurova Y.B.

- 245** ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИРОВАННОГО У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Беженарь В.Ф., Ножницева О.Н.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF POST-CESAREAN SECTION UTERINE SCAR DEFECTS DIAGNOSED IN NONPREGNANT WOMEN

Bezhenar V.F. Nozhnitseva O.N.

- 247** ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю.

FUNCTIONAL RESULTS OF NERVE-SPARING SURGERY IN WOMEN WITH DEEPLY INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Bezhenar V.F., Kruglov S.Y.