

---

# **МАТЕРИАЛЫ ПЕРВОГО РЕГИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ФОРУМА «МАТЬ И ДИТЯ»**

**КАЗАНЬ**

**20-22 марта 2007 года**

**Президент Форума – директор ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, главный специалист-эксперт по акушерству и гинекологии Минсоцздравления РФ, Президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАМН, профессор Кулаков В.И.**

**СПОНСОРЫ  
РЕГИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ФОРУМА  
«МАТЬ И ДИТЯ»  
ДАО-ФАРМ  
МИРАКС ФАРМА  
АСТЕЛЛАС ФАРМА  
ОРГАНОН ЭЙДЖЕНСИЗ Б.В.  
РОШ-МОСКВА  
НИЖФАРМ  
СОЛВЕЙ ФАРМА**

---

МАТЕРИАЛЫ I РЕГИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ФОРУМА «МАТЬ И ДИТЯ»  
К., 2007 - 436 с.

**ОРГАНИЗАТОРЫ**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Федерального агентства  
высокотехнологичной медицинской помощи  
Российское общество акушеров-гинекологов  
Министерство здравоохранения Республики Татарстан  
Казанский государственный медицинский Университет  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**Редакторы**    **В.И. Кулаков**  
                  **В.Н. Прилепская**

**Составитель**    **к.м.н. П. Р. Абакарова**

# АКУШЕРСТВО

## ПРОФИЛАКТИКА ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Абдурахманова Р.А.

Россия, г. Махачкала, ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия

Известно, что женщины с гиперандрогенией (ГА) относятся к группе высокого риска на развитие гипогалактии (ГГ).

У рожениц с ГА по сравнению со здоровыми роженицами изменен как количественный, так и качественный состав грудного молока. Целью настоящего исследования явилась разработка комплекса лечебных мероприятий, направленного на улучшение лактации у женщин с ГА.

Профилактическое лечение применялось у 40 женщин с ГА, у которых прогнозировался высокий и средний риск развития ГГ. Наблюдаемая группа состояла из женщин, у которых ГА была выявлена во время настоящей беременности, и была сопоставима по всем данным с группой сравнения. Последняя была представлена роженицами с ГА, установленной во время настоящей беременности, и не получившими профилактическое лечение ГГ.

Данный комплекс включал в себя биологически активную добавку (БАД) «Вита-спирзулина»; семена тыквы, напиток из аниса, фенхеля и укропа; метилдофа, тиамин, пиридоксин и теофиллин. «Вита-спирзулина» состоит из 100% концентрата топинамбура (земляная груша) и спирзулины платенсис (сине-зеленые водоросли). Основные ингредиенты: белок — 60% — 10 незаменимых и 8 заменимых аминокислот; полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК); витамины (А, С, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>); бета-каротин; минералы и микроэлементы; железо, цинк, калий, кальций, медь и фосфор. Прием препаратов начинали за 10 дней до родов и продолжали в течение 7 дней после родов в дозе 2-4 таблетки в день за 1 ч до еды. Лактогенный эффект, по всей вероятности, обусловлен сбалансированными аминокислотами и витаминным составом продукта, высоким содержанием триптофана (источник серотонина) и витамина В<sub>6</sub>. Наряду с БАД для усиления лактации мы использовали семена тыквы и напитки для кормящих матерей. Роженицы съедали по 150-200 г очищенных сырых семян в день в течение 5-7 дней. Напиток изготавливался следующим образом: смешивали 1-2 чайные ложки измельченных плодов аниса, по 20 г семян фенхеля и укропа и заливали 1\5 стаканом кипятка, настаивали в течение 1 часа. Принимали в 2-3 приема по полстакана до еды. Лактогенный эффект используемых растений обусловлен содержанием в них биологически активных компонентов, обладающих, по-видимому, гормоноподобным, анаболическим действием. К последним относятся глицерарин, флавоноиды, анетол, гликозиды. В данных растениях содержатся и эфирные масла, обладающие стимулирующей функцией.

Как известно, важную роль в подготовке молочных желез к лактации и в стимуляции секреции молока играет пролактин (ПРЛ). ПРЛ — единственный гипофизарный гормон, базальная секреция которого находится под преимущественным тормозящим, а не стимулирующим влиянием гипоталамуса. Тем не менее, контроль над секрецией ПРЛ осуществляется при помощи двойной системы регуляции с участием не только пролактинингибирующих факторов (ПИФ), но и пролактин-релизинг-факторов (ПРФ). Основным физиологическим ПИФ является дофамин (ДА). В связи с этим использование препаратов, которые снижают активность гипоталамических ферментов, отвечающих за синтез ДА, вызывает ослабление тонического подавления секреции ПРЛ, что в свою очередь приводит к стимуляции лактации. С этой целью мы использовали метилдопа по 1 таблетке (250 мг) в день в течение 6 дней пуэрперия после еды.

Для улучшения лактации мы применяли тиамин по 1 таблетке 3 раза в день, пиридоксин по 1 таблетке 3 раза в день и теофиллин по 1 таблетке 3 раза в день. Известно, что при перемещении молока из альвеолярных клеток в протоки и цистерну железы важная роль отво-

дится двигательным нервным волокнам, иннервирующим мышцы сосудов, протоков и цистерны органа. Благодаря их участию, происходит усиленное наполнение кровью сосудистой системы железы и ее выводящего аппарата. Усиленный приток крови способствует быстрой доставке гормонов, а расширение сосудов, в особенности околоальвеолярной системы, обеспечивает наиболее полное их действие на сократительные элементы органа. Выведение молока из синусов железы наружу происходит благодаря рефлекторным реакциям, осуществляющимся по нервным путям и обеспечивающим быстрое расслабление сосудистого сфинктера. Поэтому все вышеизложенное обосновывает применение этих препаратов.

В процессе лечения происходило существенное увеличение количества молока.

Таким образом, в группе женщин с профилактически проведенным лечением ГГ наблюдалась у 14 рожениц, что составляет 35%. При этом ГГ I степени отмечена у 9 (22,5%), ГГ II степени у 5 (12,5%) рожениц, а тяжелых форм и агалактии не было. В то время, как в группе нелеченных частота ГГ составила 76,6%. Итак, примененный нами комплекс лечебных мероприятий позволил в 2 раза снизить частоту ГГ, что говорит о его положительном эффекте.

Полученные результаты содержания ПРЛ в сыворотке крови у 15 рожениц подтверждают эффективность проведенного лечения. Так содержание ПРЛ на 2-е сутки послеродового периода составляло  $101,32 \pm 3,21$  нг\мл, что было достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе женщин, не получавших терапию  $76,7 \pm 1,2$  нг\мл, но в то же время не достигало таковых значений у здоровых рожениц ( $125,7 \pm 0,88$  нг\мл). На 6-е сутки пуэрперия концентрация ПРЛ значительно возросла и составляла  $152,41 \pm 4,0$  нг\мл, достоверно не отличаясь от содержания у здоровых женщин ( $157,4 \pm 4,17$  нг\мл ( $p > 0,05$ )).

Эффект лечения сказывается не только на увеличении суточного количества молока, улучшались и некоторые качественные его показатели. Содержание белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов в грудном молоке рожениц с ГА, получавших профилактическое лечение, было достоверно выше по сравнению с теми, кто не получил лечение.

Существенным изменениям подвергся и аминокислотный состав молока рожениц, получавших профилактическое лечение. Отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение количества аминокислот, которое, на наш взгляд, связано с приемом БАД «Вита-спирзулина». В связи с этим изменилось соотношение заменимых\незаменимых аминокислот — 0,98, тогда как в группе нелеченных — 0,89.

Все вышеизложенное дает основание полагать, что предложенный нами комплекс, направленный на нормализацию лактационной функции, эффективен и может быть применен в повседневной практике.

## КОНЦЕНТРАЦИОННО-ЗАВИСИМОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕКСЭСТРОЛА НА СОКРАЩЕНИЯ МИОМЕТРИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ АТФ

Аблаева Д.Н., Хасанов А.А., Зиганшин А.У., Шакирова Ф.К., Янкович В.А., Аблаева С.И.

г. Казань

Сократительная деятельность матки находится на стыке большинства акушерских проблем: недонашивания и перенашивания беременности, гипотонических маточных кровотечений, материнского и детского травматизма, септических послеродовых заболеваний, а в целом — материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Аномалии родовой деятельности остаются одной из наиболее актуальных и широко изучаемых проблем акушерства, которые осложняют течение 8-20% всех родов (Сидорова, 2000;

Абрамченко, 2003). Несмотря на многочисленные попытки поиска эффективных методов лечения, предпринимаемых акушерами всего мира, аномалии родовой деятельности являются одной из основных причин, по которой производится оперативное родоразрешение (Greasy, 1997). Среди всех показаний к кесареву сечению аномалии родовой деятельности составляют 12,0-26,8 % (Абрамченко, 2003; Чернуха, 1999). Хорошо известные и широко применяемые для лечения этих аномалий утеротонические средства, такие как окситоцин и простагландины, не всегда эффективны и обладают рядом побочных эффектов (Айламазян и др., 2002; Hoff et al., 2002; Oral et al., 2003; Woosley, 2004; Dajani et al., 1991).

В этой связи, изучение альтернативных механизмов регуляции сократительной деятельности матки представляется весьма актуальным для практического акушерства. Известно, что в беременной матке человека присутствуют P2 рецепторы, агонистом которых является внеклеточная АТФ. На поздних сроках беременности в миометрии женщин регистрируются сократительные ответы на введение АТФ, тогда как в небеременной матке подобные ответы не регистрируются. Ранее нами было показано, что *in vitro* синтетический аналог эстрогена гексэстрол в концентрации 10 мкМ способен ослабить сокращения миометрии беременных, индуцированные АТФ. Предметом наших дальнейших исследований явилось изучение влияния различных концентраций гексэстрола на сокращения беременной матки человека, вызываемые АТФ.

В связи с этим, целью настоящего исследования было оценить влияние синтетического аналога эстрогенных гормонов гексэстрола на сокращения беременной миометрии человека, вызываемые АТФ.

В работе использовались образцы миометрии беременных, поступивших на плановое оперативное родоразрешение в родильные дома г. Казани. Определялись сокращения мышечной ткани в ответ на введение АТФ в концентрации 0,1-300 мкМ, до и после инкубации с гексэстролом (10-8-10-5 М).

АТФ в концентрациях 0,1-300 мкМ вызывала концентрационно-зависимые сокращения изолированных препаратов беременной миометрии, с максимальным эффектом равным 70-75% от сокращений вызываемых КС1 в концентрации 240 мМ. Введение в инкубационную среду гексэстрола в концентрации (10-8-10-5 М) самостоятельных сокращений не вызывало и не изменяло спонтанную сократительную активность миометрии. Мы установили, что АТФ вызывает концентрационно-зависимые сокращения изолированных мышечных препаратов беременной миометрии, как до, так и после инкубации с гексэстролом при всех используемых концентрациях вещества. При этом, однако, в трех наименьших концентрациях гексэстрола достоверных изменений в амплитуде сокращений матки на АТФ установлено не было, хотя во всех этих трех концентрациях гексэстрола имела тенденция к достоверному снижению сокращений матки, вызванных АТФ в некоторых концентрациях.

В наибольшей из исследованных концентраций гексэстрола (10-5М) мы выявили достоверное снижение сократительных ответов матки на все три использованные концентрации АТФ.

В настоящей работе мы установили, что синтетический аналог эстрогена в концентрации 10-5М достоверно угнетает сократительные ответы изолированных препаратов беременной матки, вызванные АТФ, что может играть роль в регуляции сократительной активности матки во время беременности и в родах.

## АНТИОКСИДАНТЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абрамян Л.Р., Абрамченко В.В.

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

Цель исследования: С помощью антигипоксантов и антиоксидантов повысить внутриклеточный метаболизм и энергетику утеромиоцита у беременных высоко риска по развитию аномалий родовой деятельности.

Материалы и методы исследования: Нами предварительно были проведены экспериментальные исследования на беременных крысах непосредственно перед родами (20-21 день беременности) с применением антигипоксантов и антиоксидантов, которые затем были использованы в подборе оптимальных доз и для применения в клинической практике, в частности были изучены биопотенциалы миометрии у 70 беременных крыс. Выявленные нами свойства унитиола и милдроната, влияющие на маточную активность беременных животных, послужили основанием для их применения у беременных групп риска по развитию аномалий годовой деятельности.

Кроме того, проведен клинический анализ течения беременности, родов, состояв плода и новорожденного, частоты оперативного родоразрешения у беременных подготовленных этим сочетанием веществ. Проведены были также клиничко-аппаратные методы оценки состояния плода и маточной активности — амниоскопия, кардиотокография, эхография, доплерометрия до и после применения указанных средств.

Результаты и их обсуждение: Были проведены экспериментальные исследования влияния простагландина E1 (сайтотека или мизопростола) в различных дозах, окситоцина, унитиола и милдроната на сократительную активность матки у 70 беременных крыс. Были сформированы 7 рандомизированных групп. Сайтотек применялся в различных дозах (25, 50, 100 мкг/кг), внутривентриально. Унитиол применялся в дозе 250 мг/кг и милдронат также в дозе 250 мг/кг внутривентриально.

В результате проведенных исследований было установлено, что сайтотек в указанных дозах при внутривентриальном введении усиливает биоэлектрическую активность (как амплитуду, так и частоту) миометрии. Наиболее выраженный эффект наступает при введении сайтотека беременным крысам в дозе 100 мкг/кг. Так, через 30 минут после введения препарата величина амплитуды увеличивается на 70%, а частоты на 66% по сравнению с исходным уровнем. Через 60 мин активность препарата снижается и достигает исходных величин через 90 мин. Введение окситоцина на пике активности сайтотека усиливает биоэлектрическую активность миометрии, которая на 60-й минуте снижается, достигая исходных величин (амплитуды и частоты) на 90-й минуте.

Введение антиоксидантов в сочетании с антигипоксантами — унитиола с милдронатом увеличивает биоэлектрическую активность (амплитуда возрастает на 29,1%, частота на 31,8%) миометрии через 20 минут после введения препаратов. После дующее введение сайтотека (100 мкг/кг) на фоне унитиола и милдроната приводит к усилению (на 30-й минуте) биоэлектрической активности миометрии — амплитуды на 68,8%, частоты — на 71,1% по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, предварительное введение комбинации унитиола и милдроната, обладающих умеренной утеротонической активностью, способствует более физиологическому стимулирующему влиянию сайтотека в применяемых дозах на контрактильную активность миометрии беременных крыс.

Данная методика сочетанного применения унитиола и милдроната с последующим введением сайтотека была применена у 30 беременных (24 первородящих, 6 повторнородящих) на сроках беременности 38-40 недель. Средний возраст составил 27,1 года. Сопутствующие заболевания были выявлены у 53% беременных, гестоз у 25%, привычное невынашивание у 10%. У 6 из 30 беременных родовой деятельность (родовозбуждение)/развилась на фоне введенных антигипоксантов через 18 ч. У 10 беременных родовой деятельность началась в течение 2-3 суток после введения указанных средств.

Длительность родов составила у первородящих в основной группе  $8,36 \pm 0,6$  ч, в контрольной группе —  $12,07 \pm 0,62$  ч ( $p < 0,01$ ); у повторнородящих соответственно  $5,8 \pm 1,1$  ч и  $11,25 \pm 0,8$  ч. Максимальная длительность родов составила 13ч 55 мин, минимальная — 2ч 45 мин.

Преждевременное излитие вод отмечено в 16%, в контрольной группе в 17,1%. Выраженной слабости родовой деятельности в основной группе не было (максимальная длительность родов составила 13ч. 55 мин/). Операция кесарева сечения произведена

в 1 (4,2%) против 12,9% в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). У повторно-родящих произведено две операции кесарева сечения.

Данный метод применения указанных средств достоверно уменьшает длительность родов и число операций кесарева сечения у первородящих. По-видимому, это связано с оптимальной готовностью шейки матки к началу родовой деятельности, что обеспечивает более физиологическое течение родов и профилактику интранатальных осложнений.

Достигнутый эффект при подготовке шейки матки, по-видимому, связан со стимулирующим влиянием антиоксидантов на синтез естественных простагландинов, а также с непосредственным их участием в синтезе простагландинов. Действие антиоксидантов связано с тем, что они ослабляют перекисное окисление арахидоновой кислоты, являющейся предшественником простагландинов и ингибируют активность простагландинпероксидазы.

Анализ экспериментальных исследований на полосках миомерия женщины показал, что во всех опытах унитиол усиливал спонтанные сокращения в концентрации 10-5 М, увеличивал амплитуду и частоту сокращений в 1, 5 раза.

Заключение: Таким образом, результаты проведенного исследования выявили высокую эффективность профилактики слабости родовой деятельности у беременных высокого риска по развитию данной патологии при применении сочетания унитиола и милдроната по 500 мг внутримышечно или внутривенно в сочетании с аскорбиновой кислотой и последующим интравагинальным введением сайтотека в дозах от 25 до 50 мкг с интервалом 3 часа. Достигается оптимальная биологическая готовность к родам в 94,1% беременных, снижается частота слабости родовой деятельности, увеличивается маточная активность на 1/3 от исходного уровня и отмечается сокращение общей продолжительности родов.

## **УСИЛЕНИЕ ПРОДУКЦИИ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В I ТРИМЕСТРЕ – КРИТЕРИЙ МАНИФЕСТАЦИИ ГЕСТОЗА В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Авруцкая В.В.**

*Россия, г. Ростов - на - Дону, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии РосЗдрава»*

Гестоз относят к одному из распространенных осложнений беременности, занимающих ведущее место в структуре материнской и перинатальной смертности, причем снижение частоты его возникновения не наблюдается.

Одной из основополагающих причин, приводящих к данной патологии по мере прогрессирования беременности, является нарушение процессов клеточной регуляции, обусловленное изменением продукции и функционирования факторов роста, обеспечивающих рост и формирование сосудистой системы плаценты. В акушерской практике большое внимание уделяется сосудисто-эндотелиальному фактору роста (СЭФР) как главенствующему полипептиду в процессе ангиогенеза, формирования сосудистой системы беременной матки, процессах плацентации. Отклонения в механизмах регуляции развития полноценной плаценты и, прежде всего, ее сосудистой системы, относят к ведущим факторам патогенеза плацентарной недостаточности, которая, несомненно, развивается при наличии гестоза.

Несмотря на апробацию большого количества методов диагностики гестоза на ранних этапах беременности, не найден максимально чувствительный и надежный способ его выявления до манифестации клинических симптомов.

Учитывая исключительную роль СЭФР в процессах формирования кровеносных сосудов эмбриональных тканей, изучение его роли при гестозе является весьма актуальным.

При ретроспективном анализе результатов наблюдения за женщинами после завершения беременности, нами были сформированы группы: к условно здоровым отнесены 57 женщин. В группу с гестозом, развившимся во II триместре, включены 42 пациентки и 106 –отнесены в группу беременных, у которых гестоз развился в III триместре.

Уровень СЭФР и эндотелина — 1 (ЭТ-1) в материнской крови определяли в 11-12, 15-16, 28-30 недель беременности методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «R&D systems» (USA). Данные определения выполнены также у 20 небеременных пациенток. Статистическая обработка осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ «Statistica» (версия 5.1. Stat Soft). Результаты оценивали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Полученные результаты показали, что у женщин с физиологическим течением беременности в I триместре имеет место двукратное увеличение концентрации СЭФР по сравнению с небеременными. Аналогичный уровень СЭФР в сыворотке крови обнаружен у пациенток во II триместре гестации относительно данных I триместра. Сопоставление содержания СЭФР в сыворотке крови женщины в I и II триместрах с показателями, характерными для III триместра физиологической беременности, свидетельствует о росте его величины соответственно в 5 и 4,6 раза.

Выявленный более чем двукратный рост продукции СЭФР в I триместре относительно данных у небеременных женщин обусловлен, очевидно, потребностями, необходимыми для нормально развивающейся беременности, когда происходит формирование сосудистой сети матки, плаценты и плода.

Данный этап внутриутробного существования плода происходит в условиях крайне низкого содержания кислорода (F.Leall et al., 2001; В.И.Орлов и соавт., 2006). Идентичный уровень СЭФР, продукция которого регулируется гипоксией, в сыворотке крови женщин в I и II триместрах физиологической беременности демонстрирует наличие стабилизации процессов оксигенации, необходимой для этих сроков гестации.

Пятикратное увеличение СЭФР в III триместре относительно показателей I и II триместров обусловлено, по-видимому, нарастанием гипоксии, следствием которой в этом случае является генерация HIF, контролирующего в процессе эмбриогенеза васкуляризацию (А.О.Fedefe et al., 2002). Активация HIF, в свою очередь, запускает экспрессию гипоксия-зависимых генов, и, прежде всего, — СЭФР (С.В.Pygh, P.J. Ratcliffe, 2003). Известно, что кислородный режим плода в III триместре соответствует его показателям в 14-15 недель физиологически протекающей беременности (А.В. Орлов, 2006). Этот факт убеждает в существовании «прогрессирующей гипоксемии», необходимой для инициации плодом родовой деятельности. Можно полагать, что в основе изменения сосудистого сопротивления, обуславливающего «физиологическую гипоксемию» при беременности, лежат метаболические процессы с участием СЭФР. Данный фактор роста контролирует активность эндотелинпревращающего фермента (ЭПФ), чем достигается синтез самого мощного вазоконстриктора-эндотелина-1 (ЭТ-1) (А.Matsura et al.,1997). Нами обнаружено нарастание ЭТ-1 у этих женщин в III триместре, относительно показателей первого триместра в 3,45 раза.

При беременности, осложненной гестозом (классическая триада), развившимся во II триместре, в I триместре по сравнению с таковым при физиологическом ее течении, наблюдалось повышение у женщин в сыворотке крови концентрации СЭФР в 1,47 раза, а ЭТ-1 — в 3,9 раза. При гестозе, манифестация которого произошла в III триместре (гипертензия и незначительная пропинурия), в I триместре имело место увеличение уровня СЭФР в сыворотке крови в 1,47 раза, ЭТ-1 — в 4,3 раза. II триместр беременности у первых характеризовался ростом СЭФР в 2,27 раза, ЭТ-1 — в 2,46 раза, у вторых — в 2,23 раза и ЭТ-1 — в 2,52 раза соответственно. Несомненный интерес представляют данные, полученные в III триместре осложненной беременности (гестоз, развившийся во II триместре). Уровень СЭФР в сыворотке крови этих пациенток оказался выше соответствующих величин II триместра. Существенным

можно считать факт высокой концентрации в III триместре ЭТ-1 в сыворотке крови данных женщин, которая превышала контрольные величины на 31%, но они были ниже показателей II триместра. В группе пациенток с гестозом, манифестация которого произошла в III триместре, отмечено продолжение роста СЭФР (увеличение в 3,8 раза) и ЭТ-1 (увеличение в 1,5 раза) по сравнению со II триместром. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в III триместре осложненной беременности при различных формах гестоза имеет место повышение продукция как СЭФР, так и ЭТ-1, хотя и менее выраженное.

Особо следует отметить, что при гестозе, развившемся впоследствии у пациенток во II и III триместре (ретроспективный анализ), на ранних стадиях беременности имеет место достоверное увеличение уровня СЭФР в I триместре по сравнению с аналогичным периодом физиологической беременности. В частности, уже в I триместре содержание СЭФР при обеих формах гестоза более чем в 1,5 раза выше величин при физиологическом течении беременности.

Полученные данные являются убедительным подтверждением того, что основа гестоза закладывается уже в ранние сроки беременности, так как имеет место повышенная экспрессия СЭФР, обусловленная, по-видимому, выраженной персистирующей гипоксией, при которой развивается плодное яйцо и эмбрион. В условиях интенсивной продукции СЭФР ускоряется процесс синтеза ЭТ-1 с участием ЭПФ, приводящий к генерализованному спазму кровеносных сосудов уже в I триместре, что, очевидно, и является патогенетической основой гестоза.

Надо полагать, что увеличение уровня СЭФР в I триместре беременности, может служить критерием гестоза, который манифестируется в более поздние сроки беременности.

## **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТО- ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ**

**Агаркова Л.А., Желев В.А.\* , Белова Н.Г.**

*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ; Сибирский Государственный медицинский университет\**

Информационными характеристиками сосудисто-тромбоцитарного взаимодействия является агрегационная активность тромбоцитов и маркеров эндотелиальной дисфункции — фактор Виллебранда. Частота встречаемости гестоза, тяжесть его клинических проявлений и высокая вероятность неблагоприятного исхода беременности диктуют необходимость уточнения механизмов патогенеза этого осложнения, где ключевая и предопределяющая роль принадлежит изменениям в системе гемостаза и прежде всего сосудисто-тромбоцитарного звена.

Целью исследования явилось изучение сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у беременных женщин с гестозом легкой и средней степени тяжести.

Под нашим наблюдением находилось 56 беременных женщин с гестозом легкой и средней степени тяжести (первая группа). Группу контроля (вторая группа) составили 25 здоровых беременных женщин с аналогичным сроком гестации. Средний возраст женщин в обеих группах составил  $21,3 \pm 1,5$  лет.

У всех пациенток было проведено исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Функциональную активность тромбоцитов и количественное содержание фактора Виллебранда исследовали с помощью двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола ЛА 230-2» и наборов реактивов фирмы «Ренам». Агрегация тромбоцитов регистрировалась как традиционным турбодиметрическим методом, так и недавно разработанным методом, основанным на оценке среднего размера агрегатов в реальном времени. Метод отличается высокой чувстви-

тельностью, что делает его пригодным для исследования спонтанной агрегации и агрегации под действием низких концентраций индукторов (АДФ, адреналин, коллаген). Забор крови пациентам проводили утром, натощак. Исследования проводили на плазме, богатой тромбоцитами (БТП), содержащей примерно 200 клеток/нл, полученной по стандартной методике путем центрифугирования. Подсчет количества тромбоцитов проводили с помощью автоматического гематологического анализатора «MICROS ABX».

В результате исследования было выявлено, что в первой группе беременных женщин с гестозами средней степени тяжести наблюдается умеренное снижение количества тромбоцитов в 1,41 раза по сравнению с группой контроля. Имело место увеличение спонтанной и стимулированной (АДФ, адреналином, коллагеном) агрегационной способности тромбоцитов по сравнению с аналогичными показателями в группе контроля до  $39,6 \pm 1,6\%$ . Характер агрегации тромбоцитов при индукции АДФ зависит от дозы: при концентрации 0,5-1 мкмоль возникает обратимая агрегация, при концентрации до 5 мкмоль — двухфазная агрегация, при большей концентрации (до 10 мкмоль) — необратимая однофазная агрегация. При связывании на поверхности тромбоцитов АДФ с рецептором происходит изменение формы тромбоцитов, экспозиция на мембране комплекса GP IIb-IIIa (рецептор для фибриногена) и первичная Са-зависимая агрегация. Если первичный ответ на АДФ не будет поддержан вторичной реакцией, то в отсутствие фибриногена происходит десенситизация рецепторов, которая приводит к дезагрегации тромбоцитов. Вторичная агрегация опосредована внутриклеточной передачей сигнала через G-белки с повышением внутриклеточной концентрации Са. Происходит активация простогландин-тромбоксановой системы. Особенности агрегации с адреналином в значительной степени обусловлены концентрацией Са в среде. При физиологических концентрациях Са (1-2 ммоль, которая характерна для плазмы крови) адреналин не вызывает активации тромбоцитов и их агрегации. При значительном снижении Са в цитратной плазме до 20-40 мкмоль адреналин вызывает дозозависимую агрегацию с экспрессией комплекса GP IIb-IIIa при первичной волне агрегации. При обследовании беременных женщин с гестозами было выявлено увеличение стимулированной адреналином агрегации тромбоцитов, что возможно связано с способностью адреналина потенцировать действие других агонистов при его концентрациях порядка 0,01 мкмоль.

Содержание фактора Виллебранда в первой группе было повышено в 1,61 раза в сравнении с второй группой беременных женщин, что является косвенным свидетельством повреждения сосудистого эндотелия. Необходимо отметить, что степень изменения показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза была более выражена у женщин с гестозами средней степени тяжести.

Таким образом, результаты исследования показали, что для оценки тяжести патологического процесса при гестозе и прогноза течения родов необходимо исследовать параметры сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. На их основе осуществлять лабораторный контроль за эффективностью проводимой терапии. Что, несомненно, позволит снизить частоту и выраженность осложнений у беременных женщин с легкой и средней степенью тяжести гестоза.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ**

**Агаркова Е.Ю., Чернявский И.Я.\* , Гюнтер В.Э.\*\*,  
Чернявская О.В., Михайлов В.Д.\***

*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ; Сибирский Государственный медицинский университет\*; НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы\*\**

По данным ВОЗ, в мире ежегодно производится до 30 млн. абортов, причем около 15 % из них во 2-ом триместре, однако на их долю приходится до 2/3 всех осложнений и до 50% связанных с абортами случаев материнской смертности.

В последнее десятилетие все большее распространение в медицинской практике получают разнообразные конструкции из никелида титана, обладающего эффектом «памяти формы». Конструкции меняют свою пространственную конфигурацию исходя из поставленных задач, при этом материал из которого они изготовлены, обладая сверхэластичностью, оказывает запрограммированное воздействие на ткани организма не вызывая повреждения.

Индукция выкидыша во втором триместре комбинированным методом интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия и простагландина F<sub>2</sub>-альфа (энзапрост 5мг) с применением дилататора из никелида титана произведена 45 женщинам, они составили основную группу исследования, в контрольной группе прерывание беременности проводили без использования дилататора также 45 пациенткам.

Не было ни одного случая несанкционированного смещения дилататора за пределы цервикального канала во время аборта.

Продолжительность аборта при прерывании беременности комбинированным методом с применением дилататора из никелида титана колебалась от 3,6 до 46 часов и составила в среднем 12,78±1,64 час. Средняя продолжительность выкидыша у абортниц контрольной группы была 20,58±2,47 часов. Кровопотеря в обеих группах колебалась от 50 до 300 миллилитров: у 68,9 % пациенток из контрольной группы и 86,7 % из основной величина кровопотери была до 100мл, у 20 % и 8,9 % она составила 101-200мл в контрольной и основной группах соответственно, у 11,1 % из контрольной и 4,4 % женщин из основной групп объем кровопотери превышал 200мл.

При применении комбинированного метода прерывания беременности с использованием дилататора из никелида титана не было зарегистрировано ни одного случая разрыва шейки матки, в то время как в контрольной группе данный показатель составил 8,9%. У 57,8% пациенток из основной и 42,2% из контрольной группы при гистологическом исследовании не обнаружено признаков воспалительной реакции в плацентах (плацента недостаточно зрелая, соответствует указанным срокам гестации). У остальных 42,2 % и 57,8 % пациентов из основной и контрольной групп соответственно в плаценте выявлены воспалительные изменения. Эндометрит осложнил течение послеперинатального периода у одной (2,2 %) женщины из основной группы и четырех (8,9 %) женщин из контрольной группы.

Мы считаем, что повышение эффективности и уменьшение продолжительности аборта за счет активации сократительной активности миометрия при отсутствии травматизации шейки матки, а также уменьшение величины кровопотери при использовании дилататора из металла с памятью формы привело к снижению частоты воспалительных процессов матки.

Контроль за восстановлением менструального цикла после прерывания беременности был проведен у 36 женщин из контрольной группы и 41 женщины из основной. Восстановление менструального цикла в течение 1-го месяца отметили 31 (86,1 %) опрошенных из контрольной группы и 37 (90,3%) из основной, в течение второго месяца — 5 (13,9 %) и 4 (9,7 %) женщины. При проведении им пробы Палмера была выявлена истмико-цервикальная недостаточность у 7 (19,4 %) пациенток из контрольной и только у 1 (2,4 %) из основной группы.

Таким образом, индукция позднего выкидыша интраамниальным введением гипертонического раствора хлорида-натрия с простагландином F<sub>2</sub>-альфа и интрацервикальным введением дилататора из никелида титана уменьшает травматизм шейки матки и, как следствие этого, истмико-цервикальная недостаточность развивается значительно реже. Разработанный нами комбинированный метод прерывания беременности во втором триместре не оказывает отрицательного влияния на менструальную функцию и позволяет минимизировать неблагоприятные последствия аборта.

## СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Алигаджиев М., Бегова С.В., Омаров Н.С-М.

Республика Дагестан, г.Махачкала, ДНЦ РАМН

Республика Дагестан — регион с сохранившейся тенденцией многодетности и высокой рождаемости. Уровень рождаемости в республике в последние годы колеблется в пределах 19,7-27,4. При этом на долю многорожавших приходится до 35,0% родов. Плотность соматической патологии среди МРЖ колеблется от 55 до 82%.

По данным С-М.А.Омарова, общая заболеваемость у многорожавших женщин в 2,5 раза больше, чем в популяции. Гестационные осложнения и их последствия в 5 раз чаще. Высокими остаются показатели материнской 39,3 — на 100 тыс. живорожденных, и перинатальной смертности (до 31,4%) при многократных родах.

Возраст и паритет, короткий интергенетический интервал, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, снижение социально-экономического статуса — вот неполный перечень факторов, обуславливающих высокую частоту перинатальной патологии у многорожавших женщин. При этом беременность усугубляет течение соматической патологии и возникает порочный круг, создающий угрозу не только развитию внутриутробного плода, но и здоровью и жизни матери.

Цель нашего исследования — изучение кровотока в системе мать — плацента — плод у многорожавших женщин.

Материал и методы исследования. Нами проведено динамическое обследование 47 многорожавших женщин. Возраст обследованных женщин колебался от 25 до 45 лет. Наибольший процент составили женщины старше 38 (80,8%). Средний возраст менархе составил 14,3 ± 0,5 лет. По характеру выполняемой работы наибольший процент составили женщины, занимающиеся физическим трудом (домохозяйки) — 42 (89,3%).

Беременные, которые имели от 4 до 5 беременностей, составили — 32 (68,1%), 6-7 - 8 (17%), 8-9 - 4 (8,5%), более 9 - 3 (6,4%). От 4 до 5 родов имели 38 (80,8%), 6-7 родов - 6 (12,8%), 8 и более - 3 (6,4%) женщин. Интервалы между родами колебались от 1 года до 3 лет, составляя в среднем 2,5 года.

Допплерометрические исследования кровотока проводились в маточных артериях и артериях пуповины и средней мозговой артерии плода. Критериями нарушения маточно-плацентарного кровотока при доплерометрическом исследовании определены значения систоло-диастолического отношения (СДО) кривых скоростей кровотока в артерии пуповины и в маточных артериях.

Полученные результаты. При неосложненном течении беременности наблюдали тенденцию к уменьшению численных значений СДО, ИР, ПИ по мере ее прогрессирования (при сравнении показателей при 32 и 36 недель беременности). Так, СДО в артерии пуповины снизилось на 15,8%, ИР на 8,2%, ПИ на 22,9%. Снижение этих показателей в III триместре беременности обусловлено повышением диастолического компонента кровотока, что свидетельствует о снижении периферического сосудистого сопротивления плаценты, вызванным интенсивным ростом ее терминального сосудистого русла в связи с процессами развития и васкулизации концевых ворсин.

При исследовании кровотока в маточной артерии, в отличие от артерии пуповины, значения СДО, ИР, ПИ по мере прогрессирования беременности не снижались, а возрастали. Так, значение СДО выросло на 19,9%, ИР на 41,6%, ПИ на 6,6%.

Это свидетельствует о нарушении маточно-плацентарного кровотока у МРЖ даже при неосложненном течении беременности.

Результаты исследования в средней мозговой артерии плода при неосложненном течении беременности показали, что в течении III триместра беременности отмечается уменьшение численных значений индексов периферического сосудистого сопротивления (ПСС) — на 10,3% в сроке доношенной беременности. Эти изменения отражают интенсивный рост сосудистой сети и перераспределение гемодинамики для лучшего снабжения головного мозга.

При осложнении беременности гестозом, анемией, угрозой прерывания беременности значения индексов ПСС не снижались, а наоборот, повышались и сопровождалась появлением дикротической выемки в спектре кровотока. Так, в маточной артерии значения СДО (при сравнении значений при 32 и 36 недель беременности) выросли на 24,2%, ИР — на 41,6%, ПИ — на 41%. Аналогичная картина выявлена и в артерии пуповины. Но, следует отметить, что в маточных артериях степень повышения индексов СДО и ПИ больше, чем в артерии пуповины. Это может свидетельствовать о том, что у МРЖ с осложненным течением беременности в системе мать — плацента — плод в большей мере нарушается маточно-плацентарное звено, то есть о более выраженном нарушении плацентарного кровообращения. В средней мозговой артерии плода нарушения кровотока при осложненном течении беременности индексы мозгового кровотока значительно снижены по сравнению с показателями неосложненной беременности: СДО на 21,4%, ИР на 14,3%, ПИ на 18,2%, что отражает механизм усиления церебральной перфузии в условиях гипоксии. Это является проявлением компенсаторной реакции при централизации кровообращения, обеспечивающего относительную стабильность мозговой гемодинамики.

Параметры кровотока в сосудах пуповины имели патологический характер у женщин, родивших детей с признаками хронической гипоксии.

Мы выявили прямую коррелятивную зависимость между выраженностью нарушения кровотока в артериях пуповины и частотой задержки внутриутробного развития плода (38,9%).

Хроническая фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у 24 (51,1%) многорожавших женщин. Из них компенсированная форма ФПН отмечалась у 12 (50%) наблюдений, субкомпенсированная — 9 (37,5%), декомпенсированная — 3 (12,5%) наблюдений. Среди клинических проявлений ФПН преобладала гипоксия плода и СЗРП.

Выводы. Таким образом, у МРЖ наблюдается нарушение гемодинамики в системе мать-плацента-плод не только при осложненном, но и при неосложненном течении гестации.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ РОДОВ**

**Алиева Э.А., Тамазаева Х.Н., Багрий Е.Г.**

*Россия, Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН*

Под «бессимптомной бактериурией» (ББ), или бессимптомной инфекцией мочевыводящих путей, подразумевается выделение определенного количества бактерий из правильно собранного анализа мочи, полученного от лиц, не имеющих симптомов или признаков инфекции мочевыводящих путей. У беременных женщин ББ встречается в 2,5-11,5% случаев.

Наличие инфекционного очага в почках, даже при бессимптомном течении, нередко приводит к развитию внутриутробного инфицирования и, как следствие, к угрозе прерывания беременности, аномалиям прикрепления и преждевременной отслойке плаценты, многоводию, плацентарной недостаточности и внутриутробного страдания плода.

Многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска. Особенно актуально улучшение качества родовспоможения и предупреждение осложнений гестации у многорожавших женщин (МРЖ) в регионах с высокой рождаемостью, каковым является Республика Дагестан. Возраст и паритет, короткий интергенетический интервал, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, снижение социально-экономического статуса — вот неполный перечень факторов, обуславливающих высокую частоту перинатальной патологии у МРЖ. Среди различных видов экстрагенитальной патологии

у МРЖ заболевания мочевыделительной системы занимают значительный удельный вес (18,7-37,4%).

В связи с этим целесообразно изучение особенностей гестации у МРЖ с ББ для совершенствования пренатальной подготовки и родоразрешения с целью улучшения исходов гестации для матери и плода.

Целью обследования явилось изучение течения гестации у МРЖ с ББ.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 160 беременных женщин, из которых 69 МРЖ с ББ, 41 перво- и повторнорожавшие (ПРЖ с ББ) и 50 — здоровые перво- и повторнорожавшие в качестве контроля. Все беременные подвергались стандартному обследованию при поступлении в стационар. В нашем исследовании к многорожавшим мы относили женщин, которым предстояли 3 и более роды.

Бактериурия считалась достоверной, если в 1 мл мочи содержалось 100.000 микробов и более. Чтобы выяснить степень бактериурии, подсчитывают микробное число при посевах по Гоуду или применяют «нитритный тест» по Аншелевичу. Этот тест бывает положительными лишь при количестве микробов в 1 мл мочи больше, чем 105. Экспресс анализ проводился с применением нитритных тест-полосок фирмы «BD Тахо™».

Состояние фетоплацентарного комплекса оценивали по данным УЗИ и доплерометрии, с этой целью использовался УЗИ-аппарат «Aloka-1700» с доплерометрическим блоком.

Полученные результаты. Возраст обследованных МРЖ с ББ составлял  $35,75 \pm 0,53$  лет, ППР с ББ  $29,8 \pm 0,96$  лет, в контрольной группе  $24,6 \pm 0,8$  лет ( $P < 0,05$ ). В первой половине беременности ББ диагностирована в группе МРЖ у 44,9% (31) и у 36,6% (15) ПРЖ ( $P < 0,05$ ), во второй половине соответственно у 55,1% (38) и 63,4% (26) ( $P < 0,05$ ). Активный воспалительный процесс в почках (с явлениями лейкоцитурии, пиурии) в течение беременности развился у МРЖ в 39,1% (27) случаев, а у ПРЖ — в 29,3% (11).

У 89,9% (62) МРЖ с ББ были выявлены различные осложнения соматической патологии, из них у 46,4% (32) — множественные. У ПРЖ эти показатели составили 65,9% (27) и 26,8% (11) соответственно ( $P < 0,05$ ). Причем, наиболее часто встречающейся формой патологии была анемия. У 41 (59,4%) беременных из группы МРЖ с ББ имела анемия легкой степени, у 6 (8,7%) — тяжелой степени (всего у 59 (85,5%) обследованных), в группе ПРЖ с ББ — у 13 (31,7%) и 2 (4,9%) соответственно (всего у 21 (51,2%) обследованных).

У 23 многорожавших беременных (33,3%) с ББ и 10 (24,4%) ПРЖ с ББ диагностирована угроза прерывания беременности ( $P < 0,05$ ), у 12 (17,4%) и 5 (12,2%) соответственно — гестоз легкой степени, у 10 (14,5%) и 4 (9,8%) — средней и тяжелой степени тяжести ( $P < 0,05$ ).

По данным ультразвуковой фетометрии синдром задержки внутриутробного развития плода отмечен у 9 МРЖ с ББ (13,1%) и 4 ПРЖ с ББ (9,8%), у 6 (8,7%) и 3 (7,3%) соответственно — раннее «созревание» плаценты, у 8 (11,6%) и 3 (7,3%) — умеренное многоводие ( $P < 0,05$ ).

При проведении доплерометрического исследования сосудов маточно-плацентарно-плодового кровотока было обнаружено, что у 51 женщины (73,1%) из группы МРЖ с ББ и 26 (63,4%) ПРЖ с ББ имелось нарушение кровотока различных степеней тяжести в маточных артериях и артерии пуповины, а у 4 (5,8%) и 2 (4,9%) соответственно — в средней мозговой артерии плода, что соответствует нарушениям кровообращения тяжелой степени ( $P < 0,05$ ).

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод о более неблагоприятном течении гестации у многорожавших женщин с бессимптомной бактериурией, чем у перво- и повторнорожавших с той же формой нозологии, что требует совершенствования пренатальной подготовки и родоразрешения этой категории женщин с целью улучшения исходов гестации для матери и плода.



## КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Аллахкулиева С.З., Хашаева Т.Х.,  
Одаманова М.А., Алиева С.А.

Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Проблема ожирения становится с каждым годом все более актуальной во всем мире, в связи с увеличением частоты этой патологии. Частота ожирения среди беременных составляет 15,1-26,9%. Ожирение сопровождается осложненным течением беременности, родов, послеродового периода, неблагоприятно влияет на состояние здоровья внутриутробного плода и новорожденного. Дети, рожденные от женщин с ожирением, относятся к группе риска. Очевидно, грудное вскармливание для таких новорожденных является необходимым условием для дальнейшего их полноценного развития. В то же время известно, что при ожирении у беременных происходит нарушение регуляторно-приспособительных механизмов организма, которое не может не сказаться на формировании лактационной функции. Поэтому коррекция нарушений лактационной функции у женщин с ожирением является актуальной проблемой.

Целью исследования явилось снижение частоты и коррекция нарушений лактационной функции у женщин с ожирением.

Изучена лактационная функция у 90 родильниц, которые были распределены в группы: 20-здоровых- 1-я группа, и 70 с ожирением различных степеней тяжести- 2-я группа (1-я степень-30, 2-я степень-25, 3-я степень-15). 3-ю группу составили 50 родильниц с ожирением, получивших терапию. Степень ожирения определялась по величине индекса Брея-Кетле, который рассчитывался по формуле:  $ИМТ = \frac{\text{Масса тела в кг}}{\text{рост м}^2}$ . Согласно современным представлениям: 1-я степень ожирения при  $ИМТ=25,1-30,0$ , 2-я степень- $30,1-35,0$ , 3-я степень- $35,1-40,0$ , 4-я степень-  $40,1$  и более.

Суточное количество молока у кормящих матерей определяли следующим методом: новорожденный в течение суток взвешивался до и после каждого кормления грудью. Разница в массе составляла количество молока, высосанного за одно кормление, затем проводилось сцеживание остаточного молока после данного кормления. Количество сцеженного и высосанного молока составляют общее количество его при этом кормлении. Общее суточное количество молока — это сумма порций молока полученных при всех кормлениях.

При изучении лактационной функции установлено, что среди здоровых родильниц гипогалактия (ГГ) выявлена у 4 из 20, что составляет 20%. При этом у 3 родильниц из них выявлена ГГ первой степени, когда дефицит молока не превышает 25%, и 1 родильницы — второй степени — дефицит молока 50%. У женщин с ожирением ГГ выявлена у 49 из 70, что составляет 70%. Из них первая степень ГГ наблюдалась у 25 родильниц, вторая — у 14, третья степень — у 10, когда дефицит молока был более 75%. Установлена положительная зависимость степени выраженности ГГ со степенью ожирения.

При определении суточного объема секретлируемого молока выявлено, что секреция молока на 3-е сутки у родильниц с ожирением была  $195 \pm 9,6$  мл, что достоверно меньше по сравнению с количеством молока у здоровых родильниц ( $590 \pm 15,2$  мл). К концу первой недели послеродового периода секреция молока у родильниц с ожирением оставалась значительно сниженной ( $386,4 \pm 13,5$  мл) по сравнению со здоровыми родильницами ( $695,8 \pm 15,4$  мл).

Для профилактики и лечения ГГ у женщин с ожирением особое внимание уделялось правильному и сбалансированному питанию. Диета для беременных была с ограничением калорийности, главным образом, за счет уменьшения содержания углеводов. Важное значение имеет удовлетворение потребностей в белково-витаминном и минеральном компонентах рациона. С целью коррекции нарушения лактационной функции у женщин с ожирением кроме диеты, назначали линетол за 2-3 недели до родов и в послеродовом периоде внутрь утром непосредственно до еды или во время еды по

20 мл один раз в день, мотилиум (мотилак) по 10 мг 3 раза в день за один час до кормления и сцеживания в течение 6 дней, апилак по 1 таблетке 3 раза в день и фиточай «Лактавит» по  $1\frac{1}{3}$  стакана 3 раза в день. В результате лечения происходило существенное увеличение количества молока. На шестые сутки пуэрперия суточное количество молока у родильниц с ожирением после лечения и у родильниц контрольной группы было почти одинаковым ( $532,5 \pm 35,6$  и  $695,8 \pm 15,4$  мл соответственно). После лечения не только увеличилось суточное количество молока, но и улучшились некоторые качественные его показатели.

Итак, следует отметить, что после проведения предложенного нами комплекса лечебных мероприятий у женщин с ожирением произошло увеличение количества молока. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности (77%) проводимой комплексной терапии ГГ у родильниц с ожирением. Как показали наши исследования, предложенный метод лечения ГГ позволяет снизить частоту нарушений лактационной функции у женщин с ожирением.

## РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ В НАРУШЕНИИ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Алябьева Е. А.

Россия, Санкт-Петербург, ГУ НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН

Актуальность. Проблема невынашивания беременности не теряет своей актуальности уже несколько десятилетий. Помимо ранее известных этиологических факторов (инфекционные, эндокринологические, пороки женских половых органов, хромосомные аномалии и др.), в последнее время выделена группа наследственных и приобретенных дефектов гемостаза, к которым относится гипергомоцистеинемия.

Гипергомоцистеинемия — это нарушение обмена серосодержащих аминокислот. В норме метаболизм гомоцистеина осуществляется двумя путями: 1) реметилизацией; 2) транссульфурацией. Реметилизация происходит за счет удаления одноуглеродного фрагмента из аминокислоты серина с образованием метионина, катализатором процесса является фермент метилтетрагидрофолатредуктаза (MTHFR). В результате транссульфурации гомоцистеин превращается в нетоксичную аминокислоту цистеин с помощью фермента цистатион-синтетазы. Для осуществления метаболических превращений гомоцистеина необходимы следующие витамины: цианокобаламин, пиридоксин, фолиевая кислота. Оптимальным уровнем гомоцистеина в крови по данным НИИ Гематологии и Трансфузиологии являются пределы 5-15 мкмоль/л. Однако при оценке анализов у женщин репродуктивного возраста используются особые показатели. Так, у пациенток не старше 30 лет уровень гомоцистеина не должен превышать 8,1 мкмоль/л, а цифра 7,9 мкмоль/л верхняя граница нормы для женщин от 30 до 50 лет.

К причинам повышения содержания гомоцистеина в плазме крови относятся следующие:

1. Генетические дефекты, приводящие к неполноценности ферментов, ответственных за метаболизм этой кислоты. При проведении молекулярно-генетического исследования могут иметь место следующие варианты гена MTHFR (метилтетрагидрофолатредуктазы): С/С — норма; Т/Т — гомозиготное состояние гена; С/Т — гетерозиготное состояние гена (полиморфизм).

2. Недостаток поступления с пищей витаминов - кофакторов ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина (фолат, пиридоксин, кобаламин).

3. Некоторые заболевания: гипотиреоз, В12-дефицитная анемия, рак молочной железы, яичников, острый лимфобластный лейкоз.

4. Использование определенных лекарственных препаратов: метотрексата, фениитоина, теофиллина и др.

Классический синдром гомоцистеинурии, открытый в 1962 году, встречается в 1 случае из 335 000 среди популяции, характеризуется эктопией хрусталика глаза, аномалиями скелета, преждевременными сосудистыми заболеваниями, тромбозом и умственными расстройствами, причина которых гомозиготная недостаточность фермента ЦБС (цистатион-синтазы).

В акушерско-гинекологической практике установлено воздействие гипергомоцистеинемии на эндотелий и эластические свойства сосудов, и, как следствие этого, повышенное тромбообразование, ведущее на ранних сроках беременности к нарушению плацентации и фетоплацентарного кровообращения, вследствие чего может формироваться привычное невынашивание беременности. В более поздние сроки гипергомоцистеинемия может вызывать хроническую плацентарную недостаточность, в результате которой развивается гипоксия и внутриутробная гипотрофия плода. Имеется ряд данных о том, что повышение уровня гомоцистеина в плазме крови влечет за собой развитие гестоза, в том числе и тяжелых его форм. Известно о беспрепятственном проникновении гомоцистеина через плаценту в кровь плода и тератогенном действии на него, которое проявляется анэнцефалией, развитием врожденных пороков сердца, незаращением спинномозгового канала (spina bifida).

В результате исследований последних лет выявлено, что основу многих видов акушерской патологии составляет генерализованная микроангиопатия и тромбофилия, одной из причин которой является гипергомоцистеинемия. Однако в отечественной литературе связь гипергомоцистеинемии и акушерской патологии практически не отражена, поэтому работа в данном направлении представляет собой научно-практический интерес.

Целью настоящего исследования явилась попытка определить роль генетических дефектов в нарушении обмена гомоцистеина у женщин с привычным невынашиванием.

Материалы и методы исследования:

Было обследовано 84 небеременных женщины в возрасте от 20 до 39 лет, страдающих привычным невынашиванием беременности.

При анализе анамнестических данных обследованных пациенток выявлено, что у всех пациенток было 2 и более потери беременности. Из них неразвивающихся 84, что составило (54%) от общего числа репродуктивных неудач. Всего самопроизвольных выкидышей произошло 71, доля которых составила (46%). Среди инфекций половых путей чаще всего встречались хламидийная (7%), уреоплазменная (35%), микоплазменная (5%).

Уровень гомоцистеина в сыворотке крови определялся методом жидкостной хроматографии с флюориметрической детекцией в лаборатории свертывания крови Института Гематологии и Трансфузиологии и интерпретировался там же.

Результаты и выводы:

Молекулярно-генетическое исследование показало, что у 65 (77%) пациенток имелись дефекты гена MTHFR, а у 19 (23%) таковые не были обнаружены. Гомозиготное состояние интересующего нас гена было выявлено у 4 (6,2%) женщин, причем повышение уровня гомоцистеина было отмечено только у одной, да и то незначительно (9,3 мкмоль/л). У 42 (50%) пациенток с гетерозиготным состоянием гена MTHFR уровень гомоцистеина в сыворотке крови был повышен и составлял от 9 до 16 мкмоль/л. У 23 (27,4%) — укладывался в принятые границы норм. У 9 (11%) женщин из группы сравнения уровень гомоцистеина превышал допустимые значения, а у 10 (12%) женщин был нормален.

Таким образом, среди обследованных женщин уровень гомоцистеина был повышен более чем у половины, а, именно, у 51 пациентки, что составило 60,7% от общего количества. У 33 (39,3%) пациенток уровень гомоцистеина находился в пределах нормы.

При анализе коагулограммы у женщин с повышенным уровнем гомоцистеина в 28 (33,3%) случаях было выявлено нарушение гемостаза, а, именно, гиперфибриногенемия (11%), повышение агрегации тромбоцитов (18%), снижение фибринолиза (9,7%).

Считается, что гипергомоцистеинемия приводит к прямому токсическому действию на эндотелий, вследствие чего повышается агрегация тромбоцитов, активируется коагуляционный каскад.

По нашим данным повышение уровня гомоцистеина встречается у 2/3 женщин с привычной потерей плода. Эти данные дают основание предположить неблагоприятную роль гипергомоцистеинемии в неоднократной потере беременности. Такое предположение подкрепляют данные об изменениях в коагулологических параметрах (гиперфибриногенемия, повышение агрегации тромбоцитов, снижение фибринолиза).

Таким образом, в данной работе прослеживается связь между наличием полиморфизма в гене MTHFR и повышением уровня гомоцистеина у женщин с привычным невынашиванием. Полученные результаты позволяют предположить, что генетические причины гипергомоцистеинемии в основном реализуются в ранние сроки беременности. При выявлении у женщины полиморфизма гена MTHFR необходим контроль уровня гомоцистеина в 1 триместре беременности и показателей коагулограммы для адекватной и своевременной коррекции выявленных нарушений.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**Ананьев В.А., Захарова О.В., Твалчрелидзе М.Ю.,  
Демочкина Ю.Н., Морозова Е.Д.**

*Россия, Москва Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова  
кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета*

В настоящее время в цивилизованных странах кесарево сечение является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Расширение показаний к этой операции является одной из особенностей современного акушерства. По данным статистики более 30 развитых стран мира, частота кесарева сечения в среднем составляет 20%, т.е. каждый пятый ребенок рождается путем кесарева сечения. В последние годы отмечено преобладание относительных показаний к этой операции в интересах плода. Несмотря на кажущуюся простоту кесарева сечения, эту операцию (особенно повторную) следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой послеоперационных воспалительных осложнений, частота которых в разных клиниках колеблется от 3,3 до 34,3%. Большое внимание в настоящее время уделяется вопросам адаптации новорожденных при кесаревом сечении их постнатальной заболеваемости и смертности.

С целью сравнения исхода родов для матери и плода и выявления факторов, влияющих на эти показатели, мы проанализировали деятельность 1 акушерского отделения клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова за 2006 год. За этот период произошло 1957 родов, из них 949 (48,6%) женщин родоапрешено кесаревым сечением и 3 (0,3%) женщинам были наложены акушерские щипцы. С целью выяснения состояния новорожденных после родоразрешения было обследовано 115 детей: из них 90 после кесарева сечения (1 группа) и 25 после самопроизвольных родов (2 группа).

Кесарево сечение наиболее часто производили в плановом порядке (58,93%), что указывает на умелое использование возможностей оценки состояния матери и плода во время беременности (УЗИ, КТГ, доплерометрия и др.). Экстренное кесарево сечение было произведено в 41,07% случаев. Наиболее частыми показаниями к абдоминальному родоразрешению были — рубец на матке после кесарева сечения (20,41%); экстрагенитальная патология (11,07%); плацентарная недостаточность (10,01%); тазовое предлежание плода (7,76%). Показания к экстренному кесареву сечению были — острая гипоксия плода (24,54%), несостоятельность рубца на матке (11,76%), аномалии родовой деятельности (10,47%), преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии готовности родовых путей (23,53%). Мы считаем кесарево сечение обоснованным, если оно способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности и спасает женщин от тяжелого акушерского травматизма (разрыв матки, разрыв промежности 3 степени и др.)

Масса тела новорожденных, извлеченных при кесаревом сечении колебалась от 3000 до 3500 г. Недоношенные дети (массой до 2500 г.) составили 8.2%. массу тела более 4000 г. составили 5.2% детей. Средняя масса тела новорожденных при кесаревом сечении составила 3349.6+ 83.1 г. а при родах через естественные родовые пути 3463+ 84.2 г, т.е. достоверного различия не было. Рост доношенных новорожденных, извлеченных при кесаревом сечении равнялся 51.1+ 0.6 см, а родившихся через естественные родовые пути- 51.5+ 0.7 см. Так в 1 группе в состоянии тяжелой асфиксии извлечено 0.2-0.3% детей, в состоянии средней тяжести 5.2-6.2%, а при родах через естественные родовые пути детей в состоянии средней и тяжелой асфиксии не было. Рождение детей в тяжелой асфиксии было связано не с оперативным вмешательством, а с острой внутриутробной гипоксией до родоразрешения (отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты и др.), которая и явилась показанием для экстренного родоразрешения. При изучении дизадаптации новорожденных, извлеченных путем абдоминального родоразрешения, отмечены неоптимальные первичные реакции компенсации и защиты (акроцианоз, пастозность, хрипы в легких), потеря массы тела более 8% массы тела при рождении, запоздалое заживление пупочной раны.

Одним из главных показателей деятельности акушерской службы является частота перинатальной смертности. По нашим данным перинатальная смертность в 2006 г. при частоте кесарева сечения 48.6% равнялась 0.5 %0 . Наиболее часто дети погибали постнатально и антенатально и очень редко интранатально. Так в 2005 г. ранняя неонатальная смертность составила 0 %0, а перинатальная 0.5%0, тогда как по данным МЗ РФ в 2005г. она составила 6.2 и 12.8 %0, т.е. в 4-5 раз выше, хотя в акушерскую клинику ММА им. И.М. Сеченова госпитализируются беременные высокого риска. Снижение ранней неонатальной смертности зависит не только от метода родоразрешения, но и от состояния плода до родоразрешения (фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная инфекция, недоношенность и др.), от квалификации медицинского персонала, технической и медикаментозной обеспеченности. Если раньше ведущей причиной мертворожденности была родовая трагедия в связи с длительными и затяжными родами, влагалищными операциями, то в настоящее время основными причинами стали недоношенность (синдром дыхательных расстройств), внутри утробная инфекция, аномалия и пороки развития плода.

Кесарево сечение часто становилось единственным шансом рождения живого ребенка.

Однако, отмечая факт снижения перинатальной смертности, заболеваемости новорожденных, которые родились больными или заболели после рождения, за последние 7 лет составляет около 50% и не имеет тенденции к снижению. Важно подчеркнуть, что заболеваемость доношенных детей значительно ниже, чем недоношенных и составляет в 2006 году 49.3 и 77.2% соответственно.

В заключение следует сказать, что кесарево сечение часто является единственно правильным методом родоразрешения в интересах матери и плода.

## **К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**

**Апандиева М.М., Омаров Н.С-М.**

*Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия*

Основной причиной неполноценного грудного вскармливания является гипогалактия и поэтому изучение факторов, способствующих ее развитию, важно для разработки научно обоснованных методов профилактики, прогнозирования и лечения ГТ.

Результаты проведенных нами исследований показали, что у родильниц с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией по сравнению со здоровыми родильницами изменен как количественный, так и качественный состав грудного молока. В связи с этим нами был разработан комплекс лечебных мероприятий, направленный на улучшение лактации у женщин с сочетанной патологией органов кровообращения и мочеиспускания.

При разработке комплекса превентивной терапии нарушений лактации у беременных с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией мы стремились к достижению двух целей. Первая — нормализация микроциркуляторных и обменных в организме женщины, страдающей серьезной сочетанной патологией. Вторая — комплексное лечение фетоплацентарной недостаточности для нормализации гормональной функции фетоплацентарного комплекса, что в свою очередь приводит к увеличению продукции эстрогенов, плацентарного и плодового пролактина, имеющих важное значение в подготовке молочных желез к секреторной деятельности.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности превентивного лечения нарушений лактации у женщин с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией.

Материал и методы исследования. Изучение эффективности предложенной нами схемы профилактики нарушений лактации проводилось у 135 родильниц с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией и здоровых родильниц. Родильницы были разделены на 2 группы: I — основная группа- 115 родильниц с хроническим пиелонефритом (ПН) и железодефицитной анемией (ЖДА), получившие комплексную предродовую подготовку. Из них: 60 родильниц с ЖДА и хроническим ПН — 1-я подгруппа, 55 родильниц с ЖДА и гестационным ПН — 2-я подгруппа. Во II группу вошли 50 родильниц с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией, получившие неполную предродовую подготовку в связи с поздним поступлением в стационар — группа сравнения. Группу контроля составили 20 здоровых родильниц. Средний возраст родильниц составил 29±1.3 лет, длительность заболевания почек равнялась 8.2±1.7 лет.

Предложенная нами схема профилактики и лечения гипогалактии включала препарат — блокатор периферических дофаминовых рецепторов — «Мотилиум», активной субстанцией которого является домперидон. Дозировка — 10мг трижды в сутки в течение 7 дней.

С целью уменьшения неблагоприятного воздействия химиотерапевтических препаратов на организм родильниц, мы применили более безопасные, но эффективные средства растительного происхождения — биологически активную добавку (БАД) «Лактавит». В состав фиточая «Лактавит» входят такие лекарственные растения как тмин, крапива, анис и фенхель, широко используемые и в кулинарии. Дозировка — 50-100мл настоя трижды в сутки в течение 7 дней с рекомендациями дальнейшего применения.

Определение суточного количества молока у кормящих женщин проводилось путем взвешивания новорожденного в течение суток до и после каждого кормления грудью на 2, 4, 6 сутки пуэрперия. Определение концентрации пролактина в сыворотке крови кормящих родильниц проводилось радиоиммунологическим методом. Содержание жира в молоке определяли в жирометре по стандарту ГОСТ-5867-57. Общий белок, казеин определяли по методике Y.N. Lowry (1951). Свободные аминокислоты определяли на автоматическом аминокислотном анализаторе AA-88(Чехия). Определение количества углеводов проводилось рефрактометрическим методом (Шарабрин И.Г.,1971). Микроэлементы и магний определялись методом атомной абсорбции; электролиты — методом пламенной фотометрии на фотометре «Фляда -4»(Германия); аскорбиновую кислоту — титрованием в кислой среде краской Тильмана, альфа-токоферол определяли по методу А.Ф.Емелиной (1982) и витамин А — по Кар-Прайсу.

Результаты исследования. В процессе наблюдения за родильницами нам удалось установить, что на фоне своевременной диагностики гипогалактии, комплексного лечения фетоплацентарной недостаточности с момента поступления в стационар, происходило достоверное увеличение суточного количества молока. Это подтверждалось увеличением пролактина в сыворотке крови.

Примененный нами комплекс лечебных мероприятий, направленный на улучшение лактационной функции, оказал положительное влияние, как на количественный, так и на качественный состав грудного молока, что должно благоприятно сказаться на развитии ребенка. В результате лечения отмечено увеличение объема лактации. Также имеются достоверные различия показателей объема молока у женщин из 2-й подгруппы и родильниц из группы сравнения и контроля. Уровень лактации зависит от многих факторов, среди которых особое место занимает соматическая патология во время беременности. У родильниц 1-й и 2-й подгруппы, получивших комплексную предродовую подготовку, имеет место прирост суточного количества молока по сравнению с группой сравнения, но с отставанием от такового у родильниц из группы контроля. Становление лактации при сочетанной патологии органов кровотока и мочевого выделения имеет свои особенности.

В основной группе (1-й и 2-й подгруппе) должное количество молока на 2 сутки послеродового периода отмечено у 21 родильницы, в последующем наблюдается постепенное увеличение секреции молока и на 6-сутки у 39 (33,9%) выделялось необходимое для ребенка количество молока. Нарушения лактационной функции отмечались у 11 (18,3%) родильниц 1-й подгруппы. Из них ГТ I степени (дефицит молока до 25%) — у 9 (15%), ГТ II степени (дефицит молока до 2 (3,3%), ГТ III степени (дефицит молока более 50%) и агалактия не наблюдались на фоне проводимой терапии. Снижение объема лактации во 2-й подгруппе наблюдалось у 8 (14,5%) родильниц. При этом ГТ легкой степени отмечена у 6 (10,9%) родильниц, ГТ средней степени — у 2 (3,6%), тяжелая ГТ и агалактия не наблюдались. Повышение секреции ПРЛ во время беременности тесно связано с секрецией ПРЛ в раннем послеродовом периоде и состоянием лактационной функции. Нами было выявлено достоверное снижение концентрации ПРЛ в крови родильниц из группы сравнения, не получивших соответствующую подготовку —  $189 \pm 1,35$  нг/мл.

В основной же группе концентрация ПРЛ была достоверно выше, чем в группе сравнения —  $213 \pm 2,13$  нг/мл, но не достигла показателей у здоровых родильниц —  $221 \pm 1,28$  нг/мл.

Эффект лечения проявлялся не только в увеличении количества молока, но и в улучшении композиционного состава молока. Содержание белков, жиров и углеводов у родильниц с ЖДА и ПН, получивших комплексную предродовую подготовку (белки —  $5,19 \pm 0,03$  г/л; жиры —  $29,3 \pm 1,2$  г/л; лактоза —  $5,8 \pm 0,03$  г/л) было достоверно выше по сравнению с группой родильниц, не получивших соответствующую терапию (белки —  $3,05 \pm 0,01$  г/л; жиры —  $23,6 \pm 1,21$  г/л; лактоза —  $5,5 \pm 0,01$  г/л). Применение поливитаминного комплекса «Злевит пронаталь» способствовало, на наш взгляд, улучшению витаминного состава грудного молока, особенно, аскорбиновой кислоты и каротина (витамин С —  $5,9 \pm 0,7$  мг/%; каротин —  $0,12 \pm 0,02$  мг/%).

Выводы. Таким образом, наши исследования позволили установить, что наличие у родильниц сочетанной патологии является фактором риска развития ГТ. Проведение превентивной рододовой подготовки может способствовать снижению процента случаев гипогалактии. Это дает нам основания полагать, что предложенная схема превентивной профилактики и лечения, направленная на нормализацию течения лактации у женщин с ЖДА и ПН, является достаточно эффективной и может быть рекомендована к применению в повседневной практике.

## КВЧ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Арсеньева А.А., Агаркова Л.А., Дикке Г.Б., Воробьев Ю.О. \***  
*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ, Томский военно-медицинский институт\**

В настоящее время основная роль в лечении хронического урогенитального хламидиоза во время беременности принадлежит

фармакотерапии. Высокая медикаментозная нагрузка на организм женщины и фето-плацентарный комплекс заставляет искать новые подходы к лечению данной патологии. Поэтому применение электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в схеме лечения хронического урогенитального хламидиоза во время беременности является актуальным.

Цель: оценить эффективность комплексного лечения хламидийной инфекции с использованием КВЧ-терапии во время беременности.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 40 беременных в возрасте от 17 до 35 лет и их новорожденных. У всех женщин была выявлена хроническая урогенитальная инфекция. Диагноз урогенитального хламидиоза был поставлен на основании обследования методом ПИФ, ПЦР и ИФА. Лечение проводилось во втором триместре беременности ( $24,2 \pm 3,8$  недель).

Пациенткам с установленным диагнозом назначали фармакотерапию, включающую антибиотики (азитромицин в суммарной дозе 3г), гепатопротекторы (эссенциале форте) и поливитамины (мультивитабс интенсив) по общепринятым схемам. Одновременно проводили воздействие электромагнитными волнами миллиметрового диапазона (КВЧ-волны) на биологически активные точки кожи, с частотой колебаний 57 ГГц, длиной волны 7,1 мм, мощностью 8-10 Вт/см<sup>2</sup>, время воздействия 15-20 минут на каждую точку. Курс 10 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Результаты и их обсуждение: У всех женщин беременность протекала с осложнениями. В 52% случаев наблюдалась угроза прерывания беременности, многоводие — 53%, признаки отека плаценты — 65%, ВЗРП — 5%, нарушение маточно-плацентарного кровотока — 13%, кольпит — 72%.

До и после лечения проведено исследование иммунного статуса. Иммунограмма выявила подавление клеточного иммунитета и отсутствие адекватной реакции со стороны гуморального иммунитета. Снижение общего количества Т-лимфоцитов наблюдалось у 25%. установлено достоверное снижение числа CD3+ ( $39,55 \pm 7,12\%$ ), CD4+ ( $21,94 \pm 4,24\%$ ) при повышенном значении иммунорегуляторного коэффициента ( $1,8 \pm 0,41$ ). Угнетение иммунной системы проявлялось также снижением числа В-лимфоцитов ( $3,74 \pm 1,45\%$ ) у 35% пациенток. В других случаях наблюдалось повышение функции В-лимфоцитов, сопровождающееся повышением уровня сывороточных иммуноглобулинов — в 14,3% случаев. Кроме того, изменения в иммунном статусе беременных выражались в дисиммуноглобулинемии. Наблюдалось снижение содержания IgG ( $1102 \pm 295,36$  мг%), повышение уровня IgM ( $160,6 \pm 62,32$  мг%) и IgA ( $156,8 \pm 72,99$  мг%) у 28,4%. Так как IgG относится к основному классу иммуноглобулинов, ответственных за антибактериальный иммунитет, снижение его содержания при активации инфекционного процесса у беременной может свидетельствовать об угнетении иммунологической реактивности организма.

После лечения беременность протекала следующим образом. Угроза прерывания беременности была снята в 94% случаев, стабилизация и улучшение ультразвуковой картины произошло у 69% пациенток, кольпит излечен в 78% случаев. В показателях иммунного статуса произошли положительные изменения. У 13% пациенток показатели были в пределах нормы. Абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов нормализовалось в 58% случаев, соотношение CD3+/CD4+ понизилось. Нормализация содержания IgG, уровня IgM и IgA наблюдалось у 54% женщин, что достоверно ( $p > 0,05$ ) отличалось от контрольной группы.

Контрольное лабораторное обследование методом ПЦР показало отсутствие хламидий в исследуемом материале у 92,8% пролеченных женщин. В наблюдаемой группе у всех женщин беременность закончилась срочными родами. Перинатальных потерь не было.

Выводы: применение КВЧ-терапии способствует снижению частоты фетоплацентарной недостаточности, уменьшению риска внутриутробного инфицирования плода и улучшению иммунологических показателей во время беременности при хламидийной инфекции.

# ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Артюх Ю.А.

Россия, Самара, кафедра акушерства и гинекологии  
ИПО ГОУ ВПО СамГМУ

Перинатальная медицина в настоящее время стала основой улучшения здоровья будущих поколений во всех странах мира. Завершен переход от стремлений снизить перинатальную смертность к главной цели — улучшению здоровья плодов и новорожденных, реальному снижению перинатальной заболеваемости (Радзинский В.Е., Смально П.Я., 2001). В клинической практике хроническая плацентарная недостаточность встречается у каждой третьей беременной группы высокого риска перинатальной патологии и отягощает течение беременности в 30-100% случаев (Макаров О.В., Николаев Н.Н., Попова Л.В., 2002). Несмотря на существование разнообразных схем лечения хронической плацентарной недостаточности, поиск более эффективных методов лечения этой патологии продолжается и в настоящее время (Хафизьянова Р.Х., Бородин Ю.И., Працук С.А., 2003). Особо важное значение приобретает изыскание естественных, немедикаментозных, патогенетически обоснованных способов лечения внутриутробной гипоксии плода.

Целью настоящего исследования является оптимизация терапии хронической плацентарной недостаточности. Для реализации намеченной цели перед началом работы нами были поставлены следующие задачи: оценить воздействие гипербарической оксигенации на течение, исход беременности и состояние новорожденных у пациенток с плацентарной недостаточностью, сравнить эффективность стандартной медикаментозной терапии плацентарной недостаточности и комплексного лечения с использованием гипербарической оксигенации.

В ходе исследования мы проанализировали 114 индивидуальных карт беременных с плацентарной недостаточностью (1 группа — 46 женщин, которым во время беременности было назначено комплексное лечение с применением ГБО-терапии, 2 группа — 41 женщина, получавшие стандартную медикаментозную терапию, 3 группа — 27 беременных без медикаментозной коррекции). Курс гипербарической оксигенации состоял из 5-7 сеансов, ежедневно по 30 минут, под давлением 1,3-1,4 ита в барокамере «Иртыш» или «БЛКС-3С» в комплексе с общепринятым лечением.

В результате исследования выявлено, что диагноз хронической плацентарной недостаточности был впервые поставлен в основном в сроке 31 - 35 недель (у 58% беременных). На фоне высокой заболеваемости мы констатировали патологическое течение беременности во всех трёх триместрах у беременных с хронической плацентарной недостаточностью. В основном хроническая плацентарная недостаточность развилась в результате воздействия сочетанных факторов — 24,9% (гестозы, анемии, угроза невынашивания).

При анализе течения родов были получены следующие данные. Самопроизвольные роды были у 88,9% женщин 1 группы, у 83,3% второй и у 76,2% третьей групп. Процент кесаревых сечений и наложения акушерских щипцов в первой группе меньше, чем в остальных (11,1%, 12%, 23,8%). Это объясняется отсутствием в первой группе экстренных операций, проведенных в связи с резким ухудшением состояния плода.

Улучшение компенсаторно-защитных возможностей плода и новорожденного после проведенных сеансов гипербарической оксигенации проявлялось в более высокой оценке их состояния по шкале Апгар. Так, в первой группе оценка 8-9 баллов на первой минуте была у 61% детей, во второй группе такую оценку получили 29% детей, в третьей — 13% новорожденных. Средние показатели параметров физического развития для новорожденных первой

группы были следующими: масса тела  $3355,0 \pm 30g$ ; длина  $52,6 \pm 0,3cm$ . Во второй и третьей группе эти показатели были равны соответственно  $3200,0 \pm 40g$ ;  $52,0 \pm 0,5cm$  и  $3114,0 \pm 80g$ ;  $51,25 \pm 0,8cm$ . Из представленных данных видно, что средние показатели параметров физического развития в 1 группе достоверно выше, чем в остальных двух группах ( $p < 0,05$ ). Изучение периода адаптации продемонстрировало наличие более выраженных нарушений у детей, родившихся у матерей не получавших гипербарическую оксигенацию. Были переведены в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения у женщин первой группы 5,1% детей, во второй — 16,6% и в третьей — 24% детей.

Таким образом, анализ эффективности терапии ГБО при хронической плацентарной недостаточности выявил положительную динамику основных клинических проявлений плацентарной недостаточности и более благоприятный прогноз для плода и новорожденного. Полученные данные свидетельствуют, что ГБО-терапия, являясь безмедикаментозным и экологически чистым методом воздействия, в целом оказывает положительное влияние на организм женщины.

Это позволяет считать целесообразным применение гипербарической оксигенации в качестве компонента комплексного лечения и профилактики плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска.

## ГЕСТОЗЫ У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАВШИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ Арутюнян А.М., Мищенко А.Л., Казакова Л.А.

Россия, Москва, ММА им. И.М. Сеченова

Актуальность: Гестоз является одним из наиболее тяжелых осложнений беременности, существенно повышающий материнскую и младенческую заболеваемость и смертность. Согласно статистическим данным, в России гестоз занимает третье место в структуре материнской смертности, уступая лишь экстрагенитальным заболеваниям и кровотечениям. Однако по мнению В.Н. Серова и соавт при кровотечениях и сепсисе гестоз являлся основной причиной смерти в 35-40% случаев. Перинатальная смертность при гестозе превышает средние показатели 5-7 раз, и составляет 18,0-30,0%, а перинатальная заболеваемость — 640,0-780,0%.

По данным мировой литературы гестозы встречаются достаточно часто: 1 случай на 2000 родов в Европе и развитых странах и 1 случай на 1700 родов в развивающихся странах. Исследования, проведенные И. В. Симановым (2004г.), показали, что изменения в организме беременных при гестозе, особенно при сочетанных формах и тяжелом течении не исчезают после родов, а сохраняются в последующие годы. У женщин, перенесших чистый гестоз через 3 года после родов у 48,7% наблюдаются гипертоническая болезнь, у — 18,7% миопия, у — 13,7% пиелонефрит, у — 6,2% нарушение жирового обмена. Более того, все основные формы экстрагенитальной патологии прогрессируют после перенесенного гестоза: гипертоническая болезнь у 81,2% приобретает кризовое течение, пиелонефрит у 57,1% — рецидивирующее, нарушение жирового обмена до 2-3 степени усугубляется у 66,7%. В соответствии с вышесказанным изучение гестоза в течение многих лет является актуальным.

Цель: выявление частоты гестоза у пациенток принимавших глюкокортикоиды во время беременности (у женщин с системной красной волчанкой (СКВ), антифосфолипидным синдромом (АФС) и гиперандрогенией).

Материалы и методы: структуру гестозов у женщин с СКВ, АФС, циркулирующим волчаночным антикоагулянтом (ц. ВА) и гиперандрогенией проанализированы на основании ретроспективного и проспективного анализа 411 истории родов за 2000-2005 гг. Все обследованные беременные женщины были разделены на 3 группы. Основную группу составили 291 женщины, которые в течение беременности принимали ГК (метипред в дозе 1-4мг/сут., преднизолон 5-

15 мг/сут., дексаметазон 5-10 мг/сут). Из них: 197 беременные с гипертонической болезнью; 50 пациенток с АФС; 30 женщин с ц. ВА, 13 женщины с СКВ. Группу сравнения I составили 30 беременных с АФС, которые в течение беременности принимали антикоагулянты (АК). Группу сравнения II составили 30 беременных с АФС, которых после приема ГК в I и II триместрах назначены АК (фраксипарин (2850-7600 МЕ) и клексан (20-60 мг/сут.)) в прерывистом и постоянном режиме. Контрольную группу составили 60 соматически здоровые беременные. При статистической обработке результатов использовались общепринятые методы непараметрического анализа, включающие, z-тест, 95% доверительный интервал разности, степень достоверности (P), различия между показателями считали достоверными, если  $P < 0,05$ .

Результаты: Количество женщин с гестозом было достоверно выше среди всех обследованных беременных женщин принимающих ГК (95% доверительный интервал разности: от -82,31% до -17,09%;  $z = 2,641$ ;  $p < 0,008$ , по отношению к группе сравнения). Гестозы доминировали у пациенток с циркулирующим ВА 71,4% (где 92,9% женщины были первобеременные). Количество гестозов, в том числе, преэклампсии достоверно ниже 21,7% ( $X = 10,998$ ;  $p < 0,027$  по отношению к женщинам с АФС, принимавших ГК) у женщин с АФС, получавших антикоагулянты. В контрольной группе (соматически здоровые пациентки) гестоз развился у 5 (8,3%). У женщин с АФС после приема ГК в I и II триместрах назначение АК (фраксипарина (2850-7600 МЕ) или клексана (20-60 мг/сут)) в прерывистом или постоянном режиме позволило снизить количество преэклампсии на 18,2%.

Выводы: Частота гестозов была достоверно высока среди всех беременных женщин, принимавших ГК, особенно у женщин с АФС (43%) и СКВ (33%), и доминировала у пациенток с циркулирующим ВА (71,4%) (где 92,9% женщины были первобеременные). Частота гестозов у женщин с АФС, получавших антикоагулянты в 2 раза ниже по отношению женщин с АФС, принимавших ГК.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ

**Архипов В.В., Хайруллина Ф.Л., Радутный В.Н.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования*

В течение последнего десятилетия, как в России, так и в зарубежных странах отмечается рост частоты кесарева сечения. Расширение показаний к оперативному родоразрешению привело к увеличению числа женщин с рубцом на матке, поэтому изучение течения беременности при локализации плаценты в области рубца на матке, особенностей формирования фето-плацентарного комплекса является одной из ведущих проблем в современной перинатологии.

Цель данного исследования: изучение течения беременности при локализации плаценты в области рубца на матке. В качестве объекта исследования было выбрано 107 женщин, имевших в анамнезе кесарево сечение.

Материалы и методы: в работе приведены данные о течении беременности и ее исходе у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения в возрастной группе от 24 до 38 лет. Средний возраст составил  $29,8 \pm 1,14$  лет. Для обследования беременных были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы (ультразвуковое сканирование, кардиотокография, доплерометрическое определение кровотока в системе мать-плацента-плод). При ультразвуковом исследовании оценивались фетометрические показатели, их соответствие сроку беременности; также проводилась оценка состояния плаценты (локализация, толщина, степень зрелости). Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар при рождении, измерение морфометрических показателей. Тип плаценты определяется при помощи гистоморфологических методов исследования.

Результаты исследования. При проведенном исследовании было выявлено, что у женщин, имеющих рубец на матке, плацента чаще локализуется в области рубца — у 63 (58,8%) женщин, расположение плаценты вне рубца встречалось реже — у 44 (41,2%). Низкая нидация плодного яйца наблюдалась у 18 (16,8%) женщин. Благодаря миграции плаценты к концу беременности низкая плацентация сохранилась лишь у трех (2,8%) беременных. Скорость миграции плаценты зависела от локализации плаценты и от срока беременности. Если в первой половине беременности скорость миграции плаценты практически не зависела от ее локализации, то во второй половине, при расположении на задней стенке, плацента мигрировала быстрее и к доношенному сроку низкая плацентация отмечалась лишь в случаях расположения плаценты по рубцу. Такие осложнения беременности, как угроза прерывания и несостоятельность рубца на матке чаще встречались при локализации плаценты по рубцу. Клиника угрозы прерывания беременности наблюдалась у 49 (45,8%) беременной, причем, угроза прерывания достоверно чаще встречались при локализации плаценты по передней стенке — в 72 (67,3%) случаях, тогда как при ее расположении на задней стенке лишь у 35 (32,7%) женщин. Рубец на матке был несостоятельным у 22 женщин (20,5%), у 16 женщин (72,7%) плацента была расположена в области рубца и лишь у 6 женщин (27,3%) вне его. 21 женщина была досрочно родоразрешена (19,6%), показаниями для этого в большинстве случаев (у 14 женщин — 66,7%) послужила угроза разрыва матки по рубцу; в 5 случаях (23,8%) — гестоз и в 2 случаях (9,5%) — прогрессирующая гипоксия плода. Родилось 104 живых ребенка, из них 18 (17,3%) недоношенных. Средняя масса тела составила 3064,24 г и колебалась от 1420,0 до 4200 г; а средняя длина новорожденных составила 50,5 см (колебания от 40 до 54 см).

По результатам гистоморфологического исследования было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев отмечался деструктивный тип строения — в 54 (51%) случаях, в 26 (24%) — компенсаторный, в 15 (14%) — нормальный, в 12 (11%) — воспалительный. Частота формирования хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) составила 16,8% (18 случаев), причем в 2 случаях (11,1%) ХФПН была первичной. Также отмечено, что прием во время беременности препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток ведет к снижению частоты формирования фето-плацентарной недостаточности с 44% в группе женщин, не получавших во время беременности данные препараты, до 16% в группе женщин, принимавших их.

Таким образом, при локализации плаценты в области рубца на матке возрастает частота таких осложнений как угроза прерывания беременности и несостоятельность рубца на матке. Поэтому требуется тщательная прегравидарная подготовка с оценкой состоятельности рубца на матке до беременности, динамического наблюдения за его состоянием во время беременности и профилактического приема препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток. Это позволит улучшить перинатальные исходы у женщин, имеющих рубец на матке.

## ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

**Ахвледiani К.Н., Шидловская Н.В., Логотова Л.С., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Капустина М.В.**

*Россия, Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии*

Проблема родоразрешения беременных с эндокринной патологией является актуальной задачей современного акушерства. Тиреотоксикоз — это синдром, при котором отмечаются клинические и биохимические проявления избыточного содержания гормонов щитовидной железы (ЩЖ) в крови вне зависимости от его причины. Наиболее частой причиной тиреотоксикоза во время беременности является диффузный токсический зоб (ДТЗ). Наступление беременности и ее вынашивание у женщин с ДТЗ происходит редко, составляя 0,03-0,3% от числа всех беременных.

Целью нашей работы явилась изучение особенностей течения родов у женщин с тиреотоксикозом.

В зависимости от степени компенсации тиреотоксикоза на начало наступления беременности все беременные ретроспективно были разделены на 3 группы. 1 группу составили 24 пациентки, у которых беременность наступила на фоне ремиссии или медикаментозной компенсации заболевания, 2 группу — 29 пациенток, у которых беременность наступила на фоне декомпенсации тиреотоксикоза (дебюта заболевания), в т.ч. у 11 больных заболевание было впервые диагностировано только во время беременности, 3 группу — 39 беременных, у которых имелся рецидив ДТЗ.

С 1998 по 2005гг. родоразрешены 92 беременные с ДТЗ. Через естественные родовые пути было родоразрешено 66 (71,7%) беременных, путем планового кесарева сечения — 12 (13%) больных, 12 (13%) пациенткам было произведено экстренное кесарево сечение, в одном наблюдении были наложены выходные акушерские щипцы и в одном — плодоразрушающая операция.

Компенсированное течение ДТЗ, отсутствие выраженных акушерских осложнений и удовлетворительное состояние плода позволили родоразрешить при доношенном сроке беременности всех пациенток 1 группы, 27 (93%) беременных 2 группы и 36 (92,3%) беременных 3 группы. Удовлетворительное состояние матери и плода способствовало тому, что 18 (75%) беременных 1 группы были родоразрешены через естественные родовые пути, во 2 и 3 группах данные показатели составили 20 (69,0%) и 28 (71,8%), соответственно.

В 1 группе кесарево сечение при доношенном сроке гестации произведено у 5 (20,8%) пациенток и в одном случае наложены выходные акушерские щипцы с целью выключения потуг в связи с миопией высокой степени. Показаниями к кесареву сечению в плановом порядке у 3 (12,5%) беременных 1 группы послужили: неготовность организма к родам у пожилой первородящей, отягощенный акушерский анамнез (антенатальная гибель плода при предыдущей беременности), наличием кисты поджелудочной железы больших размеров. Показаниями к экстренному кесареву сечению послужила слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции у 2 (8,3%) пациенток.

Во 2 группе родоразрешены оперативным путем 9 (31%) беременных: путем операции кесарева сечения — 8 из них, в одном случае произведена плодоразрушающая операция в связи с антенатальной гибелью плода. Кесарево сечение в экстренном порядке при сроке гестации 34 недели произведено в двух наблюдениях в связи с отслойкой плаценты на фоне тяжелого гестоза, причем в одном случае произошла антенатальная гибель плода. Основными показаниями к абдоминальному родоразрешению в плановом порядке при доношенном сроке беременности были: сочетанный тяжелый гестоз, прогрессирующая ФПН и полное предлежание плаценты. Кесарево сечение в экстренном порядке при доношенном сроке гестации произведено у 3-х беременных: в двух случаях в связи упорной слабостью родовой деятельности и в одном наблюдении по поводу острой гипоксии плода в 1 периоде родов.

В 3 группе родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке при сроке гестации 34 недели 3 (7,7%) пациентки, во всех случаях операции были произведены в связи с нарастанием тяжести гестоза и прогрессирующей ФПН. При доношенном сроке беременности родоразрешены абдоминальным путем 8 (20,5%) пациенток, из них 6 — в плановом порядке. Показаниями к плановому кесареву сечению послужило: прогрессирующая ФПН в 4 (36,4%) наблюдениях, рубец на матке в одном случае, и опухоли задней черепной ямки в одном наблюдении. Показанием к экстренному родоразрешению было: острая гипоксия плода на фоне ФПН в 1 периоде родов, упорная слабость родовой деятельности. Длительная эпидуральная аналгезия (ДПА) была применена в целом у 38 (41,3%) рожениц, как при оперативном родоразрешении, так и для профилактики тиреотоксического криза, при недостаточной компенсации заболевания.

Таким образом, показанием к кесареву сечению у беременных с ДТЗ чаще всего являлось нарастание тяжести гестоза при наличии прогрессирующей ФПН, причем в 1 группе это показание не встречалось. Только в 3 группе показанием к плановому кесареву

сечению явилась прогрессирующая ФПН и острая гипоксия плода. Следовательно, у 8 (72,7%) пациенток 3 группы основным показанием к оперативному родоразрешению послужило наличие прогрессирующей ФПН, что достоверно чаще по сравнению с аналогичным показателем во 2 группе (37,5%) ( $p < 0,05$ ).

Самопроизвольное начало родов отмечено у 13 (54,2%) беременных с компенсированным течением заболевания, у 17 (58,6%) пациенток 2-й группы и у 21 (53,8%) беременных 3-й группы. Амниотомия с целью родовозбуждения при доношенном сроке гестации произведена практически с одинаковой частотой в обследованных группах: 8 (33,3%) беременным 1 группы, 10 (37,0%) пациенткам 2-й группы и 11 (30,5%) — 3 группы.

При анализе осложнений родов выявлено, что дородовое излитие околоплодных вод имело место у 29 (31,5%) рожениц, с одинаковой частотой во всех группах. Простагландины и утеротоники (окситоцин) с целью родовозбуждения применен у 3 (12,5%), 7 (24,1%) и 7 (18,0%) рожениц соответственно группам. Слабость родовой деятельности выявлена у 13 (14,1%) пациенток. Наиболее часто данное осложнение диагностировано у рожениц 3 группы — 7 (17,9%) или 25% из родоразрешенных через естественные родовые пути. Обращает на себя внимание, что у рожениц 1 и 2 группы в процессе родов выявлена как первичная — у 4,2% и 6,9%, так и вторичная слабость родовой деятельности — у 8,3% и 3,5% пациенток соответственно, в то время как у 17,9% рожениц 3 группы отмечена исключительно первичная слабость родовой деятельности. Возможно, это связано с быстрой истощаемостью обменных процессов у рожениц с декомпенсированным течением заболевания и нарушением гормонального статуса.

Таким образом, при родах через естественные родовые пути, слабость родовой деятельности встречалась в 13 (19,1%) наблюдениях, в сравнении со среднестатистическими показателями по институту 4,9%, в то время как быстрое течение родов — в 4 (5,9%) наблюдениях. Средняя продолжительность родов практически не отличалась по группам и составила в среднем 481,87 мин+18, 54. Возможно, это связано с достигнутой компенсацией основного заболевания у пациенток всех групп при доношенном сроке беременности.

Таким образом, по нашим наблюдениям, для течения родов пациенток с ДТЗ было характерно развитие слабости родовой деятельности, в то время как частота быстрых и стремительных течений родов практически не отличалась от популяции.

Патологической кровопотери при родах через естественные родовые пути не отмечено. Средняя кровопотеря составила 167,2 мл ± 35,41 мл. При родоразрешении путем операции кесарева сечения кровопотеря 1000 мл была в 2 (2,2%) наблюдениях — операции произведены в связи с отслойкой плаценты в одном случае и кесарево сечение при наличии двойни и тяжелого гестоза.

Таким образом, компенсированное течение тиреотоксикоза является залогом благополучного течения родов и перинатального исхода, в то время как декомпенсированный тиреотоксикоз увеличивает количество преждевременных родов, аномалий родовой деятельности и оперативного родоразрешения в связи с тяжелым гестозом, ФПН и гипоксией плода.

## **ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТАХ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

**Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А.,  
Чарторижская Н.Н., Тиханова Л.А.**

*Россия, Чита, Читинская государственная медицинская академия,  
Читинское областное патологоанатомическое бюро*

Актуальность. В последние годы неуклонно растет распространенность заболеваний щитовидной железы среди пациенток

фертильного возраста, что во многом определяется хроническим дефицитом йода, экологическим прессингом и отсутствием планомерной системы его профилактики на территории Российской Федерации (Дедов И. И.И. соавт., 1999-2004). Высокая частота встречаемости зоба среди беременных способствует увеличению частоты осложнений беременности и родов и ухудшает перинатальные исходы (Нестерова А.А. и соавт., 2006; Никифоровский Н.К. и соавт., 2003). Известно, что фетоплацентарная недостаточность развивается чаще у беременных с эндемическим зобом и является одной из ведущих причин высокой перинатальной заболеваемости их детей (Никифоровский Н.К., Петрова С. В., Петрова В. Н., 2006).

Цель. Оценить взаимосвязи между параметрами гемостаза в системе «мать-плацента-плод» и морфологическими изменениями в плацентах у беременных с эндемическим зобом.

Материалы и методы. Обследованы 12 пациенток с эндемическим эутиреоидным зобом, контрольную группу составили 12 беременных без патологии щитовидной железы, подобранные по принципу «копия-пара». Все женщины были постоянными жителями Читинской области, которая является йоддефицитным регионом. Для оценки состояния плода и диагностики фетоплацентарной недостаточности, производили ультразвуковое исследование, ультразвуковую доплерографию и кардиотокографию. Параметры гемостаза исследовали в периферической крови женщин в начале I периода родов и пуповинной крови детей при рождении. Гистологическое исследование плацент выполнено в специализированной лаборатории эмбриофетопатологии и плацентологии Читинского областного патологоанатомического бюро. Макроскопическое исследование плаценты включало изучение материнской и плодовой поверхностей, пупочного канатика (Милованов А.П., 1999; Яковцева А.Ф., 1991). Для гистологического исследования кусочки плацент вырезали по методу А.П. Милованова (1999); во всех случаях обзорная микроскопия дополнялась морфометрическим методом (Авгандилов Г.Г., 2002). При составлении «паспорта» плаценты использовалась экспертно-компьютерная система прогнозирования состояния здоровья детей по результатам патогистологических исследований плацент (Милованов А.П., 2002).

Результаты исследования. У беременных с эутиреоидным зобом по сравнению с контрольной группой женщин отмечается снижение времени рекальцификации плазмы на 18%, активированного частичного тромбопластинового времени на 9%, протромбинового времени на 7%, тромбинового времени на 17%, плазминогена на 49%, анти-тромбина III на 18%, увеличение концентрации фибриногена на 8% и возрастание содержания фибрин-мономерных комплексов в 1,5 раза.

При исследовании параметров гемостаза в пуповинной крови новорожденных основной группы выявлена лишь тенденция к укорочению времени рекальцификации плазмы (на 5%); АЧТВ (на 6%); протромбинового времени (на 6%); тромбинового времени (на 5%); были несколько снижены уровни антитромбина III (на 2%); плазминогена (на 9%); фибриногена (на 8%).

При микроскопическом исследовании плацент пациенток с диффузным эутиреоидным зобом отмечена явная тенденция к снижению массы плаценты (до 11%) при увеличении объема макропатологии материнской поверхности последа до 7%. Выявленная микропатология последа заключалась в преимущественно очаговом характере с вариантами задержки развития котиледонов плаценты (вариант диссоциированного развития; вариант промежуточных дифференцированных ворсин). Средний (очаговый) уровень компенсаторных реакций в виде выраженного полнокровия ворсин. Процессы дезадаптации проявлялись в виде увеличения полей отложения фибриноида на поверхности ворсин и сужения просвета сосудов, что соответствует хронической компенсированной плацентарной недостаточности. Отсутствие признаков реальной гиперкоагуляции в пуповинной крови детей от матерей с эутиреоидным зобом подтверждает наличие компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности.

Заключение. Таким образом, даже при неосложненном течении процесса гестации у беременных с эндемическим эутиреоидным зобом имеются морфологические признаки компенсированной

плацентарной недостаточности. Удовлетворительное состояние компенсаторных реакций в плаценте подтверждается при исследовании параметров гемостаза в пуповинной крови новорожденных: при наличии признаков хронического диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в периферической крови беременных гиперкоагуляции у их детей не выявлено.

## ОСОБЕННОСТИ ВОСХОДЯЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

Белоусова Н. А., Просветов А. В., Рец Ю. В.

Глуховец И. Б., Жидкова М. Л.

г. Санкт-Петербург

Восходящая бактериальная инфекция служит одной из ведущих причин невынашивания беременности, антенатальной гибели плода, перинатальной и акушерской патологии. В основе бактериального инфицирования последа лежит трансмембранозное распространение условно патогенных бактерий, вегетирующих во влагалище и цервикальном канале, что происходит в связи преждевременным (патологическим) или своевременным (физиологическим) раскрытием шейки матки и контактом нижнего полюса плодного мешка с содержимым цервикального канала. Основными предрасполагающими факторами являются бактериальный вагиноз, кольпит, хронический эндоцервицит [Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2002].

Отмеченные обстоятельства послужили основанием для выявления особенностей восходящего бактериального инфицирования плаценты при оперативном родоразрешении. В работе использованы результаты скринингового исследования 7733 последов новорожденных, осуществленных за 9 месяцев 2006 года в ГУЗ Ленинградское областное патологоанатомическое бюро. При этом часто кесаревых сечений составила 19,3 %.

Диагностическая программа включала в себя органомерметрические, цитологические, морфологические, иммунофлюоресцентные исследования плодных оболочек, пуповины, плаценты и лабораторные анализы остаточной плацентарно-пуповинной крови, что позволяло получить достоверную информацию о наличии и степени выраженности воспалительных реакций, характерных для восходящего распространения урогенитальной инфекции.

Оценка результатов патоморфологической диагностики восходящего инфицирования последа осуществлялась с разграничением мембранозной (1-я) и пуповинной (2-я) стадий воспалительных реакций, отражающих напряженность инфекционного процесса.

При родоразрешении через естественные родовые пути морфологические признаки восходящего бактериального инфицирования последа определялись в 26,7 % случаев, в том числе с признаками мембранита в 19,6 % и фуникулита в 8,9%. Изолированная воспалительная реакция в плодных оболочках в основном проявлялась серозным хориодецидуитом и не имела клинических последствий. При генерализованном воспалительном процессе возникла лейкоцитарная инфильтрация всех слоев плодных оболочек в сочетании с экссудативным воспалительным процессом в пуповине. В подобных наблюдениях, как правило, отмечалась субинволюция матки с начальными клиническими проявлениями эндометрита, которые были купированы посредством своевременного назначения антибактериальной терапии.

В наблюдениях оперативного родоразрешения морфологические признаки восходящей бактериальной инфекции в последе были выявлены значительно реже (18,5 % при экстренном и 14,9 % при плановом) с соответствующим снижением доли пуповинной стадии воспалительной реакции (6,8% и 2,3%). Во всех наблюдениях патологический процесс укладывался в пределы серозной экссудации, не имевшей значимых клинических осложнений.



Полученные данные свидетельствуют о прямой патогенетической связи механизма восходящего распространения урогенитальной инфекции с родовой деятельностью, в ходе которой возникает продолжительный контакт плодных оболочек с вагинально-цервикальной микрофлорой. В связи с этим создаются условия для инфицирования глубоких слоев отпадающей децидуальной оболочки и развития послеродового эндометрита. Начальные проявления инфекционного процесса, характерные для оперативного (особенно планового) родоразрешения, не являются существенным фактором риска в отношении послеродового эндометрита, но должны учитываться в качестве показателя неполноценной стерилизации родовых путей.

## **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

**Беляева Е.Д., Тетелютина Ф.К.**

*г. Ижевск*

Септальные дефекты в структуре врожденных пороков сердца у беременных встречаются в 0,5-19,0%. Течение беременности у женщин с септальными пороками сердца (СПС) нередко осложняется ранним гестозом, угрозой прерывания, преэклампсией, плацентарной недостаточностью и внутриутробным страданием плода. Течение беременности после хирургической коррекции порока протекает без осложнений, но при значительном дефекте во время беременности даже физиологическое увеличение объема циркулирующей крови, ведет к срыву компенсаторной гипертрофии и гиперфункции миокарда, таким образом, усиливаются признаки сердечной недостаточности.

Целью данной работы явилось изучение особенностей течения беременности и родов у беременных с септальными пороками сердца.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 126 женщин с СПС. Контрольная группа представлена 60 практически здоровыми беременными.

Результаты исследования: Средний возраст беременных женщин с септальными пороками сердца составил  $23,6 \pm 0,84$  года и не отличался от среднего возраста беременных контрольной группы —  $24,2 \pm 0,63$  года.

По данным морфоантропометрического исследования беременных средний рост пациенток с СПС был достоверно ниже в сравнении со здоровыми женщинами и составил —  $158,7 \pm 10,5$  см ( $p < 0,05$ ). Оценивая репродуктивный анамнез, необходимо указать, что средний возраст менархе у беременных с СПС составил  $13,4 \pm 1,7$  лет, причем у 14 (11,1%) беременных установлено позднее становление менархе (15-16 лет) и у 7 (5,6%) — раннее (до 11 лет).

Период гестации в исследуемой группе составил  $38,5 \pm 1,1$  недели, что достоверно ниже чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). В структуре исследуемой группы и группы контроля преобладали первородящие: 91 (72,2%) и 42 (70,1%) соответственно, в возрасте 18-26 лет.

Из осложнений беременности у пациенток исследуемой группы достоверно чаще наблюдались анемии — 53 (42,0%), у 42 (33,4%) — угроза прерывания беременности, у 73 (58,2%) — поздний гестоз ( $p < 0,05$ ). В течение беременности 28 (22,2%) женщин исследуемой группы перенесли ОРВИ, 14 (11,1%) — обострение хронического пиелонефрита, 7 (5,6%) — заболевания бронхов. Инфекциями передающимися половым путем страдали 81 (64,2%) женщина: микoureapлазмоз встречался у 35 (27,7%) беременных, хламидиоз был выявлен у 21 (16,7%) пациентки, урогенитальный кандидоз у 12 (9,5%) женщин, трихомониаз и ЦМВИ встречались в одинаковом количестве случаев и составляли 7 (5,6%). В контрольной группе ИППП встречались у 28 (46,7%) женщин, что достоверно ниже показателей в исследуемой группе.

Большинство 82 (65,1%) беременных с СПС родоразрешены в плановом порядке через естественные родовые пути. Кесарево

сечение произведено 44 (34,9%) женщинам, из них операции по акушерским показаниям составили 34 (77,3%), по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы — 10 (22,7%). Из осложненных родов у беременных исследуемой группы преобладали: преждевременный разрыв плодных оболочек — 35 (27,8%) и слабость родовой деятельности — 21 (16,7%), что достоверно отличалось от показателей контрольной группы.

Дети от матерей с СПС родились с достоверно более низкими показателями физического развития. Средняя масса новорожденных исследуемой группы составила  $3020 \pm 77,9$  г, длина  $50,4 \pm 0,21$  см; контрольной группы —  $3230 \pm 70,0$  г и  $51,6 \pm 0,3$  см соответственно. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минутах у пациенток исследуемой группы составила в среднем  $7,4 \pm 0,1$  и  $8,1 \pm 0,5$  балла; контрольной группы  $7,9 \pm 0,16$  и  $8,5 \pm 0,5$  баллов соответственно ( $p < 0,05$ ). При проведении анализа частоты врожденных пороков сердца среди новорожденных у женщин исследуемой группы, у 3 (2,3%) младенцев выявлены врожденные пороки сердца. У новорожденных контрольной группы врожденных пороков сердца не обнаружено. Послеродовый период у женщин с СПС осложнился гипогалактией в 32 (25,0%), субинволюцией матки в 29 (23,4%), гематометрой в 19 (15,1%), ( $p < 0,05$ ). Для восстановления соматического здоровья и репродуктивной функции, а так же для решения вопроса о подборе контрацепции 34 (26,7%) пациентки были переведены на реабилитационный этап женского кардиологического отделения.

Таким образом, септальные пороки сердца являются заболеванием, приводящим к серьезным осложнениям течения беременности, родов, послеродового периода, а так же влияющим на состояние внутриутробного плода.

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРОМЕЖНОСТИ В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА**

**Бова О.С., Новикова О.Н., Полторацкая Л.П.,  
Силиванова Н.Б.**

*Россия, Кемерово, ГKB №3 им. М.А. Подгорбунского, родильный дом №1, ГОУ ВПО КеМГМА, кафедра акушерства и гинекологии №1*

Причины, приводящие к травмам промежности, многообразны: изменение физиологических свойств тканей до родов (инфантилизм, ригидность тканей возрастных первородящих, рубцовые деформации промежности после предыдущих травм). Непосредственно в процессе родов к травмам промежности могут привести несоответствие предлежащей части плода и вульварного кольца при разгибательных предлежаниях, крупном плоде, быстрых и стремительных родах, при проведении акушерских операций, а также такие факторы, как рост числа родоразрешений на фоне несвоевременного излития околоплодных вод, высокого процента инфицирования тканей родового канала в поздние сроки беременности.

В последние десятилетия развитие перинатологии заставило акушеров пересмотреть традиционные акушерские приемы родоразрешения с позиций интересов плода, в результате чего резко возросла частота оперативного родоразрешения, а на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению такое осложнение послеродового периода как расхождение швов. Каждый случай расхождения швов в акушерском стационаре всегда рассматривается как событие чрезвычайное в силу опасности септических осложнений у данной родильницы и распространения инфекции на других. При нагноении ран промежности и их заживлении вторичным натяжением нередко наблюдается недержание кала и газов, формирование грубого соединительно-тканного рубца, опущение и выпадение внутренних половых органов. Все это способствует увеличению частоты бактериальных вагинозов, гнойно-воспалительных заболеваний внутренних половых органов, сексуальным расстройствам, нарушению функций смежных органов и потере трудоспособности.

Целью настоящей работы явилось изучение исходов травм промежности в родах и возможности использования реконструктивно-пластических операций на промежности на этапе родильного дома.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 13054 историй родов женщин, родоразрешенных в родильном доме №1 г. Кемерово в период за 5 лет. Проведен детальный анализ 58 историй родов пациенток с полным расхождением швов на промежности, которым в условиях наблюдательного отделения была проведена реконструктивно-пластическая операция на промежности.

Результаты исследования. С 2002 по 2006 г. в наблюдательном отделении родильного дома №1 г. Кемерово пролечено 13054 родильницы, в том числе после родов через естественные родовые пути — 10552 пациентки. У 8037 (76,1%) из них имелись травмы мягких тканей различных отделов родового канала. Травмы промежности, перинео- и эпизиотомии имели место в 2002 году в 913 случаях (39,4%), в 2003 г. — 976 (44,8%), в 2004 г. — 1038 (49,4%), в 2005 г. — 859 (45,3%), в 2006 г. — 1038 случаев (45,8%).

Несостоятельность первичных швов промежности, по нашим данным, имела место в 2002 году в 20 случаях (2,2%), в 2003 г. — 28 (2,9%), в 2004 г. — 31 (3,0), в 2005 г. — 20 (2,3%), в 2006 г. — в 36 случаях (3,4%).

Согласно медицинской документации состояла под наблюдением в женской консультации с ранних сроков беременности 37 женщин (63,8%), поздняя явка к врачу наблюдалась у 19 (32,8%), не наблюдались по беременности 2 женщины (3,4%). Средний возраст родильниц составил  $24,3 \pm 8,9$  лет. Средний возраст начала половой жизни составил  $18,2 \pm 3,4$  года, причем половую жизнь до 18 лет вне брака начали 24 женщины (41,8%). Первородящие женщины составили 52 человека (89,7%). Большинство из них страдало хроническими соматическими заболеваниями: легких — 9 (15,5%), желудочно-кишечного тракта — 12 (20,7%), почек — 24 (41,4%), заболеваниями кожи воспалительного характера — 12 (20,7%), частыми респираторными заболеваниями — 32 (55,1%). Носителями хронических инфекций явились 28 человек (48,3%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 46 женщин (79,3%), в том числе перенесли острые воспалительные заболевания нижних отделов половой системы до беременности 19 пациенток (32,8%). Осложненное течение беременности в первом триместре выявлено у 32 беременных (55,1%), во втором триместре — у 41 (70,7%), в третьем — у 34 (58,6%). До родов исследована микрофлора влагалища у 48 женщин (82,8%). По качественному составу микрофлора представлена условно-патогенными микроорганизмами у 38 женщин (65,5%), патогенными — у 20 (34,5%).

Средняя продолжительность родов составила  $645 \pm 325$  мин. По течению родов были выявлены следующие осложнения: родовое излитие околоплодных вод и длительный безводный период наблюдался у 10 (17,2%), хориоамнионит в родах — 4 (6,9%), патологический прелиминарный период — 4 (6,9%), первичная дискоординация родовой деятельности — 9 (15,5%), стремительные роды — 4 (6,9%), асфиксия плода в периоде изгнания, потребовавшая наложения акушерских щипцов — 7 (12,1%), ручное отделение плаценты и выделение последа — 10 (17,2%). Частота влагалищных исследований в родах в среднем составила  $3 \pm 2$ . При ревизии родовых путей дополнительно имелись травмы других отделов родового канала: влагалища у 13 (22,4%), шейки матки — у 21 (36,2%), эпизиотомия продлилась в разрыв промежности II-III степени у 14 (24,1%), вскрывшийся абсцесс бартолиновой железы в месте проведения эпизиотомии имел место у двух родильниц (3,4%).

При восстановлении целостности промежности в родах ушивание промежности проводилось под местной анестезией 0,25% раствором новокаина у 25 родильниц (43,1%), использовалась длительная эпидуральная анестезия — 23 (39,7%), внутривенный наркоз — у 10 пациенток (17,2%). В качестве шовного материала при ушивании травм промежности в родах использовались синтетические нити у 43 человек (74,1%), кетгут — у 15 (25,9%).

Средняя масса новорожденных составила  $3370 \pm 450$  г, окружность головы —  $35,1 \pm 0,3$  см, окружность груди —  $36,3 \pm 0,76$  см.

При гистологическом исследовании тканей, взятых при иссечении рубцовой ткани промежности и нижней трети влагалищной трубки во время проведения реконструктивных операций на тазовом дне, в 100% случаев определялось наличие некроза, гнойного расплавления, острые и подострые эрозивные дефекты, поля зреющей грануляционной ткани, гранулемы инородных тел, в глубоких отделах — признаки хронического воспаления.

Выводы. 1) Травмы промежности, оперативные пособия — прерогатива первородящих молодых женщин, большинство из которых страдают хроническими соматическими заболеваниями, имеет отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, в том числе перенесли воспалительные заболевания нижнего отдела половой системы до и во время беременности; 2) Вынашивание беременности осложнилось у большинства пациенток на разных этапах пиелонефритом, многоводием, фурункулезом, острыми респираторными заболеваниями, гестозом, большинство из них является носителями хронических инфекций, то есть имеют заболевания, способствующие дополнительной иммуносупрессии, подавлению неспецифических защитных сил организма, что отрицательно сказывается в послеродовом периоде на процессе регенерации тканей; 3) Сочетание травм промежности с травмами других отделов родового канала приводит к длительному, травмирующему воздействию на ткани в процессе ушивания ран, к использованию большого количества шовного материала, увеличению степени кровопотери, контактированию тканей госпитальными штаммами микроорганизмов; 4) При восстановлении травм промежности имеют значение техника ушивания и адекватность обезболивания, качество шовного материала, адекватная оценка степени тяжести повреждений.

При проведении реконструктивно-пластических операций используется аллопластический шовный материал, применяется «скобкаобразный» шов, который обеспечивает адаптацию краев раны при минимальном количестве лигатур в толще мышц, не нарушает иннервацию и кровоснабжение в них, предупреждает образование «затек» и гематом. Это ведет к первичному заживлению вторичных швов, сокращению длительности постельного режима и сроков пребывания в стационаре.

Вышеперечисленные моменты позволяют нам рекомендовать для использования метод реконструктивно-пластических операций на этапе родильного дома.

## ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Боголюбовская А.Л.

г. Ижевск

Одной из причин невынашивания беременности ранних сроков являются острые и хронические заболевания матери, существенную роль в возникновении которых играет инфекция передающаяся половым путём (ИППП): хламидийная, микоплазменная, гонококковая, кандидозная, трихомонадная и вирусная. Отличительная особенность ИППП при гестации — малосимптомность, хроническое течение, большая частота осложнений и несвоевременное её выявление.

Целью исследования явилось определение роли ИППП в патогенезе неразвивающейся (замершей) беременности, как одной из вариантов невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 230 историй болезни женщин, находящихся на лечении в гинекологических отделениях с диагнозом: неразвивающаяся беременность.

В ходе анализа особое внимание уделялось следующим анамнестическим данным: течению предыдущих беременностей, их исходам, перенесенным заболеваниям (гинекологическим и экстрагенитальным), гинекологическому и соматическому статусу, данным клинико-лабораторных исследований.

В большинстве случаев у 85,0 % женщин обследование на ИППП проводилось в условиях Республиканского кожно-венерологического диспансера УР методом ПЦР.

Результаты исследования и обсуждения. Средний возраст пациенток с неразвивающейся беременностью (НБ) составил  $24,6 \pm 4$  года. Из числа обследованных -50,4% женщин были служащими, 21,1%-рабочие, 6,7%- студентки, 6,7%- безработные, 1,3%- учащиеся профтехучилищ, военнообязанные-0,9%. Замужние женщины составили 50,2%, состоящие в гражданском браке-16,8% и 33,0% женщин-были одиночками. У одной трети женщин НБ была установлена впервые. В 49,0% случаев имели место искусственные аборт и самопроизвольные выкидыши (от 1 до 3), у 9,8%- повторные эпизоды НБ.

Большинство пациенток с началом половой жизни не пользовались контрацептивными средствами и только 17,0% женщин периодически принимали гормональные препараты; в 13,9% случаев использовали презервативы и 13,5 %-внутриматочные контрацептивы.

Гинекологические заболевания: сальпингоофориты, эндометриты, миома матки, внематочная беременность, самопроизвольные и искусственные аборт имели место у 41,2%. Из экстрагенитальных заболеваний чаще всего наблюдались острые респираторные вирусные инфекции (72,9%), заболевания мочевыделительной системы составили 19,3% случаев, желудочно-кишечного тракта-24,3%, гепатиты-11,0%, заболевания органов дыхания -10,3%.

Среди инфекций хламидийная была выявлена в 21,2% случаев, микоплазменная и уреаплазменная-в 11,9%, гонококковая — в 2,7%, трихомонадная в -7,8% случаев, вирусная и микстинфекция составила 2,7% и 8,2% соответственно.

Выводы. Замирание беременности, как правило, наблюдалось в сроках от 5 до 8 недель, реже в 12-18 недель. Результаты УЗИ соответствовали достоверно обоснованным критериям НБ: уменьшение размеров плодного яйца в сравнении с соответствующими нормативами, отсутствие сердечной и /или двигательной активности, деформированное плодное яйцо, анэмбриония, отсутствие желточного мешка. Морфологические изменения характеризовались экссудативной воспалительной реакцией пораженных тканей плодного яйца и эндометрия.

Таким образом, особое место в этиологии и патогенезе невынашивания беременности занимают инфекции, передающиеся половым путём, и, как следствие, возникающие воспалительные заболевания органов малого таза, их серьёзные последствия, которые диктуют необходимость активного выявления и лечения больных женщин с перенесенной ИППП для восстановления репродуктивной функции.

## ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

**Борисова Н.И., Ботвин М.А., Демочкина Ю.Н.,  
Россейкина М.Г.**

*Россия, Москва, Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф.Снегирева, ММА им. И.М.Сеченова*

Актуальность. Проблема сохранения репродуктивной функции женщины в условиях общего снижения рождаемости имеет большое медицинское и социальное значение. Миома матки является одной из причин нарушения репродуктивной функции. Частота данного заболевания составляет от 10 до 29%. В последние годы миома матки все чаще у каждой третьей больной диагностируется в молодом возрасте до 40 лет. При этом частота I и II бесплодия у больных миомой матки колеблется по данным различных исследований от 15,7 до 35,8 %, а у женщин с наступившей беременностью её осложненное течение отмечается у каждой второй пациентки, что нередко является показанием к оперативному лечению [Склянкина И. В., 1999; Сидорова И.С., 2003].

Миомэктомия является наиболее физиологичным методом восстановления нарушенной функции репродуктивной системы. Эта операция позволяет у большинства женщин восстановить нормаль-

ную менструальную и репродуктивную функции. Частота наступления беременности после миомэктомии колеблется от 33,5 до 71% наблюдений. В свою очередь беременные с рубцом на матке после миомэктомии, составляют группу повышенного риска по невынашиванию беременности, угрозе разрыва матки, развитию аномалии родовой деятельности и перинатальной патологии [Ботвин М.А., 1999; Кулаков В.И., Шмаков Г. С., 2001]. В связи с этим у женщин с рубцом на матке после миомэктомии требуется особый подход к ведению беременности и выбору метода родоразрешения.

Цель. Целью настоящей работы является разработка наиболее информативных диагностических критериев для выявления ранних нарушений течения беременности и выбора оптимального метода родоразрешения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 100 беременных в сроки от 7 до 41 недели и в раннем послеродовом периоде. Из них 80 беременных женщин с рубцом на матке после миомэктомии составили основную группу и 20 здоровых беременных — контрольную группу.

Анализ течения беременности мы проводили с учетом локализации плаценты по отношению к предполагаемым рубцам на матке, при этом выделяли две подгруппы: I А подгруппу составили 33 (41,2%) беременные с локализацией плаценты в области предполагаемого рубца и I Б подгруппу — 47 (58,8%) пациенток с локализацией плаценты вне проекции предполагаемого рубца.

Во время предшествующей миомэктомии одиночные миоматозные узлы были диагностированы у 31,3% женщин, у 68,7% имела место множественная миома матки. Размеры миоматозных узлов не превышали 5см в диаметре у 46,2% больных, находились в пределах от 6 до 10см в диаметре у 31,3%, и были более 10см у 22,5%. Интерстициальное расположение миоматозных узлов с центрипетальным ростом имели 17(21,3%) пациенток, интерстициальную локализацию с центробежным ростом — 43(53,7%), субсерозную миому — 15 (18,8%) и субмукозную — 5(6,2%) женщин. У 8(10%) обследованных женщин миомэктомиа производилась со вскрытием полости матки и у 72(90%) без вскрытия полости матки.

Все пациентки основной и контрольной группы подвергались полному клиническому обследованию с проведением общепринятых лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, доплерометрия).

Полученные результаты. Все беременные были госпитализированы в отделение патологии беременных в 37-38 недель беременности. При решении вопроса о методе родоразрешения принимали во внимание объем проведенного ранее оперативного вмешательства, размеры удаленных миоматозных узлов, их локализацию, наличие вскрытия полости матки, особенности течения послеоперационного периода и беременности.

Своевременные роды имели место у 76(95%)женщин, преждевременные — у 4(5%) пациенток. Самопроизвольные роды произошли у 8 (17,0%) беременных IБ подгруппы и у 13 (65%) в контрольной группе. Ранее этим пациенткам была произведена миомэктомиа одиночных субсерозных миоматозных узлов без вскрытия полости матки. У пациенток основной группы продолжительность родов в среднем составила 6 ч.30мин. $\pm$ 2 ч.31 мин., и 6ч. 28 мин  $\pm$  1 ч. 58 мин в контрольной. Кровопотеря не превышала физиологическую ( $p > 0,05$ ).

Путём операции кесарева сечения были родоразрешены все беременные женщины IА подгруппы, 83% в IБ подгруппе и 35% в контрольной группе.

В плановом порядке были родоразрешены 29(87,9%) женщин в IА подгруппе и 29 (61,8%) пациенток IБ подгруппы. Показания к плановому оперативному родоразрешению были сочетанными и включали наряду с общепринятыми, такие показания как, наличие рубца на матке после миомэктомии, длительное бесплодие, возраст женщин старше 30 лет, наступление беременности после ЭКО и ПЭУ. У каждой третьей женщины рубец после миомэктомии располагался по задней стенке матки, что затрудняло наблюдение за его состоянием в родах.

В экстренном порядке были родоразрешены 4(12,1%) женщин в IА подгруппе и 10(21,2%) пациенток IБ подгруппы, в контрольной

группе 3(15%). Показаниями к экстренному родоразрешению у женщин IA подгруппы являлось: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты -1 (3,0%), подозрение на несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения — 2 (6,1%), острая внутриутробная гипоксия плода — 1 (3,0%). В IB подгруппе показанием являлись: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты -1 (2,1%), подозрение на несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения — 1 (2,1%), нарастание тяжести гестоза — 1(2,1%), отсутствие эффекта от родовозбуждения — 1 (2,1%), преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии готовности родовых путей к родам — 6 (12,8%).

Продолжительность кесарева сечения в IA подгруппе составила в среднем  $57,3 \pm 16,3$  мин, в IB подгруппе  $58,05 \pm 20,9$  мин, и во II группе  $37 \pm 7,42$  мин ( $p > 0,05$ ). Кровопотеря во время операции в среднем составила в IA подгруппе  $690,63 \pm 108,8$  мл, в IB подгруппе  $713,75 \pm 139,13$  мл и в контрольной группе  $628,57 \pm 75,59$  мл.

В основной группе родилось 80 детей. Масса тела новорожденных в подгруппах составила в среднем —  $3291,8 \pm 460,6$  г; —  $3379,1 \pm 411,6$  г и в контрольной группе  $3528 \pm 315,72$  г ( $p > 0,05$ ). С признаками гипотрофии родилось 5 (15,2%) детей в IA подгруппе, 4 (8,5%) в IB подгруппе и 1 (5,0%) новорожденный в контрольной группе. Оценка новорожденных по шкале Апгар составила на первой минуте жизни соответственно  $7,69 \pm 0,59$ ,  $8,03 \pm 0,41$  и 8 балла и на пятой минуте —  $8,66 \pm 0,6$ ,  $8,73 \pm 0,54$  и  $8,9 \pm 0,31$  баллов. В детскую реанимацию в первые сутки жизни поступило 4 (5,0%) недоношенных детей основной группы. Все они были переведены в детские больницы на второй этап выхаживания. Остальные дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Таким образом, в результате проведенной работы было установлено, что к вопросу родоразрешения беременных с рубцом на матке следует подходить дифференцировано. Наиболее оптимальным методом родоразрешения является кесарево сечение, произведенное в плановом порядке. Показаниями к оперативному родоразрешению являются: рубец на матке после удаления крупных узлов миомы со значительным интерстициальным компонентом или со вскрытием полости матки; локальное истончение рубца на матке; расположение рубцов по задней стенке матки; локализация плаценты в проекции послеоперационного рубца, по сочетанным показаниям.

## **ВЛИЯНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА**

**Боровкова Л.В., Колобова С.О.**

*Россия, Нижний Новгород, Государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии ЦПК и ППС*

Актуальность. В современных условиях частота невынашивания беременности составляет 15-20% от всех желанных беременностей. Одним из ведущих факторов невынашивания беременности является урогенитальная инфекция. Проводимая традиционная комплексная антибактериальная и иммунокорректирующая терапия у беременных с невынашиванием инфекционного генеза не всегда улучшает прогноз течения беременности, не предотвращает от внутриутробного инфицирования плода, развития фетоплацентарной недостаточности, аномалий родовой деятельности и не улучшает перинатальные исходы. В связи с чем изучение новых методов лечения беременных с урогенитальными инфекциями остается актуальным и своевременным.

Цель исследования. Сравнить клиническое течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин с невынашиванием инфекционного генеза при проведении традиционного

лечения урогенитальных инфекций и при включении в комплексное лечение СКЭНАР-терапии (электроимпульсная терапия высокоамплитудными коротковолновыми электрическими сигналами).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 беременных с невынашиванием инфекционного генеза. У всех пациенток в ходе обследования обнаружены урогенитальные инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, цитомегаловирусная инфекция) в виде моноинфекций (15%) или бактериально-вирусных ассоциаций (85%). Все пациентки были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, социальному статусу, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. Беременным контрольной группы (10 человек) после 16-18 недель проводилась традиционная антибактериальная и противовирусная терапия, а беременным основной группы (10 человек) после 16-18 недель в комплексе с традиционным лечением применялась СКЭНАР-терапия по общей методике на 10 дней.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе частота невынашивания беременности составила 30%, фетоплацентарной недостаточности — 33%, задержки внутриутробного развития плода I степени — 11%, хронической гипоксии плода — 11%, аномалий родовой деятельности — 33%, асфиксии новорожденных легкой степени — 11%. В основной группе частота невынашивания беременности ниже на 10%, фетоплацентарной недостаточности — на 23%, аномалий родовой деятельности — на 23% по сравнению с контрольной группой, случаев гипоксии плода и асфиксии новорожденных в основной группе не отмечено.

Заключение. Результаты сравнительного анализа показали, что применение СКЭНАР-терапии у беременных с невынашиванием инфекционного генеза улучшает прогноз вынашивания беременности, состояния плода и новорожденного.

## **СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

**Брагина Л. Б.**

*Россия, Иваново, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава*

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в развитии беременности и плода главная роль принадлежит нормальной функции фетоплацентарного комплекса, основным морфологическим субстратом которого является плацента. Синтезируя и выделяя огромное количество биологически активных веществ белковой и стероидной структуры, плацента выполняет ряд жизненно важных функций, таких как эндокринная, белковообразовательная, транспортная, трофическая, а также роль иммунологического барьера, что способствует выживанию в течение девяти месяцев генетически чужеродного плода в организме матери.

При осложненном течении беременности, развивающейся на фоне экстрагенитальной патологии, возникает плацентарная недостаточность, следствием чего является гипоксия и гипотрофия плода. (Савельева Г. М., 1984, 1991). Учитывая тот факт, что в структуре экстрагенитальной патологии ведущее место занимает хронический пиелонефрит, частота которого на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению, изучение состояния фетоплацентарной системы (ФПС) у беременных с пиелонефритом является актуальным.

С этой целью было обследовано состояние ФПС у 120 беременных женщин. Первую группу составили 60 женщин с физиологически протекающей беременностью (контрольная группа) и 60 беременных с хроническим пиелонефритом в стадии обострения (исследуемая группа). По возрасту, социальному положению и паритету группы были сопоставимы.

Комплексное исследование включало в себя: определение эстриола, прогестерона, трофобластического - В1 глобулина (ТБГ), плацентарного лактогена (ПЛ), плацентарного альфа-1 микрогло-

булина(ПАМГ-1), плацентарного альфа-2 микроглобулина(ПАМГ-2).Определение эстриола и ПЛ проводилось иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов. Определение ТБГ иммунодиффузионным методом по Ouchterlony в модификации Хромковой Н. А. и Абелева И. А. ПАМГ-1 и ПАМГ-2 — иммунодиффузионным методом по Ouchterlony в модификации Петрунина Д. Д.

В результате проведенных исследований установлено, что в динамике развития физиологической беременности наблюдается закономерное возрастание сывороточных уровней ТБГ до 36 недель беременности, ПЛ — до 38 недель, деле содержание ТБГ остается на том же уровне до родов, содержание ПЛ снижается, разница статистически достоверна(  $P < 0,02$ ). На уровне чувствительности иммунологических методов исследования ПАМГ-1 не определяется в сыворотке крови в течение всей нормально протекающей беременности. ПАМГ-2 определяется в сыворотке крови в количестве  $0,176 \pm 0,06$  мкг/мл лишь в сроке 4-12 недель, что вероятно свидетельствует о повышенной проницаемости трофобласта в этот период. В основном же, в первом триместре беременности и в последующие сроки секреция ПАМГ-1 и ПАМГ-2 осуществляется в амниотическую жидкость, что позволяет их считать доминантными антигенами фетоплацентарной единицы, и согласуется с данными Петрунина Д. Д. и соавт., 1976, 1977, 1988, 1989.

Уровень экскреции эстриола возрастает пропорционально сроку беременности, вплоть до срока родов, что свидетельствует о зрелости эндокринной системы плода и является показателем его внутриутробного состояния. Такая же динамика отмечена при изучении экскреции прогестерона, что свидетельствует о нормальном функционировании желтого тела в ранние сроки беременности, а в последующем о нормальном функционировании плаценты.

Выявлена корреляционная зависимость между всеми исследуемыми параметрами. Наиболее сильная связь ( $r = -0,75$ ) отмечена между содержанием ТБГ и ПЛ, умеренная- между уровнем ТБГ и эстриола( $r = 0,54$ ).

Установлена сильная корреляционная зависимость уровня ТБГ, ПЛ и массой плода на протяжении всей беременности ( $r = 0,775 - 0,907$ ) и его состоянием при рождении ( $r = 0,7$  и  $0,65$ ), умеренная корреляционная зависимость между уровнем эстриола и массой плода и состоянием при рождении ( $r = 0,5 - 0,6$ ), что может быть использовано для оценки состояния плода на антенатальном этапе развития.

Сопоставление исследуемых параметров у беременных с пиелонефритом показал, что при обострении процесса происходит снижение уровня ТБГ в 1,5-2 раза, ПЛ — в 1,2 раза, снижение уровня эстриола — в 1,3 раза, прогестерона — в 1,2 раза, что свидетельствует о снижении функции плаценты. Исследование данных протеинов в плацентарной ткани выявило ту же динамику, что свидетельствует о формировании фетоплацентарной недостаточности при данной патологии.

## О ВАРИАНТАХ ВОСХОДЯЩЕГО ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

**Бубнова Н.И.**

*Россия, Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

В последние десятилетия инфекционные заболевания занимают одно из первых мест среди причин смерти детей перинатального периода. Клиническая диагностика врожденных инфекций (ВИ) представляет большие трудности, т.к. они не имеют четко очерченной симптоматики. Это обусловлено особенностями состояния защитных систем организма плода и новорожденного (наличие незрелости клеточного и гуморального звеньев иммунитета, низкое содержание в сыворотке крови таких неспецифических иммунных факторов как опсонины, фракции комплемента и др.), что ведет к медленному разворачиванию реакций воспаления в пораженных инфектом тканях и отставленному по времени системному воспалительному ответу. Поэтому клиническая мани-

фестация ВИ не всегда присутствует в первые часы и сутки после рождения ребенка, а может разворачиваться на 3-4 и даже 5-е сутки жизни. Вследствие этого патогенетически обоснованное лечение инфекций не проводится своевременно, что увеличивает риск их осложнений и летального исхода.

В настоящее время вопрос о врожденном или приобретенном генезе инфекционных заболеваний имеет не только клиническое, деонтологическое, но и нередко юридическое значение. В связи с этим было предложено множество разнообразных тестов для предикции ВИ, но как показал опыт, ни один из них не является специфическим и не имеет абсолютной диагностической ценности. Поэтому пока наиболее актуальной остается возможно ранняя диагностика инфекций у родившихся детей.

С позиций доказательной медицины наибольшее значение имеют срочное морфологическое исследование послета и верная интерпретация полученных данных. Признаком инфекционного поражения послета является наличие в нем воспалительных изменений. Локализация и интенсивность последних зависит от путей инфицирования и динамики прогрессирования ВИ.

Восходящий путь передачи инфекции от матери к плоду — наиболее частый и хорошо изученный. Источником являются инфекционные заболевания половых путей матери, или нарушение их биоценоза.

Инфекты через цервикальный канал проникают в полость амниона, чаще всего при раннем разрыве плодных оболочек. Риск восходящей инфекции резко возрастает (до 25%) при истмико-цервикальной недостаточности и ее хирургической коррекции, а так же при трансабдоминальном амниоцентезе. Характерным для восходящей инфекции являются воспалительные изменения амниона, хориальной пластинки плаценты и ее сосудов, прилежащего к хориальной пластинке интервиллезного пространства, а так же пуповины. Облигатный признак восходящей инфекции- инфекционное поражение околоплодных вод. Клинически восходящая инфекция характеризуется болезнями кожных покровов и слизистых оболочек, органов дыхания и пищеварения, т.е. тех органов и тканей, которые контактируют с инфицированными околоплодными водами.

Помимо данного трансмембранного механизма развития восходящей инфекции мы наблюдали другой путь ее реализации, а именно, гематогенно, через плаценту. При этом воспалительная инфильтрация распространяется от области латеральнее внутреннего зева шейки матки до плаценты по децидуальному слою плодных оболочек и переходит в базальную пластинку. Интенсивность и распространенность воспалительной инфильтрации не одинакова. Чаще, будучи интенсивной в нижних отделах плодного пузыря, она ослабевает или исчезает по мере приближения к плаценте. При этом ни в одном случае у детей не было диагностировано инфекционное заболевание. Реже —

обильная воспалительная инфильтрация достигает плаценты, распространяясь на краевые отделы базальной пластинки. В 2,4% таких наблюдений дети рождались с признаками инфекционного заболевания. Причем, воспалительные изменения в оболочках остаются в пределах децидуальной ткани и не распространяются за слой фибриноида. Цитотрофобласт и компактный слой плодных оболочек светооптически остаются интактными, а амниоциты претерпевают дистрофические изменения и интенсивно слищаются, обнажая подлежащую базальную мембрану. При этом в цитограммах проб амниотической жидкости, полученных путем амниоцентеза, имеется выраженный цитоз, в то время как инфекционные возбудители бактериологически и бактериоскопически не выявляются. Чем интенсивнее и распространеннее воспалительная инфильтрация в истинной отпадающей оболочке, тем выше цитоз в цитограммах амниотической жидкости. Иными словами, высокий цитоз может косвенно свидетельствовать об инфекционном неблагополучии плода.

Описание данного пути распространения инфекции в литературе отсутствует. Как его назвать? По своему генезу — он восходящий, т.к. связан с инфекциями половых путей беременной, а по реализации — он гематогенный, т.к. передача инфекции от матери к плоду осу-

ществляется трансплацентарно. Его нельзя отождествлять с понятием смешанного пути, для которого облигатным является наличие инфекционного поражения околоплодных вод. Целесообразно использовать название «восходящий трансплацентарный путь передачи инфекции», в отличие от восходящего трансмембранного пути.

При изучении последов при 17000 родов и 500 аутопсий было установлено, что воспалительные изменения встречаются в 88% наблюдений. Сопоставление изменений в последе с клиническими данными и данными аутопсий, позволило установить морфологические критерии возможности риска ВИ у новорожденных детей. При наличии воспалительных изменений в последе риск инфекции может отсутствовать, быть минимальным (заболевает 2-3% детей), выраженным (заболевает 61% детей) и высоким (инфекции выявляются у 100% детей).

## МАТЕРИНСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ

**Буданов П.В., Стрижакова М.А., Рыбин М.В., Асланов А.Г.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, Городская клиническая больница №7*

Несмотря на значительное расширение знаний микоплазмологии в последние десятилетия сведения о патогенезе урогенитальных микоплазм противоречивы. Это связано с особенностями строения и жизнедеятельности микоплазм: небольшие размеры, способность к внеклеточному и внутриклеточному существованию, участие в процессах иммунологической реактивности макроорганизма, серологическим и антигенным полиморфизмом. У 0,4-15% здоровых женщин репродуктивного возраста во влагалищном отделяемом обнаруживается *Mycoplasma hominis* в количестве не превышающем 10<sup>3</sup> КОЕ·г<sup>-1</sup>. При этом у женщин, имеющих нескольких половых партнеров, представители рода микоплазма обнаруживаются в 59%. В составе патологических микробных ассоциаций *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium* обнаруживаются с высокой частотой, достигающей 87%. Доказана этиологическая роль микоплазм в возникновении пиелонефрита, сальпингоофорита, хориоамнионита, потери беременности, уретрита, цистита, простатита и бесплодия у мужчин. Длительная персистенция микоплазм, адсорбция их на клетках эпителия и форменных элементах крови, низкая антигенная нагрузка способствует развитию хронических инфекций и рецидивированию. Наличие у микоплазм общих участков клеточной мембраны с клетками организма человека приводит к развитию аутоиммунных реакций по типу перекрестно реагирующих антител, возникновению микробной мимикрии и персистенции микоплазм. Разрушение иммунокомпетентных клеток при микоплазмозах дает прямое иммуносупрессивное действие. У женщин с микоплазмозами выше частота септических осложнений после родов и аборт. Активная микоплазменная инфекция в 70-80% приводит к прерыванию беременности на ранних сроках гестации. Это связано с инфицированием плодного яйца за счет поражения эндометрия или восходящим путем и прямым токсическим действием инфекционного агента. Кроме того, имеются данные о хромосомных aberrациях в лимфоцитах и половых клетках на фоне микоплазменной инфекции. Инфицирование плодных оболочек приводит к возникновению плацентита, синдрома инфекции околоплодных вод, плацентарной недостаточности и внутриутробному инфицированию плода. *M. hominis* выявляется у 35% беременных, перенесших хориоамнионит. Повышение уровня простагландинов, наблюдающееся при микоплазмозах является причиной невынашивания беременности у 40% женщин. У 68% больных привычным невынашиванием беременности из половых путей выделяются микоплазмы. Частота внутриутробных микоплазмозов достигает 41%. При этом недоношенные дети в 3 раза чаще инфицированы микоплазмами. Среди неонатальных поражений отмечают как локальные так и генерализованные поражения. К ним относятся дыхательные расстройства, внутриутробная пневмония, болезнь гиалиновых мембран, заболевания центральной нервной системы, почек, печени, конъюнктивы, кожных покровов. Внутриутробная пневмония чаще протекает в виде интерстициальной, сопровождающейся выраженными циркуляторными нарушениями и повреждением гиалиновых мембран. Отмечено повышение частоты пороков развития новорожденных на 20% по сравнению со здоровыми детьми.

В то же время, прямое патологическое действие *M. hominis* и *U. urealyticum* не доказано, а единственным возбудителем генитальных инфекций у женщин является *M. genitalium*. На сегодняшний день принято считать, что у женщин *M. hominis* и *U. urealyticum* являются комменсалами полового тракта и могут входить в состав нормального влагалищного биотопа. Высокая частота обнаружения микоплазм у беременных и широкое проведение антибактериальной терапии, других вариантов лечения во время гестации привело к необходимости клинической оценки патологического влияния микоплазм на течение беременности и состояние здоровья новорожденных.

Цель: изучить клиническое значение патогенности урогенитальных микоплазм у беременных и сформулировать показания к проведению лечения.

Материалы и методы: проведено обследование 531 беременной, которые были разделены на 4 группы. Во всех наблюдениях первичным (скрининговым) методом диагностики являлась полимеразная цепная реакция, с последующим обязательным бактериологическим контролем. Критериями включения в контрольную группу были отсутствие генитальных инфекций в анамнезе и при скрининговом обследовании. В остальных наблюдениях критериями включения был уровень микроорганизмов в посевах >10<sup>5</sup> КОЕ·мл<sup>-1</sup>. Мы исключили из исследования женщин со смешанными бактериальными и вирусными поражениями, а также с острой инфекцией мочевыводящих путей. В первую группу вошли 102 женщины с *M. genitalium*, во вторую — 122 с *M. hominis*, а в третью — 218 с *U. urealyticum*. Контрольную группу составили 89 пациенток. Все группы обследованных были сопоставимы по возрасту, паритету родов, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу.

Результаты: основные результаты исследования представлены в таблице 1. Следует отметить, что при одинаковой частоте гестоза и анемии беременных у женщин с микоплазменной инфекцией чаще наблюдалась фетоплацентарная недостаточность. Более высокую частоту дородового излития вод и как следствие — аномалий родовой деятельности и кесарева сечения при наличии *U. urealyticum* можно связать с наличием бактериального вагиноза и других нарушений микроценоза влагалища. Обращает на себя внимание высокая частота дыхательных расстройств у беременных с микоплазмозами.

Результаты: основные результаты исследования представлены в таблице 1. Следует отметить, что при одинаковой частоте гестоза и анемии беременных у женщин с микоплазменной инфекцией чаще наблюдалась фетоплацентарная недостаточность. Более высокую частоту дородового излития вод и как следствие — аномалий родовой деятельности и кесарева сечения при наличии *U. urealyticum* можно связать с наличием бактериального вагиноза и других нарушений микроценоза влагалища. Обращает на себя внимание высокая частота дыхательных расстройств у беременных с микоплазмозами.

Таблица 1. Материнская и перинатальная заболеваемость при микоплазмозах.

Осложнения беременности, перинатальная заболеваемость	Контрольная группа	M. genitalium	M. hominis	U. urealyticum
<b>Осложнения настоящей беременности</b>				
Угроза выкидыша	15,7%	35,3%	27,1%	26,6%
Потеря беременности до 12 недель	2,25%	5,9%	7,4%	9,6%
ФПН	7,9%	13,7%	6,6%	6,9%
СЗРП	12,4%	17,7%	11,5%	9,6%
Преждевременные роды	5,6%	17,7%	11,5%	14,2%
Гестоз	26,97%	26,5%	23,8%	22,02%
Анемия беременных	17,98%	20,6%	17,2%	18,8%
<b>Осложнения родов</b>				
Преждевременное излитие околоплодных вод	13,5%	62,7%	64,7%	70,6%
Аномалии родовой деятельности	14,6%	18,6%	19,7%	22,5%
Хориоамнионит	—	0,98%	—	—

Кесарево сечение	16,8%	14,7%	14,7%	22,9%
Осложнения послеродового периода				
Эндометрит	–	0,98%	–	1,4%
Нагноение ран родового канала и передней брюшной стенки	–	16,7%	2,5%	13,3%
Перинатальная заболеваемость				
Общая	258,4‰	490,2‰	254,1‰	307,3‰
Инфекции перинатального периода	2,58‰	73,5‰	5,1‰	3,1‰
Общий отечный синдром	5,2‰	9,8‰	5,1‰	7,7‰
Синдром дыхательных расстройств	8,01‰	35,4‰	21,3‰	9,2‰

Выводы: только *M. genitalium* является микроорганизмом, вызывающим инфекционное поражение половых органов женщины. Такие бактерии как *M. hominis* и *U. urealyticum* могут входить в состав нормального влагалищного биоценоза, а повышение их количества связано с нарушениями микроценоза влагалища, которые и приводят к акушерским и перинатальным осложнениям. При инфекции, связанной с *M. genitalium* достоверно увеличивается частота осложнений беременности, родов, послеродового периода и перинатальной заболеваемости.

## СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОДЕЛИНА В ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ТКАНИ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ I ТРИМЕСТРА

**Буштырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В.**

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

Стабильно высокая частота невынашивания беременности в I триместре заставляет искать новые подходы к исследованию этиопатогенеза данной патологии. Как известно, спонтанные аборт ассоциируются с дефицитом локальной децидуальной супрессорной активности. Иммуносупрессорной активностью обладают многие факторы, продуцируемые клетками плаценты и выделяемые из ее ткани. Предполагают, что, наряду с ХГЧ, иммуносупрессорной активностью обладают человеческий плацентарный лактоген, ассоциированный с беременностью плазматический протеин А и гликоделин (2-микροглобулин фертильности, человеческий плацентарный белок-14, PP14).

Данные литературы свидетельствуют о том, что нарушения имплантации и/или плацентации, ведущие к ранней потере беременности, связаны с дефицитом продукции гликоделина в эндометрии. Однако, в настоящее время накоплено недостаточно данных о взаимосвязи сывороточного и тканевого уровней белка, что пока не позволяет использовать определение гликоделина в периферической крови в качестве надежного клинического теста.

В связи с вышеизложенным, нами было проведено определение содержания гликоделина в сыворотке периферической крови и децидуальной ткани 36 женщин со сроком беременности от 6 до 8 недель, которым по различным причинам производилось выскабливание полости матки. В сыворотке периферической крови и в децидуальной ткани всех женщин методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли содержание гликоделина с использованием набора фирмы «Bioserv» (Германия).

Процедура статистической обработки полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 электронных таблиц Excel 2003.

Сывороточный уровень гликоделина у обследованных женщин варьировал от 75 до 127 нг/мл, и в среднем составил 107,14±9,8 нг/

мл. В децидуальной ткани содержание гликоделина было в пределах от 72 до 153 нмоль/г, средний уровень белка оказался равен 110,9±21,6 нмоль/г. Анализируя уровень содержания гликоделина в сыворотке периферической крови и в децидуальной ткани у обследованных беременных, мы отметили статистически значимую положительную корреляцию между данными показателями ( $r = 0,4922, p < 0,05$ ).

На основании проведенного исследования можно рекомендовать определение содержания гликоделина в сыворотке периферической крови в качестве биохимического маркера локального децидуального уровня белка для прогнозирования возможных осложнений в процессе гестации.

## УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ГЛИКОДЕЛИНА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Буштырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В., Осипова В.Я.**

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

На сегодняшний день вопросам этиопатогенеза, терапии и профилактики невынашивания беременности посвящено огромное количество работ, но данная проблема не теряет своей актуальности в современном акушерстве. Как известно, для нормального течения беременности большое значение имеет полноценная имплантация, которая возможна только лишь в период существования так называемого «окна зачатия», наличие которого обеспечивается сложным взаимодействием гормонов, рецепторов, иммунокомпетентных клеток, а также белков, ассоциированных с беременностью. Один из таких белков, гликоделин (2-микροглобулин фертильности, человеческий плацентарный белок-14, PP14), играет важную роль в механизмах защиты эмбриона и плода, обладает иммуносупрессорными свойствами, блокируя цитотоксическую активность NK-клеток, хемотаксис моноцитарных клеток, пролиферацию T-клеток и индуцируя апоптоз T-клеток.

Данные литературы и результаты собственных исследований позволяют рассматривать гликоделин в качестве биохимического маркера для прогнозирования исхода беременности. Ранее нами было показано достоверное снижение сывороточного уровня гликоделина у женщин с различными формами невынашивания беременности ранних сроков. Однако в отечественной и зарубежной литературе мы не встретили данных о зависимости сывороточного уровня гликоделина от возраста беременной.

В связи с этим, нами был проведен анализ уровня содержания гликоделина в сыворотке периферической крови 36 беременных в возрасте от 17 до 41 лет. Содержание гликоделина в сыворотке определяли методом ИФА с помощью стандартных тест-систем фирмы «Bioserv», Германия. Процедура статистической обработки полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 электронных таблиц Excel 2003.

Уровень содержания гликоделина в сыворотке обследованных женщин колебался от 75 нг/мл до 127 нг/мл и в среднем составил 107,14±9,8 нг/мл. В результате проведенного исследования мы обнаружили статистически значимую отрицательную корреляцию между возрастом беременных и уровнем гликоделина в сыворотке периферической крови ( $r = -0,3554, p < 0,05$ ). Полученные данные позволяют сделать вывод о повышении риска невынашивания беременности у женщин старших возрастных групп вследствие сниженной продукции иммуносупрессорного белка гликоделина в эндометрии и возможного патологического иммунного ответа материнского организма.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРОВ ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННЫХ КРАХМАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

**Быстрицкая Н.Ю., Ишметова В.В.**

*Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии №2, МУЗ «Клинический родильный дом №1»*

Причины, приводящие к нарушению сократительной активности матки в родах многообразны. Одним из патогенетических вариантов развития слабости родовой деятельности может быть недостаточность объема крови, депонируемого в сосудистых резервуарах тела и шейки матки (Савицкий Г.А.), а также нарушения микроциркуляции в миометрии.

Цель: оценка эффективности применения растворов гидроксигидроксиэтилированных крахмалов в лечении слабости родовой деятельности.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 23 роженицы со слабостью родовой деятельности. Предлагаемая методика осуществлялась следующим образом. При постановке диагноза первичной или вторичной слабости родовой деятельности назначалось внутривенное введение 500мл 6 % раствора гидроксигидроксиэтилированного крахмала, независимо от состояния родовых путей. При целом плодном пузыре производилась амниотомия. В случае отсутствия нормализации родовой деятельности и прогресса в раскрытии шейки матки через 2 часа назначалось внутривенное введение утеротоников (энзапроста, окситоцина) по общепринятой методике. Для наблюдения за роженицами применялись метод клинического наблюдения, оценка гемодинамики, ультразвуковая доплерометрия и КТГ. Данные отражались в партограмме.

Предложенная методика лечения слабости родовой деятельности оказалась эффективной в 91,3% наблюдений. У 21 (91,3%) роженицы роды завершились через естественные родовые пути, у 2 (8,7%) рожениц операцией кесарево сечение. Оценка по шкале Апгар новорожденных на первой минуте составила 8-9 баллов. Достоверных изменений гемодинамики у рожениц не было выявлено. Время введения утеротоников в среднем составило 2 часа 45 минут ± 35 мин.

Выводы: Применение растворов гидроксигидроксиэтилированных крахмалов в комплексном лечении слабости родовой деятельности позволяет повысить эффективность традиционной медикаментозной терапии, сократить продолжительность и количество введения утеротонических средств, улучшить внутриутробное состояние плода.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

**Валиуллина Н.З., Кульмухаметова Н.Г., Попова Е.М.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Актуальность. Угроза прерывания принадлежит к наиболее распространенным осложнениям течения беременности. Её частота колеблется от 10 до 25%. В генезе угрожающего выкидыша могут участвовать психическая, нейроэндокринная, нейровегетативная и иммунная регулирующие системы. Основной причиной прерывания беременности в 24,5 — 74,0% являются нарушения в нейроэндокринной регулирующей системе. Особого внимания заслуживает группа женщин, у которых беременность наступила после стимуляции овуляции яичников. При этом для первого триместра беременности характерна гормональная недостаточность яичников.

Целью исследования явилось изучение эффективности сочетанного применения иглорефлексотерапии и антигомотоксических

препаратов фирмы «ХЕЕЛЬ» (Германия) в лечении угрозы прерывания беременности, наступившей после медикаментозной и немедикаментозной стимуляции овуляции яичников.

Материал и методы исследования. Динамическое наблюдение проводилось за 84 женщинами в возрасте от 18 до 38 лет. Объем обследования пациенток соответствовал медико-экономическим стандартам (2006) и включал клинико-лабораторные, гормональные, ультразвуковое и другие исследования.

Пациентки до зачатия были разделены на три группы в зависимости от проведения гормонального, рефлексотонического и гомеопатического методов лечения и стимуляции овуляции. В первой группе (32-38,0%) на фоне гормональной терапии беременность наступила у 8 (25,0%) больных. Во второй группе (18-21,4%) проводилось акупунктурное воздействие для стимуляции овуляции и беременность наступила у 6 (33,3%) женщин. В третьей группе (34-40,6%) пациентки получали курс иглорефлексотерапии в сочетании с приемом гомеопатического препарата Пульсатилла 200, вызывающего овуляцию; зачатие произошло у 12 (35,3%) женщин.

Клиника угрожающего выкидыша чаще наблюдалась у пациенток первой группы (75,0%, у 6 из 8), несколько реже — у женщин второй группы (67,0%, у 4 из 6) и меньше на 25,0% у больных третьей группы (50,0%, у 6 из 12).

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях угрозы прерывания беременности в ранние сроки производилась госпитализация пациенток в гинекологический стационар для проведения сочетанной терапии — иглорефлексотерапии с одновременным назначением антигомотоксических препаратов фирмы «ХЕЕЛЬ» (Германия). Для акупунктурного воздействия подбирались точки E36 и TR5, F2; применялся вариант тормозного метода длинными иглами. При выраженных симптомах угрожающего выкидыша использовались точки E36, TR5 или в комбинации F2 и TR5. Курс лечения включал от 7 до 11 сеансов иглорефлексотерапии. Одновременно использовались ушные микроиглы в точки AT 23, AT 55, AT 51, AT95, A109 в течение 14-15 дней.

Антигомотоксическая терапия включала психокорректирующий препарат Валерианахель (регистрационные удостоверения № 0133-41/01 – 2001 от 05.09.2001) по 15 капель 3 раза в день или по 25 капель 1 раз в день на ночь за 30 минут до еды или через 1 час после еды. Средством выбора лечения гормональной недостаточности яичников был комплексный антигомотоксический препарат Гормель (регистрационное удостоверение №014136/01 – 2002 от 19.06.2002г). Он обладает модулирующим действием на нейроэндокринную регулируемую систему, показан во всех случаях, когда имеются гормональные расстройства (состав: Acidum nitricum D4, Erigeron Canadensis D3, Viburnum opulus D3, Pulsatilla pratensis D4, Sepia officinalis D6, Cyclamen purpurascens D4, Strychnos ignatii D6, Calcium carbonicum Hahnemanni D8, Aquilegia vulgaris D4, Origanum majorana D4, Myristica fragrans D6). Гормель назначался при уровне базальной температуры 37,0 градусов по Цельсию и ниже по 10 капель 2 раза в день в 9-11 часов и 21-22 часа за 30 минут до еды или через 1 час после еды. Критериями эффективности проводимой сочетанной терапии являлись регресс клинических симптомов угрозы прерывания беременности и повышение уровня базальной температуры выше 37,0 градусов по Цельсию. Исключение составили две пациентки с гипотермическим типом базальной температуры, у которых отсутствие повышения температуры в прямой кишке во второй фазе менструального цикла и в первом триместре беременности являлось вариантом нормы. Лечение антигомотоксическими препаратами продолжалось в течение 10-14 дней после исчезновения клинических проявлений угрожающего выкидыша и повышения ректальной температуры до 37,2-37,4 градусов по Цельсию. Аллергических реакций и побочных действий не отмечалось.

Если в течение трех суток терапии сохранялись клиническая симптоматика угрозы прерывания беременности в первом триместре и уровень базальной температуры в пределах 36,8-36,9 градусов по Цельсию или нарастали клинические проявления угрожающего выкидыша и прогрессирующее снижение базальной температуры на 1-2-е сутки терапии, то дополнительно назначались гормональные препараты (утрожестан, дюфастон и др.). Только двое больных нуждались в гормонотерапии.



Во всех наблюдениях беременность прогрессировала и завершилась спонтанными срочными родами. Масса новорожденного колебалась от 2800 до 3600г. Кровопотеря в родах в среднем составила 200мл.

Заключение. По результатам проведенного исследования отмечалось снижение частоты возникновения угрожающего выкидыша на 25,0% у пациенток, которым для стимуляции овуляции использовалась комбинация акупунктурного воздействия и гомеотерапии.

Лечение угрозы прерывания беременности в первом триместре сочетанным методом — иглорефлексотерапии с одновременным приемом антигемотоксических препаратов является высокоэффективным и рекомендуется к более широкому применению в акушерско-гинекологической практике.

## ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПО КАЛЬФ-КАЛИФУ И PH МЕТРИИ МЕТРОАСПИРАТА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Вартанян С.М., Федорович О.К.

Россия, Краснодар, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Одно из лидирующих положений в структуре материнской смертности, продолжают занимать гнойно-септические послеродовые осложнения, составляя 11,43-45,7% [Gyr T.N., Malek A. et al. 1994; Mikherji J., Samaddar J.C. 1995]. Наиболее частым проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, который встречается после самопроизвольных родов в 1,3-25% [Andrews W.W., et al. 1995; Sippingham F.G. et al. 1993], а после кесарева сечения в 5-90% случаев [Ali Y., 1995; Clark R.A. 1995]. Послеродовый эндометрит — это динамический процесс, включающий инвазию патогенной флоры в организм и реакцию тканей на внедрившиеся микроорганизмы и их токсины.

На сегодня разработано и внедрено в практику большое количество методов диагностики послеродовых эндометритов. Многие методы отличаются трудоемкостью, которые нередко требуют и дорогостоящего оборудования [Пуртовой Б.Л., Коноводова Е.Н. и др. 1997].

С учетом изложенного выше необходимо подчеркнуть насущную необходимость поиска новых способов ранней диагностики послеродового эндометрита. Одним из критериев клинического неблагополучия в течении пуэрперия является клинический анализ крови. Расчетные индексы, отражающие соотношения различных классов лейкоцитов в периферической крови давно используются в клинической практике. В настоящее время наибольшее распространение получил метод определения ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) по Кальф-Калифу [Гольдин М.М. и др., 1998г; Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Марупов А.М. 2002г; Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. 2000г]. Наиболее часто применяется формула определения ЛИИ по Кальф-Калифу в модификации Рейса Б.А. (1983г)

$$\text{ЛИИ} = \frac{С + П + Ю + М}{Мн + Лф + Э}$$

где С — сегментоядерные; П — палочкоядерные; Ю — юные; М — миелоциты; Мн — моноциты; Лф — лимфоциты; Э — эозинофилы.

Подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) дает возможность оценить степень интоксикации, который в норме у здоровых людей равен 1, у беременных с физиологическим течением — 1,5; при не осложненном аборте 2-4; при осложненном 4-6; при септическом аборте — выше 6 ... [В.В.Абрамченко, Д.Ф.Костючек, Э.Д.Хаджиева, 2000г].

При динамическом исследовании клинических и биохимических анализов крови в процессе наблюдения и лечения установлено: у родильниц с неосложненным течением послеоперационного

периода ЛИИ составил  $1,02 \pm 0,25$ , у больных с инфекционно-воспалительными процессами, локализованными в матке ЛИИ повышался до  $3,22 \pm 0,24$  ( $p < 0,001$ ), а при генерализации процесса, несостоятельном шве на матке ЛИИ достигал  $4,82 \pm 0,17$  ( $p < 0,001$ ) [Самчук П.М., Протопопова Н.В., Шарифулин М.А. 2002г].

Сдвиг pH маточного содержимого в кислую сторону объективный критерий осложненного пуэрперия. При метроэндометрите отмечается существенное снижение величины pH маточного содержимого. Увеличение степени ацидоза при ПЭ связано с воспалительным процессом в тканях матки (общеизвестно, что в очаге воспаления среда кислая). [В.В.Абрамченко, Д.Ф.Костючек, Э.Д.Хаджиева, 2000г.] Нормальному послеродовому периоду соответствует pH лохий более 7,2 [А.П.Никонов, 1992].

Цель исследования. Оценить клиническую значимость изучения ЛИИ по Кальф-Калифу и pH метрии метроаспираата у родильниц с не осложненным и осложненным течением послеродового периода после срочных консервативных родов.

Материал и методы. Для выполнения исследования нами сформированы 3 группы из 95 родильниц. В первую группу (56 человек) вошли женщины с адекватной инволюцией матки, во вторую группу (31 женщина) вошли родильницы с констатированной субинволюцией. Третью группу (8 человек) составили родильницы с манифестной формой послеродового эндометрита. Адекватность инволюции исследуемых группах оценивали по предложенной нами методике ультразвукового динамического скрининга. Предложенный метод зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 10 декабря 2005 года, Патент на изобретение № 2265401, приоритет изобретения 25 марта 2004 года.

Первую группу составили 56 родильниц, у которых коэффициент инволюции матки (КИМ) был равен или более 1,5. Величина коэффициента варьировала от 1,5 до 2,5 составив в среднем 1,64.

Вторую группу составили 31 родильница, у которых коэффициент инволюции матки был равен менее 1,3. В исследование ознано, не включены женщины с КИМ от 1,3 до 1,5. Мы считаем, что инволюция в указанной группе не может быть признана адекватной, однако для решения цели настоящего исследования в работу включены лишь родильницы с клинически значимыми показателями КИМ. Величина коэффициента варьировала во второй группе от 1,0 до 1,3, составив в среднем 1,17.

Третью группу составили 8 родильниц с манифестным течением послеродового эндометрита. Диагноз подтвержден лабораторно (клинический анализ крови, pH метрия и бактериологический посев метроаспираата). Величина коэффициента варьировала в третьей группе от 1,2 до 1,5, составив в среднем 1,35.

Клинический анализ крови с расчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу проводили на гематологическом анализаторе "Medonic CA 620 Loke" фирмы Юнимед (Швеция), который автоматически разбивает форменные элементы периферической крови на 3 группы клеток и делает расчет ЛИИ еще более простым и достоверным.

$$\text{ЛИИ} = \frac{\text{GRAN}}{\text{LIMF} + \text{MID}}$$

где GRAN — гранулоциты (С, П, Ю, М); LIMF — лимфоциты; MID — средние клетки (Мн, Э).

Следующим критерием для оценки течения пуэрперия была pH метрия метроаспираата. Исследование проводили на аппарате «Иономер PH-150», на 5 сутки послеродового периода.

Результаты исследования

Расчетные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации на 5 сутки пуэрперия были следующими: менее чем 1,0 у 1 родильницы I группы; от 1,1 до 1,5 — у 6 родильниц I группы и 1 родильницы II группы; от 1,6 до 2,0 — у 23 родильниц I группы; от 2,1 до 2,5 — у 11 родильниц I группы и 4 родильниц II группы; от 2,6 до 3,0 — у 9 родильниц I группы и 9 родильниц II группы; от 3,1 до 3,5 — у 4 родильниц I группы и 4 родильниц II группы; от 3,6 до 4,0 — у 2 родильниц I группы, 2 родильниц II группы и 1 родильницы III группы; показателей ЛИИ от 4,1 до 4,5 — у 3 родильниц II группы; от

4.6 до 5.0 — у 4 родильниц II группы; от 5.1 до 5.5 — у 1 родильницы III группы; от 5.5 до 6.0 — у 1 родильницы II группы и 1 родильницы III группы; от 6.1 до 6.5 — у 2 родильниц II группы и 2 родильниц III группы; от 6.6 и более — у 2 родильниц II группы и 3 родильниц III группы.

Средняя величина ЛИИ в I группе составила —  $2.3+0.31$ ; во II группе —  $3.8+1.92$ ; в III группе —  $6.0+0.46$ .

Результаты РН метрии аспирата полости матки следующие:

РН 6.5 и менее у 1 родильницы II и 1 родильницы III группы; РН 6.6 — у 3 родильниц II группы; 6.7 — у 2 родильниц II группы и у 2 родильниц III группы; 6.8 — у 2 родильниц III группы; 6.9 — у 2 родильниц II группы; 7.0 — у 1 родильницы I группы, 1 родильницы II группы и у 4 родильниц III группы; 7.1 — у 4 родильниц II группы; 7.2 — у 2 родильниц I группы и у 2 родильниц II группы; 7.3 — у 9 родильниц I группы и у 5 родильниц II группы; 7.4 — у 16 родильниц I группы и у 4 родильниц II группы; 7.5 — у 6 родильниц I группы и у 2 родильниц II группы; 7.6 — у 10 родильниц I группы и у 3 родильниц II группы; 7.7 — у 7 родильниц I группы и у 1 родильницы II группы; 7.8 — у 3 родильниц I группы; 7.9 и более — у 1 родильницы I группы.

Средняя величина РН метрии метроаспирата в I группе составила —  $7.48+0.29$ ; во II группе —  $7.16+0.34$ ; в III группе —  $6.85+0.15$

Обсуждение. Субинволюция матки — один из основных признаков клинического неблагополучия в послеродовом периоде. Но не является обязательным синдромом с 100% встречаемостью. Так в III группе, при верифицированном диагнозе — послеродовый эндометрит, в 37,5% случаев инволюция матки оказалась адекватной. И, наоборот, при клинически значимой субинволюции матки в 7 случаях (22,6%) ЛИИ оказался менее 3,0. А в 15 случаях (48,4%) РН метроаспирата была более 7,3. Очевидно, что это истинная субинволюция — самостоятельная нозологическая форма, при которой доминирует процесс задержки обратного развития матки по причинам не связанным с микробной инвазией и как следствие воспалением.

В нашем исследовании в I группе, у 54 родильницы (96,4%), ЛИИ оказался менее 3,7, что соответствовало ожидаемому результату. Причем средняя величина ЛИИ в I группе равна  $2.3+0.31$ . В 2 случаях (3,9%) ЛИИ оказался равным 3,7. РН метрия метроаспирата в 55 случаях (98,2%) соответствовала не осложненному пуэрперии (7,2 и выше).

В III группе все результаты оказались ожидаемыми, ЛИИ всегда оказывался высоким (средняя величина  $6.0+0.46$ ). Средняя величина РН метрии аспирата полости матки оказалась равной  $6.85+0.15$ . Изменения в периферической крови соответствовали воспалительному процессу гениталий после родов, а РН метрия — осложненному раневому процессу эндометрия.

Во II группе величина ЛИИ очень вариабельна. Причем в 16 случаях (51,6%) индекс оказался менее 4,0, а в 15 исследованиях (48,4%) равным и более 4,0. РН метроаспирата варьировала от 7,7 до менее 6,5. Результат исследования во II группе объясним. Субинволюция матки при спокойной периферической крови и РН аспирата полости матки равным 7,2 и более — это самостоятельная нозологическая форма, а не синдром послеродового эндометрита обусловленного присоединившейся инфекцией. Изменения в периферической крови на фоне субинволюции и РН раневого секрета менее 7,2 — это, очевидно, доклинические формы осложненного пуэрперия, когда изменения в периферической крови предшествуют манифестации заболевания.

Выводы. Комплексное обследование родильниц в раннем послеродовом периоде с использованием методов: ультразвукового динамического скрининга, клинического анализа крови (с изучением ЛИИ по Кальф-Калифу), биохимического (РН-метрии, метроаспирата) позволяет своевременно выделять группы для более глубокого обследования, и диагностики патологии пуэрперия.

Методы позволяют определять субинволюцию как самостоятельную нозологическую форму или как симптом послеродового эндометрита терапия и тактика ведения родильниц при которых различна.

## ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА

**Вартанян С.М., Федорович О.К.**

*Россия, Краснодар, городская клиническая больница скорой медицинской помощи, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета*

Изучению процессов происходящих в раннем пуэрперии, посвящено множество работ и публикаций ведущих отечественных и зарубежных авторов. Одним из ведущих признаков клинического неблагополучия в течении послеродового периода является субинволюция матки или задержка ее обратного развития [А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов, 1997г., А.П.Никонов, 1993г., J.Bosch et all., 1995]. Таким образом, первоочередной задачей является объективная диагностика самого факта неадекватной инволюции послеродовой матки.

Традиционно, в акушерских стационарах страны, основным критерием оценки адекватности инволюции является измерение высоты стояния дна матки в динамике. Измерения производят в сантиметрах по отношению к лону или в количестве поперечных пальцев по отношению к пупку [Э.К.Айламазан. Акушерство. 2001г.]. Однако традиционный метод весьма субъективен. Так у женщин с повышенной массой тела прощупать контуры матки в динамике и оценить адекватность инволюции задача не простая. Переполненный мочевой пузырь или ампула прямой кишки, приподнимающая дно матки, создают иллюзию субинволюции, и наоборот, перегиб послеродовой матки кпереди или кзади создает впечатление адекватной инволюции. Диагностические ошибки и как следствие неоправданные действия (дополнительные инвазивные методы диагностики, утеротоническая терапия, антибактериальная терапия и т.д.) или бездействия являются значимыми в дальнейшем течении послеродового периода.

За основу оценки адекватности инволюции послеродовой матки взят метод динамического ультразвукового скрининга. Работами отечественных и зарубежных ученых доказано, что наибольшая скорость уменьшения длины матки установлена с 2 по 5 сутки, ширины — с 2 по 4 сутки пуэрперия. Переднезадний размер в течении первых 2 суток послеродового периода остается неизменным, лишь с 3 по 5 день он уменьшается со скоростью 0,27 см/сут., в последующие дни инволюции этого размера прекращается [А.Н.Стрижаков, О.Р.Баев, М.В.Медведев. 1987г., Hughes G.R., 1986., Huisis H. 1982.]

Цель исследования

Оптимизация ведения послеродового периода путем разработки новых ультразвуковых критериев оценки адекватности инволюции послеродовой матки.

Материал и методы.

По предложенной методике в акушерском отделении Краснодарской городской клинической больницы скорой помощи, проведено исследование у 304 родильниц. Из исследования были исключены родильницы со слабостью родовой деятельности и после оперативного родоразрешения. Т.к. эффективность сокращения миометрия у женщин, перенесших слабость родовых сил в 2,8 раза ниже, чем после не осложненных родов, а после Кесарева сечения в 6,3 раза ниже, чем после физиологических родов [Чернуха Е.А., Стругацкий В.М., Кочиева С.К. и др., 2000г.]

Все исследования проводили на ультразвуковом сканере «Combi-son 420» фирмы Kretz (Австрия), работающем в реальном времени. Все расчеты проводили с помощью стандартного программного обеспечения.

Сущность предложенного нами метода состоит в измерении относительных объемов матки в динамике на 2 и 5 сутки послеродового периода и путем отношения полученных величин — выведения коэффициента. За основу вычисления относительных объемов взяты традиционно измеряемые при эхографии размеры матки. Произведение наружных размеров длины, поперечного и

переднезаднего размеров на коэффициент эллипсоида (равный 0,5236) — мы назвали относительным объемом матки. Учитывая, что послеродовая матка полый орган, по той же методике рассчитывали объем полости. Разница между относительным объемом матки и относительным объемом полости мы назвали относительным объемом мышечной массы матки. Ведь уменьшение мышечной массы и есть показатель адекватной инволюции. Погрешность при расчете относительных объемов нивелируется отношением расчетных величин. Отношение объема мышцы матки на 2 сутки послеродового периода к объему мышечной массы матки на 5 суток — будет коэффициентом инволюции матки (КИМ).

Результаты исследования.

Все родильницы были после срочных родов из них 118 первородящие и 186 повторнородящие. Вес новорожденных варьировал от 2670 гр. до 4250 гр. Средний вес новорожденных составил 3637 гр. Средний возраст родильниц составил 28,5 лет.

В процессе исследования величина КИМ варьировала от 1 до 4. Полученные в результате отношения величины округляли до десятых частей.

Проведен статистический анализ данных. Взяв за основу совокупность значений подчиняющихся закону нормального распределения, вычисляли среднее значение, дисперсию, стандартное отклонение, а также оценивали доверительный интервал по критерию Стьюдента (t-критерию). Среднее значение равно 1,55, дисперсия равна 0,11, стандартное отклонение равно 0,33, доверительный интервал ( $p=0,95$   $f=304$ ) равен 0,03.

В 14 исследованиях (4,6%) коэффициент инволюции матки оказался равным 1,0. Т.е. у 4,6% исследуемых женщин, в обозначенные экспериментом сроки, процесс обратного развития послеродовой матки вообще не отмечался.

В 24 исследованиях (7,6%) при которых КИМ равен 1,1-1,3, отмечалась выраженная, клинически значимая, субинволюция матки.

В 54 случаях (17,7%) динамика инволюции весьма сомнительна и не может быть признана адекватной.

В 101 исследовании (33,2%) коэффициент инволюции составил 1,5 и представляет, с нашей точки зрения, медиану исследования — величину, отражающую адекватность процесса. Все величины КИМ выше 1,5, соответственно признаются удовлетворительными, а инволюция матки адекватной.

Обсуждение.

Величина коэффициента, рассчитанная в процессе апробации метода, равна 1,5. Наш показатель сопоставим с данными ведущих отечественных ученых [А.Н.Стрижаков, А.Т.Бунин, М.В.Медведев, 1990], подтвердивших в своих работах, что объем матки на 7 сутки уменьшается на 47%. Полученные при использовании метода показатели, конкретизируют последовательность следующих действий клинициста: при КИМ равном 1,5 и более — процесс обратного развития послеродовой матки признается адекватным; при КИМ менее 1,5 — неадекватным. И чем меньше показатель (т.е. ближе к 1), тем он более клинически значим. Необходимо провести дополнительный комплекс исследований для уточнения причин задержки обратного развития матки и уточнения объема обязательной терапии.

Выводы.

Таким образом, предлагаемый ультразвуковой метод оценки адекватности инволюции послеродовой матки более объективен, чем традиционные методы. Метод не требует дополнительных финансовых затрат т.к. производится на широко используемых в клиниках ультразвуковых сканерах. Все расчеты производятся автоматически после измерения стандартных размеров матки с помощью программного обеспечения УЗ аппаратов. Полученные при использовании метода показатели, конкретизируют последовательность следующих действий клинициста.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОЛОГИИ МЕТРОАСПИРАТА И С- РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПУЭРПЕРИЯ

Вартанян С.М., Федорович О.К.

Россия, Краснодар, городская клиническая больница скорой медицинской помощи, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

Гнойно-септические послеродовые осложнения продолжают занимать одно из лидирующих положений в структуре материнской смертности, составляя 11,43-45,7% [Gyr T.N., Malek A. et al. 1994; Mikhertji J., Samaddar J.C. 1995]. Наиболее частым проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, который встречается после самопроизвольных родов в 1,3-25% [Andrews W.W., et al. 1995; Sippingham E.G. et al. 1993].

На сегодня разработано и внедрено в практику большое количество методов диагностики послеродовых эндометритов, которые различаются по информативности, инвазивности, сложности, доступности, стоимости. Ни один из методов не обладает абсолютной достоверностью, за исключением гистологического. Однако, по понятным причинам, последний не может быть использован в широкой практике. [Гуртовой Б.Л., Коноводова Е.Н. и др. /997].

Одним из ведущих признаков клинического неблагополучия в течении послеродового периода является субинволюция матки или задержка ее обратного развития [А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов, 1997г., А.П.Никонов, 1993г., J.Bosch et al., 1995г].

С учетом изложенного выше необходимо подчеркнуть насущную необходимость поиска новых способов ранней диагностики послеродового эндометрита, не только доступных, но и малоинвазивных, позволяющих выбирать оптимальную тактику лечения в каждом конкретном случае

Цель исследования. Оценить клиническую значимость изучения цитологии метрoаспирата в комплексе с количественным определением уровня С-реактивного белка сыворотки крови у родильниц с не осложненным и осложненным течением послеродового периода после срочных консервативных родов.

Материал и методы. Для выполнения исследования нами сформированы 3 группы родильниц. В первую группу вошли женщины с адекватной инволюцией матки, во вторую группу вошли родильницы с констатированной субинволюцией. Третью группу составили родильницы с манифестной формой послеродового эндометрита.

По предложенной методике исследовано 87 женщин после срочных консервативных родов. В первую группу вошли 51 родильница, во вторую — 29, в третью — 7 послеродовых женщин

Первую группу составили 51 родильница, у которых коэффициент инволюции матки (КИМ) был равен или более 1,5. Величина коэффициента инволюции варьировала от 1,5 до 2,5, составив в среднем 1,515.

Вторую группу составили 29 родильниц, у которых коэффициент инволюции матки был равен менее 1,3. В исследование охвачено, не включены женщины с КИМ от 1,3 до 1,5. Мы считаем, что инволюция в указанной группе не может быть признана адекватной, однако для решения цели настоящего исследования в работу включены лишь родильницы с клинически значимыми показателями КИМ. Во II группе коэффициент варьировал от 1,0 до 1,3, составив в среднем 1,203.

Третью группу составили родильницы с манифестным течением послеродового эндометрита. Диагноз подтвержден лабораторно (клинический анализ крови, РН метрия и бактериологический посев метрoаспирата). Средняя величина КИМ в III группе составила 1,328, варьируя от 1,2 до 1,5.

Адекватность инволюции в исследуемых группах оценивали по предложенной нами методике ультразвукового динамического

скрининга. Предложенный метод зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 10 декабря 2005 года, Патент на изобретение № 2265401, приоритет изобретения 25 марта 2004 года.

Цитологическое исследование метрoаспирата проводили по методике предложенной коллективом авторов ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка [Фурсова З.К., Никонов А.П., Лутфуллаева Н.А., Кучугурова Е.А. 1991г]. Предлагаемая методика, в зависимости от стадии раневого процесса эндометрия, выделяет 5 типов цитограмм.

Количественное определение С-реактивного белка сыворотки крови проводили иммунохимическим методом (турбидиметрия), аппаратом KoneLab-30 фирмы Thermoelectron (Финляндия).

Результаты исследования

Исследование проводили на 5 сутки послеродового периода. При изучении цитологии метрoаспирата не встречались мазки с регенеративным и некротическим типом мазков. Регенеративный тип мазка отмечается при не осложненном течении раневого процесса на 9-14 сутки послеродового периода, и не встречался в связи с временными рамками исследования (5 сутки пуэрперия). Некротический тип мазка, при котором отмечается полная клеточная ареактивность, характерен тяжелому течению эндометрита — не выявленному в процессе исследования.

В I группе воспалительный тип мазка встречался у 12 родильниц (23,5%); воспалительно-регенеративный тип мазка — у 39 (76,5%) женщин. Во II группе воспалительный тип мазка встречался у 22 родильниц (75,8%); воспалительно-регенеративный тип мазка — у 6 (20,7%) женщин; дегенеративно-воспалительный тип мазка у 1 родильницы (3,5%). В III группе воспалительный тип мазка встречался у 4 родильниц (57,1%); воспалительно-регенеративный тип мазка — у 3 (42,9%) женщин.

Результаты исследования С-реактивного белка сыворотки крови, определенного количественным методом в I группе до 10 мг/л отмечено у 37 родильниц (72,5%); от 10 до 25 мг/л — у 14 (27,5%) женщин.

Во второй группе величина С-реактивного белка до 10 мг/л отмечена у 4 родильниц (13,8%); от 10 до 25 мг/л — у 16 женщин (55,2%); от 25 до 50 мг/л — у 9 родильниц (31%).

В третьей группе величина С-реактивного белка от 25 до 50 мг/л констатирована у 6 родильниц (85,7%); более 50 мг/л — у 1 (14,3%) послеродовой женщины.

Обсуждение. Субинволюция матки — один из основных признаков клинического неблагополучия в послеродовом периоде. Но не является обязательным синдромом с 100% встречаемостью. Так в III группе, при верифицированном диагнозе — послеродовый эндометрит, в 28,5% случаев инволюция матки оказалась адекватной. И наоборот, у 20,7% родильниц II группы (клинически значимая субинволюция матки) цитограмма соответствовала воспалительно-регенеративному типу, свойственному 2 фазе раневого процесса и по срокам укладывающимся в норму. У 13,8% родильниц II группы уровень острофазных белков воспаления оказался в пределах физиологической нормы (менее 10 мг/л).

У 76,5% родильниц I группы отмечен ожидаемый тип цитограмм — воспалительно-регенеративный (встречаемый в норме на 5-8 сутки пуэрперия). В 72,5% исследований сыворотки крови уровень С-реактивного белка оказался в пределах нормы. Воспалительный тип цитограммы (характерен для 3-4 суток пуэрперия) констатированный у 23% родильниц I группы и умеренное увеличение уровня С-реактивного белка в 27,5% случаях отражают затянувшуюся I фазу раневого процесса, обусловленную патологией эндометрия.

Во II группе воспалительный тип цитограмм отмечен в 75,8% случаях, а в 3,5% — дегенеративно-воспалительный тип. Уровень острофазных белков воспаления в этой группе, оказался выше нормы в 86,2% случаях, причем в 31,2% из них выше 25мг/л. Результат соответствует ожидаемому, и является одним из ранних проявлений патологии пуэрперия и в первую очередь — послеродового эндометрита.

В III группе все результаты соответствуют осложненному после-

родовому периоду: уровень С-реактивного белка выше нормы, цитограмма соответствует воспалению, причем в 42,9% дегенеративно-воспалительный тип мазка метрoаспирата.

Выводы. Использование в клинической практике цитологического метода изучения метрoаспирата и количественного определения С-реактивного белка, позволяет на ранней стадии осложненного пуэрперия верифицировать патологический процесс и начать своевременную терапию.

Использование вышеперечисленных методов позволяет разграничить субинволюцию матки — как самостоятельную нозологическую форму, при этом уровень С-реактивного белка будет в пределах физиологической нормы, а цитограмма метрoаспирата соответствовать воспалительно-регенеративному типу. Или субинволюцию матки — как синдром послеродового эндометрита, при этом уровень С-реактивного белка будет выше физиологической нормы до уровня клинически значимых величин, а цитограмма метрoаспирата соответствовать воспалительному или дегенеративно-воспалительному типу.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

**Верещагина Н.В., Сандакова Е.А.**

*Россия, Пермь, ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Вагнера Е.А. Росздрава»,  
кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, МУЗ ГКБ №7*

Распространенность наркомании среди беременных женщин по данным литературы колеблется в широких пределах от 0,4 до 27% (Таболин В.А., Урывчиков Г.А., 2003г). Употребление наркотиков не может не отражаться на течении беременности, родов, послеродового периода и на развитии плода.

Цель работы — изучение частоты наркомании среди беременных; выяснение особенностей влияния наркотиков на течение беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденного.

Проведено анкетирование и ретроспективный анализ истории родов 44 женщин, страдающих наркоманией. Из общего числа родивших за период наблюдения женщин, доля наркозависимых составила 0,6%, что соответствует данным литературы. Большинство женщин — 30 (68%) человек было в возрасте от 18 до 30 лет. Более чем две трети женщин-32 (72,7%) не имели постоянного места работы. Никто из них не имел высшего образования. Две трети женщин — 30 (68,1%) состояли в незарегистрированном браке, а 11 (25%) женщин были одиночками. Раннее начало половой жизни (14-17лет) отмечали 30 (68%) женщин. Большинство беременных — 28 (63%) имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Все беременные из группы наблюдения употребляли героин. Большинство женщин 39 (88,6%) не обращалось к наркологу. Из общего числа обследуемых 11 (25%) женщин принимали наркотики более 5 лет. Почти одна треть сожителей обследованных женщин также были наркозависимыми.

Лишь половина женщин — 23 (52%) состояла на учете по беременности. Наиболее частыми осложнениями течения беременности были: плацентарная недостаточность — 14 (60,8%); синдром задержки развития плода — 4 (17,3%); анемии- 16 (69,5%); кольпиты — 14 (60,8%); угроза прерывания в различные сроки — 12 (52,1%). Не зарегистрировано ни одного случая тяжелого гестоза. В исследовании отмечалась высокая частота вирусного гепатита С — 23 (52,2%) случая, вирусного гепатита В — в 3 (6,8%), сочетание гепатитов В и С — в 9 (20,4%), ВИЧ-инфекция — в 5 (11,3%). Течение родов у женщин с наркоманией характеризовалось несвоевременным излитием околоплодных вод — в 9 (20,4%) случаях, высокой частотой быстрых 11 (25%) и стремительных 3 (6,8%) родов, в 5 (11,3%) случаях роды были преждевременными. Отмечено, что если героин был принят в течение последних суток перед родами, а таких беременных было 31 (70,5%), быстрые роды развились у 9 (29%), стремительные у 4 (12,9%) женщин. Хроническая гипоксия плода диагностирована у одной трети 13

(29,5%) женщин. Ранний послеродовый период у всех протекал без особенностей, поздний оценить не представлялось возможным, так как около половины женщин ушло из отделения самовольно. У оставшихся женщин диагностирована анемия в 14 (56%) случаях, субинволюция матки, лохиометра и лактостаз по одному случаю. Более чем у половины детей 26 (59%) зарегистрирован синдром задержки развития. Один ребенок умер от внутриутробной пневмонии. Практически все дети 40 (92,4%) были оценены по шкале Апгар выше 8 баллов, однако в последующем у большинства из них — 33 (75%) детей развился абстинентный синдром. Из 43 родившихся детей живыми — 14 (32,5%) оказались «отказными», продолжили лечение в отделениях патологии новорожденных — 37 (86%).

Таким образом, наркомания представляется большой медико-социальной проблемой. Социальный «портрет» женщины характеризуется: жизненной неустроенностью, отсутствием полноценной семьи, работы, низким образовательным статусом, ранним началом половой жизни, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Как правило они не заинтересованы в беременности, не состоят на учете в женской консультации, отказываются от детей. Беременность у женщин с наркоманией протекает часто с плацентарной недостаточностью, анемией, инфекцией влагалища. В родах высока частота развития аномалий родовой деятельности (быстрые и стремительные роды), при этом прослеживается зависимость продолжительности родов от времени последнего приема наркотика. Характерен высокий индекс инфицирования вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи, вирусом иммунодефицита человека. Следствием наркомании является высокая частота патологии новорожденных: абстинентный синдром и нарушение периода адаптации, повлекшие за собой дальнейшую госпитализацию. Важно, что отсутствует система выявления и учета наркозависимых женщин в акушерской службе, а значит, эта проблема не вполне осознана и далека от разрешения на сегодняшний день. Необходима разработка социальных и медицинских программ, направленных на борьбу с этой патологией.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГИДРОНЕФРОЗОМ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ**

**Верзакова И.В., Сетоян М.А.**

*Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа*

Гидронефроз, заболевание, которое характеризуется расширением чашечно-лоханочной системы, атрофией почечной паренхимы, прогрессирующим ухудшением функции почек в результате нарушения оттока мочи из почки и нарушением гемодинамики в ней. Как известно, гидронефроз развивается бессимптомно или симулирует другое заболевание органов мочевыделительной системы. Беременность вызывает физиологические изменения в верхних мочевых путях. Большинство современных авторов считают, что в патогенезе изменений выделительной системы при беременности имеет место сочетание гормональных и механических факторов (Шахтман М.М., Елохина Т.В., 1991г.) [10].

Частота встречаемости гидронефроза и осложнений, вызываемых им в течении беременности, делает эту проблему актуальной. Расширение собирательной системы обычно распознаётся при традиционном ультразвуковом исследовании, но получить представление о функции почек и верхних мочевыводящих путей, используя только этот метод, невозможно. В какой-то мере судить о функции мочевыделительной системы позволяет рентгенологический метод исследования — урография, более достоверно — радиоизотопные методы диагностики, которые не могут быть применены к беременным женщинам. Появление новых высокоразрешающих ультразвуковых технологий с использованием доплерографических методик открывает

дополнительные диагностические возможности в изучении ренальной гемодинамики, что повышает диагностическую ценность ультразвуковых исследований у пациенток данного профиля.

При гидронефрозе в результате воздействия различных факторов в паренхиме почек развиваются процессы периферической вазоконстрикции (Murphy G.P., Scott W.W., 1966г.; Platt F.J., 1995г.), что лежит в основе доплерографических изменений. Впервые значения минимальных скоростей кровотока и индексов периферического сопротивления в дифференциальной диагностике кист почечного синуса и гидронефроза показано в работах А.Н.Хитровой (1995г.) и Platt F.J., (1995г.)

Целью нашего исследования явилось определение возможности дуплексного сканирования почек в выявлении изменений кровотока у беременных женщин с гидронефрозом.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на аппарате ALOKA 3500 с использованием конвексного мультиточечного датчика 4-8 МГц. Эхография включала исследование в В-режиме, а также дуплексное сканирование /ДС/ в режиме импульсно-волнового и цветового и/или энергетического доплера. Допплерографические параметры определялись на уровнях магистральной почечной артерии, сегментарных, междольковых и дуговых артерий. Учитывались следующие гемодинамические показатели: максимальная систолическая скорость кровотока ( $V_{max}$ ), минимальная диастолическая скорость кровотока ( $V_{min}$ ), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI). Исследование выполнялось без специальной подготовки больных по стандартной существующей методике.

Нами обследовано 15 женщин. Контрольную группу составили женщины от 20 до 34 лет при сроке беременности 15-32 недели.

Были получены доплерографические результаты почечного кровотока, сопоставимые с общеизвестными данными, приведенными в литературе (Назаренко Г.И., Хитрова А.Н., 2002) [2].

Результаты исследования. У беременных женщин с гидронефрозом в В-режиме выявлены следующие параметры. На фоне дилатации лоханки до 3,0 см и расширении чашечек 1 порядка до 1,0 см при сохранении нормальной дифференцировки интратанальных структур сосудистый рисунок почки был сохранен. При расширении лоханки до 4,5 см и чашечек до 1,3 см отмечалось изменение сосудистого рисунка почки за счёт дилатированной чашечно-лоханочной системы.

Использование дуплексного сканирования показало зависимость гемодинамических показателей от степени выраженности гидронефроза. При умеренной дилатации в 50% случаев показатели гемодинамики не менялись, в 50% отмечалось умеренное повышение числовых значений RI (0,74-0,78) и  $V_{max}$  в изменённой почке в сравнении со здоровой.

Выводы. Показатели гемодинамики почечного кровотока методом дуплексного сканирования у беременных женщин до 35 лет в гравидарные сроки 15-32 недели сопоставимы с данными других авторов;

В режимах ЦДК и ЭД сосудистый рисунок почки был сохранён у беременных с гидронефрозом, характеризующимся дилатацией лоханки до 3 см и чашечек 1 порядка до 1 см при сохранении нормальной дифференцировки интратанальных структур; изменения сосудистого рисунка почки имело место при дилатации лоханки до 4,5 см, чашечек до 1,3 см;

Умеренная гидронефротическая трансформация в половине случаев сопровождалась изменением показателей гемодинамики ( $V_{max}$  и RI).

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

**Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю.**

*Россия, Курск, Курский государственный медицинский университет*

Целью исследования было снижение перинатальной заболеваемости и смертности гипоксически-ишемического генеза путем прогнозирования и ранней диагностики гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод в первой половине беременности.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 898 беременных в динамике беременности и 898 новорожденных в раннем неонатальном периоде. В зависимости от перинатальных исходов все обследованные ретроспективно разделены на две группы. В контрольную группу объединены 484 пациентки с несложным течением беременности и родов, родивших доношенных детей без гипоксически-ишемических повреждений (ГИП). В основную группу вошли 414 пациенток, у которых беременность протекала на фоне рецидивирующей угрозы прерывания беременности и плацентарной недостаточности. Роды закончились рождением живых детей с признаками незрелости, задержки внутриутробного развития, гипоксической энцефалопатии.

В 1 триместре для оценки условий формирования первичной плаценты и маточно-плацентарного (МП) кровотока на сроке 8-10 недель проводили эхографическое исследование матки, плодного яйца и доплерометрическую оценку кровотока в обеих маточных артериях (МА). Функциональная активность трофобласта определялась по уровню гормона -ХГЧ и белка ПАМГ-1 радиоиммунологическим методом.

Гестационная трансформация центрального и периферического звена гемодинамической системы мать-плацента-плод (ГС МПП) оценивалась в динамике 1 и 2 триместра. Центральная гемодинамика (ЦГ) матери (центральное звено ГС МПП) исследовалась эхокардиографическим методом с помощью прибора Aloka SSD-1700 в М режиме по расчетной формуле Teichholz с определением ударного (УО), минутного объема (МО), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) с учетом исходного зу-, гипер- и гипокинетического типа ЦГ. Маточно-плацентарный кровоток (периферическое звено ГС МПП) оценивался доплерометрическим методом на аппарате Aloka SSD-1700 по индексу резистентности (ИР) маточных артерий (МА) и ИР артерий пуповины (АП) и показателя соотношения ИР МА/ИР АП. Состояние новорожденных определялось по шкале Апгар, клинико-лабораторным данным, а также по результатам эхоэнцефалографии в период ранней неонатальной адаптации.

Полученные результаты: в контрольной группе клиническое течение 1 триместра отражало благоприятное (физиологическое) развитие беременности. На сроке 8-10 недель (после завершения 1 волны инвазии трофобласта) плодное яйцо располагалось в средних отделах полости матки и имело латеральное расположение хориальной ткани. Форма плодного яйца соответствовала кругу или овалу с гладкими, ровными стенками. Эмбрион располагался интраамниально, занимая центральную часть плодного яйца. Биометрические размеры эмбриона и экстраэмбриональных структур соответствовали гестационной норме. Диаметр амниона в 2 раза превышал длину эмбриона, а отношение копчико-теменного размера к внутреннему диаметру плодного яйца соответствовало  $0,5-3 \pm 0,08$  отн.ед., что указывало на пропорциональное соотношение биометрических показателей основных элементов плодного яйца. Ретрохориальная гематома не была обнаружена ни в одном случае. Маточный кровоток имел симметричный характер. Средние значения ИР МА соответствовали  $0,76 \pm 0,03$  отн.ед. Уровень гормона -ХГЧ составлял от 65769 до 85549 Мед/мл ( $75658 \pm 9892$  Мед/мл), уровень белка ПАМГ-1 колебался от 9,2 до 16,1 нг/мл при средних значениях  $12,6 \pm 3,4$  нг/мл.

На протяжении 2 триместра (14-28 недель) у беременных контрольной группы ИР МА снизился на  $19,2 \pm 0,6\%$  ( $p < 0,05$ ) с  $0,67 \pm 0,04$  до  $0,54 \pm 0,03$  отн.ед. На сроке 15-16 недель отмечено появление диастолической волны пуповинного кровотока. В динамике 2 триместра величина ИР АП снизилась на  $15,6 \pm 0,4\%$  ( $p > 0,05$ ) с  $0,76 \pm 0,05$  до  $0,64 \pm 0,03$  отн.ед. Параметры ЦГ матери характеризовались увеличением объемных показателей работы сердца (УО, МО, УИ, СИ) и снижением ОПСС. У беременных с исходным зу- и гиперкинетическим типом ЦГ минутный объем к концу 2 триместра статистически достоверно увеличился на 35%, а с гипокинетическим типом - на 25%, соответственно ОПСС снизилось на 33% и 26%. Представленные параметры указывают на адекватные адаптационные изменения ЦГ матери (патент № 2221481).

В основной группе в 1 триместре плодное яйцо имело неправильную вытянутую форму. Биометрические параметры эмбриона и экстраэмбриональных структур соответствовали параметрам контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Выявленная деформация плодного яйца была обусловлена локальным гипертонусом миометрия без истинного нарушения строения амниона, экзоцелома и желточного мешка. Структура хориона и децидуальной ткани имела неоднородный характер с множественными эконегативными включениями. Частота выявления ретрохориальной гематомы составила 44,2% (183 жен.).

Индекс резистентности МА соответствовал  $0,85 \pm 0,03$  отн.ед. и превышал ( $p < 0,05$ ) показатели контрольной группы. МП кровоток имел асимметричный характер. Разница значений ИР в двух МА достигала 21-24%. Интенсивность кровотока была снижена в той МА, которая совпадала по локализации с гипертонусом миометрия.

Нарушение секреторной функции трофобласта и децидуальной ткани проявлялось увеличением в 2 раза ( $p < 0,05$ ) уровня белка ПАМГ-1 ( $22,8 \pm 4,7$  нг/мл) при одновременном снижении уровня гормона -ХГЧ в 1,5-2 раза (с 28660 до 44900 МЕД/мл ( $p < 0,05$ )).

На протяжении 2 триместра в основной группе гемодинамические изменения МП кровотока характеризовались снижением ИР МА на  $16,8 \pm 0,7\%$  ( $p > 0,05$ ) с  $0,70 \pm 0,06$  до  $0,58 \pm 0,05$  отн.ед. При анализе пуповинного кровотока было отмечено, что диастолическая волна регистрировалась на 2-3 недели позже, чем в контрольной группе, а общий прирост ИР АП к 28 недели составил  $11,9 \pm 0,6\%$ , что в 1,3 раза ниже значений контрольной группы.

Гестационная трансформация ЦГ матери характеризовалась низким приростом объемных показателей. К сроку 28 недель МО у беременных с исходным зу- и гиперкинетическим типом ЦГ увеличился на 31%, с гипокинетическим типом - 22%, что трактовалось нами как нарушение адекватности адаптационных изменений ЦГ.

То., ранними прогностическими критериями перинатальных гипоксически-ишемических повреждений новорожденных являются: симптомы рецидивирующей угрозы прерывания беременности; признаки патологического течения 1 волны инвазии трофобласта; позднее становление 2-х фазного пуповинного кровотока и неадекватные гестационные изменения ЦГ матери (прирост МО менее 35% у беременных с исходным зу- и гиперкинетическим типом ЦГ, прирост МО менее 25% у беременных с исходным гипокинетическим типом ЦГ), что позволяет на основе объективных данных выделить группу высокого перинатального риска и проводить своевременную и адекватную коррекцию.

## БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЕЁ ИСХОДЫ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Гайсина Ю.Р., Бондаренко К.Р., Гараева Л.Н., Хасанова С.Г., Хасанова Г.Ф., Мавзютов А.Р.

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

В последние годы в акушерстве и гинекологии все большее внимание уделяется изучению бактериального вагиноза, обусловленного замещением доминирующих *Lactobacillus* spp. ассоциациями *Gardnerella vaginalis*, анаэробов (*Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Mobiluncus* spp., *Peptostreptococcus*), *Mycoplasma hominis* и других микроорганизмов [Адаскевич В.П., 1997].

Особенно актуально указанное для беременных, чему способствуют эндогенные (изменения гормонального статуса, нарушение иммунологической реактивности и др.) и экзогенные факторы (воспалительные процессы мочеполового тракта, антибактериальная терапия и др.). Распространенность дисбиоза влагалища у беременных достигает 15-20%, а в группах риска — 30-38%, что нередко определяет высокую вероятность инфекционных осложнений [Кира Е.Ф., и соавтор, 1998]. В этой связи, целью данной работы

явился анализ частоты и особенностей осложнений течения беременности, исхода родов и послеродового периода у женщин с лабораторно верифицированным бактериальным вагинозом.

Проведено клиническое и лабораторное обследование 160 беременных женщин в возрасте от 18-39 лет, находящихся на диспансерном наблюдении, у которых исследовали картину микрофлоры влагалища в 1, 2, 3 триместрах беременности и на 7 сутки после родов.

В результате проведенных исследований установлено, что каждая четвертая обследованная беременная с лабораторно подтвержденным бактериальным вагинозом, не предъявляла каких-либо жалоб. В 14% случаев заболевание проявлялось наличием гомогенных белей, в 3% — выделения имели запах «гнилой рыбы», но преимущественно имели место различные сочетания нескольких признаков (70%). У 92 из 160 обследованных беременных (57,5%) на протяжении всего периода обследования констатирован нормоценоз. Дисбиоз влагалища в различные сроки беременности и/или после родов диагностирован у 68 женщин (42,5%), из них в первом триместре — у 34 (21,2%) пациенток, во втором триместре — у 15 (9,4%) беременных и в третьем триместре — у 9 (5,6%) женщин. В послеродовом периоде бактериальный вагиноз был подтвержден у 6,3% женщин. 27 беременных женщин (39,7%) с дисбиозом влагалища исходно страдали сопутствующими воспалительными заболеваниями мочеполового тракта, среди которых в 2,4 раза чаще чем у беременных без дисбиоза имели место хронический пиелонефрит и в 1,5 раза чаще — мочекаменная болезнь. Угроза прерывания беременности в первом триместре при бактериальном вагинозе констатирована в 2,5 раза чаще у беременных с нормоценозом влагалища. Из 9 беременных с бактериальным вагинозом, диагностированным в третьем триместре у 5 беременность завершилась раньше физиологического срока (<37 недель). У пациенток с вагинозом в сроке гестации 32-36 недель в 2 раза чаще течение беременности осложнялось многоводием. В третьем триместре беременности у женщин с дисбиозом влагалища в 4,5 раз чаще отмечалось преждевременное отхождение околоплодных вод. Течение послеродового периода у женщин с бактериальным вагинозом в 2,7 раза чаще осложнялось метроэндометрием.

Таким образом, беременные с дисбиозом влагалища могут быть отнесены к группе риска ввиду высокой вероятности угрозы прерывания, многоводия, преждевременных родов и вероятности послеродового метроэндометрита.

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ РОЖДЕНИИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ

Галимова И. Р.

Россия. Казань. ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Известно, что особенности течения родов влияют на их исход как для матери, так и для плода. Активное, а порой и «агрессивное» ведение родов не всегда имеет благополучный исход для плода и новорожденного (Радзинский В. Е., 2005г.).

Целью данной работы явилось изучение течения родов у женщин, родивших доношенных детей, находившихся в палате интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких. Всего за период с января по сентябрь 2006 года на аппаратном дыхании находилось 37 доношенных новорожденных ребенка, что составило 1,8 % от общего числа доношенных детей, рожденных в этот период. Нами был проведен анализ течения беременности и родов в данной группе.

Возраст пациенток колебался от 17 до 36 лет, из них первородящие составили 91,9%, повторнородящие — 8,1%. В 28,7% анамнез был отягощен медицинским абортom, у 48,6% генитальной инфекцией. У 24,3% беременных отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, у 5,1% беременность осложнилась многоводием, у 18,9% угрозой преждевременных родов.

До начала родовой деятельности в отделение патологии беременности госпитализирована 21 пациентка, что составило 56,7%, из них с диагнозом «перенашивание» 43,3%. Родовозбуждение путем амниотомии было проведено у 13 пациенток (37,8%). В родильное отделение в родах или с преждевременным отхождением околоплодных вод поступило 16 рожениц (43,2%). Начало родовой деятельности на «незрелой» шейке матки отмечалось у 19 пациенток, причем у 17 из них в сочетании с высоким боковым надрывом плодного пузыря, преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод. У каждой 1/4 пациентки зафиксирован меконий в околоплодных водах. Наличие «незрелой» шейки матки привело к дискоординации родовой деятельности у 3 пациенток (8,1%), что послужило основанием для использования эпидуральной анестезии в родах. Слабость родовой деятельности отмечалась у 12 (32,4%) пациенток и потребовала родостимуляции энзапростом и окситоцином. Через естественные родовые пути произошли роды у 25 пациенток, что составило 67,6%, в 32,4% (12 пациенток) роды завершились путем операции кесарева сечения. Показаниями для оперативного родоразрешения послужили преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 2 (5,4%), острая прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода у 5 (13,5%), угроза меконияльной аспирации у 9 (24,3%), слабость родовой деятельности без эффекта от проводимой терапии у 2 (5,4%). С признаками переношенности родилось 7 детей, что составило 18,9%, т.е. диагноз «перенашивание» был подтвержден только в 43,8% случаев. С этой точки зрения обоснованность амниотомии ставится под сомнение почти у половины пациенток. У 7 пациенток этой группы после произведенной амниотомии и родостимуляции роды завершились путем операции кесарева сечения по поводу слабости родовой деятельности и прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода. В 2-х случаях отмечалось запаздывание с оперативным родоразрешением, когда длительность родостимуляции составила более 3 часов.

Таким образом, по нашим данным не всегда оправдана дородовая госпитализация в отделение патологии беременности с диагнозом «перенашивание». Часто следствием этого являются родовывывание и родостимуляция, приводящие к затяжным родам, аномалиям родовой деятельности, оперативному родоразрешению и рождению детей, нуждающихся в респираторной поддержке.

## ПСЕВДОДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Галкина О.А.<sup>1</sup>, Охотина Т.Н.<sup>2</sup>, Мадянов И.В.<sup>2</sup>, Кичигин В.А.<sup>2</sup>

Россия, г. Чебоксары, ГУЗ «Президентский перинатальный центр», ГОУ «Институт усовершенствования врачей»

Гестоз в настоящее время остается актуальной проблемой акушерства. Частота этой патологии остается значительной и достигает от 7% до 16% среди всех беременных. Определенная роль в генезе этого состояния отводится сдвигам в эндокринной системе, в частности, гипофизарно-тиреоидной оси, отклонения в которой могут отражать и особенности течения ряда тяжелых соматических заболеваний (Браверманн Л.И., 2000).

Исследование проведено в Президентском перинатальном центре. Обследовано 36 здоровых беременных и 101 беременная с гестозом. Группа контроля составлена из 45 здоровых женщин. Наряду со стандартными методами обследования, при поступлении и перед выпиской из стационара в крови определяли содержание общего и свободного трийодтиронина (Т3, свТ3), общего и свободного тироксина (Т4, свТ4), тиреотропного гормона (ТТГ). Тяжесть гестоза оценивали по бальной шкале Г.М. Савельевой (1999). У всех пациенток была исключена органическая патология со стороны ЩЖ, все они получали препараты калия йодида в суточной дозе 200 мкг.

# АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ДАННЫХ УЗИ И КАРДИОТОКОГРАФИИ ПЛОДА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА

Галкина О.А.

Россия, г. Чебоксары, ГУЗ «Президентский перинатальный  
центр»

Рассчитывали среднюю арифметическую и ее ошибку ( $M \pm m$ ). Значимость различий между 2 группами рассчитывали по t-критерию Стьюденту ( $p$ ), между 3 группами по критерию Крускала-Уоллиса ( $pK-W$ ), динамических изменений — по критерию Вилкоксона ( $W$ ). Для оценки различий между относительными величинами использовали критерий 2. Сила связи между качественными величинами оценивалась по коэффициенту ассоциации. Различия читали приемлемыми при  $p < 0,05$ .

У здоровых беременных были повышены по сравнению с группой контроля уровни общего Т3 ( $2,89 \pm 0,28$  нмоль/л против  $2,59 \pm 0,15$  нмоль/л,  $p > 0,05$ ), Т4 ( $132,3 \pm 13,5$  против  $85,3 \pm 4,5$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), свТ4 ( $26,8 \pm 1,8$  пмоль/л против  $21,5 \pm 0,8$  пмоль/л,  $p < 0,01$ ), свТ3 ( $4,62 \pm 0,50$  пмоль/л против  $4,28 \pm 0,19$  пмоль/л,  $p > 0,05$ ).

У беременных с гестозом по сравнению со здоровыми беременными отмечено снижение Т3 ( $2,52 \pm 0,09$  нмоль/л против  $2,89 \pm 0,28$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ) и свТ3 ( $3,71 \pm 0,13$  пмоль/л против  $4,62 \pm 0,50$  пмоль/л,  $p < 0,05$ ). По состоянию тиреоидного статуса беременные с гестозом были разделены на 3 группы: с низким уровнем свТ3 и/или Т3 («синдром низкого Т3») — 27,7% (28 чел.), с нормальным содержанием тиреоидных гормонов — 63,4% (64 чел.), с высоким содержанием свТ3 и/или свТ4 (транзиторный «гестационный» гипертиреоз) — 8,9% (9 чел.). Частота «синдрома низкого Т3» у беременных с гестозом была выше чем у здоровых беременных — 27,7% против 8,3% ( $p < 0,05$ ), транзиторного «гестационного» гипертиреоза практически такая же — 8,9% против 11,1% ( $p > 0,05$ ).

У беременных с транзиторным «гестационным» гипертиреозом отсутствовали клинические проявления тиреотоксикоза: чувство жара, тремор, тахикардия. У беременных с гестозом и «синдромом низкого Т3» не было клинических проявлений гипотиреоза и реципрокного повышения ТТГ.

Имелась зависимость сдвигов в тиреоидном статусе с тяжестью гестоза. Уровень свТ3 при легком течении гестоза составил  $3,86 \pm 0,16$  пмоль/л, среднетяжелом —  $3,69 \pm 0,23$  пмоль/л, тяжелом течении —  $3,17 \pm 0,18$  пмоль/л ( $pK-W < 0,05$ ). Уровень общего Т3 составил  $2,73 \pm 0,13$  нмоль/л при легком течении,  $2,48 \pm 0,16$  нмоль/л — при среднетяжелом течении,  $2,01 \pm 0,10$  нмоль/л — при тяжелом течении болезни ( $pK-W < 0,01$ ). Обнаружение «синдрома низкого Т3» ассоциировалось со среднетяжелым и тяжелым течением гестоза, где частота данного синдрома составила 38,3% против 12,2% при легком течении гестоза ( $p < 0,01$ ). Коэффициент ассоциации между среднетяжелым и тяжелым течением гестоза и наличием «синдрома низкого Т3» составил  $+0,64$ ,  $p < 0,01$ .

Болезнь отчетливо отражал тяжесть состояния уровень свТ3. У пациенток с низким уровнем свТ3 сильнее были выражены проявления гестоза. У них были выше баллы тяжести гестоза по Г.М. Савельевой ( $10,1 \pm 0,6$  против  $7,8 \pm 0,4$  баллов,  $p < 0,001$ ), протеинурия ( $0,47 \pm 0,15$  против  $0,21 \pm 0,07$  г/л,  $p < 0,001$ ), частота анемии (42,9% против 22,5%,  $p < 0,05$ ), частота ангиоспазма сетчатки (42,9% против 26,8%  $p > 0,05$ ). При анализе коррелятивных связей выявлена взаимосвязь баллов тяжести гестоза с ТТГ —  $r = +0,30$  ( $p < 0,01$ ), Т3 —  $r = -0,31$ , ( $p < 0,05$ ), Т4 —  $r = -0,25$  ( $p < 0,05$ ), с свТ3 —  $r = -0,25$  ( $p < 0,05$ ). Протеинурия коррелировала с уровнем ТТГ ( $r = +0,29$ ,  $p < 0,05$ ), Т3 ( $r = -0,29$ ,  $p < 0,05$ ), Т4 ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ), свТ3 ( $r = -0,29$ ,  $p < 0,05$ ), свТ4 ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ).

Терапия гестоза способствовала незначительному улучшению клинико-лабораторных показателей: снижению баллов тяжести с  $8,1 \pm 0,4$  до  $7,6 \pm 0,5$ , среднего АД с  $103 \pm 10$  до  $100 \pm 10$  мм рт.ст. Однако, рост уровня протеинурии с  $0,07 \pm 0,03$  до  $0,09 \pm 0,04$  г/л, и снижение концентрации тиреоидных гормонов (свТ3 с  $3,94 \pm 0,25$  до  $3,58 \pm 0,13$  пмоль/л,  $p > 0,05$  и Т3 с  $2,80 \pm 0,18$  до  $2,39 \pm 0,10$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), свидетельствовали о прогрессировании гестоза.

Таким образом, при гестозе наблюдаются сдвиги в тиреоидном статусе по типу «синдрома низкого Т3» и транзиторного «гестационного» гипертиреоза в отсутствие органической патологии щитовидной железы. Наличие «синдрома низкого Т3» отражает тяжесть болезни и не нуждается в специальной коррекции. Несмотря на проводимую терапию, отмечается дальнейшее прогрессирование процесса, проявляющееся нарастанием уровня протеинурии и снижением концентрации тиреоидных гормонов.

Гестоз одно из самых частых акушерских осложнений, которое приводит к изменениям в системе мать-плацента-плод с развитием плацентарной недостаточности, неминуемо приводящей к гипоксии плода. Перинатальная смертность при данной патологии составляет 1,8-3,0% (Стрижаков А.Н. и др., 2004).

Исследование проведено в ОПБ Президентского перинатального центра. Проводилось УЗИ с доплерометрией кровотока в артериях пуповины плода и кардиотокография (КТГ) плода у 36 здоровых беременных и 101 беременной с гестозом. Диагностику тяжести гестоза осуществляли по бальной шкале Г.М. Савельевой (1999). Анализ кардиотокограммы проводился в соответствии с критериями Dawes/Redman с помощью компьютерной системы Oxford 8002. Рассчитывали среднюю арифметическую и ее ошибку ( $M \pm m$ ). Значимость различий между 2 группами рассчитывали по t-критерию Стьюдента ( $p$ ), между 3 группами по критерию Крускала-Уоллиса ( $pK-W$ ). Для оценки значимости различий между относительными величинами использовали критерий 2. Для выявления связи между количественными показателями проводили корреляционный анализ, качественными данными — рассчитывали коэффициент ассоциации (КА). Значимость различий считали приемлемой при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования: Легкая степень гестоза диагностирована у 41 беременной, средняя степень — у 47, тяжелая степень — у 13 беременных. Задержка внутриутробного развития плода по данным УЗИ наблюдалась значительно чаще при гестозе, чем у здоровых беременных:  $34,7 \pm 4,7\%$ , против  $2,8 \pm 2,7\%$  ( $p < 0,001$ ). При гестозе отставание в развитии до 2 недель беременности встречалось у 32 женщин, более 2 недель — в 3 случаях. Наиболее часто, в 29 случаях из 35, наблюдалась симметричная форма ЗВРП. Частота ЗВРП увеличивалась пропорционально тяжести гестоза: при легкой степени она наблюдалась в  $22,0 \pm 6,5\%$ ; при средней степени — в  $34,0 \pm 6,9\%$ ; при тяжелой степени — в  $76,9 \pm 11,7\%$  случаев ( $p < 0,01$ ).

Плацентарная недостаточность (ПН) различной степени выраженности наблюдалась в группе здоровых беременных в  $14,3 \pm 5,9\%$ , в группе с гестозом этот показатель составил  $46 \pm 5\%$  ( $p < 0,001$ ). Частота ПН также прогрессивно нарастала при утяжелении гестоза и составляла  $34,2 \pm 7,4\%$  при легкой степени,  $48,9 \pm 7,3\%$  при средней тяжести и  $75 \pm 12,5\%$  при тяжелой степени ( $p < 0,01$ ). Различий в частоте ПН в группах с различной длительностью гестоза не выявлено. Нарушение систолиадиастического отношения (СДО) в пуповинной артерии плода у здоровых беременных наблюдалось в  $26,7\%$ , при гестозе — в  $45,5\%$  ( $p > 0,05$ ).

При анализе базального ритма плода по данным КТГ различий между изучаемыми группами не найдено. Достоверно снижалось количество акцелераций при гестозе по сравнению со здоровыми беременными ( $4,2 \pm 0,6$  против  $5,7 \pm 0,7$  за 30 мин.;  $p < 0,05$ ). Уменьшение акцелераций происходило пропорционально усилению тяжести гестоза и составило при легкой степени тяжести —  $5,2 \pm 0,6$ ; средней степени тяжести —  $3,6 \pm 0,5$ ; тяжелой степени —  $2,6 \pm 0,9$  за 30 мин. ( $pK-W < 0,05$ ). Спорадические децелерации отмечались только у беременных с гестозом в 9,4%. При гестозе возрастала продолжительность низких интервалов частоты сердцебиений плода (ЧСС) плода, которая зависела от тяжести патологии. При легкой степени гестоза продолжительность низких интервалов в среднем составила  $2,0 \pm 0,7$  мин, при средней степени —  $5,7 \pm 1,5$  мин, при тяжелой степени —  $14,2 \pm 6,4$  мин ( $pK-W < 0,01$ ). У здоровых беременных данный показатель составил  $2,4 \pm 0,7$  мин. Достоверных различий в типе variability не выявлено, однако, немой (монотонный) ритм встречался только у женщин с гестозом и наблюдался в  $7,1 \pm 2,8\%$ .



Выявлены связи показателей УЗИ и КТГ с тяжестью гестоза и некоторыми клинико-лабораторными сдвигами, развивающимися при данной патологии. Так, акцелерации отрицательно коррелировали с тяжестью течения гестоза ( $r=-0,28$ ,  $p<0,01$ ), наличием головной боли ( $r=-0,28$ ,  $p<0,01$ ) протеинурией ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ), систолическим АД ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ), диастолическим АД ( $r=-0,33$ ,  $p<0,05$ ). Низкие эпизоды ЧСС плода коррелировали с тяжестью ( $r=+0,24$ ,  $p<0,05$ ) и длительностью течения гестоза ( $r=-0,37$ ,  $p<0,05$ ).

Степень ПН коррелировала с систолическим АД ( $r=+0,34$ ,  $p<0,001$ ), с выраженностью отеков по 4-х бальной шкале ( $r=+0,36$ ,  $p<0,001$ ), с головной болью ( $r=+0,57$ ,  $p<0,001$ ), с протеинурией ( $r=+0,31$ ,  $p<0,001$ ), систолическим АД ( $r=+0,21$ ,  $p<0,001$ ). Выявленная ЗВРП ассоциировалась с наличием протеинурии ( $KA=+0,29$ ,  $p<0,05$ ), отеков ( $KA=+0,39$ ,  $p<0,01$ ), головной боли ( $KA=+0,30$ ,  $p<0,01$ ).

Таким образом, при оценке состояния плода у беременных с гестозом необходим комплексный подход с учетом УЗИ и КТГ. Оценка внутриутробного состояния плода по данным инструментальных исследований отражает тяжесть гестоза, что необходимо учитывать при курации беременных.

## СОСТОЯНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТЕОПЕНИЕЙ

Гаспарян Н.Д., Григорьева Д.В., Демина Е.Б., Лебедева Е.А.  
*Россия, Москва, МОНИИАГ*

В процессе физиологически протекающей беременности происходит изменение функционирования всех систем организма матери, направленных на вынашивание плода. Поскольку для построения скелета плода требуются минеральные вещества, логично предположить, что при беременности происходит перераспределение кальция в организме, и создаются предпосылки для изменения кальций — фосфорного гомеостаза и костного метаболизма.

У здоровых беременных имеется достаточно широкий резерв компенсаторно-приспособительных реакций организма для поддержания кальций-фосфорного гомеостаза. При нормальной обеспеченности витамином Д организм легко адаптируется к недостатку кальция, благодаря активизации его всасывания в кишечнике. Однако те же самые нарушения в условиях гормональной перестройки при беременности могут вызвать остеопению.

Изучением состояния плотности костной ткани (ПКТ) у беременных начали заниматься только в последние годы. Вероятно, что камнем преткновения для изучения ПТК являлась невозможность использования при беременности рентгенологических методик. Внедрение в клиническую практику современных медицинских технологий, в частности метода ультразвуковой костной денситометрии, открыло новые возможности для ранней диагностики остеопенического синдрома у беременных.

Цель. Изучение плотности костной ткани в процессе гестации у беременных с остеопеническим синдромом.

Материалы и методы. Всего обследовано 180 беременных. Исходно при сроках гестации 10-12 недель всем пациенткам было проведено денситометрическое исследование на ультразвуковом аппарате Omnisens 7000 (Sunlight Medical, Израиль). Критериями включения явились наличие прогрессирующей беременности и отсутствие заболеваний, приводящих к снижению плотности костной ткани. В дальнейшем углубленное обследование прошли 145 беременных. Согласно рекомендациям ВОЗ, оценка состояния костной ткани проводилась по Т-критерию, который отражает отклонение от пиковых значений ПКТ у молодых здоровых людей. Снижение ПКТ на 1-2,5 стандартные девиации (SD) расценивается как остеопения, более чем на 2,5 SD — как остеопороз.

Результаты. В 1 триместре гестации снижение ПКТ было выявлено у 49 из 180 беременных. При этом в 42 случаях зарегистрирована остеопения, Т-score изменялся в пределах от -1,0 до -2,3, в

7 случаях — остеопороз (Т-score изменялся в пределах от -2,5 до -3,8). Ретроспективно в зависимости от результатов денситометрического исследования беременные были разделены на 3 группы. В I (контрольную) группу вошли 96 пациенток с нормальной ПКТ в процессе гестации. Методом слепой выборки II группу составили 29 беременных с остеопенией, выявленной в I триместре, которым был назначен Кальций Д3 Никомед по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 недель при сроках 10-12, 20-22 и 30-32 недели гестации. В III группу были включены 20 беременных с остеопенией, не получавшие лечения.

При первом осмотре 77,6% беременных с диагностированной остеопенией предъявляли жалобы на неспецифические симптомы кальциевой недостаточности, проявляющиеся в виде болей в костях, суставах, парестезий, ломкости ногтей, выпадения волос, судорог в икроножных мышцах, хромоту, что в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Проведенные нами исследования показали, что в процессе гестации у пациенток I группы значения ПКТ в лучевой и большеберцовой костях оставались в пределах нормативных значений (в лучевой кости ПКТ в I триместре гестации равнялось  $+0,3-0\pm 0,11$  SD, перед родами —  $+0,24\pm 0,11$  SD в большеберцовой кости —  $+0,8\pm 0,13$  SD, перед родами —  $+0,8\pm 0,12$  SD, соответственно).

Проведенный индивидуальный анализ показал, что у всех пациенток с остеопенией, выявленной в I триместре гестации, независимо от терапии, остеопения сохранялась перед родами. По результатам денситометрического обследования пациентки II и III групп были разделены на 3 подгруппы: подгруппу «А» составили беременные со снижением ПКТ в лучевой кости, в подгруппу «Б» — пациентки с остеопенией в большеберцовой кости и подгруппа «В» — с остеопенией в лучевой и большеберцовой костях.

ПКТ оценивали по динамике показателей денситометрии в процессе гестации. До лечения у беременных в подгруппе IА параметры ПКТ в лучевой кости равнялись в среднем  $-1,61\pm 0,11$  SD. После проведенной терапии к 3 триместру было выявлено замедление костных потерь ( $-1,59\pm 0,17$  SD) на фоне нормальных значений в большеберцовой кости до и после терапии. Во IБ подгруппе показатели ПКТ в процессе гестации в большеберцовой кости практически не изменялись (исходно  $-1,59\pm 0,11$  SD, в третьем триместре  $-1,71\pm 0,18$  SD), средние значения Т-критерия в лучевой кости оставались в пределах нормы (исходно  $-0,05\pm 0,11$  SD, перед родами  $-0,25\pm 0,17$  SD). Во IВ подгруппе, несмотря на проводимое лечение, была отмечена тенденция к снижению показателей ПКТ в лучевой кости (в I триместре  $-1,56\pm 0,15$  SD, в 3 триместре  $-1,96\pm 0,26$  SD), а в большеберцовой кости отмечалась тенденция к повышению значений ПКТ, составляя в среднем перед родами  $-1,62\pm 0,36$  SD (до лечения  $-2,07\pm 0,29$  SD). У беременных III группы с некоррегированной остеопенией имелась тенденция к ухудшению показателей ПКТ во всех обследуемых точках. У пациенток IIIА подгруппы средние параметры ПКТ в лучевой кости к 3 триместру гестации имели тенденцию к ухудшению (исходно  $-1,18\pm 0,11$  SD, в 3 триместре  $-1,38\pm 0,24$  SD). Показатели ПКТ в большеберцовой кости у беременных IIIБ подгруппы достоверно снижались: в I триместре гестации в среднем равнялись  $-1,59\pm 0,11$  SD, перед родами —  $-2,03\pm 0,20$  SD, ( $p 0,05$ ). При этом в лучевой кости была выявлена тенденция к снижению ПКТ, значения которой к концу гестации оставались в пределах нормы. В IIIВ подгруппе показатели ПКТ в обеих исследуемых костях имели тенденцию к ухудшению (в сроке 10-12 недель —  $-1,56\pm 0,15$  SD, в сроке 30-32 недели —  $-1,83\pm 0,33$  SD в лучевой кости и  $-2,07\pm 0,29$  SD,  $-2,23\pm 0,35$  SD в большеберцовой кости, соответственно).

После проведенного лечения в группе беременных с остеопенией жалобы уменьшались: в 3 триместре беременности их предъявляли только 51,7% женщин. Несмотря на то, что в I группе у всех пациенток ПКТ была в пределах нормативных показателей в процессе гестации, жалобы на неспецифические симптомы кальциевой недостаточности по мере прогрессирования беременности увеличивались. В I триместре гестации предъявляли жалобы на неспецифические симптомы кальциевой недостаточности 32% беременных, в 3 триместре — 54,6%.

Вывод. Таким образом, у беременных с остеопенией, получавших лечение препаратом Кальций-Д3 Никомед, перед родами было отмечено замедление костных потерь, в то время как у беременных со сниженной ПКТ, не получавших препараты кальция во время гестации, было выявлено прогрессирование костных потерь.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП И СОМАТОТИПОВ

Гладкая В.С., Егорова А.Т.

Россия, Красноярск, ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Современная антропология с ее уникальными возможностями количественной оценки физического статуса организма человека в различные периоды его онтогенетического цикла является фундаментом для разработки всех научных направлений, занимающихся проблемой здоровья человека.

Знание особенностей репродуктивной функции у представительниц разных соматотипов может служить надежным прогностическим критерием, для наиболее рационального ведения беременности, родов, и своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий. Клиническая антропология позволяет обеспечивать именно такой подход.

Исследования, касающиеся физического статуса, здоровья женщин детородного возраста в зависимости от конституции и этнической принадлежности, а также особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин республики Хакасия не проводились.

Цель исследования: выявить взаимосвязь течения беременности, родов от этнических и конституциональных особенностей физического статуса женщин — хакасок.

Материалы и методы исследования: Проводился ретроспективный анализ медицинских документов у обследованных женщин. Данные заносились в специально разработанные нами анкеты.

Всего обследовано 374 женщины детородного возраста (225 женщин коренной национальности (хакасок) и 149 женщин европеоидок). Все обследованные женщины находились в возрасте от 16 до 35 лет. Этническая принадлежность устанавливалась на основании опроса, для исключения метизации учитывались три поколения. Всем 374 женщинам проведено комплексное антропометрическое исследование с определением конституционального и соматического типов по схеме В.П. Чтецова и соавт. (1979). Результаты антропометрических измерений фиксировались в «Карте антропометрических исследований». Проведен расчет площади поверхности тела, определен компонентный состав тела по формулам Matiegka (1921). Пельвиометрия проводилась с учетом общепринятых рекомендаций. Определение соматотипа проводилось с применением компьютерной программы «SOMA» по И.Б. Галанту (1927) в модификации В.П. Чтецова (1979). Массо-ростовые соотношения оценивались по индексу Кетле в модификации T.G. Cole et al. (2000) или индексу массы тела (ИМТ).

Результаты и их обсуждение: Женщины-европеоиды по большинству измерительных и расчетных признаков оказались крупнее, чем хакасы.

Соматотипическая диагностика по методу В.П. Чтецова выявила существенные этнические различия: среди женщин коренной национальности преобладает лептосомная конституция — у 67,1% обследованных, что обусловлено малым ростом (ниже 161 см), мегалосомная у 16,9%, мезосомная у 16,0%. Среди женщин-европеоидов преобладают представительницы мегалосомной конституции (61,1%), лептосомная конституция выявлена у 31,5%, мезосомная — 7,4%. Среди женщин коренной национальности достоверно чаще, встречался стенопластический (59,1%;  $p < 0,001$ ) и пикнический соматотип (15,1%;  $p < 0,01$ ). Среди женщин-европеоидов досто-

верно чаще, чем у хакасок выявлен субатлетический тип — 48,3% ( $p < 0,001$ ) и эурипластический — 10,7% ( $p < 0,01$ ). Астенический, мезопластический и атлетический типы у женщин-хакасок и европеоидов достоверно не различались.

Средние значения ИМТ у женщин коренной национальности составляют  $23,42 \pm 0,28$  кг/м<sup>2</sup>. Большинство (63,55%) обследованных женщин-хакасок имеют величину ИМТ, соответствующую нормальной массе тела; излишняя масса тела регистрировалась в 20,9% случаев; ожирение в 7,55%, а недостаток массы тела определялся у 8% женщин. Выявлены этнические различия по количеству абсолютной и относительной костной массы в каждой конституциональной группе.

У женщин-европеоидов все значения размеров большого таза достоверно ( $p < 0,001$ ) больше, чем у женщин-хакасок. Среди европеоидов таз нормальной формы встречался у 73,8% достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще, чем у женщин-хакасок (35,6%). Среди женщин-хакасок чаще, чем у европеоидов встречался поперечносуженный таз (29,8%), общеравномерносуженный (20,9%) и простой плоский таз (12,4%), при достоверности ( $p < 0,001$ ).

Течение родового акта у женщин коренной национальности характеризуется меньшей продолжительностью родов, как у первородящих, так и у повторнородящих ( $8,45 \pm 0,36$  час. и  $5,38 \pm 0,23$  час. соответственно). А также достоверным увеличением частоты быстрых (17,3%) и стремительных (8,0%) родов. Осложненное течение родов чаще наблюдалось у женщин-европеоидов (67,1%), чем у женщин-хакасок (60,9%). Родоразрешение путем операции кесарево сечение у женщин-хакасок проведено в 10,7%, а у европеоидов — 18,8% случаев.

Осложненное течение беременности у женщин коренной национальности выявлено в 80,4% случаев, достоверно не отличалось от европеоидов, и в 39,1% случаев беременные находились на стационарном лечении. Осложнения первой половины беременности у женщин-хакасок встречались реже, чем у европеоидов.

Среди женщин коренной национальности преобладали повторно (65,8%) и многорожавшие женщины (14,7%) при достоверности ( $p < 0,01$ ).

Выводы: 1. Комплексная оценка физического статуса женщин коренной национальности Республики Хакасия детородного возраста (16-35 лет), выявила, что при длине тела  $155,36 \pm 0,38$  см и массе  $56,51 \pm 0,69$  кг относительные показатели жирового компонента составили  $25,37 \pm 0,5\%$ , мышечного —  $39,42 \pm 0,2\%$  и костного —  $10,45 \pm 0,09\%$ . Большинство женщин-хакасок (67,1%) имеют лептосомную конституцию и астенические и нормостенические типы телосложения (44,4% и 41,8% соответственно).

2. Женщины-европеоиды, отличаются достоверно большими габаритными (длина тела  $162,40 \pm 0,52$  см и масса  $62,66 \pm 1,04$  кг) и компонентными параметрами тела. Соматотипическая диагностика выявила преобладание женщин с мегалосомной конституцией (61,1%), с астеническим (55,7%) и нормостеническим (38,9%) типами телосложения.

3. Сравнительный анализ пельвиометрических параметров женщин различных этнических групп выявил достоверно меньшие их значения у женщин коренной национальности и могут использоваться в качестве нормативных показателей. Среди женщин-хакасок в 64,4% случаев выявлен анатомически узкий таз. Среди форм узкого таза преобладает поперечносуженный таз — 29,8%.

5. Осложнения первой половины беременности у хакасок встречаются в два-три раза реже, чем у европеоидов (28,4% и 51,7%; 8,4 и 25,5% соответственно). Поздний гестоз чаще регистрировался среди женщин пикнического типа независимо от этнической принадлежности: среди женщин-хакасок в 32,3% случаев, у европеоидов — в 37,5% случаев.

## ВЛИЯНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ НА МАТОЧНУЮ АКТИВНОСТЬ

Голубева О.В.

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

Цель исследования — изучить эффективность индукции родов синтетическим простагландином E1 у беременных групп высокого риска.

Материал и методы исследования: У 32 беременных применялся мизопростол при преждевременном излитии околоплодных вод в половинной дозе (100 мкг или половина таблетки) перорально вместе с пищей и в 59 случаях индукция родов осуществлялась мизопростолом, вводимым вагинально в дозе 50 мкг каждые 3 часа. Проводился клинический анализ течения беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного, частоты оперативного родоразрешения. Проводилась оценка сократительной деятельности матки и состояние плода кардиотокографией, амниоскопией, ультразвуковыми методами исследования и доплерометрией.

Результаты и их обсуждение: Применение мизопростола при преждевременном излитии околоплодных вод в дозе 100 мкг (половина таблетки) перорально вместе с пищей является эффективным методом индукции родов у 92% беременных по сравнению с группой сравнения. Средний временной интервал при использовании мизопростола и начала регулярных схваток составил 7,5 часа против 15 часов в контроле. Не выявлено отрицательного влияния данного способа индукции родов на частоту спонтанного возникновения родовой деятельности, оперативного родоразрешения, неонатальных исходов.

В 59 случаях индукция родов осуществлялась мизопростолом, вводимым вагинально в дозе 50 мкг каждые 3 часа (1/4 таблетки). Установлено, что при использовании мизопростола регулярные схватки развивались менее, чем через 2 часа после введения препарата в 33 случаях, в 26 случаях свыше двух часов. Общая продолжительность родов у первородящих составила 6,72 ± 0,8 часа, у повторнородящих — 4,2 0,3 часа. Роды через естественные родовые пути произошли у 54 беременных. Операция кесарева сечения была у 5 рожениц (клинически узкий таз, высокая степень миопии, аномалии вставления головки в сочетании с крупным плодом), а также отсутствие эффекта от родовозбуждения при многоплодной беременности (двойня на сроках беременности 37-38 недель, а также слабости родовой деятельности в сочетании с гипоксией плода).

Преждевременное излитие околоплодных вод отмечено у 15 беременных, раннее излитие вод было у 16 женщин. Таким образом, несвоевременное излитие вод отмечено у 31 женщины и у 28 — своевременное излитие вод. При этом излитие околоплодных вод до приема мизопростола отмечено у 14 женщин, при безводном промежутке менее 2 часов у 5 женщин и свыше 2 часов у 29 женщин. Амниотомия произведена с целью родовозбуждения после введения мизопростола у 10 женщин. Оценка состояния новорожденных детей по шкале Апгар 8 баллов отмечена у 38 детей, 7 баллов — у 17 детей и 6 баллов — у 6 новорожденных. (у двух детей при операции кесарева сечения и у 1 ребенка с гипотрофией плода).

Таким образом, общая продолжительность родов при применении мизопростола существенно короче, чем при индукции родов традиционными методами. Продемонстрировано, что при применении мизопростола происходит уменьшение частоты несвоевременного излития околоплодных вод. Асфиксия новорожденного легкой степени отмечена у 3 (5,08%) и то лишь при оперативном родоразрешении. Применение мизопростола приводит к появлению маточных сокращений, развитию регулярной родовой деятельности на фоне оптимальной готовности к родам, то есть достижению родовозбуждающего эффекта при вагинальном применении мизопростола в дозе 50 мкг каждые 3 часа (3-5 доз для достижения адекватной родовой деятельности). В дальнейшем может быть применена инфузия окситоцина. Ни в одном случае не выявлено гиперстимуляции матки и осложнений у матери и

плода. Вагинальное применение мизопростола уменьшает частоту инфузии окситоцина в родах и уменьшает частоту абдоминального родоразрешения. В настоящее время вагинальный путь применения мизопростола оказывается более предпочтительным.

Заключение: Пероральный прием мизопростола является очень удобной формой и эффективным методом, но существует опасение у ряда клиницистов, что он может привести к неприемлемо высокой частоте гиперстимуляции матки, а также возможности разрыва матки. Поэтому при использовании мизопростола требуется тщательный и постоянный мониторинг за маточной активностью, чтобы вовремя диагностировать возможную гиперстимуляцию матки, а также гипертонус матки. У пациенток с незрелой шейкой матки использование мизопростола для созревания шейки матки отчетливо повышает успех индукции родов. Мизопростол в применявшихся нами дозировках и способах его введения (перорально, вагинально) является безопасным, эффективным и недорогим средством для его использования с целью ускоренного созревания шейки матки и индукции родов. Дальнейшие исследования позволят лучше определить его оптимальное применение в акушерской практике.

## ВЛИЯЕТ ЛИ КОЛИЧЕСТВО КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ В АНАМНЕЗЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОПЕРАЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА?

Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н.

Россия, Москва, ГУ НЦАГиП

На современном этапе развития акушерской науки кесарево сечение (КС) является самой распространенной операцией, составляя в среднем 11-29% от общего количества родов, достигая 40% и более в крупных родовспомогательных учреждениях. За последние 15-20 лет отмечается рост частоты КС во всем мире, что неизбежно влечет за собой увеличение количества женщин с рубцом на матке. Рубец на матке во многих странах занимает 1-ое место среди показаний к повторному КС, составляя 15-23% (Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., 2004). Существует ряд исследований, подтверждающих риск повторного КС и высокую частоту связанных с ним осложнений. Некоторые авторы доказывают, что количество КС в анамнезе не влияет на риск для матери и плода, другие же, наоборот, приводят данные, свидетельствующие об увеличении материнской и детской заболеваемости с каждым последующим КС.

Цель нашего исследования заключалась в изучении влияния количества перенесенных женщиной в прошлом КС на течение последующей беременности, операции, послеоперационного периода и состояние новорожденных.

Мы провели проспективное исследование 2-х групп беременных женщин с КС в анамнезе и родильниц после повторного КС:

1 группа — 50 женщин с одним КС в анамнезе;

2 группа — 40 женщин с двумя и более (3, 4) КС в анамнезе.

Изучалась медико-социальная характеристика групп, особенности течения и осложнения беременности, операции, послеоперационного периода, а также состояние новорожденных. В динамике во время беременности проводилось УЗ исследование с проведением фетометрии, плацентометрии, оценки состоятельности нижнего маточного сегмента (области предыдущего разреза) на основании толщины, эхоструктуры, непрерывности. Учитывая высокую разрешающую способность, мы применили для диагностики области рубца на матке магнитно-резонансную томографию (МРТ). Исследованию подверглись 15 беременных при сроке беременности 34-35. Доплерометрическое исследование состояния фетоплацентарной системы проводилось в 28-33 недели всем беременным. В послеоперационном периоде УЗИ производили на 5-ые сутки для выявления динамики инволюции матки, характера содержимого ее

полости, состояния швов на матке и передней брюшной стенке. Во время операции оценивалось состояние нижнего маточного сегмента — толщина, наличие макроскопически определяемого рубца, его плотность, а также место расположения плаценты, наличие спаечного процесса в брюшной полости, величина кровопотери. Производилась оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.

Средний возраст пациенток обеих групп практически не отличался —  $32,1 \pm 5,7$  и  $32,4 \pm 6,5$  соответственно. Большая часть женщин в обеих группах имела высшее образование, но работали во 2-ой группе лишь 43% женщин, что достоверно ниже, чем в 1-ой (68%). Практически все женщины состояли в официальном браке. Заслуживает внимания то, что большинство женщин обеих групп имели отягощенный соматический (70% и 62,5%) и акушерско-гинекологический (58% и 65%) анамнез. У женщин 2-ой группы достоверно чаще встречались аденомиоз, миома матки, хронический аднексит. В обеих группах отмечалась высокая частота урогенитальных инфекций (46% и 45%).

Осложнения беременности имели 90% женщин 1-ой группы и 100% женщин 2-ой группы. С высокой частотой встречалась угроза прерывания беременности, достоверно преобладая во 2-ой группе (48% и 70%,  $p < 0,05$ ). Анемия также чаще сопровождала беременность у женщин 2-ой группы (10% и 30%,  $p < 0,05$ ), что, по-видимому, связано с высоким паритетом и небольшим интервалом между беременностями. В обеих группах имела место фето-плацентарная недостаточность (20% и 25%) с преобладающим нарушением маточно-плацентарного кровотока. Наличие рубца на матке, очевидно, ведет к нарушениям кровотока преимущественно в этом звене. Внутриутробная задержка развития плода диагностирована у 8% женщин 1-ой группы и у 10% женщин 2-ой группы. Отслойка нормально расположенной плаценты произошла у 1-ой женщины (20%) 1-ой группы; предлежание плаценты имело место у 1-ой женщины (20%) из 1-ой группы и у 1-ой женщины (20%) из 2-ой группы.

Данные УЗИ о состоянии нижнего сегмента матки (области предполагаемого рубца) совпали с интраоперационными в 1-ой группе в 80% случаев, во 2-ой группе — в 65%. Результаты МРТ подтвердились на операции лишь в 70%, причем неверные результаты распределились поровну между гипердиагностикой несостоятельности рубца и ее недооценкой. Вышеизложенные данные позволяют сделать вывод об отсутствии преимуществ МРТ перед УЗИ в отношении диагностики состояния рубца на матке, принимая во внимание высокую стоимость исследования.

Средний срок беременности к моменту родоразрешения в 1-ой группе составлял  $37,9 \pm 0,1$  недель (от 35 до 39 недель). В экстренном порядке КС произвели в 1-ой группе у 10 (20%) женщин, из них по подозрению на несостоятельность рубца родоразрешили 4-х (40%) женщин. В одном случае срок беременности составил 35 недель. Несостоятельность рубца на матке подтвердилась во время операции во всех 4 случаях. В 9 случаях несостоятельность рубца явилась случайной находкой, причем у 2-х женщин имело место распознание рубца. Во 2-ой группе срок беременности к моменту родоразрешения составлял  $36,5 \pm 0,4$  недель (от 31 до 38 недель). В экстренном порядке родоразрешено 26 (65%) беременных, ( $p < 0,05$ ). Подозрение на несостоятельность рубца являлось поводом для КС у 16 (61,5%), при этом у 10 (62,5%) женщин срок беременности составлял от 33 до 36 недель. Несостоятельность рубца на матке подтвердилась в 6 (37,5%) случаях из 16, что свидетельствует о несовершенстве диагностики данной патологии. В 4 случаях несостоятельность обнаружена лишь на операции.

Во 2-ой группе операции были достоверно длительнее ( $60,27 \pm 4,01$  мин и  $78,56 \pm 4,2$  мин), что, по-видимому, связано с более выраженным спасчным процессом (18% и 28%). Трудности при извлечении плода чаще возникали во 2-ой группе. Ожидание значительной разницы между группами в частоте таких показателей, как предлежание плаценты, несостоятельность рубца на матке, себя не оправдало — показатели достоверно не отличались. Перевязка маточных труб во 2-ой группе женщин производилась значительно чаще (8% и 40%), но более 50% женщин от нее отказались, несмотря на наличие всех условий.

Средний вес рожденных детей в 1-ой группе составил  $3330 \pm$

476 гр, рост —  $50 \pm 2$  см, во 2-ой группе —  $3125 \pm 427$  гр ( $p < 0,05$ ) и  $49 \pm 1$  см ( $p < 0,05$ ). В 1-ой группе родилось 4 (8%) недоношенных новорожденных, во 2-ой группе — 16 (40%) новорожденных. Доля (%) новорожденных с оценкой по шкале Апгар  $> 7$  на 1-ой минуте жизни в 1-ой группе составила 70%, во 2-ой — 60% ( $p < 0,05$ ), на 5-ой минуте жизни в 1-ой группе — 100%, во 2-ой — 95%. Обращает внимание достаточно высокая заболеваемость новорожденных в обеих группах (асфиксия различной степени тяжести, внутриутробная пневмония, синдром возбуждения или угнетения ЦНС) — 36% и 70% соответственно,  $p < 0,05$ . Причиной высокой заболеваемости детей 2-ой группы можно считать большое количество преждевременного родоразрешения.

Становление лактации у 86% и 85% женщин соответственно произошло на 3-и — 4-е сутки послеоперационного периода, разницы между группами не отмечено.

Средний койко-день составил в 1-ой группе  $8 \pm 0,34$ , во 2-ой группе  $8,39 \pm 0,47$ , т.е. практически одинаковый. В обеих группах послеоперационный период осложнился анемией — 26% и 40% соответственно ( $p < 0,05$ ). По-видимому более высокий процент во 2-ой группе можно объяснить тем, что у родильниц 2-ой группы чаще во время беременности имела место анемия. Кроме того, достаточно высокая частота анемии, в послеоперационном периоде по-видимому, является следствием недооценки величины кровопотери во время операции. Из других осложнений у женщин 1-ой группы лишь в 1 случае (20%) имела место подапоневротическая гематома; во 2-ой группе в 1 случае (2,5%) — гематометра, диагностированная при ультразвуковом исследовании; в 1 случае (2,5%) — расхождение шва на передней брюшной стенке, у 1-ой родильницы (2,5%) — тромбоз вен голени. По данным УЗИ на 5 суток после операции ширина полости матки в 1-ой группе составила в среднем  $0,3 \pm 0,08$  см; во 2-ой группе  $0,7 \pm 0,13$  см.

В заключении, следует отметить, что женщины с двумя и более КС в анамнезе представляют группу риска по ряду соматических, гинекологических и акушерских проблем. Учитывая высокий процент преждевременного родоразрешения из-за неоправданного подозрения на несостоятельность рубца, с одной стороны, и высокую частоту не диагностированной до операции несостоятельности рубца, с другой стороны, необходимо совершенствовать методы диагностики состояния рубца у беременных. Достаточно низкий процент стерилизации женщин с повторными КС в анамнезе диктует необходимость выбора других видов контрацепции, оптимальных для данного контингента.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Гурьянова М.В.**

*Россия, Тверь, ГУЗ Тверской областной кожно-венерологический диспансер*

В настоящее время проблема вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции является одной из важных в здравоохранении.

В Тверской области за последние годы произошло увеличение доли полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Увеличился процент вовлечения женщин в эпидемию ВИЧ. В 2000 и 2005 годах эти цифры 23% и 42% соответственно. Подавляющее большинство из них находится в фертильном возрасте. Ежегодно увеличивается количество беременностей и родов у серопозитивных женщин.

Года	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин	9	23	59	97	128	116

С 2001 года в Тверской области проводится профилактика вертикального пути передачи ВИЧ, которая предусматривает комплексное лабораторное обследование беременной женщины, проведение химиопрофилактики антиретровирусными препаратами во время беременности, в родах и ребенку после рождения, ограничение инвазивных процедур во время беременности и родов, исключение грудного вскармливания. Так в 2005 году химиопрофилактика вертикального пути передачи ВИЧ проведена в 107 из 116 случаев закончившейся беременности.

Диагностика ВИЧ-инфекции детей, рожденных от серопозитивных матерей проводится вирусологическими и серологическими методами обследования. Забор крови на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) осуществляется в 2 и 6 месяцев. Обследование на обнаружение антител к ВИЧ методами иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунного блота (ИБ) проводится при рождении ребенка, далее в 6, 9, 12 и 18 месяцев. Снятие с учета осуществляется комиссионно с учетом следующих данных: возраст ребенка 18 месяцев и старше, отрицательные результаты обследования в ИФА и ИБ при отсутствии гипогаммаглобулинемии, отсутствие клинических проявлений заболевания. Дети с установленным диагнозом находятся на диспансерном наблюдении в течение всей жизни.

На 1.12.07 в Тверской области диагноз ВИЧ-инфекция выставлен 59 детям, 56 из них рождено от ВИЧ-позитивных матерей.

Таким образом, в Тверской области:

- ежегодно возрастает количество ВИЧ-инфицированных женщин, принимающих решение о рождении ребенка.

- увеличивается количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция.

Для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку необходимо:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции среди женщин фертильного возраста

- своевременная и полная диспансеризация беременных

- проведение химиопрофилактики во время беременности, в родах и после рождения ребенка.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Грибко Т.В., Щербаква О.Л., Болвачева Е.В.

Россия, Смоленская Государственная медицинская академия

Наиболее частым методом оперативного родоразрешения в современном акушерстве является операция кесарева сечение, частота которого составляет от 11% до 50% в различных медицинских учреждениях. Как правило, у женщин, имеющих в анамнезе первое кесарево сечение, при последующих беременностях производят родоразрешение повторно оперативным путем в плановом порядке, до начала родовой деятельности, в сроке 38-39 недель. В связи с этим возникает вопрос, как протекает ранняя адаптация новорожденных, которые родились путем повторного кесарева сечения.

Целью исследования явилось изучение особенностей ранней адаптации новорожденных от матерей, имеющих рубец на матке в зависимости от способа родоразрешения.

Обследовано 19 пар мать-дети, после родов через естественные родовые пути (первая группа) и 22 пары мать-дети после повторной операции кесарево сечение, выполненной в плановом порядке. У всех женщин в анамнезе имелась одна операция кесарево сечение. Пациентки обеих групп по возрасту, перенесенным и сопутствующим экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям, течению данной беременности были сопоставимы.

Роды у подавляющего большинства женщин первой группы наступали в при сроке беременности 40 недель, за исключением двух самостоятельных родов в 37 недель. Во второй группе боль-

шинство беременных (86%) родоразрешены путем планового кесарева сечения в 38 недель беременности и только 14% при сроке беременности 39-40 недель.

Продолжительность родов у женщин первой группы в среднем составила 5,5 часов + 28 минут. У каждой третьей женщины роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности и родостимуляцией окситоцином. Раннее излитие околоплодных вод произошло у 12,5% родильниц первой группы.

Родилось 16 живых доношенных детей, средней массой 3348,0 + 07,0 граммов. Все новорожденные на первой минуте были оценены по шкале Апгар 8,13+ 0,06 баллов, на пятой минуте 93,8% младенцев получили по шкале Апгар 9 баллов.

У женщин родоразрешенных оперативно родилось 22 живых доношенных новорожденных средней массой 3483,2+ 94,1 грамма. Оценка по шкале Апгар у детей этой группы была достоверно ниже на первой минуте ( $R < 0,01$ ) и составила всего 7,8 + 0,08 балла. Оценка по шкале Апгар у каждого 4 ребенка второй группы имела монотонный характер, что подтверждало нарушение самых ранних процессов адаптации младенцев после рождения.

На пятой минуте достоверных различий в оценке по шкале Апгар у новорожденных обеих групп мы не выявили. Однако, дети второй группы, получившие более низкую оценку на первой минуте жизни, в 30% случаев потребовали масочной вентиляции легких, так как родились в состоянии вторичного апноэ.

В удовлетворительном состоянии родилось 81,3% новорожденных первой группы и только 66,6% во второй группе. В состоянии средней тяжести в 2,6 раза больше родилось детей появившихся на свет путем абдоминального кесарева сечения до начала родовой деятельности. Тяжесть состояния этих детей была обусловлена признаками морфологической и функциональной незрелости (45,5%). В первой группе таких детей было всего 6,3%. С синдромом задержки фетальной жидкости родилось во второй группе 6 детей (27,2%), в первой группе таких детей нам не встретилось, за исключением двоих новорожденных, которым был выставлен диагноз ателектазы легких на фоне функциональной незрелости. Во второй группе таких детей было в три раза больше.

Пастозность лица, мягких тканей головы, стоп и голеней была выявлена у 18,7% новорожденных первой группы и у 72,7% новорожденных второй группы. Отечный синдром носил преходящий, кратковременный характер, ликвидировался самостоятельно на 3-4 сутки раннего неонатального периода. Однако у каждого 4 ребенка второй группы, отечный синдром был второй степени, носил более распространенный характер и ликвидировался только к концу раннего неонатального периода.

Неврологические расстройства гипоксического характера были выявлены у 12,5% новорожденных первой группы и у 27,2% детей второй группы. Во второй группе преобладал синдром умеренного угнетения ЦНС, что настораживало в плане сохранения неврологической симптоматики на первом месяце жизни.

Физиологическая желтуха встречалась у новорожденных обеих обследованных групп. Однако в первой группе она диагностирована у 25% новорожденных, в то время как у детей второй группы желтушное окрашивание кожных покровов имело более чем у 50% новорожденных. В два раза чаще во второй группе новорожденных желтушное окрашивание кожных покровов имело более интенсивный характер, а показатели непрямого билирубина превышали 250 мкмоль/л на 4-е сутки жизни.

Убыль первоначальной массы тела у детей обеих групп не превышала физиологические пределы и составила 4,58% в первой группе и 4,74% во второй группе. Однако к моменту выписки из родильного дома 31,3% новорожденных первой группы восстановили свой первоначальный вес и только 16,6% детей второй группы выписаны домой с восстановленной массой тела.

Таким образом, родоразрешение женщины с рубцом на матке через естественные родовые пути является методом выбора для профилактики дисадаптационного синдрома ее будущего младенца. При наличии показаний для оперативного родоразрешения, за исключением экстренных ситуаций, целесообразно проводить операцию при сроке беременности 40 недель или с началом родовой деятельности.

## **ИСТЕРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**Гуткевич Е.В.\* , Перчаткина О.Э.\* , Габитова Н. А., Мороз Н.Н.\*\* , Бухарина И.Ю.**

*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ; ГУ Научно-исследовательский психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук\*; родильный дом №4 г.Томска\*\**

Многочисленные исследования показывают, что гиперандрогения (ГА) является фактором риска развития акушерских осложнений. Высокая частота патологии беременности у женщин с ГА, вероятно, объясняется анатомо-функциональной неполноценностью полового аппарата — генитальный инфантилизм, нарушения функции яичников и др. Также при ГА наблюдаются различные соматические, эндокринные отклонения, свидетельствующие об общей несостоятельности функционирования организма.

Инфантилизм — биологический, психофизиологический и психический является базисом истерических состояний. Истерия — одна из наиболее сложных и многообразных форм психических расстройств (Семке В.Я., 1999). Истерики чаще всего обращаются с семейными и сексуальными проблемами, среди которых чаще всего выявляются ссоры с супругом, супружеские измены, развод, алкоголизация одного из супругов, ухудшение взаимоотношений в семье, проблемы с детьми, семейная отягощенность соматическими заболеваниями. При истерии факторами декомпенсации выступают гормональные перестройки, связанные с беременностью. Следовательно, можно предположить наличие истерических черт у беременных женщин с ГА и сопутствующей соматической патологией.

Для определения этого проведено пилотное исследование 15 беременных с ГА в возрасте 17-33 лет с основными диагнозами: угроза прерывания беременности и преждевременных родов, хроническая гипоксия плода, многоводие, гестоз легкой степени. Беременности по счету были 1-4. Роды имела 1 женщина. Соматическая патология у обследуемых представлена хроническим пиелонефритом, циститом, хроническими заболеваниями ЖКТ, диффузным зобом, ВСД по гипотоническому и гипертоническому типу, ожирением, анемией. У одной женщины была эпилепсия.

Для определения уровня информированности женщин о медико-генетическом консультировании использовалась оригинальная «Анкета консультирующегося» (Гуткевич Е.В., 2003). Психологическое исследование проводили с помощью тестов-опросников, измеряющих уровень мотивации достижения и уровень мотивации одобрения в баллах (Психологические тесты, 1999). Мотивация достижения является одним из ядерных свойств личности (Морогин В.Г., 2003), показана тесная связь между уровнем мотивации достижения и успехом в жизнедеятельности. Уровень мотивации одобрения, как стремления заслужить одобрения значимых окружающих людей, существенно влияет на качество взаимоотношений с другими людьми и со своим будущим спутником жизни.

Показано, что большинство женщин, имевших представления о таких нервно-психических расстройствах, как неврозы, алкоголизм, судороги, умственная отсталость, не знали какую роль играет наследственность в их возникновении. О существовании медико-генетического консультирования знали около половины опрошенных от врача, родственников или знакомых, из СМИ. При вступлении в брак и планировании рождения детей большая часть респондентов не учитывала состояния здоровья (в том числе, психического) супруга и его родственников. При этом пятая часть женщин затруднились при ответе на вопрос, как бы они отнеслись к советам врача-генетика относительно риска проявления наследственного (в том числе, психического) заболевания у детей. Остальные такие советы приняли бы во внимание.

Опрошенные характеризовались тем, что они, в основном, принимают ответственные решения в жизни быстро или обычно избегают самостоятельных решений; пользуются в жизни прогнозами

(предсказаниями) в различных жизненных ситуациях; их сильно расстраивает необходимость отказаться от задуманного; окружающие считают их любителями нового, разнообразия, даже риска. При этом следует отметить некоторые черты ригидности: так, они обычно нелегко избавляются от каких-либо переживаний, беспокойства, тревоги и их можно считать человеком, которого трудно в чем-то переубедить. В результате исследования по шкале оценки потребности в достижениях в большинстве случаев отмечен низкий уровень, однако, по значениям среднего балла приближающийся к среднему уровню. Для опрошенных характерна недостаточная выраженность стремлений к улучшению результатов, достижению целей. По шкале оценки мотивации одобрения также определен низкий и средний уровень. Качественными характеристиками мотивации одобрения были определены такие: «Я и мое отношение к другим в позитивной оценке (я — хороший)» и «Элементы негативного отношения к себе и другим». Большие баллы определены для первой характеристики. Негативное отношение характеризуется тем, что пациенты любят позлословить об отсутствующих и пользуются оплошностью людей.

Таким образом, данные пилотного исследования показывают, что беременные женщины с ГА характеризуются некоторыми чертами инфантилизма и истерическими особенностями, что следует учитывать при организации лечебно-профилактических программ.

## **ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА**

**Даутова Л.А., Ящук А.Г., Магафуров Р.Ф., Швеченко Я.Р., Валиева Э.Р., Рябошапкина О.В., Мохова М.А., Искандерова А.Р.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Акушерские кровотечения занимают одно из основных мест в структуре осложнений беременности, родов и послеродового периода, продолжая оставаться ведущей причиной материнской смертности, как в России, так и в большинстве стран мира. Из 500 000 летальных исходов беременности и родов, 30% вызваны кровотечениями. Изменение возрастного контингента рожениц, рост частоты экстрагенитальной и акушерской патологии, увеличение удельного веса оперативного родоразрешения по РФ с 14,3 до 15,9% за последнее пятилетие существенно повлияли на неблагоприятную динамику акушерских кровотечений вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, массивных кровотечений и развития синдрома ДВС при «послешоковых состояниях», дефектах системы гемостаза, при операции кесарева сечения и др. Несмотря на совершенствование техники кесарева сечения, использование современных шовных материалов, повышение качества анестезиологического обеспечения, кровотечение представляет собой грозное осложнение данной операции. Его частота при оперативном родоразрешении в 4-5 раз выше, чем при родах через естественные пути. Все вышеизложенное является основанием для внедрения мер действенной профилактики и лечения кровотечений, целенаправленной подготовки к родоразрешению беременных группы высокого риска развития массивных кровотечений и материнской смертности.

Проблема оказания медицинской помощи при тяжелых акушерских кровотечениях требует своевременного, адекватного решения с диагностических, организационных, тактических и лечебных позиций, нуждается в привлечении высококвалифицированных человеческих и дорогостоящих материальных ресурсов. Инфузионно-трансфузионная терапия данного осложнения включает в себя использование компонентов донорской крови, что подразумевает обеспечение инфекционной безопасности донора и

минимального риска трансфузиологических осложнений, а также защиту врача и пациентки от этических и юридических проблем, возникающих при спасении жизни женщины, но развитии ятрогенных поражений. В современной литературе имеются работы, по использованию методов «бескровной хирургии», альтернативных гемотрансфузии, которые позволяют сократить применение донорской крови, исключить возможные трансфузиологические осложнения и сберечь собственную кровь больного. К этим методам относятся лекарственные средства, стимулирующие выработку гемоглобина, неинвазивные хирургические методики, методы воздействия на систему свертывания, предоперационная заготовка компонентов аутокрови, интраоперационная гемодиллюция и реинфузия крови. Предоперационная заготовка аутоплазмы как донатора факторов свертывания позволяет предупредить или быстро компенсировать гемокоагуляционный потенциал, полностью исключая пострасфузионные осложнения. Цель нашей работы явилась оценка клинической эффективности метода предоперационного аутоплазмодонорства при родоразрешении женщин группы риска по развитию акушерских кровотечений.

Под нашим наблюдением находилось 78 беременных от 22 до 43 лет, из 65% находились в группе старшего репродуктивного возраста. У 41% женщин данная беременность была первая, у 46% — предстояли вторые роды, у 13% — третьи. Гестационный интервал после предыдущих родов у 18 беременных составил 3 года, у 13 — от 4 до 6 лет, 4 — более 8 лет. В анамнезе у большинства пациенток отмечались экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистой (12%), мочевыводящей (14%) систем, желудочно-кишечного тракта (9%), патология щитовидной железы (7%), у 8 женщин перенесенные оперативные вмешательства — цистэктомия (4), аппендэктомия (3), грыжесечение (1), тубэктомия (1). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 81% беременных. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего регистрировались эктопия шейки матки, воспалительные заболевания, реже миома матки в 3 случаях, эндометриоз — 2, первичное бесплодие — 1. Предыдущая беременность закончилась операцией кесарева сечения у 45% женщин. Оперативное вмешательство было выполнено по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преэклампсии, тазового предлежания, анатомического узкого таза и осложненной миопии. Осложнения данной беременности наблюдались у 94% беременных: ранний токсикоз — у 27%, угроза прерывания беременности в первом триместре — у 44%, анемия — у 38%, угроза преждевременных родов — у 23%, гестоз — у 25%, многоводие — у 18%.

Показанием к предоперационной заготовке аутоплазмы послужило предстоящее оперативное родоразрешение по поводу: рубца на матке, предлежания плаценты, миомы матки, тазового предлежания, осложненной миопии, а также сочетанных показаний у беременных с отягощенным акушерским анамнезом и высоким риском перинатальной патологии. Противопоказаниями к процедуре являлись анемия (Hb ниже 100 г/л, Ht менее 0,30 л/л), тромбоцитопения (ниже  $150 \times 10^9$ /л), гипопротенемия (общий белок ниже 60 г/л), признаки инфекции, дефицит массы тела (более 10%), обострение соматических заболеваний. Процедура аутоплазмодонорства проводилась за 1–2 мес до предполагаемого родоразрешения. В сроке 30–32 недели она проведена у 22%, в 33–34 недели — у 30%, в 35–36 — у 36%, в 37–38 недель — у 12%. Забор плазмы осуществлялся в условиях отделения переливания крови, с оформлением разработанной «Карты аутодонора», в которой регистрировались данные клинико-лабораторного обследования, протокол эксфузии, гемодинамические параметры и состояние пациентки во время и после процедуры. Контроль за состоянием плода до и после процедуры осуществлялся методом кардиотокографии. Заготовка аутоплазмы проводилась одно или двукратным забором при помощи мануального дискретного плазмафереза с использованием стандартных гемоконтейнеров с антикоагулянтом в количестве 350 мл. Возмещение объема проводилось растворами гидроксипропилированного крахмала или кристаллоидами из расчета 2 мл раствора на каждый 1 мл заготовленной плазмы. После ускоренного замораживания и

проведения необходимых исследований на инфекционные маркеры, клинико-лабораторного обследования и первичного освидетельствования аутоплазма хранилась в при  $t 30^\circ\text{C}$  в специально отведенном и промаркированном холодильнике. Переливание аутоплазмы осуществлялось во время оперативного родоразрешения. Большинство беременных родоразрешено в срок, в 86% в плановом порядке. Объем кровопотери составил  $624 \pm 116$  мл, в одном случае корпорального кесарева сечения с консервативной миомэктомией операционная кровопотеря составила 963 мл. К переливанию компонентов донорской крови не прибегали. Течение послеоперационного периода у родильниц после переливания аутоплазмы было гладким, случаи пострасфузионных осложнений, повышенной кровопотери, инфекционных осложнений не отмечались. Клиническая интерпретация гемостазиограмм до и после операции констатировала отсутствие изменений коагуляционного потенциала крови. Раннее прикладывание новорожденных к груди непосредственно в условиях операционной способствовало успешному становлению лактации, ускоренной инволюции матки в послеродовом периоде, что позволило осуществлять раннюю выписку родильниц после кесарева сечения.

Таким образом, применение метода предоперационной заготовки и интраоперационного использования аутоплазмы является достаточно простым и эффективным методом профилактики акушерских кровотечений при оперативном родоразрешении, позволяет минимизировать показания к использованию компонентов донорской крови и сократить расходы акушерского стационара по их применению.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МАКМИРОР-КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ**

**Дзагоева Ф.Б., Цаллагова Л.В., Гасиева М.А.,  
Тедеева Д.А., Гокоева Л.К.**

*Россия, Владикавказ, Северо-Осетинская государственная медицинская академия*

Среди инфекционных заболеваний влагалища вульвовагинальный кандидоз занимает одно из ведущих мест, уступая лишь бактериальному вагинозу. Вагинальные инфекции являются частой причиной воспалительных осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Среди генитальных поражений, обусловленных дрожжеподобными грибами рода *Candida*, наибольшее распространение имеет вульвовагинит, частота которого за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 26–45% в структуре инфекционных заболеваний вульвы и влагалища. Инфицированные родовые пути женщины требуют адекватной терапии как для предотвращения хронизации процесса, так и для профилактики инфицирования плода в родах.

Вагинальный кандидоз у беременных встречается в 30–40% случаев, наиболее часто во II и III триместрах беременности. Высокая частота возникновения вульвовагинального кандидоза во время беременности связана с изменением гормонального баланса (гиперэстрогенией), накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища; иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови иммуносупрессорного фактора, связанного с глобулинами. В развитии кандидозной инфекции различают следующие этапы: адгезия грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение их в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, инвазия в соединительную ткань, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды, гематогенную диссеминацию с поражением различных органов и систем. Чаще всего инфекционный процесс локализуется в поверхностных слоях эпи-

теля влагиалища. Макмирор Комплекс противомикробный препарат для местного применения, имеющий широкий спектр действия и содержащий в качестве основной субстанции нифурател+нистатин. Нифурател, производное нитрофурана, нистатин — противогрибковый антибиотик группы полиенов. Связываясь со стеролами в клеточной мембране грибов, нарушает ее проницаемость, что приводит к гибели клетки. Макмирор Комплекс не нарушает физиологическую флору, что позволяет избежать развития дисбактериоза и быстро восстановить нормоценоз влагиалища.

Целью исследования было оценить эффективность и переносимость препарата Макмирор-Комплекса при лечении беременных во II и III триместрах с кандидозным вульвовагинитом.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 22 беременных во II и III триместрах в возрасте от 19 до 38 лет с вульвовагинальным кандидозом. Диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного обследования (прямая микроскопия отделяемого влагиалища с оценкой микробиоценоза; культуральное исследование с определением количества роста грибов, молекулярно-биологический метод — ПЦР и серологический — обнаружение в крови IgM и IgG к *Candida albicans*).

У всех обследуемых возбудителем вагинального кандидоза является вид *Candida albicans*. Основными жалобами обследуемых являлись обильные или умеренные выделения из половых путей творожистого характера и зуд, жжение, раздражение в области наружных половых органов. У 25,7% женщин была выявлена уреоплазменная инфекция, у 12,6% — микоплазменная, которую лечили во время беременности. Почти у всех обследуемых беременность протекала с осложнениями. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 94,7% беременных, гестоз (отеки беременных) — у 63%, анемия — у 21%. Макмирор Комплекс назначали в сроки с 22 до 35 нед. беременности по 2,5г 1 раз в день в течение 8 дней. Исчезновение клинических симптомов и улучшение общего состояния большинства больных отмечали на 2-3 день от начала лечения. Анализ результатов клинико-микробиологического исследования (мазок из влагиалища на степень чистоты и посев на флору), проведенный через 10-14 дней после окончания лечения, позволил диагностировать клиническое выздоровление и элиминацию *Candida albicans* у 87,2% обследуемых. Отдельные клетки грибов рода *Candida* были обнаружены у 12,8% беременных при исчезновении клинических симптомов. Изучение исходов беременности показало, что 22 беременности закончились родами после 36 недель, их них 18 срочными. Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии со средней оценкой по шкале Апгар 8,0±0,2 балла, массой тела 3260±115,4 г и длиной 50,7±0,5 см.

Таким образом, применение Макмирор-Комплекса в лечении вульвовагинального кандидоза у беременных во II и III триместрах является достаточно эффективным (87,2%); при его использовании быстро купируются клинические симптомы заболевания, препарат не оказывает отрицательного влияния на состояние беременной и плода.

## **КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ**

**Диш О.Г., Габитова Н.А., Агаркова Л.А., Логвинов С.В. \*, Дикке Г.Б.**

*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ, Сибирский Государственный медицинский университет\**

Плацента является основным звеном в развитии, становлении и функционировании системы мать-плацента-плод. Осложнения беременности и экстрагенитальные заболевания матери нередко приводят к разнообразным изменениям в плаценте, нарушая её строение и функцию, что в свою очередь, отрицательно сказывается на состоянии плода. Одной из причин, приводящей к осложненному течению беременности, является гиперандрогения.

Информация об особенностях морфологии плаценты при этой патологии, несмотря на её широкую распространенность, в литературе отсутствует.

Для морфофункционального состояния плаценты большое значение имеют компенсаторно-приспособительные реакции (КПР), возникающие в ответ на нарушения маточно-плацентарного кровотока и внутриутробную гипоксию. Состояние плода при плацентарной дисфункции во многом зависит от сохранности и возможности реализации компенсаторных механизмов плаценты, срыв которых происходит во время беременности или в процессе родов.

Целью исследования явилось изучение особенностей строения плаценты и описание компенсаторно-приспособительных реакций при гиперандрогении. Проведено гистологическое, электронно-микроскопическое исследование 50 плацент от родильниц с гиперандрогенией. Контролем послужили 20 плацент здоровых родильниц с неосложненным течением беременности. При гистостереометрическом исследовании плаценты использовали методику А.П. Милованова и А.И. Брусиловского (1986). Изучение ультраструктуры плаценты проводили с помощью трансмиссионной электронной микроскопии.

Результаты органомерического исследования плацент, показали, что средняя масса плаценты при гиперандрогении составила 467±29,5 г, что достоверно отличалось от показателей в контрольной группе — 610±35,0 г;  $p < 0,05$ . Средний объем плаценты при гиперандрогении также был снижен по сравнению с контрольной группой, что касается площади материнской поверхности, то статистически значимых различий между группами не обнаружено. При внешнем осмотре плацент имело место их истончение, гипоплазия, что подтверждается их органомерическими характеристиками. На материнской поверхности почти в 80 % наблюдений обнаруживали очаговые инфаркты, кровоизлияния, множественные мелкие кальцификаты.

К морфологическим проявлениям КПР мы относили гиперемию сосудов терминальных ворсин (увеличение удельного объема сосудистого русла), их гиперплазию, увеличение числа синцитиальных узелков, увеличение площади синцитио-капиллярных мембран, истончение покровного хориального эпителия. Кроме того, оценивался удельный объем материнского и плодового фибриноида, а в качестве патологических изменений — удельный объем инфарктов, «склеенных» ворсин и кальцинатов.

При гистостереометрии плаценты обнаружено, что при гиперандрогении достоверно увеличен удельный объем сосудистого русла, в 2 раза повышен удельный объем синцитиальных узелков в сравнении с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). В патологических условиях появление множественных синцитиальных выростов чаще всего является результатом компенсаторных изменений хориального эпителия, что характерно для хронической плацентарной недостаточности. Выявлено также увеличение объема интравиллезного, или плодового фибриноида при гиперандрогении. В полтора раза выше удельный объем «склеенных» ворсин, в 2 раза больше инфарктов, что достоверно отличается от соответствующих показателей в контрольной группе.

При проведении электронномикроскопического исследования компенсаторные процессы в плаценте у пациенток с гиперандрогенией проявлялись увеличением количества митохондрий, расширением просвета цистерн эндоплазматического ретикулума синцитиотрофобласта, вакуолизацией гиалоплазмы. Поскольку существенным патогенетическим механизмом нарушения маточно-плацентарного кровообращения является нарушение эпителиального покрова ворсинчатого дерева — мы наблюдали возрастающие деструктивные изменения микроворсинок, цитоплазмы синцитиотрофобласта. Отмечались гиперконденсация ядерного хроматина, явления кардиомиолиза, грубая вакуолизация и деструкция цитоплазмы.

Таким образом, при гиперандрогении в плаценте наблюдаются выраженные компенсаторно-приспособительные реакции, проявляющиеся гиперемией терминальных ворсин, увеличением числа синцитиальных узелков, а также увеличением числа органелл, расширением цистерн эндоплазматической сети при электронной



микроскопии. Полученные данные позволяют предположить, что при гиперандрогении плацента работает в условиях повышенной функциональной нагрузки и срыв компенсаторных механизмов может привести к нарушениям её функции.

## **ФАКТОРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ: ГОМОЦИСТЕИН И ОКСИД АЗОТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ**

**Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Алиева Д.Н., Степанян А.В.**  
*Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ*

Актуальность. Среди эндокринных заболеваний у женщин наиболее неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию оказывает сахарный диабет (СД), который осложняет течение беременности и родов, приводит к множественному повреждению органов развивающегося плода — диабетической фетопатии (ДФТ) и значительным нарушениям адаптации новорожденных в раннем постнатальном периоде. В последние годы отмечается рост заболеваний СД, особенно среди детей и лиц юношеского возраста, т.е. происходит «омоложение» СД. В связи с тем, что при СД часто развиваются различные осложнения, беременные, страдающие этим заболеванием с детского и юношеского возраста, составляют наиболее тяжелый контингент в акушерской практике. По данным статистики, около 6 % всех больных сахарным диабетом (СД) составляют женщины репродуктивного возраста, что указывает на то, что у полутора миллиона женщин России беременность будет протекать на фоне СД. Несмотря на развитие современной науки, появление новых методов диагностики и лечения, проблема ведения беременности у пациенток с гестозом на фоне сахарного диабета не потеряла своей актуальности. Учитывая, что гестоз встречается в 13-20% случаев от общего количества родов и занимает третье место в структуре материнской смертности, составляя 23,2% и уступая лишь акушерским кровотечениям, проблема его патогенеза и лечения не теряет своей актуальности. Сахарным диабетом (различными формами) страдает 14% от общего числа беременных ежегодно, и тенденции к снижению показателя не наблюдаются. У подавляющего большинства беременных с диабетом развивается гестоз различной степени тяжести (22% из всех гестозов). Чаще всего, подбор гипотензивной терапии при лечении гестоза, в том числе и на фоне диабета, производится эмпирическим путем, без учета распределения жидкостных объемов. В проводимых работах по контролю гемодилуции и гипотензивной терапии использовали сложные, инвазивные методики, в то время как оценка баланса водных секторов организма при помощи АБС-01 «Медасс» и определение типа гемодинамики при помощи РПКА 2-01, а также оценка СМАД прибором BPLab, является безопасным неинвазивным методом, который может применяться на всем протяжении лечения. Основной теорией патогенеза гестоза в настоящее время является теория эндотелиальной дисфункции. Причиной эндотелиальной дисфункции могут быть различные факторы: ишемия/гипоксия тканей; возрастные изменения; свободнорадикальное повреждение; дислипидемия (гиперхолестеринемия); действие цитокинов; гипергликемия; гипертензия; эндогенные интоксикации (почечная печеночная недостаточность, панкреатит и др.); экзогенные интоксикации (курение и др.). Одним из факторов, повреждающих эндотелий является гипергомоцистеинемия. Повышенный уровень гомоцистеина может сопровождать многие осложнения беременности, характеризующиеся нарушением функции эндотелия сосудов и повышением коагуляционного потенциала крови. Доказано, что развитие изолированного гестоза сопровождается существенным повышением уровня гомоцистеина в плазме крови. Одним из маркеров функции эндотелия является

оксид азота. Оксид азота — мощный вазодилататор, выделяемый эндотелиальными клетками. На ранней стадии дисфункции эндотелия оксид азота повышается, что говорит о компенсаторной реакции организма. Гестоз при этом чаще всего не имеет клинических проявлений. При истощении компенсаторных возможностей организма Оксид азота снижается — что сопровождается клиническими проявлениями гестоза. Дисфункция эндотелия в свою очередь приводит к нарушению микроциркуляции и повышенной склонности к тромбообразованию, за счет снижения тромборезистентности эндотелия. На основании чего становится очевидным необходимость в патогенетически обоснованной терапии. Компонентами её являются: фолиевая кислота, влияющая на уровень гомоцистеина и сулодексид, который меняет заряд клеток эндотелия, в связи, с чем повышается его тромборезистентность, стабилизируется эндотелий, и т.о. сулодексид опосредованно влияет на выработку оксида азота. Вессел дуэ ф (сулодексид) содержит два гликозаминогликана — быструю фракцию гепарина и дерматан-сульфат — и обладает двойным механизмом антитромботического действия, связанным с его двухкомпонентным составом. Отмечено выраженное нефропротекторное действие препарата, вызывающее уменьшение протеинурии. Несомненным преимуществом вессел дуэ ф по сравнению с обычным гепарином и низкомолекулярными гепаринами, является его эффективность не только при парентеральном введении, но и при приеме внутрь.

Цель: улучшить исходы родов у беременных с гестозом на фоне сахарного диабета при помощи изучения и медикаментозной коррекции особенностей параметров и типов гемодинамики, маркеров эндотелиальной дисфункции.

Материалы и методы: нами обследовано 60 пациенток — 1 группа — беременные с гестозом - нефропатией 1 и 2 в сочетании с сахарным диабетом 1 типа, получающие инсулинотерапию, магнезиальную и гипотензивную терапию, а так же симптоматическую терапию (при выявлении плацентарной недостаточности и др.) половине из которых будет назначен сулодексид, фолиевая кислота (6 мг в сутки) и витамины группы В. 2 группа — 30 беременных с гестозом — нефропатией 1 и 2, получающие традиционное лечение, которые составляют контрольную группу. В процессе исследования были использованы, помимо общеклинических, следующие методы обследования: определение типа гемодинамики при помощи РПКА2-01, определение баланса водных секторов организма при помощи АБС-01 «Медасс», контроль СМАД при помощи BPLab, определение уровня гомоцистеина в плазме крови, а также определение в периферической крови уровня метаболитов оксида азота.

Результаты: при определении уровня оксида азота (NO<sub>2</sub>/NO<sub>3</sub>) было выявлено, что у пациенток 1 группы средний уровень составил 13,09±0,53 мкМ/Л, тогда как в контрольной группе данный показатель был существенно ниже и равнялся 9,18±0,72 мкМ/Л, что практически приближается и соответствует нормативным показателям. Аналогичная ситуация наблюдалась при оценке концентрации гомоцистеина (ГЦ). Так в 1 группе она составила 18,9±0,3 ммоль/л, что практически в 4 раза выше нормативных показателей и среднего показателя во 2 группе — 7,3±0,5 ммоль/л. В целом гипергомоцистеинемия и повышение уровня оксида азота были выявлены в 79% и 74% соответственно у беременных 1 группы, и лишь у 35% и 37% пациенток 2 группы. После 2-х недельного курса фолиевой кислоты в сочетании с сулодексидом и витаминами группы В, было выявлено достоверное снижение концентрации ГЦ, вплоть до полной нормализации параметров. Аналогичная ситуация наблюдалась и по показателям оксида азота, при этом наблюдалось улучшение субъективных и объективных параметров гестоза: уменьшение протеинурии, повышение протеинемии, нормализация артериального давления подтвержденная данными СМАД и параметрами центральной гемодинамики, уменьшение отека подтвержденное показателями жидкостных объемов, нормализация параметров гемостазиограммы.

Выводы: гестоз у беременных с сахарным диабетом сопровождается существенными проявлениями эндотелиальной дисфункции, подтверждаемыми исследованием уровня ГЦ и оксида азота.

Хороший эффект от терапии наблюдается при использовании комплекса фолиевой кислоты, витаминов группы В и сулодексиды.

## **НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ГЕСТОЗЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ**

**Доброхотова Ю.Э., Дjobава Э.М., Степанян А.В.**  
*Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ*

Актуальность: В нашей стране среди причин материнской смертности гестозы занимают одно из первых трех мест, уступая только кровотечениям и септическим осложнениям. Несмотря на то, что физиологически протекающая беременность не сопровождается нарушениями функционального состояния печени, при неосложненной беременности печеночные пробы могут отличаться от таковых у небеременных женщин. В начальной фазе гестоза изменения печени встречаются редко, а при прогрессировании болезни печень поражается почти всегда. Печеночная недостаточность при развитии гестоза обусловлена, прежде всего, дефицитом перфузии и мезенхимальным отеком, причем эти гистологические изменения очень близки к воспалительной реакции гепатоцитов при сепсисе. Это подтверждает концепцию системной воспалительной реакции, в основе которой лежат сложные иммунологические механизмы, изложенные выше. Генерализованное повреждение эндотелия происходит по сценарию воспалительной реакции с высвобождением большого количества цитокинов, эйкозаноидов и биологически активных веществ. При развитии гестоза это касается и эндотелиальных клеток печени. Печень способна продуцировать TNF. В связи с этим повреждение эндотелия печени при преэклампсии сопровождается высвобождением в кровоток больших количеств цитокинов и снижением их печеночного клиренса. В условиях повреждения печеночного эндотелия при гестозе сразу же происходит реакция всех печеночных структур. Этим объясняется тот факт, что при проявлениях печеночной недостаточности и острой жировой дистрофии печени при гестозе только досрочное родоразрешение может спасти женщину. TNF и IL-1 ведут к угнетению захвата гепатоцитами желчных кислот и их каналикулярной секреции. Развивается холестаз без деструкции гепатоцитов. В этом случае клинические проявления соответствуют внутрпеченочному холестазу беременных. Признаки холестаза у беременных приводят к ухудшению самочувствия пациенток, а так же к существенному нарушению функции печени, нарастание этих признаков приводит к риску недонашивания плода, преждевременного излития вод, мертворождений. В начале развития гестоза (отеки, протеинурия и артериальная гипертензия — АГ) ни желтухи, ни кожного зуда обычно не бывает, что позволяет отличить гестоз от других поражений печени при беременности. У пациенток с гестозом могут наблюдаться изменения печеночных проб. Повышение уровня аспаратаминотрансферазы (АсАТ) отмечается у 84% пациенток с эклампсией и у 50% пациенток с тяжелыми формами гестоза. Повышение уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ) наблюдается соответственно у 90 и 24% больных. Повышение может быть от 5 до 100 раз. Концентрация билирубина в пределах нормы. Даже умеренные изменения печеночных проб свидетельствуют о наличии системного поражения, что сразу же меняет степень гестоза с легкой на тяжелую. Таким образом, особую актуальность приобретают препараты, влияющие на данное звено. Кроме того, не теряют своей значимости и препараты-гепатопротекторы и детоксиканты. Современная медицина не стоит на месте, постоянно появляются новые лекарственные средства. В связи с этим нас заинтересовали урсодехсолевая кислота — УДХ (урсофальк) и комплексный препарат — цитофлавин. УДХ — это естественная нетоксичная гидрофильная желчная кислота, являющаяся составной частью пула желчных кислот человека. Она оказывает цитопротективный, холеретический эффекты, вытесняя токсичные желчные кислоты и тормозя их вса-

сывание в кишечнике. Кроме того, она обладает иммуномодулирующим эффектом, снижая экспрессию антигенов HLA I и II классов на гепатоцитах, клетках билиарного эпителия, снижая продукцию провоспалительных цитокинов. Кроме того, УДХ обладает антиапоптозным и антиоксидантным действием. При этом препарат безопасен и разрешен к применению во время беременности, что само по себе достаточно редкий факт. Другим препаратом, интересным для применения в данной области является цитофлавин. Это комплексный препарат, состоящий из янтарной кислоты, никотиамида, рибоксина и рибофлавина. На фоне применения цитофлавина улучшается мозговой и коронарный кровоток, активизируются метаболические процессы в печени. Кроме того, препарат обладает гепатопротективным эффектом за счет свойств его компонентов. Все компоненты цитофлавина хорошо известны, широко изучены, применялись и применяются до сих пор в акушерстве, но их комплексное воздействие не исследовалось.

Цель: выработка современного подхода к терапии нарушений функции печени при гестозе. Материалы и методы: нами было обследовано 60 беременных, начиная с 22 недель беременности, у которых на фоне гестоза различной степени тяжести были зафиксированы нарушения функции печени (НФП). По анамнезу, репродуктивной функции, спектру экстрагенитальной и гинекологической патологии все пациентки были сходны между собой и сопоставимы. Все пациентки предъявляли жалобы на зуд, бессоницу, плохое самочувствие. У 80% (48) пациенток данное состояние развилось через неделю после появления признаков гестоза. Средний возраст беременных составил 25,4±1,2 года. У всех пациенток при обследовании было выявлено повышение АлАТ, АсАТ, общей плазменной щелочной фосфатазы (ЩФ) и билирубина, за счет прямого. Выраженность изменений варьировала от незначительных (повышение показателей на несколько единиц) до выраженных (повышение показателей в десятки раз). Причем, что интересно не было выявлено сильной корреляции между степенью повышения показателей и клиническими проявлениями. Всем беременным в плане обследования, помимо общеклинических исследований, проводилось расширенное исследование биохимических показателей крови, исследование концентрации гомоцистенина как фактора дисфункции эндотелия, гемостазиограммы, так же назначалось ультразвуковое исследование печени, желчных путей, с целью диагностики явлений дискинезии (поскольку данный факт оказывал влияние на подбор терапии).

Результаты: при этом у 68,3% (41) пациенток была выявлена гиперехогенность печени, утолщение стенок желчного пузыря, повышение эхогенности желчи. В 43,3% случаев это сопровождалось явлениями перегиба шейки желчного пузыря, что подтверждает мнение многих авторов, о выделении беременных с патологией желчного пузыря в группу риска по развитию НФП при гестозе. Динамически все исследования повторяли с периодичностью 1 раз в неделю, двукратно. При исследовании гемостазиограммы у 48,3% (29) беременных была выявлена незначительная изолированная гиперфибриногенемия, что является нормой для беременности. У остальных пациенток выраженных изменений в гемостазе обнаружено не было. Все беременные были условно поделены на две группы: I — 30 беременных, которым была назначена стандартная терапия: эссенциальные фосфолипиды (эссенциале) 10,0 в/в струйно в разведении №7-10, фосфоглив в капсулах: 1 капсула 3 раза в день 14 дней на фоне спазмолитической терапии: но-шпа 2,0 в/м и инфузионной терапии 400-600 мл в сутки 5-7 дней. Во II группу вошли 30 беременных, которым назначалась следующая терапия: цитофлавин 10,0 на 200,0 физиологического раствора в/в капельно №10 через день, дополнительная инфузионная терапия в объеме 400 мл 5 дней, УДХ — урсофальк 250 мг (1 таблетка) 2 раза в день 14 дней, при необходимости (при наличии дискинезии желчевыводящих путей) назначался препарат спазмолитического действия, тропный к желчным путям — дюспаталин. В процессе динамического исследования было выявлено уже через 7 дней достоверное снижение показателей биохимического анализа крови (АлАТ, АсАТ, ЩФ, прямого билирубина) во II группе по

сравнению с I, причем у 40% беременных II группы наблюдалась полная нормализация параметров. Еще через 7 дней терапии во II группе явления НФП были купированы у 80% пациенток, тогда как в I группе у 66,7% беременных они сохранялись. Аналогичная динамика была выявлена по жалобам больных на зуд и бессонницу. Если говорить об исходах терапии, то во II группе исследования лишь в 2 (6,7%) случаях было диагностировано преждевременное излитие вод в сроках 36 и 37 недель, тогда как в I группе данные пациенток было 33,3% (10) — различия достоверны.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии современной терапии на НФП при гестозе.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

**Доброхотова Ю.Э., Джобавя Э.М., Степанян А.В.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ*

Актуальность: внутрипеченочный холестаз (в прошлом холестатический гепатоз) у беременных на настоящее время является весьма сложным в лечении заболеванием, что вероятно связано с достаточно полигетерогенным характером данной патологии. Говоря о патогенезе данного заболевания, известно, что при развитии компрессии желчевыводящих путей на фоне беременности развивается холестаз, что ведет к повышению продукции в печени TNF и IL-1, которые в свою очередь ведут к угнетению захвата гепатоцитами желчных кислот и их каналикулярной секреции. Развивается холестаз без деструкции гепатоцитов. Признаки холестаза у беременных приводят к ухудшению самочувствия пациенток, а так же к существенному нарушению функции печени, нарастание этих признаков приводит к риску недонашивания плода, преждевременного излития вод, мертворождений.

Цель: оценить эффективность применения препаратов цитофлавина и урсосфальк у беременных с внутрипеченочным холестазом.

Методы: объектом исследования явились 20 беременных в возрасте от 18 до 38 лет во II и III триместрах беременности. У всех пациенток имел место внутрипеченочный холестаз, подтвержденный биохимическим анализом крови и данными ультразвукового исследования (УЗИ). В динамике проводилось исследование гемостаза, уровня гомоцистеина, печеночных маркеров: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ). Курсы цитофлавина включали в/в инфузию препарата в дозе 10 мл через день в разведении на 200 мл физиологического раствора 10 дней. Одновременно назначался урсосфальк в дозе 500 мг в сутки.

Результаты: в результате проведенного исследования было выявлено, что на фоне проведения вышеуказанной терапии у 73% пациенток отмечалось субъективное улучшение состояния: исчезновение зуда, нормализация сна. По результатам печеночных проб: до лечения у 86% беременных АСТ и АЛТ были повышены в 2-3 раза, в 14% случаев — в 8-10 раз, а ЩФ превышала норму в 7-10 раз у всех пациенток. Тогда как через 2 недели после начала терапии в 68% случаев наблюдалось снижение данных показателей, причем у половины беременных до нормативных параметров, у 18% повышение лишь на единицы сохранялось. По данным гемостаза — при восстановлении функции печени отмечалась нормализация уровня фибриногена в 78% случаев. Концентрация гомоцистеина составила до лечения  $11,2 \pm 0,3$  мкмоль/л, тогда как после терапии концентрация снизилась до нормы —  $5,4 \pm 0,2$  мкмоль/л, что связано с нормализацией функции печени, гемостаза, и эндотелия. Выводы: применение цитофлавина и урсосфалька в комплексной терапии у беременных с внутрипеченочным холестазом позволяет добиться быстрой и продолжительной ремиссии симптомов с положительным исходом для беременности.

## ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Доброхотова Ю.Э., Джобавя Э.М., Филатова Л.А.,**

**Дзейгова Э.А., Артизанова Д.П.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ*

Актуальность: Плацентарная недостаточность (ПН) — ключевая проблема акушерства, неонатологии, патологии анте и перинатального периода, поскольку функциональная несостоятельность плаценты приводит к угрозе прерывания беременности, отставанию роста и развития плода, либо к его гибели. ПН — это острый или хронический клинко-морфологический симптомокомплекс, возникший как результат сочетанной реакции плаценты и плода на различные состояния материнского организма. Он диагностируется вначале по клиническим критериям (гормональные сдвиги, данные УЗИ, доплерометрии и т.д.), корректируется соответствующим лечением и проверяется последующим морфологическим анализом родившейся или оперативно удаленной плаценты в каждом конкретном случае. Частота ПН достаточно велика. Она выявляется у 3-4% здоровых женщин с неосложненным течением беременности, а при различной патологии ее частота колеблется от 24 до 46%. Особое значение имеет развитие плацентарной недостаточности у беременных с сердечно-сосудистой патологией, которая сопровождается генерализованным сосудистым спазмом, стазом крови, нарушением проницаемости стенки, реологических свойств крови и микроциркуляции. Перечисленные явления являются спутниками хронической венозной недостаточности, которая представляет собой часто встречающуюся группу экстрагениальной патологии сердечно-сосудистой системы у беременных и родильниц. Венозная недостаточность осложняет течение беременности, родов и послеродового периода и ведет к увеличению материнской заболеваемости и смертности. Беременность часто является пусковым фактором, который проявляет или вызывает симптомы венозной недостаточности нижних конечностей. Эта ассоциация характеризуется быстрым началом и появлением симптомов и частичной регрессией их после родов. Лечение направлено во время беременности на устранение симптомов и предотвращение осложнений. Увеличение давления в венозной системе приводит к нарушению баланса между гидростатическим и коллоидно-осмотическим давлением, заканчиваясь отеком. Нарушение функции эндотелиальных клеток капилляров и венул (возможно вследствие венозного стаза, активации лейкоцитов, изменения выработки окиси азота во время беременности и др. факторов) приводит к их повреждению, что запускает порочный круг патологических изменений на микроциркуляторном уровне, сопровождающихся повышенной адгезией лейкоцитов к стенкам сосудов, их выходом во внеклеточное пространство, отложением фибрина в интра- и периваскулярном пространстве. Определенную роль в развитии венозной недостаточности играют половые гормоны, ингибирование апоптоза в поврежденных венах, эндотелиальная дисфункция. Последний фактор наименее изучен и представляет наибольший интерес, особенно при сочетании варикозной болезни и ПН т.к. дисфункции эндотелия отводят отдельную роль в развитии, как ПН, так и варикозной болезни. Возможно, что сочетание этих заболеваний является взаимоусугубляющим фактором. Эндотелиальная дисфункция развивается у беременных имеющих исходную сосудистую патологию: страдающих гипертонической болезнью, сахарным диабетом, почечной патологией, аутоиммунными заболеваниями. Основными маркерами дисфункции эндотелия служат снижение продукции простациклина, относительное увеличение тромбксана, а также большой интерес в последнее время вызывает такие маркеры эндотелиальной дисфункции, как гомоцистеин и фибронектин.

# ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Донина Е.В., Макацария А.Д.

Россия, Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М.  
Сеченова

Цель: изучить некоторые факторы дисфункции эндотелия у беременных с плацентарной недостаточностью и хронической венозной патологией, а именно варикозной болезнью вен нижних конечностей и наружных половых органов, а так же изучить особенности функционирования системы мать-плацента-плод у беременных с плацентарной недостаточностью и хронической венозной недостаточностью.

Материалы и методы: объектом исследования явились: I — 33 беременные с плацентарной недостаточностью; II — 30 пациенток с плацентарной недостаточностью и хронической венозной недостаточностью; III — 32 беременных с изолированной хронической венозной недостаточностью и IV — 30 пациенток с физиологическим течением беременности — контрольная группа. В качестве методов в составе комплексного обследования, включая УЗИ, определяли уровень гомоцистеина (ГЦ) и фибронектина в плазме посредством реакции иммунофлуоресценции, доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и артерии пуповины. Так же проводилось определение в плазме крови методом иммуноферментного анализа уровней прогестерона, хорионического гонадотропина, 17-гидроксипрогестерона, плацентарного лактогена и эстриола — как маркеров гормонсинтезирующей функции плаценты.

Результаты: во всех основных группах уровень гомоцистеина существенно превышал нормативные показатели для беременных, и составил: в I — 10,3±0,2 мкмоль/л, во II — 9,8±0,1, в III — 10,1±0,4, тогда как в контрольной 4,5±0,2 мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). В уровне фибронектина выявлена аналогичная закономерность: I — 734±12,1 мг/л, II — 810±9,5, III — 756±11,3 мг/л, в контрольной — 657±11,2 мг/л. При этом гипергомоцистеинемия была выявлена в 78%, 75% и 67% случаев в трех основных группах соответственно. Тогда как в контрольной данный показатель составил 7%. Надо отметить, что достоверных различий в показателях между основными группами выявлено не было. Систолодиастолическое отношение в артерии пуповины было повышено у 37,5% пациенток 3-х основных групп, тогда как в левой и правой маточных артериях у 75% и 62,5% беременных соответственно, при этом более показательные изменения выявлялись на стороне плацентации. Надо отметить, что различий в частоте данных показателей между тремя основными группами выявлено не было. При этом клинически пациентки основных групп существенно отличались между собой. В контрольной группе нарушений кровотока по данным доплерометрии выявлено не было. Анализируя уровень прогестерона было выявлено, что лишь у 14% пациенток основных групп концентрация его была снижена, тогда как для ГЧТ этот показатель составил 67%, для 17-гидроксипрогестерона — 71%, для эстриола — 73%, а для плацентарного лактогена — 83%. При этом необходимо отметить, что достоверных различий в частоте изменений по 3-м основным группам не было. У беременных с физиологическим течением беременности все биохимические маркеры оставались в пределах нормы в подавляющем большинстве случаев.

Выводы: у беременных с плацентарной недостаточностью и хронической венозной патологией отмечается эндотелиальная дисфункция, о чем свидетельствует повышение концентрации плазменных гомоцистеина и фибронектина. У беременных с плацентарной недостаточностью, хронической венозной недостаточностью изолированно или в сочетании отмечается в равной степени и снижение белоксинтезирующей и гормональной функции плаценты, и патологические изменения доплерометрических показателей. При этом кривые скоростей кровотока особо показательны в маточных артериях, а из биохимических маркеров наибольшее значение имеют эстриол и плацентарный лактоген. Надо отметить отсутствие различий между 3-мя основными группами, что связано с идентичными изменениями плаценты на клеточно-молекулярном уровне независимо от клиники. На основании полученных данных можно сказать, что все беременные с хронической венозной патологией входят в группу риска по развитию плацентарной недостаточности со всеми вытекающими из неё осложнениями.

Актуальность: Антенатальная гибель плода — одна из актуальных проблем современного акушерства, поскольку является одной из основных составляющих перинатальной смерти. Традиционными причинами внутриутробной гибели плода принято считать материнскую патологию (эндокринные нарушения, инфекцию, анатомические дефекты репродуктивной системы, соматическая патология), плацентарную патологию (полное предлежание плаценты, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты), аутоиммунные факторы. Однако все еще большее количество случаев антенатальной гибели плода остается необъясненными. Многие из них считаются непредотвратимыми потому, что детерминанты необъясненной внутриутробной гибели не были идентифицированы. Цель исследования: изучение патогенеза и разработки принципов дифференцированной профилактики антенатальной гибели плода у беременных с приобретенной и генетически обусловленной тромбофилией. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 89 случаев антенатальной гибели плода в сроках от 22 до 41 недели беременности. В нашем исследовании рассмотрены случаи антенатальной гибели плода при отсутствии данных за хромосомных аномалий и фетодисплазий у плода, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, анатомических дефектов репродуктивной системы матери, отягощенного соматического анамнеза матери, изосерологической несовместимости матери и плода. Все случаи были разделены на 3 группы. В 1-ой группе рассмотрены случаи антенатальной гибели плода в сроках от 22 до 28 недель беременности (30 случаев); во второй группе — в сроках от 29 до 36 недель беременности (34 случая); в 3-ю группу вошли случаи антенатальной гибели плода при доношенной беременности — от 37 до 41 недели (25 случаев). В проспективную часть исследования были включены пациентки беременные на момент обследования и получающие терапию с момента обращения и пациентки, получавшие терапию с фертильного цикла (31 пациентка). Исследования, направленные на выявление тромбофилии были разделены на два этапа. На первом этапе проводилось исследование системы гемостаза, определение циркуляции молекулярных маркеров фибринообразования (Д-димер), волчаночного антикоагулянта, глобальный тест оценки системы протеина С. На втором этапе проводилось определялось наличие следующих дефектов гемостаза: мутации МТНFR С677Т, мутации FV Leiden, мутации Protrombin G20210A, полиморфизма «675 4G/5G» в гене ингибитора активатора плазминогена 1-типа PAI-1, полиморфизма «807 C/T» в гене гликопротеина Gp-Ia тромбоцитов, полиморфизма «1565 T/C» в гене гликопротеина Gp-IIIa тромбоцитов, полиморфизма «1166 A/C» в гене рецептора ангиотензина II 1-го типа (ATGR1), полиморфизма «I/D» в гене ангиотензинпревращающего фермента, полиморфизма «-455G/A» в гене фибриногена выполнялась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). На втором этапе также проводилось исследование уровня антифосфолипидных антител (АФА) и антител к фосфолипид-связанным протеинам плазмы (антитела к анексину V, антитела к В2гликопротеину I, антитела к протромбину), определение уровня гомоцистеина. На первом этапе обследования у 80,65% пациенток проспективной группы выявлено повышение функции тромбоцитов, у пациенток ретроспективной группы в 72,55% было выявлено данное нарушение. У 96,77% пациенток проспективной группы выявлено повышение уровня маркеров тромбофилии, а у пациенток ретроспективной группы в 88,23%. В проспективной группе у 9,68% пациенток выявлены нарушения в системе протеина С; у 7,84% пациенток не беременных на момент обследования было диагностировано сни-

жение нормированного отношения. При выявлении генетически обусловленной тромбофилии, АФС, мультигенной тромбофилии в зависимости от уровня Д-димера, степени нарушения других показателей гемостазиограммы и клинической ситуации подбиралась терапия. В качестве антикоагулянтной терапии применялся низкомолекулярный гепарин фраксипарин. В случае отсутствия ожидаемого эффекта (снижения агрегационной активности тромбоцитов, снижение уровня маркеров тромбинемии и фибринообразования, коррекция нарушений внешнего пути свертывания крови и в системе протеина С) доза препарата увеличивалась на 0,3 мл (2850 МЕд). Диапазон доз фраксипарина, применяемых при лечении наших пациенток, находился от 5700 МЕд до 15200 МЕд. Дополнительно назначались антиоксиданты, витамины, полиненасыщенные жирные кислоты, а в случаях повышения функции тромбоцитов низкие дозы ацетилсалициловой кислоты. Противотромботическая терапия проводилась всем пациенткам проспективной группы на протяжении всей беременности в непрерывном режиме. В случае выбора оперативной тактики родоразрешения за сутки до кесарева сечения отменялся фраксипарин во избежание возможных геморрагических осложнений. В случае родоразрешения через естественные родовые пути введение антикоагулянта отменялось только при развитии регулярной родовой деятельности в связи с высоким риском возможных тромботических осложнений. Всем пациенткам с антифосфолипидным синдромом проводилась профилактическая терапия уростестаном. Глюкокортикоиды в терапии АФС не применялись.

Результаты: В 1-ой группе выявлен, преимущественно мультигенный характер тромбофилии (100% случаев). В 72,7% случаев диагностирован АФС, выявлен большой процент наследственных дефектов фибринолиза (PAI-1 в 90% случаев и полиморфизм в гене фибриногена в 83,3% случаев). Во 2-ой группе, также выявлен преимущественно мультигенный характер тромбофилии (97,05% случаев), в 35,29% случаев диагностирован АФС. В этой группе процент наследственных дефектов фибринолиза также высок (PAI-1 в 79,41% случаев и полиморфизм в гене фибриногена в 73,5% случаев). В 3-ей группе мультигенная тромбофилия выявлена в 96% случаях, в 12% случаев диагностирован преимущественно мультигенный характер тромбофилии диагностирован АФС. При обследовании на генетические формы тромбофилии выявлено носительство следующих нарушений: мутация MTHFR C677T в 72% случаев, полиморфизм PAI-1 в 68% случаев, полиморфизм в гене фибриногена всего 64% случаев. В каждой из исследуемых групп проведен анализ носительства наиболее неблагоприятных сочетаний генетических и приобретенных форм тромбофилии. К ним отнесены случаи сочетания мутации FV Leiden с другой генетической и/или приобретенной тромбофилией, сочетания мутации Protrombin G20210A с другой генетической и/или приобретенной тромбофилией, сочетание АФС с генетически обусловленной тромбофилией, сочетание 2-х и более гомозиготных форм мутаций. В 1 группе наиболее неблагоприятные сочетания генетических и приобретенных форм тромбофилии диагностировано в 83,33% случаях, во 2 группе в 52,94% случаях, в 3 группе — 36% случаев.

В 90,32% беременность закончилась срочными родами и рождением живых здоровых детей. У двух пациенток (6,45%) в связи с нарушением маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока II-III степени проведена экстренная операция кесарева сечения (34 и 36 недель беременности). У обеих пациенток при обращении был выявлен антифосфолипидный синдром в сочетании с мультигенной тромбофилией. Оба недоношенных ребенка, родившихся в 34-е и 36 недель беременности живы, растут и развиваются нормально. В одном случае (3,23%) у пациентки с крайне высоким титром АФА произошла повторная антенатальная гибель плода. Через 6-8 часов после окончания родов или операции кесарева сечения антикоагулянтная профилактика фраксипарином возобновлялась. Проводился динамический контроль через 5, 14 и 24 дня после родоразрешения. Выводы: Патогенетически обусловленное применение антикоагулянтной терапии начиная с фертильного цикла, а также в течении всей беременности позво-

лило в абсолютном большинстве случаев предотвратить повторные репродуктивные потери и ассоциированные с тромбофилией тромбозы и тромбоемболии как во время беременности и родов так и в послеродовом периоде.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Евтушенко И.Д., Добрянская Р.Г., Залевский Г.В.,  
Заева И.Г., Растохина Т.Я.

Россия, Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

Проблема снижения перинатальной младенческой смертности является одной из актуальных проблем при организации акушерской помощи. Исходя из того, что на состояние репродуктивной функции существенное влияние оказывает не только соматическое здоровье, но и психологические особенности беременной женщины, в последние годы уделяется внимание разработке методов диагностики групп риска для оказания дифференциальной медико-психологической помощи.

Психосоматический подход к акушерским проблемам в медицине допускает возможность того, что психологические особенности личности беременной женщины, а именно, неадекватные механизмы преодоления стресса («копинг») могут влиять на течение беременности, родов и послеродового периода. В контексте когнитивной теории «копинг» рассматривается как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования.

Цель исследования: обоснование клинического подхода психологической подготовки к родам и материнству, что предполагает дифференциальную медико-психологическую помощь беременной женщине с учетом ее психологических особенностей и ресурсов возможных для формирования адаптивного поведения во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

В процессе решения поставленной цели на первом этапе исследования был создан диагностический психологический инструментарий, позволяющий своевременно выявлять группы риска, требующие коррекции. В ходе эмпирического исследования проведено психологическое тестирование 1160 женщинам, планировавшим первые роды, вставшие на учет в первом триместре беременности. На основе перечисленных стратегий, относящихся к эмоциональной сфере «Опросника для изучения копинг поведения» (Heim E, 1988), испытуемым предлагалось создать модель выхода из сложных жизненных ситуаций, опираясь на свой прошлый опыт. В зависимости от предпочитаемых стратегий выделены три группы:

1. «пессимисты» — 560 (48,3%) беременных женщин, не выбравших первым выбором конструктивную стратегию «оптимизм».

2. «оптимисты» — 316 (26,5%) беременных женщин, которые после утверждения «я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации», предпочли конструктивную стратегию «протест» («конструктивные оптимисты») либо неконструктивную стратегию «подавление эмоций» («позитивисты»).

3. «оптимисты необоснованные» — 284 (25,2%) беременных женщин, которые предпочли вторым выбором неконструктивные («самообвинение», «покорность») или неопределенные («пассивная кооперация») стратегии, не способствующие полноценной адаптации.

Лонгитюдное наблюдение подтвердило обоснованность выделенных групп, так в группе «пессимистов» чаще ( $p < 0,01$ ) чем у «оптимистов» беременность завершилась самопроизвольным выкидышем (3,2% и 0,3%) и преждевременными родами (7,1% и 0,6%). Перинатальная смертность в группе «пессимистов» (12,5%) оказалась выше ( $p < 0,01$ ), чем в группе «оптимистов» (3,1%) и

«оптимистов необоснованных» (3,5%). Оперативное родоразрешение проведено 111 (39,1%) «оптимистам необоснованным», тогда как в группах «оптимистов» и «пессимистов» этот показатель достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже 48 (15,2%) и 108 (19,3%).

Исходя из того, что системный структурно-уровневый подход к психике личности и ее поведению, положенный в основании акционсипсихотерапии (Залевский Г.В., 2004), предполагает, что цель психотерапии в осуществлении изменений, поэтому на втором этапе исследования на основе намеченных «мишенях изменения» разработана программа дородовой подготовки, включающая:

достижение положительного эмоционального фона в последнем триместре посредством насыщения когнитивной сферы адекватной информацией, уменьшающей страхи перед родами и будущими материнскими функциями (технологии когнитивной психотерапии «обременяющих мыслей», развитие оптимизма как «прививки» против стресса), что увеличивает порог болевой чувствительности;

переформирование понятия «роды» в понятие «день рождения моего ребенка» (прием «позитивного истолкования» неприятного, изготовление развивающих игрушек для будущего ребенка);

двухчасовые телесно-ориентированные тренинги с частотой два раза в неделю, в течение трех месяцев (гимнастика в медленном релаксирующем темпе для достижения плавности движений и расслабления, в которую включены движения и установки, формирующие привязанность к будущему ребенку);

телесно-ориентированные тренинги для супружеских пар, планирующих партнерские роды (изучение ресурсных возможностей партнера, проведение коррекции, при необходимости психологическое сопровождение пары в родах);

осознание особенностей мироощущения, переживаний беременной женщиной своего образа «Я» с помощью рисуночного теста «Автопортрет» (при индивидуальной психотерапии предлагалось рассказать, кто изображен на рисунке, что чувствует каждый из персонажей, где сама женщина на этом рисунке, что можно изменить для улучшения самочувствия);

обучение навыкам осознанного самоконтроля над ситуацией на примере обучения навыкам рационального питания с учетом триместра беременности (групповая сюжетно-ролевая игра, ведение дневника наблюдения за динамикой массы тела в зависимости от характера питания, составление индивидуального рациона).

В результате изучения эффективности дородовой подготовки у 228 беременных замужних женщин, отличающихся стратегиями копинг поведения (88 «пессимисты», 72 «оптимисты», 68 «оптимисты необоснованные»), установлено, что дородовая подготовка существенно не влияет на течение родов у женщин «оптимистов». Но регулярные занятия в группе улучшают эмоциональное самочувствие у женщин из коррекционной группы, они более активны в родах и послеродовом периоде адекватно выполняют материнские функции. Тогда как в группе «пессимистов» в коррекционной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) реже произошли преждевременные роды (1,1%), чем в контрольной группе (8,3%). Все дети от матерей «пессимистов», прошедших психологическую коррекцию родились живыми, а в группе контроля ( $n=162$ ) перинатальная смертность составила 12,4%. В группе «оптимистов необоснованных» кому была оказана дифференциальная медико-психологическая помощь во время беременности, достоверно ( $p < 0,01$ ) реже возникла необходимость в проведении кесарева сечения (5,6%), чем в группе контроля (39,1%).

Таким образом, интенсивно меняющиеся условия жизни в современном обществе создали необходимость совместной работы психотерапевта и акушера-гинеколога. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в оказание психологической коррекции нуждаются 73,5% женщин, состоящих на учете по поводу беременности. Своевременное проведение дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам улучшает течение беременности, результаты родов, положительно влияет на показатели здоровья новорожденных.

## МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГЕСТОЗОВ

Егорова А.Т.

Россия, Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава Кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования

Важнейшим обобщающим демографическим показателем региона является материнская смертность. Демографические тенденции в Российской Федерации, в том числе и в Красноярском крае характеризуются уменьшением численности населения за счет естественной убыли, снижении показателя рождаемости и высоким уровнем материнской, младенческой и перинатальной смертности.

Цель исследования: Разработать мероприятия по профилактике и снижению материнской смертности от гестозов на территории Красноярского края.

Материал и методы: Изучено 296 случаев смерти беременных, рожениц и родильниц за период 1989-2001 г. Проведен экспертный ретроспективный, клинический, социально-гигиенический анализ на основании экспертной оценки первичной медицинской документации. Установлено, что в лечебно-профилактических учреждениях края умерло 92,2% (273 женщины), 7,8% (23) умерли на дому.

Результаты исследования: Анализ структуры материнской смертности за 13 лет выявил, что из общей совокупности умерших женщин от основных акушерских причин погибло 229 женщин (77,5%): гнойно-септические заболевания составили 38,5%; кровотечения — 23% и гестозы — 17%. От косвенных причин умерло 67 (22,5%) женщин.

Гестоз как непосредственная причина смерти занимал третье место в структуре материнской смертности от основных акушерских причин. По этой причине за исследуемый период погибло 17% из генеральной совокупности женщин, а среди основных акушерских причин его доля составила 21,9%. Гестоз, являясь тяжелой фоновой патологией, в 41% случаев осложнял течение беременности у женщин, впоследствии умерших от кровотечений и сепсиса. Среди умерших от гестоза преобладали молодые женщины в возрасте до 30 лет (66%). В их числе юные женщины составили 20%, а при анализе обменных карт установлено, что во всех случаях беременность не была желанной. Ситуация усугублялась тем, что у 56% беременных была отмечена тяжелая экстрагенитальная патология. Исследование показало, что 85% женщин этой группы нуждались в стационарном лечении в отделении патологии, однако, они не были своевременно госпитализированы и не наблюдались в течение 1,5- 2-х месяцев ни врачом, ни акушеркой. Это послужило причиной того, что 38 (76%) женщин поступали в родильные дома в эклампсии, причем 10 из них в состоянии экламптической комы.

При оказании помощи больным с эклампсией и преэклампсией в 85% случаев помощь была несвоевременной и неадекватной. У 60% женщин беременность и роды осложнились преждевременной отслойкой плаценты и массивной кровопотерей. Хирургическая остановка кровотечения — экстирпация матки — проводилась с опозданием на 2-3 часа или вовсе не проводилась, а интенсивная терапия эклампсии у 80% женщин была неполной, дозы препаратов недостаточны, не проводилась искусственная вентиляция легких.

У 20% беременных, страдающих гестозом, смерть произошла от осложнений при проведении анестезиологических и реанимационных пособий в связи с недостаточной квалификацией врачей анестезиологов-реаниматологов. В 46% случаев умершим от гестоза вынашивание беременности было противопоказано в связи с имеющейся у них тяжелой экстрагенитальной патологией.

Выводы: Высокая материнская смертность от основных акушерских причин в крае была обусловлена ростом тяжелых форм осложнений беременности, связанных с ухудшением соматического и репродуктивного здоровья женщин. В то же время более чем в 62% случаев смерти женщин от прямых акушерских причин управляемы или условно управляемы.

Для снижения материнской смертности необходимо улучшение антенатального ухода (индивидуальная работа с каждой беременной с определением степени риска перинатальной и материнской смертности в женской консультации).

Беременным групп высокого риска обеспечить полное лабораторное обследование и высококвалифицированную консультативную, диагностическую помощь.

Обеспечить своевременный и полный объем интенсивной терапии беременных с тяжелыми формами гестоза, с привлечением врачей анестезиологов-реаниматологов.

В рамках национального проекта «Здоровье» необходимо создание перинатального центра на территории объединенного Красноярского края.

## **КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО– СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Егорова А.Т., Стрижак Н.В.**

*Россия, Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования*

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, проведение интраоперационной антибактериальной профилактики и терапии, при операции кесарева сечения, послеродовые гнойно-воспалительные осложнения остаются наиболее частым и опасным осложнением в практике акушеров, что диктует необходимость дальнейшего углубленного изучения этой проблемы.

В связи с увеличением хронических экстрагенитальных и гинекологических заболеваний среди беременных на современном этапе отмечается рост гнойно-септических заболеваний после операции кесарева сечения. В структуре этих заболеваний преобладает эндометрит, который встречается по данным разных авторов, у 59% женщин после абдоминального родоразрешения и является причиной генерализации инфекции и формирования неполноценного рубца на матке, у 0,5 -8% родильниц после самостоятельных родов.

Важным фактором, определяющим значение этой проблемы, в современном акушерстве является так же рост числа операции кесарева сечение и связанной с ней инфекционных осложнений.

Целью исследования является клинико-лабораторная оценка эффективности интенсивной терапии родильниц с гнойно-септическими заболеваниями по материалам историй болезни родильниц гнойно –септического центра Краевой клинической больницы №1.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни родильниц, за период с 1.01.02 по 31.12.05, которые находились на лечении в отделении реанимации гнойно-септического центра Краевой клинической больницы №1 г. Красноярск.

Для решения поставленной задачи нами разработана анкета, которая включала: данные соматического и репродуктивного анамнеза, течения беременности, родов и показаний к оперативному родоразрешению, инструментальное исследование (УЗИ), лабораторные показатели, объем и качество проводимой терапии.

Средний возраст обследованных составил  $27,9 \pm 0,1$  года. (от 18 до 44 лет). Среди обследованных сельские жительницы составили 76 % (40) родильниц, городские – 24 % (13). ( $p < 0,05$ ), неработающие женщины составили 67,9 % (36), служащие только 32,1 % (17) женщин.

В анализируемой группе преобладали первородящие и составили 52,8 % (28), а повторнородящие –47,2 % (25) женщин.

Родоразрешены путем операции кесарева сечения 82 % (43) женщины, тогда как через естественные родовые пути всего 18 % (10) родильниц. ( $p < 0,05$ )

Показаниями к абдоминальному родоразрешению являлись: клинически узкий таз (18,7 %), тяжелый гестоз (20,9 %), аномалии родовой деятельности (11,6 %), рубец на матке (11,6 %), ПОНРП (9,3 %), что составило 72,1 %. Показания со стороны плода (острая гипоксия, неправильное положение) в 27,9 %. ( $p < 0,05$ ).

Клинические проявления гнойно-воспалительных осложнений отмечались в основном на 3-4 сутки после родоразрешения у 45,3 % родильниц (24), а переводились они в многопрофильную больницу на 6-8 сутки в 36 % (19), на 9 -12 сутки в 54,6 % (29) женщин, на 14 -17 сутки в 9,4 % (5) родильниц.

Все пациентки, поступившие на лечение в Краевую клиническую больницу, имели клинику некупируемого эндометрита на фоне проводимой терапии. В отделении реанимации проводилась внутриартериальная перфузия антибактериальных препаратов (цефалоспорины третьего поколения). Родильницам с острым послеродовым эндометритом и подозрением на несостоятельность швов на матке после кесарева сечения использовался гистероскопический лаваж с визуальным контролем состояния полости матки. Всем родильницам применялся курс гипербарической оксигенации до 9 -10 сеансов.

Консервативное лечение проведено у 41 (77,4 %) родильницы

Органоуносящие операции (гистерэктомии с трубами, пангистерэктомии) проведены у 12 (22,6%) родильниц, которые были родоразрешены операцией кесарева сечения. Запоздалая диагностика гнойно –септических осложнений привела к тому что в ГСЦ поступали женщины поздно, то есть на 10 -11 сутки Средний возраст родильниц с релапаротомией составил  $23,9 \text{ лет} \pm 0,1$  года.

Средний койко-день для женщин пролеченных консервативно составил 20,3 суток. Родильницы которые подверглись оперативному лечению находились в стационаре в среднем 24,8 суток. Все женщины в течении 6 -7 суток получали лечение в отделении реанимации гнойно –септического центра ККБ №1.

Результаты проведенного нами исследования диктуют необходимость повышения качества оказания медицинской помощи у женщин высокой степени риска на всех этапах.

В районах сельской местности, необходима своевременная диагностика начальных форм гнойно –септических заболеваний и перевод в квалифицированные учреждения. В случае возникновения гнойно –септического осложнения необходим незамедлительный перевод в многопрофильную больницу. Это позволит существенно снизить процент органонуносящих операций и сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин.

## **ПОРОГ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ХЛОРИДУ НАТРИЯ КАК НОВЫЙ ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Егорова И.В., Стольникова И.И.**

*г. Тьверь*

Одной из основных проблем современного акушерства до последнего времени остается изучение гестоза, частота которого колеблется от 7% до 16% (Серов В.Н. и соавт.,1999; Савельева Г.М. и соавт.,2001; Кулаков В.И. и соавт.,2004); и не имеет тенденции к снижению, несмотря на существенные достижения в изучении этиологии, патогенеза и разработку новых методов прогнозирования и профилактики этого осложнения беременности.

Несомненно, отрицательным фоном для развития такого гестационного осложнения беременности как гестоз, является ожирение у беременных (Чернуха Е.А. и соавт., 1992; Шехтман Н.Н. и соавт., 1996;). В связи с этим, разработка новых эффективных методов прогнозирования гестоза у беременных с ожирением остается достаточно актуальной.

В патогенезе гестоза немаловажное значение отводится нарушениям в обмене натрия и системе регулирующей его экскрецию и распределение. Косвенным признаком потребления поваренной соли является порог вкусовой чувствительности. Функциональное состояние вкусового анализатора — одна из составных частей

механизма, регулирующего пищевое поведение, в том числе употребление поваренной соли. Повышенному потреблению натрия способствует такой фактор, как снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли. Исследование порога вкусовой чувствительности к поваренной соли является простым и доступным методом, который позволяет выявлять лиц с высоким потреблением поваренной соли (Константинов Е.Н., Меерзон Л.А. и соавт., 1981).

Для решения поставленной задачи было обследовано 100 беременных соматически здоровых и 200 беременных с ожирением. Сформирована контрольная группа (1-ая), (средний возраст  $23,5 \pm 5,9$ ), в нее вошли пациентки с нормальной массой тела, здоровые с физиологическим течением беременности. Беременные, у которых выявлено ожирение, составили основные группы. 2-ая — беременные с ожирением, течение беременности у которых не осложнилось развитием гестоза ( $24,2 \pm 6,7$ ). 3-я- беременные с ожирением, течение беременности у которых осложнилось развитием гестоза ( $26,3 \pm 7,3$ ). Выделена группа сравнения (4-ая), в которую вошли беременные с нормальной массой тела, процесс гестации у которых осложнился развитием гестоза ( $27,5 \pm 5,8$ ).

Цель исследования: изучить вкусовую чувствительность к поваренной соли у беременных с ожирением как один из косвенных методов прогнозирования гестоза.

Для определения порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧ к ПС) нами была использована методика R J Henkin и соавт. (1963). Для тестирования мы применяли набор из 12 разведенных хлорида натрия в дистиллированной воде в концентрациях от 0,0025 до 5,12% (в каждой последующей пробирке концентрация увеличивалась в 2 раза). Раствор хлорида натрия (1 капля) наносился последовательно на переднюю треть языка. За ПВЧ к ПС принимали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус исследуемого раствора. Исследование повторяли через 10 минут до получения 2-х совпадающих результатов.

Все беременные разделены на три группы: с низким, высоким и средним ПВЧ к ПС. Деление пациенток по типам ПВЧ к ПС основывалось на следующих значениях концентраций тестируемого раствора ПС: с низким порогом (менее 0,16% раствор ПС); со средним порогом (0,16% раствор); с высоким порогом (более 0,16% раствор ПС).

В 1-ой группе в I триместре беременности наиболее часто встречается средний тип ПВЧ к ПС. Тогда как низкий значительно реже, а высокий порог не отмечен вообще. Во 2-ой группе пациентки со средним типом ПВЧ к ПС также преобладали, низкий ПВЧ к ПС оказался практически одинаковым, выявлены пациентки с высоким ПВЧ к ПС, хотя их количество невелико ( $p > 0,05$ ). Средний и высокий порог ПВЧ к ПС зарегистрирован практически у каждой второй пациентки 3-ей группы ( $p < 0,05$ ), имеются пациентки с низким ПВЧ к ПС ( $p < 0,05$ ). Среди беременных 3-ей группы, где регистрируется большое количество пациенток с высоким порогом ПВЧ к ПС, видимо, имеется непроизвольное постоянное увеличение потребление поваренной соли с пищей.

Таким образом, у беременных с ожирением отмечается четкая тенденция к повышению ПВЧ к ПС, причем у пациенток в предгипертензионный период отмечается выраженное формирование фона для гестоза. Это обстоятельство еще в большей мере становится значимым, когда позволяет с высокой долей вероятности относить беременных с ожирением и высоким ПВЧ к ПС в группу крайнего риска по развитию гестоза.

В 4-ой группе отмечены беременные с высоким ПВЧ к ПС (56%) при уменьшении распространенности других типов (низкий ПВЧ к ПС 4%, средний 34%). Это обстоятельство видимо указывает на то, что в отсутствии ожирения увеличение ПВЧ к ПС является весьма значимым для развития гестоза у беременных с нормальной массой тела.

Во II-ом триместре среди беременных 1-ой группы распределение типов ПВЧ к ПС имеет некоторую тенденцию к общему возрастанию. Так средний порог практически на прежнем уровне, тогда как впервые во II триместре отмечены пациентки с высоким ПВЧ к ПС (10%). Такое смещение по нашим данным произошло за счет уменьшения числа беременных с низким ПВЧ к ПС. В этой связи «мягкое» повышение ПВЧ к ПС мы предлагаем относить к виду адаптивной

реакции к прогрессирующей беременности. Среди пациенток 2-ой группы средний ПВЧ к ПС зарегистрирован у 79,68% пациенток, высокий у 15,62%, а низкий у 7,81%. То есть у беременных с ожирением сохраняется тенденция к повышенному потреблению ПС при сравнении с таковой у здоровых пациенток. Наибольшее смещение в распределении ПВЧ к ПС отмечено у беременных 3-ей группы. Отмечен рост высокого ПВЧ к ПС, снижение среднего ( $p < 0,05$ ), беременных с низким ПВЧ к ПС не выявлено. Среди беременных 4-ой группы заметного сдвига в распределении типов ПВЧ к ПС при сравнении с таковыми в I и II триместрах не установлено. Стабильно сохраняется значительная распространенность высокого ПВЧ к ПС и среднего.

В III триместре беременности также как в I и II-ом среди беременных 1-ой группы преобладают пациентки со средним ПВЧ к ПС. Такая же закономерность отмечена у пациенток 2-ой группы ( $p > 0,05$ ). Примечательно, что в этом триместре беременности среди пациенток с ожирением отмечена некоторая тенденция к уменьшению распространенности высокого ПВЧ к ПС при сравнении с I и II триместром, причем с последним отмечена достоверная разница ( $p < 0,05$ ). У беременных 3-ей группы частота встречаемости высокого типа ПВЧ к ПС практически не изменилась. Однако отмечены пациентки с низким ПВЧ к ПС (4%). Установлено, что все эти пациентки имели в I и II триместрах средний тип ПВЧ к ПС. Вместе с тем, клинико-лабораторных корреляций с феноменом понижения ПВЧ к ПС при дальнейшем анализе нам установить не удалось. В целом же в III триместре у беременных 3-ей группы регистрируемые показатели достоверно различны по отношению к значениям ПВЧ к ПС в указанный период беременности у пациенток контрольной группы, а так же по высокому типу в сравнении с беременными с ожирением, но без гестоза.

В нашем исследовании возникновение гестоза у беременных 4-ой группы в малой степени отразилось на частоте типов ПВЧ к ПС в III триместре. Практически все значения не изменились по отношению к данным, полученным во II триместре беременности, и лишь пациенток со средним ПВЧ к ПС было достоверно меньше при сравнении с показателем I триместра. Учитывая эти обстоятельства, мы предполагаем, что изменение вкусовой чувствительности к ПС среди пациенток без ожирения является мало изменчивым показателем в динамике беременности.

Таким образом, полученные закономерности в доклинический период могут быть использованы как одни из методов прогнозирования гестоза в зависимости от исходной массы тела у беременных.

## ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

**Енгбарян Д.А., Котова Ю.С., Константинова О.Д.**

*Россия, Оренбург, ГОУ ВПО «Оренбургская Государственная Медицинская Академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»*

Среди супружеских пар детородного возраста бесплодие во многих странах, в том числе и в России, достигает 15%, и проблема его лечения приобретает не только медицинское, социально-демографическое, но и экономическое значение.

В настоящее время для лечения женского бесплодия, обусловленного абсолютным трубно-перитонеальным фактором, во всем мире используют метод экстракорпорального оплодотворения преовуляторных ооцитов и переноса дробящихся эмбрионов в полость матки пациентки (метод ЭКО).

В клиниках, выполняющих ЭКО, не проводится анализа течения и исходов беременности, т.к. беременные женщины выпадают из поля зрения специалистов, осуществляющих ЭКО, и наблюдаются в женских консультациях по месту жительства.

Цель исследования — провести анализ течения, ведения и исходов беременности у женщин, перенесших экстракорпоральное оплодотворение



Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 22 случаев беременности после ЭКО, находившихся под наблюдением в женских консультациях города Оренбурга за период с 2002г. по 2006г. Были проанализированы индивидуальные карты беременных и родильниц, истории родов и разработанные нами анкеты.

Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в полость матки выполнено в г. Самаре 14 женщинам, в различных медицинских центрах г. Москвы — 4, в клиниках г. Саратова и г. Ижевска — по 2 женщины.

Возраст женщин колебался от 23 до 40 лет (в среднем — 30,3±2,2 года). Первичное бесплодие выявлено в 10 случаях, вторичное — в 12. Продолжительность бесплодия составила от 3 до 12 лет (в среднем 6,3 лет).

Результаты и обсуждение. Инфертильность была обусловлена: трубно-перитонеальным фактором (отсутствие маточных труб или нарушение их функции) у 12 женщин, эндометриозом со спаечным процессом малого таза у 5, эндокринным в сочетании с перитонеальным фактором у 5 пациенток.

Гетеротопические беременности выявлены у 2 пациенток (9,1%), из них в одном случае одно плодное яйцо локализовалось в маточном углу, а другое в матке, во втором — имело место сочетание маточной беременности и трубной. Обе пациентки прооперированы в сроке 7-8 недель и 4-5 недель беременности соответственно, при этом маточные беременности были сохранены. Многоплодные маточные беременности (двойни) зарегистрированы у 8 (36,3%) женщин.

Основным осложнением беременности была угроза прерывания. Так в первом триместре беременности сохраняющую терапию в стационаре получали 2/3 (68,2%) пациенток. Во втором триместре угроза прерывания беременности диагностирована у 8 (36,3%) женщин, большинство из которых получали токолитики. У одной пациентки лечение оказалось неэффективным, в сроке 24-25 недель произошел самопроизвольный выкидыш.

Вторым по частоте осложнением беременности был гестоз. Отеки беременной без протеинемии и преэклампсия легкой степени выявлены у 12 (54,5%) женщин. Всем беременным лечение гестоза проводилось в стационаре.

Также часто, у 10 (45,5%) женщин, в период гестации диагностировалась анемия легкой степени. Лечение анемии проводилось препаратами железа перорально.

Ранний токсикоз легкой степени тяжести наблюдался в трех (13,6%) случаях и не требовал госпитализации.

В период гестации выявлена плацентарная недостаточность в 4 (18,2%) случаях, аномалии прикрепления плаценты — в 3 (14,3%) случаях. У 1 (4,5%) беременной установлено поперечное положение одного плода из двойни.

Родами завершилась 21 беременность. Доносили беременность до срока 2/3 женщины, преждевременные роды произошли у 7 женщин с многоплодной беременностью (двойни).

Течение родов осложнилось кровотечением, связанным с предлежанием плаценты - у 1 (4,5 %) роженицы. Операция кесарева сечения была выполнена 15 (71,4%) женщинам по абсолютным и относительным показаниям. Шесть (27,3%) беременностей завершились самостоятельными родами.

У 21 женщины родилось 27 живых детей с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов и 1 ребенок в асфиксии легкой степени (7 баллов). При стопроцентном ультразвуковом трехкратном скрининге во время беременности была выявлена микрогастрия у одного плода. У новорожденных в двух случаях обнаружены пороки развития: микрогастрия — у 1 ребенка и кривошея — у 1 ребенка (из двойни).

Таким образом, общая частота пороков развития у детей, родившихся после ЭКО, составила 7,1%, что не превышает общестатистических данных. Проспективное наблюдение детей до года показало, что все дети развиваются в соответствии с возрастом.

Заключение. Проведенное исследование особенностей течения беременности и родов у женщин после ЭКО выявило высокую частоту осложнений гестации (угроза прерывания, анемия, гестоз).

Рост числа женщин с бесплодием в сочетании с эндокринными нарушениями, хроническими воспалительными (бактериальными и вирусными) заболеваниями репродуктивной системы, сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями не способствуют нормальному течению и исходу беременности и диктует необходимость разработки протокола выявления факторов риска и прегравидарной подготовки перед ЭКО, требуют особенного подхода к ведению данных пациенток.

Таким образом, рациональное ведение женщин после ЭКО с использованием гормонального контроля течения беременности, с индивидуальным подходом к каждой беременной, позволит отличить истинную угрозу прерывания, что, в свою очередь, приведет к уменьшению ятрогенных вмешательств и, возможно, снизит частоту преждевременных родов. Соблюдение преемственности между поликлиническими и стационарными звеньями оказания медицинской помощи беременным после ЭКО можно рассчитывать на улучшение перинатальных исходов.

## АНАЛИЗ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО АКУШЕРСКОМУ ОБСЕРВАЦИОННОМУ ОТДЕЛЕНИЮ

ЗА 10 ЛЕТ

Жданова В.Ю., Тетерина Н.Г., Князева Г.М.,  
Цилицкий Э.Г.

Россия, Ульяновск, Ульяновская областная клиническая больница

Одной из актуальных проблем современного акушерства продолжают оставаться гнойно-воспалительные послеродовые заболевания (ГВЗ). Несмотря на применение современных методов диагностики, лечения и профилактики, частота ГВЗ не имеет тенденции к снижению, занимая одно из ведущих мест в структуре материнской заболеваемости и смертности.

По данным В.Н. Серова частота послеродовых ГВЗ достигает 26%. Такой высокой частоте способствует ряд факторов: увеличение числа инфицированных пациенток, высокая частота иммунодефицитных состояний, аутоиммунных и эндокринных нарушений; рост заболеваний, передающихся половым путем до или в период гестации; общее увеличение числа женщин с экстрагенитальной патологией, индуцированной беременностью, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания; увеличения числа оперативных вмешательств во время беременности и в родах.

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских стационарах остается актуальной для здравоохранения страны в связи с высоким уровнем заболеваемости, отсутствием тенденции к снижению, большим ущербом, причиняемым здоровьем новорожденных и родильниц, и огромной социально-экономической значимостью.

Целью исследования был анализ ГВЗ за 10 лет: изменение частоты, структуры, этиологии осложнений после оперативных вмешательств. Был проведен анализ ГВЗ за 1993-2004 гг. по данным родильного отделения УОКБ. За этот период количество родов составило 21023, в среднем за эти годы частота ГВЗ была 14,72%, в 1993 она составила 12,6%, в 2003 — 18,3%, хотя в 2002 г. — 11,5%. Процент оперативных вмешательств за эти годы составил в 1993 г. — 16,6%, в 2003 г. — 18,9%, в 2000 г. — 26%, 2001 г. — 23,7%, 2002 г. — 20,3%.

В 1993 и 2003 гг. не было ни одного случая ГВЗ после планового кесарева сечения, в 1997 и 2002 гг. — 0,7%. Удельный вес плановых операций снизился с 54,8% (1993) до 32,1% (2003), а частота экстренных операций, наоборот, повысилась с 47,2% в 1993 до 67,9% в 2003 году. В 1993 году после экстренных операций кесарева сечения не зарегистрировано случаев ГВЗ, однако, с 1996 г. они стали стабильны с 1,6% в этом году до 0,8% в 2003 г., хотя в 2002 г. их было 2,3%. Частота родов через естественные родовые пути составила 83-81,1%, частота ГВЗ также была почти стабильной за эти годы в пределах 1% в 1993 до 0,9% в 2003 г., в 2002 г. даже была рекордно низкой — 0,1%.

В 1993 г. ВБИ составляли 19,9%, при аутоинфекции 5,7%, ГВЗ — 25,2%, в 2000 и 2001 гг. ВБИ не регистрировалась; в 2003 г. ВБИ — 1,1%; аутоинфекция — 17,2%, ГВЗ — 18,3%; в 2004 г. — 1,6%, 19,3%, 20,9%, соответственно.

ГВЗ у новорожденных также практически не изменились за этот период: в 1993 г. их было 10,2%, в 2003 г. — 11,8%, хотя в 2002 г. — 5,8%.

Структура ГВЗ среди новорожденных меняется:

- в 1993 г. энтероколит, осложнения со стороны глаз;
- в 1996 г. сепсис, абсцесс бедра и остеомиелит;
- в 2000 г. осложнения со стороны глаз и в/у пневмония, сепсис;
- в 2004 г. в/у пневмония, осложнения со стороны глаз, поражения кожи.

При бактериологическом исследовании в 35% случаях в результатах — роста флоры нет.

Микробный пейзаж среди заболевших родильниц складывается следующим образом:

1996 г. стаф. эпидерм.; эшерихия колли, стрептококк гемолитический.

1997 г. стаф. эпидерм., сапроф. и золотист., эшерихия колли; протей вульг., каринобакт.

2000 г. эширихия колли, стаф. эпидерм и золот.

2003 г. стаф.золот. и эпидерм., эширихия фекал. и эширихия колли.

Среди новорожденных этиологическая структура:

1996 г. кандида, эширихия колли, стреп. пиогенный, стаф. золот.

1998 г. стаф. золот., стаф сапроф. и эпидерм.

2001 г. стаф. эпид., кандида, эширихия фекал., стаф. золот.

2003 г. стаф. эпидерм. и золот., сапроф., эширихия колли и фекал.

Таким образом, грам (+) флора за это время преобладала, и, в основном, за счет эпидермального стафилококка, и составила 48,6%, грам (-) 39,7%, дрожжи — 4,05%, в единичных случаях — ЦМВ, герпес, хламидии.

Выявить какой либо закономерности во времени развития осложнений у родильниц и новорожденных не представляется возможным. Преобладает заболеваемость с 1-3 суток. У родильниц поздняя диагностика ГВЗ на 20-26 сутки регистрировалась в 1998 г.

За отчетный период в акушерском стационаре ГУЗ УОКБ проделана определенная работа по профилактике ГВЗ среди родильниц и новорожденных:

- проводится бактериологическое обследование беременных, роженниц и новорожденных;

- санация очагов инфекции перед родоразрешением по показаниям;

- 100% гистологическое исследование плаценты, что позволяет выявлять воспалительные изменения в ней и этим подтвердить наличие инфицирования;

- разделение родильниц по группам риска по ГВЗ и соответствующая профилактика;

- постоянный бактериологический контроль за объектами внешней среды на всех постах;

- строгий контроль за соблюдением санэпидрежима в отделениях;

- соблюдение бельевого режима и оптимального дезрежима;

- своевременный вывод заболевших родильниц и новорожденных;

- рациональное профилактическое назначение антибиотиков короткими курсами.

Таким образом, частота ГВЗ по УОКБ составила 14,7%, что значительно ниже данных по РФ (26%), существенного изменения частоты, структуры, этиологии ГВЗ за 10 лет не прослеживается. Связь с оперативными вмешательствами также не выявлена. Для улучшения показателей необходимо выполнение следующих задач:

- при наличии материальных ресурсов, работу осуществлять одноразовым расходным материалом и бельем;

- при наличии финансов проводить 100% обследование беременных, роженниц и новорожденных на ЗППП;

- по возможности внедрить профилактику ГВЗ при осложненных родах коротким курсом;

- продолжать работу по раннему прикладыванию к груди новорожденных и совместному пребыванию матери и ребенка.

## РОДОВАЯ ТРАВМА: АКУШЕРСКИЕ ПРИЧИНЫ?

**Жданова В.Ю., Галкина О.Н., Измайлова Ф.А.,  
Маршанина Л.С.**

*Россия, Ульяновск, Ульяновская областная клиническая больница*

Родовая травма — собирательное понятие, включающее неоднородные по этиологии и патогенезу и многообразные по клиническим проявлениям изменения ЦНС плода во время и после родов. В неврологической патологии новорожденных совершенно необоснованно во многих случаях обвиняется акушерская служба, при этом не учитывается действие на плод многих анте- и интранатальных факторов. Ятрогенная механическая травма плода, к сожалению, тоже имеет место. Однако, преобладающее значение в развитии перинатальной патологии имеют все же не механические, а метаболические, микроциркуляторные нарушения, возникающие в анте-, интра- и постнатальном периодах.

Целью исследования был анализ 95 случаев родовой травмы за 2005 год, произошедших в родильном отделении Ульяновской областной клинической больницы. Частота родовой травмы составила 3,56%, из них 60% составила кефалогематома теменной кости, 32,6% — травма шейного отдела позвоночника, 4,2% — перелом ключицы, 2,1% — перелом плечевой кости, 1,1% — кефалогематома теменной кости и перелом ключицы.

Кефалогематома теменной кости была у 58 новорожденных. Беременность у женщин, родивших этих детей осложнилась: в 55,2% — хронической УГИ, хронической в/у гипоксией плода — 34,7%, гестозом — 25,8%, нарушением углеводного обмена — 41%, анемия — 31%. Первородящих из них было 75,8%, 40% женщин были в возрасте 21-25 лет. 25% из них имели анатомическое сужение таза, из них 10,3% — общеравномерносуженный, 8,6% — плоскорихитический, 3,4% — простой плоский, 1,7% — поперечносуженный, все тазы были I степени сужения.

Дородовым излитием околоплодных вод осложнились 43,1% родов, однако, у 51,7% была проведена амниотомия до 4 см открытия маточного зева, 13% родов осложнились первичной слабостью родовой деятельности, 5,1% — вторичной, дискоординированной — в 8,6% случаев. Однако, 79,3% родов прошли без родооррекции. 94,9% родов закончились через естественные родовые пути, в 5,1% — было произведено кесарево сечение (2 плановых — переносимость, рубец на матке, 1 — экстренное: клинически узкий таз). В 12% роды были быстрыми (до 4 часов), 15% — затяжными (более 12 часов), из них 8,6% имели затяжной II период родов.

Вес детей при рождении составил: 43,1% в пределах 3500-4000 г, а 12% имели вес 4000-4500 г.

В тяжелой асфиксии родилось 1,7%, в умеренной асфиксии — 3,4% новорожденных. Переносенных детей было 5,1%. Домой были выписаны на 5-7 сутки 86,2%, остальные — переведены на II этап выхаживания.

Вторая по частоте была травма шейного отдела позвоночника (32,6%), из них парез Дюшена-Эрба был у двоих.

Беременность у женщин, родивших этих детей, осложнилась: в 41,7% случаев гестозом, анемией — 19,3%, транзитной артериальной гипертензией — 25,8%, инфекцией МВС — 51,6%, ХПИ — 12,9%, нарушением углеводного обмена — 29%, варикозное расширение вен — 6,4%. Т.е. изначально более 50% женщин имели нарушения, связанные с кровообращением, с нарушением сосудистой стенки. Одна женщина имела центральное предлежание плаценты, у 38,7% была диагностирована хроническая в/у гипоксия плода. 16,1% многоводие, у одной был рубец на матке. 18% были из них — первобеременные, а 70,9% — первородящие, причем каждая четвертая была

в возрасте 31 год и старше, и 4 женщины были в возрасте 36 лет и старше. 9,6% имели общеравномерносуженный таз, 3,2% — простой плоский, 3,2% — поперечносуженный.

Течение родов осложнилось: 25,7% женщин проводилось родо-возбуждение при родовом излитии вод, первичная слабость была у 12,9%, дискоординирование — 6,4%. У 83,8% роды прошли через естественные родовые пути, 16,2% — родоразрешение операцией кесарева сечения: показаниями были: ПОНРП (3,2%), предлежание плаценты, рубец на матке, клинический узкий таз, прогрессирующая в/у гипоксия плода (6,4%). Длительность родов составила: быстрые — 32,2%, затяжные — 12,9%. В 3,2% (1 случай) роды были преждевременными, остальные — срочные, из них 6,4% — переношенные.

Дети родились со следующим весом: 45,1% были в пределах 3500-4000г; и 12,9% — выше 4000г; т.е. больше половины детей были относительно крупными или крупными.

Состояние новорожденных: 25,8% родилось в тяжелой асфиксии, 19,3% из них были переведены на ИВЛ; 16,1% — в умеренной асфиксии. 35% детей были переведены на II этап выхаживания.

Было 5 случаев перелома ключицы (4,2%). Матери этих детей: в 60% имели узкие тазы I степени сужения, 3 из родившихся детей были массой 3800-4000 г, 1 — более 4000 г. роды были быстрыми в 1 случае. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Т.е. перелом ключицы чаще встречается при сочетании узких тазов и относительно крупных плодов, и при IV моменте биомеханизма родов — наружном повороте происходит перелом ключицы (2/3 случаев).

В 2 случаях (2,1%) было зафиксирован перелом плечевой кости. В 1 случае была дискоординированная родовая деятельность и вес плода 4755 г, во втором случае — первичная слабость родовой деятельности и крупный плод 4380 г. Оценка при рождении у обоих составила 6-7 баллов, обе переведены на II этап выхаживания.

Таким образом, кефалогематома теменной кости наиболее часто встречается родовая травма (60%). Матери, родившие этих детей в 55% имели УТИ, у каждой третьей была хроническая в/у гипоксия плода, каждая четвертая имела гестоз, 41% — нарушение углеводного обмена, 30% — анемию. 25% женщин имели анатомическое сужение таза; 12% родили крупных детей, 5,1% из них переношенные. Кефалогематомы были в большей степени, гипоксического генеза, сосуды выходят за пределы выносливости, и в результате сдавления, безусловно, возникают кровоизлияния, это подтверждается и тем, что в 2-х случаях в нашем исследовании кефалогематомы были при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения. Контингент беременных, родивших детей с травмой шейного отдела позвоночника, имел достаточно высокий процент осложнений беременности, которые являются антенатально повреждающими факторами и привели к развитию неврологических нарушений у плода. А родовой стресс, аномалии родовой деятельности, крупные размеры плода, анатомическое сужение таза приводят к сдавливанию ствола мозга, и к развитию родовой травмы. Из осложняющих факторов нельзя не отметить высокий процент быстрых родов, родокооррекции. Переломы ключицы и плечевой кости относятся больше к механическим травмам.

Профилактика родовой травмы должна базироваться на диагностике нарушений состояния беременной и их коррекции, что предупредит развитие тяжелых форм поражений плода, повысит его адаптационные возможности. Интранатальная охрана плода должна заключаться в правильной оценке состояния плода и характера родовой деятельности, адекватном применении утеротоников, своевременном решении вопроса об абдоминальном родоразрешении, адекватном обезболивании.

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПОСЛЕ РОДОВ

**Жданова В.Ю., Михеев А.П.**

*Россия, Ульяновск, Ульяновская областная клиническая больница*

В акушерской практике часто встречаются ситуации, требующие расширения оперативного вмешательства, а вмешательства

нередко заканчиваются калечащей женщин операцией. По данным Ульяновской областной клинической больницы (УОКБ) за период 2003-2005 г.г. было выполнено 30 гистерэктомий после родов.

Целью исследования было провести анализ частоты, показаний, обоснованности гистерэктомий, особенностей течения беременности и родов у данных женщин, исходов для матери и плода.

Частота гистерэктомий составила в 2003 г. — 0,3%, 2004 г. — 0,4%, 2005 г. — 0,6%, из них ампутация и эктирпация матки составили соответственно: 2003 г. — 0,1% и 0,14%, 2004 г. — 0,25% и 0,3%, 2005 г. — 0,04% и 0,4%.

Анализ течения беременности показал, что 50% этих женщин были в возрасте 34-38 лет, 58,7% — сельские жительницы, 20% из них не состояли в браке, 30% — домохозяйки. 80% из этого контингента были повторнородящие, 31,1% — возрастные первородящие, 48,3% — повторнородящие, 23,3% — многорожавшие, 90% из них имели в анамнезе аборт, 13,8% — бесплодие. Хроническая УТИ была выявлена у 86,7% беременных. Индекс здоровья у этих женщин был низок, частота экстрагенитальной патологии составила: анемия — 80%, гипоталамический синдром — 40%, артериальная гипертензия различного генеза — 23,3%, варикозная болезнь — 26,7%. 10% — имели аномалию развития матки. Т.е. эти женщины относились к высокой группе риска по генитальной и экстрагенитальной патологии.

Течение беременности у данного контингента было неблагоприятным: ранний токсикоз проявился у 33,3%, угроза прерывания — 56,7%, гестоз различной степени тяжести у 60%. У 10% было предлежание плаценты, 13,3% имели многоузловая миома матки, 16,7% — рубец на матке.

22 женщины из 30 получили родовую подготовку, поступили в стационар за 7-10 дней до родов, остальные поступили сразу на родоразрешение.

Операцией кесарева сечения родоразрешены 80%, остальные через естественные родовые пути. Показаниями к операции послужили: рубец на матке — 20,8%, аномалии развития матки — 12,5%, миома матки — 16,7%, предлежание плаценты — 12,5%, гестоз тяжелой степени — 16,7%, ПОНРП — 25%, клинически узкий таз — 16,7%.

Сроки гестации на момент родоразрешения составили: 22-27 нед. — 3,3%, 28-37 нед. — 33%, остальные — при доношенных сроках.

Показаниями для гистерэктомии были:

- Атония матки — 23,3%
- Матка Кювеллера — 20%
- Приращение плаценты — 20%
- Многоузловая миома, матка с изменением в узлах — 13,3%
- Коагулопатическое кровотечение — 16,7%
- Эндометрит — 6,7%

В 32% случаях выполнялась релапаротомия.

Объем кровопотери до операции составил 150,0-300,0 — 96,7%, более 1000,0 — 1 случай. Общая кровопотеря была: в пределах 1200-1500мл — 63,3%, 1600-2000мл — 16,7%, 2100-2500мл — 16,7%, 4000мл — 3,3%.

Кровопотеря была восполнена:

- кристаллоиды + препараты ГЭК — 40%,
- кристаллоиды + препараты ГЭК + СЗП — 33,3%,
- кристаллоиды + препараты ГЭК + СЗП + ЭМОЛТ — 26,7%.

Исходы для детей: 1 — антенатально погиб до поступления в стационар, 1 погиб через час после рождения, остальные 28 детей (93,3%) живы, 53,6% из них были выписаны на 7-9 сутки домой, остальные были переведены на II этап выхаживания с благоприятным исходом.

Исходы для матерей: 83,3% были выписаны домой на 7-9 сутки, 16,7% — были переведены в другие отделения, откуда были выписаны.

Было проведено гистологическое исследование последов: 30% имели воспалительные изменения, остальные — инфаркты, кальцинозы, ишемии. Гистология матки подтвердила поставленные клинические диагнозы.

Таким образом: наметился рост гистерэктомий в структуре осложнений родов с 0,3% 2003 г. до 0,6% в 2006г. Неблагоприятно, что из них 30% было первородящих и 20% первобеременных, на это сказались по видимому то, что 86,7% беременных имели урогенитальную

инфекцию, более 90% из них — неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез, более 80% — низкий индекс здоровья. Показания для гистерэктомии были обоснованы. Однако, проведенный анализ позволяет искать имеющийся резерв по снижению гистерэктомии путем применения альтернативных методов остановки кровотечения: эмболизации маточных сосудов или клеммирование их, для сохранения репродуктивной функции женщин.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

**Замалева Р. С., Черепанова Н. А.**

*Россия, Казань, Казанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии I*

Гестоз относится к наиболее сложным проблемам современного акушерства. Частота встречаемости гестоза высока и не имеет тенденции к снижению. Отрицательное влияние гестоза на состояние здоровья беременной, перинатальную заболеваемость и смертность в настоящее время общепризнано. В связи с этим, проблема охраны здоровья матери и ребенка при гестозе требует интенсификации научных исследований, направленных, прежде всего, на совершенствование оценки риска развития гестоза и разработку методов его профилактики и лечения. Принимая во внимание важнейшую роль иммунологических механизмов в развитии гестоза, целью нашего исследования явилось оценка прогностической значимости некоторых регуляторных аутоантител в генезе возникновения гестоза

Материал и методы исследования. В ходе работы было проведено обследование 56 женщин. 21 пациентка с тяжелым гестозом в анамнезе составили основную группу. 10 беременных с впервые развившимся во время данной беременности гестозом вошли в группу сравнения. Контрольная группа состояла из 25 женщин с физиологическим течением беременности и родов. Возраст пациенток колебался от 20 до 38 лет. У всех пациенток проводили сбор общего и акушерского анамнеза по общепринятым критериям. Выявлялось наличие перенесенных заболеваний, исследовались менструальная и репродуктивная функции, исходы предыдущих беременностей. Оценивался объем проводившегося лечения по поводу неблагоприятных исходов, характер течения и осложнения предыдущих беременностей. Кроме того, во II триместре беременности, с помощью твердофазного иммуноферментного анализа (метод ЭЛИП -Тест; Полегаев А.Б., Кузьменко Л.Г., 2006) определяли сывороточное содержание аутоантител класса IgG связывающихся с хорионическим гонадотропином человека (ХГЧ), двуспиральной ДНК, 2-гликопротеином I, аутоантителами к 2-гликопротеину I, Fc фрагментами иммуноглобулинов (ревматоидный фактор), коллагеном, белками S100, MP-65, а также: маркерами патологии почек, тромбоцитопатий, васкулитов — TrM 05-12, ANCA, Kim — 05-40, специфическим белком филаментов аксонов — NF-200, белком промежуточных филоментов астроцитов — GFAP, ферментом, обеспечивающим синтез вазодилатора NO - NO-синтетаза. Необходимо отметить, что у здоровых женщин с физиологическим течением беременности уровень аутоантител находится в диапазоне от — 20 +20.

Гестоз развивался на сроках 32-36 недель беременности у 11 из 21 (53%) беременных основной группы (подгруппа I), 10 (100%) — группы сравнения и ни у одной женщины контрольной группы. У 7 из 11 женщин с развившимся гестозом (подгруппа I), и 6 — из группы сравнения выявлены патологические повышенные значения уровней аутоантител к к NO-синтетазе, двуспиральной ДНК и низкие уровни аутоантител к MP -65 и NF-200 во II триместре беременности, до клинических проявлений гестоза. При исследовании коагулограмм у этих беременных выявлено удлинение коагинового времени свертывания, АЧТВ, повышение спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов. Учитывая данные изменения, в комплексную терапию гестоза всем беременным был

включен фраксипарин по 0,3 подкожно 1 раз в день в течение 10-14 дней, что позволило пролонгировать беременность до срока 36-37 недель. В дальнейшем все женщины родили живых детей с оценкой по шкале Apgar 5-7 баллов.

У 4 из 11 беременных (подгруппа I) и у 2 из 10 женщин (группа сравнения) отмечались тяжелые осложнения беременности, такие как, преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия, коагулопатические кровотечения в раннем послеродовом периоде. У данных женщин наряду с патологическими измененными значениями уровней аутоантител к к NO-синтетазе, двуспиральной ДНК наблюдались повышенные уровни аАт к ANCA. Параметры коагулограммы у всех этих женщин свидетельствовали о наличии хронического ДВС синдрома (увеличение содержания РФМК, повышение фибриногена, удлинение коагинового времени свертывания, АЧТВ). Такая картина иммунологических изменений расценивалась нами как вариант АФС с тяжелым течением. Из 6 женщин с тяжелыми осложнениями беременности у 2 диагностирована антенатальная гибель плода, 3 детей родились с оценкой по Apgar 3-4 балла, 1 ребенок с оценкой по Apgar 5-6 баллов. Фраксипарин в комплексной терапии гестоза данным женщинам не применялся связи с отказом от назначения у 4 и высокими цифрами АД (свыше 160/90) — у 2 пациенток.

У 2 женщин из группы сравнения уровни большинства регуляторных аутоантител были в пределах нормы. Наблюдалось незначительное снижение уровней антител к GFAP и NF-200. Гестоз у данных женщин протекал в легкой форме. Параметры коагулограмм свидетельствовали о наличии незначительной гиперфибриногенемии, удлинении АЧТВ. В дальнейшем они родили здоровых детей с оценкой по шкале Apgar 7-10 баллов.

У 10 женщин основной группы (подгруппа II — без гестоза) и у всех пациенток контрольной группы диагностированы незначительное понижение большинства значений регуляторных аАТ, не выходящие за рамки нормальных значений. Все они, так же как и пациентки контрольной группы родили здоровых детей с оценкой по Apgar 8 –10 баллов. Показатели системы гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности были в пределах нормы.

Выводы

1. Нарушения иммунорегуляции в виде патологически измененных уровней аутоантител к к NO-синтетазе, двуспиральной ДНК, аутоантител к MP -65 и NF-200 являются доклиническими признаками развития гестоза.

2. Тяжелые осложнения беременности (преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия, коагулопатические кровотечения) на фоне гестоза развились у пациенток с патологическими уровнями аутоантител к к NO-синтетазе, двуспиральной ДНК, аАт к ANCA.

3. Изменение содержания регуляторных аутоантител очевидно свидетельствует об участии иммунологических механизмов в патогенезе гестоза.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

**Захарова Л. В., Нимаева С. С.**

*Россия, Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава*

В акушерстве проблема артериальной гипотензии актуальна в связи тем, что это патологическое состояние вызывает серьезные осложнения беременности, родов и послеродового периода, а также приводит к увеличению показателей перинатальной смертности.

Цель исследования: Изучить особенности течения беременности, акушерские и перинатальные исходы при артериальной гипотензии у беременных.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 500 историй родов беременных с артериальной гипотензией в возрасте от 17 до 38 лет.

При анализе общесоматического анамнеза обследуемых женщин с гипотензией во время беременности преобладающими были заболевания верхних дыхательных путей — 342 женщины (68,4%) и желудочно-кишечного тракта — 205 (41,6%, кроме того, отмечалось наличие анемий различной степени тяжести у 342 беременных (68,4%).

При сборе гинекологического анамнеза было установлено, что у 143 пациенток (28,6%) отмечались различные нарушения менструального цикла, 124 (24,8%) беременные перенесли в прошлом воспалительные заболевания придатков матки.

Частыми осложнениями во время беременности у пациенток с артериальной гипотензией являлись: угроза прерывания беременности (48,2%); токсикоз первой половины беременности (29,2%); токсикоз второй половины беременности (15,5%); анемия беременных (38,3%); преждевременное старение плаценты (7,2%); синдром задержки развития плода (6,4%); низкая плацентация по данным УЗИ (8,5%).

В динамике родовой деятельности наиболее часто отмечались следующие осложнения: аномалия родовой деятельности (14,4%), кровотечения в раннем и позднем послеродовом периодах (8,4%), травматизм родовых путей (32,8%).

У новорожденных от беременных с артериальной гипотензией отмечались следующие патологические состояния: гипотрофия и хроническая внутриутробная гипоксия плода (26,7); (76,5%).

На основании проведенного ретроспективного анализа историй беременности, родов и карт развития новорожденных можно сделать вывод о том, что артериальная гипотензия является патологическим состоянием для организма матери и плода, оказывающим существенное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода, а также периода новорожденности. Следовательно, полноценное обследование беременных с артериальной гипотензией и применение современных методов оценки гемодинамики у беременных позволит выделить группу риска на возможность гемодинамических осложнений у матери и плода. На новом уровне подойти к профилактике данного состояния и снижению перинатальной заболеваемости, смертности.

## **СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Зефирова Т.П.**

*Россия, Казань, Казанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии I*

Влияние урогенитальной инфекции на сократительную деятельность матки (СДМ) в настоящее время не вызывает сомнений. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что хронические инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта сопровождаются 2-3 кратным увеличением количества аномалий родовой деятельности (Кошелева, 1999; Фомичева, 2001; Mark, 2000). Однако патогенетические механизмы формирования нарушений СДМ требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования. Оценка взаимосвязи характера аномалий родовой деятельности с микробиологическими и структурными особенностями миометрия у женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитального тракта.

Материал и методы. Характер родовой деятельности был прослежен у 258 женщин с доношенной беременностью, в том числе у 30 — с хроническими неспецифическими воспалительными процессами мочепоолового аппарата, у 72 — с хронической микоплазменной/уреаплазменной инфекцией, у 67 — с хронической хламидийной инфекцией, у 28 условно здоровых беременных (группа сравнения). Оценка осуществлялась на основании клинического наблюдения, ведения партограмм и с помощью наружной гистерографии

аппаратом "Biomonitor BMT-9141". У 80 женщин с инфекционными процессами, родоразрешенных путем кесарева сечения в плановом порядке, исследовано микробиологическое состояние миометрия. Использовались культуральный метод, ПЦР-диагностика и метод ДНК-гибридизации. Морфологическое исследование миометрия проводилось по унифицированной алгоритмизированной методике, состоящей из световой и поляризационной микроскопии срезов, окрашенных стандартными и гистохимическими методами.

Результаты. Разные формы аномалий СДМ суммарно выявлены у 52% женщин с инфекционной патологией, что в 5 раз чаще, чем в группе сравнения ( $p=0,00$ ). При неспецифических инфекционных процессах преобладающей формой оказалась слабость родовой деятельности. Для рожениц с изолированной мико-уреаплазменной инфекцией наиболее характерным осложнением также была слабость СДМ, но отличительной чертой у этих женщин было то, что на фоне родостимуляции внутривенным введением утеротонических средств у каждой второй развилась клиническая картина дискоординации родовой деятельности. В группе с хронической хламидийной инфекцией самым типичным вариантом аномалий была гиперактивность матки (ГАМ). Оказалось, что ГАМ вдвое чаще встречалась у первородящих женщин ( $p=0,005$ ). Слабость родовой деятельности у рожениц с хламидийной инфекцией занимала 25% в структуре аномалий СДМ. Данное осложнение чаще формировалось при наличии анемии ( $p=0,03$ ). В группе со смешанной хламидийно-микоплазменной инфекцией с приблизительно равной частотой встречались все виды нарушения родовой деятельности.

Результаты микробиологического исследования показали, что неспецифические возбудители (аэробные или анаэробные) в исследуемых образцах не обнаружены ни в одном из наблюдений. Инфицирование мышцы матки внутриклеточной флорой суммарно установлено в 70% случаев. При микоплазменном варианте инфекционного процесса контаминация имела почти в 90% наблюдений. При хронической хламидийной инфекции возбудитель в миометрии обнаруживался более, чем в половине исследований. Смешанные процессы характеризовались такой же частотой инфицирования мышечной ткани. Установлена обратная зависимость между частотой контаминации миометрия внутриклеточной флорой и антибактериальной терапией во время беременности ( $rG = -0,64$ ,  $z = -6,47$ ,  $p = 0,00$ ).

Морфологический анализ выявил, что при неспецифических воспалительных процессах архитектура миометрия была сохранена. Микоплазменная инфекция потенцировала пролиферативную реакцию эндотелия, дистрофические изменения мышечных волокон, периваскулярный и перимускулярный фиброз, выраженные изменения гемодинамики. При хламидийной инфекции преобладали провоспалительные реакции, в которые были вовлечены и сосудистая стенка, и межклеточная ткань. Смешанный тип инфекционной патологии характеризовался комбинацией морфологических признаков, типичных и для микоплазменной и хламидийной инфекции.

Выводы.

1. Родовой акт у женщин с хронической урогенитальной инфекцией часто осложняется аномалиями сократительной деятельности матки. При специфических инфекционных заболеваниях имеются характерные особенности в структуре аномалий СДМ. При микоплазменном варианте инфекционного процесса чаще формируются слабость родовой деятельности и ее дискоординация, при хламидийном — гиперактивность матки, приводящая к быстрым и стремительным родам. Для смешанных процессов в равной степени свойственны все виды аномалий.

2. Контаминация миометрия внутриклеточными микроорганизмами происходит в большом проценте случаев. Специфическая антибактериальная терапия оказывает при этом протективный эффект.

3. При всех изученных вариантах специфических инфекций обнаруживаются морфологические признаки грубого повреждения мышечного аппарата матки. Характер структурных нарушений миометрия, связанный с видом возбудителя, возможно, играет определенную роль в формировании особенностей контрактильного ответа органа.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

**Зиганшин А.М., Кулавский В.А.**

*Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Актуальность. Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов (ОйВВПО) продолжает беспокоить акушеров-гинекологов, урологов, проктологов в силу своей распространенности социальной значимости для женщин репродуктивного возраста в связи со значительным омоложением данной патологии. Недостаточно выраженная клиническая симптоматика на начальных этапах заболевания, отсутствие четких рекомендаций по профилактике, своевременному выявлению, лечению и проведению реабилитационных мероприятий не позволяет улучшить оказание медицинской помощи повысить уровень жизни данному контингенту женщин.

Цель работы: Изучение отдаленных результатов после перенесенной операции кесарево сечения по поводу клинически узкого таза с целью выявления симптомов ОйВВПО на ранних этапах развития заболевания.

Материалы и методы исследования: проведено наблюдение и обследование 58 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет, методом анализа клинико-anamnestических данных, выявление малых признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Результаты исследования:

Для оценки и сравнения симптомов опущения и выпадения внутренних половых органов, пациентки были распределены на две возрастные категории на момент исследования: пациентки от 20 до 30 лет (контрольная группа) и от 31 до 40 лет (возрастная группа). Жительниц города было – 33 (56%), села – 26 (44%). По социальному положению пациентки распределились следующим образом: домохозяйки – 24 (41,5%), служащие – 24 (41,5%), рабочие – 10 (17%).

Наблюдение проведено за первородящими женщинами, которым в экстренном порядке было произведено кесарево сечение по поводу клинически узкого таза. Основными причинами возникшей диспропорции явились крупный плод, анатомически узкий таз. Масса тела детей распределилась следующим образом: в контрольной группе дети были массой от 3500 до 4000 г. – 27 (71%), массой от 4001г. И более -11 (29%), в возрастной группе от 3500 до 4000 г. -15 (75%), массой от 4001г. И более-5 (25%). Нормальные размеры таза и мели в контрольной группе – 15 (39%), в возрастной группе-10 (50%), общеравномерно суженый таз соответственно – 11 (29%) и 6 (30%), поперечно суженый таз у 11 (29%) в контрольной, и 3 (15%) в возрастной группе, простой плоский таз у 1 (26%) и 1 (50%). В контрольной группе мели избыточную массу тела-17 (30%), нормальный вес-11 (29%), ожирение различной степени 10 (17%), в возрастной группе избыточную массу тела-15 (75%), нормальную массу тела-2 (10%), ожирение различной степени – 3 (15%). Кормили грудью в контрольной

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В РОДАХ

**Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Эсетов А.М.,  
Нураева Т.Ш., Хизроева О.А.**

*РФ. Республика Дагестан, г. Махачкала ДГМА кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

В истории акушерства вопрос обезболивания родов всегда был актуальным и остается таковым в настоящее время. В течение последних лет все большую популярность приобретает регионарная анестезия, в частности, эпидуральная, спинальная анестезия.

Самыми частыми показаниями для подобного обезболивания является гестоз, миопия средней степени, заболевания сердца, выраженные болевые ощущения, а также желание пациентки рожать без болевых ощущений.

Целью исследования явилось решение вопроса о выраженности обезболивающего эффекта при длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) в родах и сопоставление длительности родового акта при ДЭА и обычного обезболивания при помощи спазмолитиков и анальгетиков.

Материал и методы. Нами обследованы 85 здоровых рожениц в условиях применения ДЭА, среди которых 62 были первородящими и 23 повторнородящими.

Из 85 родов у 72 (84,7%) роды были своевременными, у 5 (5,8%) – запоздалыми, у 4 (4,7%) – преждевременными и 2 (2,3%) родов закончились операцией кесарево сечение в результате слабости родовой деятельности и отсутствии эффекта от родоактивации.

Контрольную группу составили 18 рожениц у которых не применялась ДЭА.

К пункции эпидурального пространства приступали в первом периоде родов, при раскрытии маточного зева на 3-4 см. При этом, катетеризация эпидурального пространства проводилась на уровне между 2 и 3 поясничными позвонками и первоначальная вводимая доза составляла 8-10 мл 1% раствора лидокаина. Затем, в случае снижения обезболивающего эффекта, через 1-1,5 часа, доза препарата вводилась повторно.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что полного обезболивания удалось достигнуть у 78 (91,7%) рожениц, у 7 (8,2%) эффект обезболивания расценен как удовлетворительный. При оценке длительности действия анестезии выявлено, что из 62 первобеременных 55 (88,7%) возникла необходимость повторного введения 8 мл 1% раствора лидокаина через 1-1,5 часа после первоначальной дозы, 5 (8%) пациенткам дополнительного введения препарата не потребовалось и 2 (3,2%) роженицам возникла необходимость третьего введения раствора лидокаина при раскрытии маточного зева на 8-9 см.

Среди повторнородящих пациенток, лишь в 2 (8,3%) наблюдениях потребовалось повторное введение анестетика в конце первого периода родов.

Продолжительность первого периода родов у первородящих при применении ДЭА составила  $8,1 \pm 1,7$  ч и  $8,5 \pm 2,2$  ч без применения ДЭА, у повторнородящих этот показатель составил  $6,1 \pm 1,4$  и  $6,6 \pm 1,8$  ч соответственно.

Учитывая, что во втором периоде родов введение лидокаина не проводилось, длительность его у первородящих составила  $55 \pm 5,2$  мин и  $48 \pm 0,45$  мин без применения ДЭА. У повторнородящих этот показатель составил  $38 \pm 1,1$  мин и  $33 \pm 0,48$  мин соответственно.

Таким образом, в наших наблюдениях длительность первого периода родов у рожениц, применявших ДЭА была достоверно короче ( $P < 0,05$ ), чем у пациенток без его применения, что, по видимому, связано с более быстрым раскрытием маточного зева. В тоже время, у пациенток, применявших ДЭА, второй период родов оказывался несколько длительнее, чем у рожениц без применения анестезии, что, по нашему мнению, связано с обезболивающим эффектом лидокаина, с ослаблением чувствительности потуг и их некоторым ослаблением.

Таким образом, в наших наблюдениях, общая продолжительность родов была, примерно, одинаковой, а именно, у рожениц с применением ДЭА она была короче на  $17 \pm 0,54$  мин.

Необходимо отметить, что у 14 (16,4%) рожениц применялась активация родовой деятельности окситацином в связи с слабостью родовой деятельности и в 2 (2,3%) наблюдениях роды закончились операцией кесарево сечение в связи с отсутствием эффекта от родоактивации.

Анализ состояния новорожденных показал, что почти все они родились в удовлетворительном состоянии. Так, 7,4 (8,7%) новорожденных получили оценку по шкале Ангар 8-9 баллов, 8 (9,4%) – 6-7 баллов и лишь 3 (3,5%) новорожденных оценены в 5 баллов, что было связано с слабостью родовой деятельности.

Выводы. При использовании ДЭА полное обезболивание родов достигается по нашим данным в 91,7% наблюдений. Значительно укорачивается первый период родов за счет спазмолитического действия ДЭА лидокаином. Не обнаружено отрицательного ДЭА действия на плод.

# ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ ПЛОДА И РОЖЕНИЦ С НЕФРОПАТИЕЙ ИЛИ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Иванова Т.А., Доброхотова Ю.Э., Онуфриев М.В.,  
Лазарева Н.А., Перегуд Д.И., Гехт А.Б., Локшина О.Б.  
Россия, Москва, РГМУ (ГКБ № 1), ИВНДиНФ, ФГУ ННЦ Наркологии

Цель: исследование интенсивности свободнорадикального окисления липидов, антирадикальной защиты и метаболитов оксида азота (нитратов, нитритов) в крови рожениц с нефропатией или эпилепсией в третьем периоде родов, а также в крови плода.

Материалы и методы: нами проведено исследование 70 родильниц в возрасте от 18 до 43 лет и их потомства. К двум основным группам были отнесены пациентки, беременность которых была осложнена нефропатией (1 степени)-20-1-я группа и эпилепсией (20)-2-я группа. Контрольную группу составили женщины с физиологически протекающей беременностью (30 человек)-3-я группа. Все обследованные пациентки опытных групп были пролечены в соответствии с отраслевыми стандартами на базе родильного дома при ГКБ № 1. В плазме крови родильниц и плазме пуповинной крови определяли спектрофотометрическими методами содержание продуктов свободнорадикального окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-АП), супероксидперехватывающую активность (СПА) плазмы крови и эритроцитов и флюориметрическим методом метаболиты оксида азота — нитраты и нитриты (NOx). Во избежание некорректных результатов по NOx из пищевого рациона всех исследованных пациенток были исключены продукты, содержащие нитриты.

Результаты: в 1-й группе выявлено статистически достоверное повышение ТБК-АП на 37% в материнской крови и на 32% в пуповинной крови. При этом увеличение СПА наблюдалось только в плазме материнской крови и превышало контрольный уровень на 16%. Уровень NOx в обоих вариантах плазмы крови этой группы не изменился. Прирост ТБК-АП происходил также в группе 2 и составил 34% и 18% в материнской и пуповинной крови соответственно. Наряду с усилением СПА на 12% в эритроцитах выявлена также тенденция ( $p < 0,1$ ) к увеличению этого показателя в плазме крови пациенток с эпилепсией. Достоверное уменьшение продукции NOx на 33% в плазме крови матерей с эпилепсией сопровождалось тенденцией к увеличению этого показателя на 28% в плазме пуповинной крови. В контрольной группе (3) содержание NOx было выше в плазме крови пациенток, чем в пуповинной крови, однако в группе 2 соотношение по этому показателю изменилось противоположным образом.

Выводы: в результате беременности, осложненной нефропатией и эпилепсией, происходит интенсивное накопление молекулярных продуктов свободнорадикального окисления липидов как в крови матери, так и в крови плода. При этом антирадикальная защита усиливается менее выражено в обоих случаях. Эпилептические припадки у беременных вызывают изменение в синтезе и/или утилизации оксида азота.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЯХ ПЛОДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Игнатко И.В., Калинина Е.М.

Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава

Одной из актуальных проблем современного акушерства продолжает оставаться плацентарная недостаточность (ПН). В результате реализации ее патогенетических механизмов закономерно

развивается хроническая внутриутробная гипоксия плода и синдром задержки роста плода.

При внутриутробной задержке роста плода происходят значительные нейроэндокринные и метаболические сдвиги в организме плода, направленные на приспособление его к неблагоприятным условиям внутриутробного существования. Плацентарная недостаточность оказывает негативное влияние на развития различных органов и систем плода и, в частности, его щитовидной железы. В условиях хронической ПН на фоне дискоординации гистогенеза щитовидной железы со снижением объема паренхимы и сосудов при параллельном нарастании величины стромального компонента отмечается угнетение метаболических процессов, что свидетельствует об уменьшении функциональных возможностей органа.

С целью изучения функционального состояния щитовидной железы плода при плацентарной недостаточности мы проводили динамическое доплерометрическое исследование кровотока в щитовидных артериях плода.

Обследовано 120 беременных, из которых 30 женщин с неотягоженным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, у которых беременность имела неосложненное течение, составили контрольную группу. В основную группу были включены 90 женщин, беременность у которых осложнилась развитием ПН. Обследование всех женщин проводилось в сроки 16-18, 22-24, 28-30 и 34-36 недель беременности. В основной группе компенсированная ПН выявлена у 56 беременных (62,2%), субкомпенсированная ПН с положительным эффектом от лечения — у 25 (27,8%) беременных, прогрессирующая субкомпенсированная ПН с отсутствием эффекта от комплексной терапии — у 9 (10%). С целью оценки состояния беременных, диагностики ПН и изучения функционального состояния щитовидной железы плода всем женщинам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование.

Кровоток в щитовидных артериях плода регистрировали, устанавливая пробный объем в области сосудистых пучков, расположенных по обе стороны от щитовидной железы. Параметры кровотока в артериях щитовидной железы плода оценивали с использованием углозависимых показателей, отражающих соотношения между скоростями кровотока в различные фазы сердечного цикла.

При исследовании кровотока в нижних щитовидных артериях при неосложненной беременности установлено, что спектр кровотока имеет форму двухфазной кривой, типичной для артериальных сосудов и отражающей пульсирующий характер кровотока в сосуде. Мы изучали кривые скоростей кровотока в правой и левой нижних щитовидных артериях. Между показателями сосудистой резистентности в правой и левой щитовидных артериях не отмечено достоверных различий, поэтому мы использовали усредненные значения ИР, ПИ и СДО в щитовидных артериях.

При анализе изменений гемодинамических показателей в щитовидных артериях на протяжении нормально протекающей беременности выявлены следующие закономерности. В сроке 16-18 недель беременности определяются наиболее высокие значения показателей (СДО 3,57-6,21; ИР 0,63-0,75; ПИ 1,34-2,34). К 24 неделе происходит их значительное снижение, в этом сроке наблюдаются наименьшие значения показателей. СДО снижается на 29,9% и составляет  $3,43 \pm 0,76$ , ИР снижается на 11,4%, составляя  $0,69 \pm 0,06$ , ПИ снижается до  $1,19 \pm 0,45$ , что меньше предыдущего показателя на 35,2%. Затем, до конца беременности показатели кровотока остаются относительно постоянными. Следует отметить, что падение сосудистого сопротивления в артериях щитовидной железы, наблюдаемое в сроке от 16 до 24 недель, совпадает с периодом наиболее интенсивного роста железы и изменений ее гистоструктуры.

При беременности, осложненной ПН, динамика показателей сосудистой резистентности в щитовидных артериях отлична от таковой при нормально протекающей беременности.

При компенсированной ПН в сроке 16-18 недель не выявлено достоверных различий в значениях СДО, ИР и ПИ. От 16 к 22 неделям происходит нарастание показателей сосудистой резистентности: СДО превышает нормативный на 21,3%, ПИ — на 17,8%. Затем, от 22-24 недель к сроку 28-30 недель беременности происходит

снижение показателей: СДО снижается на 21,4%, ПИ снижается на 24,5%, в то время как при неосложненной беременности эти показатели растут. После 30 недель наблюдается незначительный рост показателей сосудистого сопротивления, но недостаточный по сравнению с нормой. СДО остается ниже нормальных значений на 8,6%, ПИ — на 4,8%.

При субкомпенсированной ПН в сроке 16-18 недель также не выявляется значимых различий в значениях показателей сосудистой резистентности по сравнению с нормально протекающей беременностью. К сроку 22-24 недель показатели снижаются, также как и при нормально протекающей беременности, но оказываются достоверно выше контрольных. Отсутствие адекватного снижения сосудистого сопротивления в русле щитовидных артерий плода при явлениях ПН, возможно, объясняется уменьшением ветвления артериол в жизненно важных органах и тканях плода вследствие неблагоприятного влияния хронической гипоксии на процессы ангиогенеза.

После 24 недель наблюдается дальнейшее постепенное снижение показателей и в сроке 34-36 недель СДО оказывается ниже, чем СДО в контрольной группе на 22,2%, ПИ — 19,2%.

При субкомпенсированной ПН и отсутствии эффекта от проводимой терапии уже в сроке 16-18 недель показатели сосудистого сопротивления достоверно ниже, чем в этом же сроке при нормально протекающей беременности. СДО ниже на 10,6%, ПИ — на 23,9%. К 24 неделям происходит снижение всех показателей более выраженное, чем в контрольной группе. В сроке 34-36 недель беременности СДО в 1,3 раза ниже, чем в контрольной группе, ПИ — в 1,15 раза ниже.

Таким образом, прогрессирование ПН, нарастание степени тяжести хронической внутриутробной гипоксии плода сопровождается дискоординированным развитием паренхимы и сосудистого русла его щитовидной железы, что проявляется уменьшением численных значений показателей сосудистого сопротивления в щитовидных артериях плода.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА У ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РОСТА

**Игнатъева А.А., Пучко Т.К., Волобуев А.И., Куринов С.Б.**  
*Россия, Москва, ГУ НЦ АГиП РАМН*

При определении способа родоразрешения размеры малого таза и масса плода имеют одно из решающих значений. Как показали наши исследования, судить об истинных размерах малого таза по данным наружной пельвиметрии у высоких женщин не представляется возможным, т.к. в этой группе даже у беременных с анатомически узким тазом, выявленном при малодозной цифровой рентгеновской или магнитно-резонансной пельвиметрии, данные наружного измерения таза укладываются в границы нормы. Тем не менее, количество высоких женщин, среди поступающих в Центр на родоразрешение составляет 31,30% от общего числа. Среди этих женщин по данным за 2005г 17,46% имеют анатомически узкий таз. К сожалению, несмотря на высокую информативность специальных методов исследования для определения размеров малого таза, их применение ограничено плохой материально-технической оснащенностью больниц и крайне малым количеством специалистов, владеющих данными методиками. В этой ситуации для практикующего акушера-гинеколога правильное определение предполагаемой массы плода (ПМП) имеет решающее значение при определении тактики ведения родов.

Нами проведено проспективное наблюдение за течением беременности, родов и послеродового периода у 417 женщин высокого роста, поступающих в Центр для родоразрешения, для определения той формулы расчета ПМП, которая имеет наибольшую степень корреляции с массой новорожденного. Критерием отбора пациенток являлся рост 170см и выше, одноплодная беременность.

Всем беременным измерялся рост в см (РБ), масса тела в кг (МБ), окружность живота на уровне пупка в см (ОЖ), высота дна матки в см (ВДМ), проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), определялась масса новорожденного. Произведено 3 серии вычислений ПМП с различными критериями отбора пациенток. В первую выборку вошли все женщины без применения дополнительных критериев, всего 417 наблюдений. Во второй выборке (n=393) для повышения достоверности данных из общего числа наблюдений были исключены женщины, у которых произошли преждевременные или запоздалые роды. В третьей выборке (n=327) к условиям выборки 2 добавлено ограничение по массе тела беременной не более 90кг, т.к. при ожирении из-за большой толщины подкожной жировой клетчатки показатели ОЖ и ВДМ получают искаженными, что отражается на подсчете ПМП по формулам, включающим эти параметры.

Определение ПМП производилось по следующим формулам:

по Жордания:  $ПМП = ОЖ \cdot ВДМ$ ;

по Ланковицу:  $ПМП = (ОЖ + ВДМ + РБ + МБ) \cdot 10$ ;

по Джонсону:  $ПМП = (ВДМ - К) \cdot 155$ , где при  $МБ < 90кг$   $К = 11$ , а при  $МБ \geq 90кг$   $К = 12$ ;

по Якубовой:  $ПМП = (ОЖ + ВДМ) / 4 \cdot 100$ .

Также всем женщинам при УЗИ определяли ПМП по формуле Демидова В.Н. с соавт. Далее вычисляли коэффициент корреляции между ПМП и массой новорожденного.

Оказалось, что самое высокое значение коэффициента корреляции между ПМП по УЗИ и массой новорожденного, причем данный показатель практически не зависит от массы беременной ( $r_2 = 0,732$  и  $r_3 = 0,738$ ), а в выборке 1 он даже несколько выше ( $r_1 = 0,777$ ). Это объясняется лучшей визуализацией плода при недоношенной беременности, возможностью более точного измерения размеров головки плода, когда она еще не прижата ко входу малого таза.

ПМП по Жордания имеет среднюю корреляцию с массой новорожденного. Хуже всего данный показатель коррелирует в первой выборке ( $r_1 = 0,426$ ), несколько лучше — в выборке со своевременным родоразрешением ( $r_2 = 0,428$ ) и лучше всего в третьей выборке, где исключены женщины с ожирением ( $r_3 = 0,468$ ). В третьей выборке среди показателей, рассчитываемых по наружным размерам с применением формулы, он имеет наибольшую взаимосвязь, однако все равно существенно ниже, чем ПМП по УЗИ.

ПМП по Ланковицу имеет низкую степень корреляции с массой новорожденного. С повышением числа ограничений, применяемых к анализируемой группе, он несколько повышается ( $r_1 = 0,226$ ,  $r_2 = 0,273$ ,  $r_3 = 0,305$ ), но все равно имеет наименьшую соответствие среди показателей, рассчитываемых по наружным размерам с применением формулы. Мы объяснили это тем, что это — единственная формула, где учитывается рост беременной. Таким образом у женщин высокого роста ПМП, рассчитанная по этой формуле, оказывается завышенной. В существующем виде использование этой формулы для подсчета ПМП у беременной высокого роста мы считаем нецелесообразным. Для применения этой формулы в данной группе необходимо разработать специальный коэффициент, учитывающий рост беременной.

ПМП по Джонсону имеет среднюю степень корреляции с массой новорожденного ( $r_1 = 0,473$ ,  $r_2 = 0,451$ ,  $r_3 = 0,462$ ). Отличительной особенностью этого показателя является его относительное постоянство, он может использоваться и при расчете ПМП при преждевременных родах, и при ожирении у беременной, т.к. учитывает только ВДМ и имеет коэффициент прерасчета при массе беременной выше 90кг.

ПМП по Якубовой имеет невысокую степень корреляции с массой новорожденного в первой и второй выборках ( $r_1 = 0,304$ ,  $r_2 = 0,315$ ) и среднюю — в третьей ( $r_3 = 0,413$ ). Таким образом, применять его можно только для женщин с доношенной одноплодной беременностью и с массой тела не более 90кг.

Учитывая полученные данные мы рекомендуем при определении тактики ведения родов в первую очередь опираться на ПМП, вычисленную по данным УЗИ, как имеющую наивысшую степень корреляции из рассматриваемых вариантов. При невозможности проведения УЗИ, если имеет место доношенная одноплодная бере-



менность у высокой женщины массой тела менее 90 кг, мы рекомендуем определение ПМП по Жордания, Джонсону, Якубовой (корреляция в списке уменьшается). Во всех остальных случаях лучше всего опираться на ПМП по Джонсону, как на критерий с наименьшей зависимостью от параметров женщины. Мы не рекомендуем использовать формулу расчета ПМП по Ланковицу для беременных высокого роста, т.к. она включает рост женщины и не имеет коэффициента пересчета.

## **ВОЗРАСТ СТАРШЕ 35 ЛЕТ И ТРОМБОФИЛИЯ СОСТОЯНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Идрисова М.Я.**

*ММА имени И.М. Сеченова, Москва*

Исследования последних лет показали, что в основе многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбозов, связанных с аутоиммунными нарушениями (включая антифосфолипидный синдром), гипергомоцистеинемией, наследственными дефектами гемостаза. Клиническими проявлениями этих патологических состояний могут быть раннее начало и/или тяжелое течение гестоза, фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП), отслойка плаценты, внутриутробная гибель плода.

Во многих случаях каждый из названных этиопатогенетических факторов в отдельности может не сопровождаться патологическим течением беременности. Однако их сочетание приводит к значительному снижению адаптационных способностей организма женщины к условиям гестации и может стать своего рода «триггером» в каскаде патологических реакций развития генерализованной микроангиопатии и тромбозов. Отсюда у многих женщин, имеющих сочетание этих факторов, вероятен высокий риск нарушений плацентации и, как следствие этого, развитие привычного невынашивания, плацентарной недостаточности, ВЗРП, позднего токсикоза (гестоза), состояний, угрожающих по отслойке плаценты, акушерским кровотечениям, внутриутробной гибели плода.

Одним из вариантов решения проблемы профилактики и ранней диагностики указанных состояний может стать выявление дополнительных факторов риска развития тромбозов, которым можно считать возраст старше 35 лет, принимая во внимание тот факт, что беременность у этих женщин в большинстве случаев протекает с различного рода осложнениями; изучение возможных вариантов их сочетания и взаимного влияния друг на друга, формирование групп риска по развитию осложнений второй половины беременности и поиск надежных маркеров и новых эффективных способов коррекции выявляемых отклонений.

Таким образом, разработка основных принципов ведения беременности и безопасного родоразрешения у женщин старше 35 лет является актуальной проблемой современных исследований в этой области.

Цель работы: изучение взаимосвязи между возрастом, нарушениями в системе гемостаза и разнообразной акушерской патологией.

Материал и методы исследования. Исследование, проводившееся нами в 2003-2005 годах на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии МПФ ММА имени И.М. Сеченова в специализированном родильном доме для беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при городской клинической больнице № 67 и городского родильного дома № 4 г. Москвы, у 134 пациенток в возрасте старше 35 лет, показало следующую особенность акушерско-гинекологического анамнеза. Соматический анамнез был отягощен у 89% женщин, а акушерско-гинекологический у 91% женщин.

Все женщины были разделены на две группы: I группа (n=68) — беременные 35 лет и старше, которые были нами консультированы и обследованы до наступления беременности и затем велись с ранних сроков беременности; II группа (n=68) — беременные 35 лет и старше, которые были обследованы в конце второго или в третьем

триместре беременности с признаками уже развившейся различной акушерской патологии. Контрольная группа 50 человек — соматически здоровые женщины 20-29 лет с физиологическим течением

В процессе ведения женщин старше 35 лет использовали следующий алгоритм обследования. При первом обращении женщины подробно выяснялся ее соматический и акушерско-гинекологический анамнез. Далее проводилось полное клиниколабораторное обследование: объективное обследование (измерение уровня АД), антропометрические измерения (индекс массы тела, окружность талии, окружность бедер).

Инструментальные методы исследования включали УЗИ, доплерографическое исследование, кардиотокографию в динамике, ЭКГ, ЭхоКГ.

Лабораторные исследования включали клинический анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, ТГ, холестерин), общий анализ мочи, а также исследование системы гемостаза (АЧТВ, ПИ, степень агрегации тромбоцитов с различными агонистами, РКМФ, Ддимер, определение ВА, парустест, тромбоэластограмма, комплексы ТАТ, F1+2); выявление генетических форм тромбозов методом ПЦР (мутации MTHFR C677T, протромбина G20210A, полиморфизм гена «675 4G/5G» PAI1, полиморфизм «807C/T» в гене гликопротеина GpIa тромбоцитов, полиморфизм «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена, полиморфизм «I/D» в гене АПФ, полиморфизм «455G/A» в гене фибриногена, полиморфизм «1565 T/C» в гене гликопротеина GpIIIa тромбоцитов, полиморфизм «1166 A/C» в гене рецептора ангиотензина II 1 типа, мутация FVLeiden; антифосфолипидные антитела АФА).

Определение циркуляции молекулярных маркеров тромбинемии и фибринообразования (ТАТ, F1+2, Ддимер, PF4) позволяло не только диагностировать реально существующую тромбозовую патологию, но также контролировать эффективность противотромботической профилактики. В нашем исследовании в 100% случаев наблюдалось повышение уровня маркеров тромбозов и агрегационной активности тромбоцитов.

При диагностировании наследственной или комбинированной тромбозовой патологии назначали терапию в зависимости от причины и степени ее выраженности, наличия гомо- или гетерозиготной формы мутации, маркеров тромбозов.

В качестве антитромботической терапии применяли низкомолекулярный гепарин НМГ. Доза препарата корректировалась в зависимости от уровней маркеров тромбозов, агрегационной активности тромбоцитов, веса беременной женщины. В случае положительных тестов на молекулярные маркеры тромбинемии и фибринообразования (ТАТ, F1+2, Ддимер, PF4), отражающих реальную тромбозовую патологию, антитромботическая терапия назначалась немедленно. НМГ применяли на протяжении всей беременности, отменяя за сутки до родоразрешения. Через 8 часов после родоразрешения его прием возобновлялся и продолжался в течение 10 дней. Контролем эффективности противотромботической терапии являлись маркеры тромбинемии и фибринообразования (ТАТ, F1+2, Ддимер, PF4). В результате терапии с использованием НМГ как базового препарата по лабораторным данным отмечалось снижение уровня маркеров тромбозов (ТАТ, Ддимер, F1+2), нормализация функции тромбоцитов.

Результаты: Проведенное нами исследование показало, что беременность в возрасте старше 35 лет представляет группу высокого риска развития осложнений. Так, в исследуемой группе в 98,5% случаев беременность протекала с теми или иными осложнениями. Среди них наиболее часто выявляемыми оказались: угроза прерывания беременности на ранних сроках (74,2%), гестозы, анемия беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода (34,9%), фетоплацентарная недостаточность (28,0%), внутриутробная задержка развития плода (12,9%), АПГ (2,3%).

Тромбозовая патология, как наследственная, так и приобретенная была выявлена у 43,3% пациенток с отягощенным течением гестационного процесса. В структуре тромбозовой патологии преобладают приобретенные формы. Так, АФС выявлен у 62,1% женщин, гипергомоцистеинемия у 36,2% женщин, мутация F V Leiden выявлена у 6,9% женщин, три и более гомозиготных формы полиморфизма генов выявлено

у 5,2% женщин и пять и более гетерозиготных формы полиморфизма генов выявлено у 20,7% женщин. У 26,9% женщин старше 35 лет нами было выявлено сочетание АФС с генетическими формами тромбофилии. В контрольной группе не было выявлено комбинированной формы тромбофилии.

В составе мультигенной тромбофилии наибольшую долю у пациенток с АПГ составили полиморфизм PAI-1 «675 4G/5G» и полиморфизм A/D в гене TPA (66,7%). У пациенток с СЗРП и угрозой прерывания беременности превалировал полиморфизм PAI-1 «675 4G/5G» и составил 53,3% и 60,9% соответственно. У пациенток с ФПН и хронической внутриутробной гипоксией плода также чаще всего встречался полиморфизм PAI-1 «675 4G/5G» и составил 63,1% и 45,0% соответственно. У пациенток с гестозом преобладала мутация MTHFR C677T (60,0%).

У всех женщин, взятых под контроль во второй половине беременности, и у женщин с отягощенным семейным/личным тромботическим анамнезом из группы, взятой под контроль на этапе планирования или ранних сроках беременности была повышена, в той или иной мере выраженности, концентрация маркеров тромбофилии: растворимых комплексов фибрин-мономеров, продуктов деградации фибрина/фибриногена ПДФФ и Д-Димера. Лучшие исходы беременности были у женщин взятых под контроль на этапе планирования и ранних сроках беременности. Ранее применение НМГ и витаминов наряду с антиоксидантами препятствовало усугублению гестоза и позволяло пролонгировать беременность и улучшить перинатальные показатели. В тех случаях, когда терапия была начата поздно, у трех пациенток избежать потерь плода не удалось. В одном случае была антенатальная гибель одного плода из двойни. У 97,8% женщин беременность завершилась рождением живого ребенка. 66,4% женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение. На фоне проводимой антитромботической профилактики НМГ ни в одном из случаев не наблюдались послеоперационных тромбозомболических осложнений.

Заключение: Беременность у женщин старше 35 лет в сочетании с тромбофилией и повышением уровня маркеров тромбинемии (Д-димер) представляет высокий риск развития осложнений патогенетически обоснованная профилактика с использованием низкомолекулярного гепарина, витаминов и антиоксидантов у беременных старше 35 лет, начатая с ранних сроков беременности и проводимая до ее окончания, оказывает положительное влияние на течение беременности и исходы родов, как для матери, так и для новорожденных и существенно улучшает акушерские и перинатальные показатели.

## **РОЛЬ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АФС**

**Ижедерова И.Р., Охотина Т.Н., Голубцова Н.Н.**

*Чебоксары*

Плацентарная недостаточность (ПН) представляет собой одну из важнейших проблем акушерства, неонатологии и перинатологии. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриматочной гипоксии, задержки роста и развития плода, его травм в процессе родов.

ПН может быть одним из клинических проявлений антифосфолипидного синдрома (АФС) во время беременности.

АФС — аутоиммунный процесс с образованием антител к фосфолипидам мембран тромбоцитов, эндотелиальных клеток и клеток нервной системы, что приводит к возникновению макро- и микротромбов с вовлечением сосудов различного калибра и локализации, вследствие чего нарушается маточно-плацентарный кровоток. Антифосфолипидные антитела обнаруживаются с частотой ~ 1,5-2% при неосложненном течении беременности и у 8-12% женщин, страдающих невынашиванием.

Учитывая актуальность данной проблемы целью нашего исследования явилось изучение распределения биологически-активных

веществ (гистамина, катехоламинов, серотонина) в плацентах женщин при АФС, их количественной оценке и роли в развитии ПН.

Для достижения поставленной цели было обследовано 80 беременных женщин. В первую группу вошли 35 пациенток, беременность которых протекала на фоне АФС, в возрасте 25-39 лет, получавшие лечение и доносившие беременность до 38-40 недель, во вторую (контрольную) 45 женщин без АФС с нормально протекающей беременностью в возрасте от 21-34 лет, родившие в срок. Диагноз АФС ставился на основании анамнеза (2 и более потерь беременности) и наличия антител к суммарным кардиолипинам в двух последовательных исследованиях с интервалом не менее 6 недель.

Материалом исследования были криостатные срезы плаценты, которые получали из кусочков ткани плацент взятых сразу после родов. В работе были использованы следующие методы: 1) люминесцентно-гистохимический метод Кросса-Эвена-Роста (1971) для дифференцировки гистамина; 2) люминесцентно-гистохимический метод Фалька-Хилларпа в модификации Е.М.Крохиной с соавт. (1969) для выявления катехоламинов и серотонина. Материал изучался на люминесцентном микроскопе ЛЮОМ-ИЗ с набором светофильтров, адекватных режиму флуоресценции биоаминов.

3) цитоспектрофлуориметрия проводилась при помощи фотометрической насадки ФМЭЛ-1А с интерференционным фильтром 7 (517 нм) для гистамина, с фильтром 8 (525 нм) для определения серотонина и с фильтром 6 (480 нм) для катехоламинов. Интенсивность свечения биоаминов измерялась в условных единицах (у.е.) по шкале цифрового вольтметра.

Результаты. В плацентах используемыми методами нами дифференцированы следующие биоаминопозитивные структуры: децидуальная ткань, хориальная пластинка, кровеносные сосуды хориальной пластинки и терминальные ворсинки, в которых люминесцировали строма, капилляры и синцитиотрофобласт.

В плаценте 2-ой группы, на фоне АФС, выявлялись те же структуры. Однако, не все терминальные ворсинки были покрыты сплошным слоем синцитиотрофобласта, а также имело место уменьшение количества капилляров в терминальных ворсинках до 1-2-х или полное их отсутствие.

При цитоспектрофлуориметрии плацент обработанных парами ортофталевого альдегида для выявления гистаминопозитивных структур выявлено, что во всех люминесцирующих структурах: децидуальной ткани, хориальной пластинке, сосудах и капиллярах, синцитиотрофобласте, соединительной ткани терминальных ворсин происходит однонаправленное повышение интенсивности люминесценции гистамина. Эти изменения были статистически достоверны ( $p < 0,01$ ) и превышали контрольные измерения в 2-3 раза.

Аналогичная закономерность выявлена при изучении катехоламинсодержащих структур. Так, содержание катехоламинов в соединительной ткани ворсин статистически достоверно повышалось в 1,5 раза, в синцитиотрофобласте в 1,7 раз, строма хориальной пластинки в 1,5 раза.

Исследование серотонина показало, что в биоаминсодержащих структурах материнской и плодной частях плаценты при АФС также происходит изменение интенсивности люминесценции в сторону повышения. Однако в мелких сосудах терминальных ворсин интенсивность люминесценции серотонина статистически достоверно снижается в 1,2 раза.

АФС — это реакция антиген-антитело. Соединение антигена с антителом, фиксированном на цитолемме, ведет к увеличению числа тучных клеток и их дегрануляции, в результате высвобождается большое количество гистамина из тканей. При этом гистамин оказывает свое отрицательное действие на плацентарную ткань, вызывая повышение проницаемости сосудов, сокращение гладкой мускулатуры, что в конечном итоге приводит к развитию плацентарной недостаточности. Основным источником серотонина в плаценте являются эндотелий кровеносных сосудов и тромбоциты. Большое количество серотонина вызывает сужение кровеносных сосудов, что приводит к снижению маточно-плацентарного кровообращения. Снижение интенсивности люминесценции серотонина в капиллярах терминальных ворсин плаценты, по нашему мнению, может являться след-

ствием их тромбоза и отсутствие в них кровотока. ПН следует всегда с учетом 2-х процессов—деструктивных и компенсаторных. Более высокое содержание БАВ свидетельствует о напряжении компенсаторных возможностей плаценты. Степень сохранности последних определяет дальнейшее развитие и состояние плода.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что в патогенезе развития хронической плацентарной недостаточности при АФС кроме повреждающего действия антифосфолипидных антител на биологические мембраны, имеет значение негативное влияние биогенных аминов.

## **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ПЛОДА С УЧЕТОМ ЕГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ**

**Ишпахтин Г.Ю., Олексенко О.М.**

*Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра патологической анатомии ВГМУ*

При ретроспективном анализе за 10 лет по Приморскому краю тазовые предлежания встречались в 5,6 % случаях по отношению к общему количеству родов. При тазовом предлежании продолжает оставаться высокой перинатальная смертность и перинатальная заболеваемость — в два раза чаще, чем при головном предлежании.

Повышенный процент органического поражения центральной нервной системы, отставания в умственно-психическом развитии, нарушение ортопедического статуса и другую патологию.

Поэтому для понимания причин смерти травмированных новорожденных не меньшее, если не большее значение имеют гистологическое исследование именно стволовых образований мозга.

Цель исследования: изучить морфологическую характеристику продолговатого мозга плода с учетом его предлежания (головное или тазовое).

Материалы и методы исследования. Нами проводилось изучение морфологической характеристики продолговатого мозга у 48 плодов при тазовом предлежании, на фоне физиологически развивающейся беременности и у 23 плодов при головном предлежании.

Результаты. Установлено, что по мере прогрессирования неосложненной беременности нарастают различия в степени формирования сосудистой системы: начиная от функционирования первичной капиллярной сети (ПКС) до поздних внутримозговых перивентрикулярных сплетений, из которых в последствии формируется венозная система и часть внутримозговых артерий. В третьем триместре беременности (34-36 недель) при тазовом предлежании отмечено отставание формирования первичной и вторичной сосудистых систем, что в некоторой степени задерживает отток и приток крови от продолговатого мозга. Уменьшается наличие связи между артериями и венами через первичную капиллярную сеть. Даже при неосложненном течении беременности в развитии сосудистой системы отмечены микрокровоизлияния, микроишемия. Повреждения на этом уровне не только могут привести к появлению неврологических расстройств, но и непосредственно угрожать жизни ребенка.

Объяснение. Таким образом, разный характер становления сосудистой системы продолговатого мозга свидетельствуют о менее совершенной системной защите плодов в тазовом предлежании, чем при головном предлежании.

Вероятно, созревание элементов продолговатого мозга находится не только в зависимости от особенностей течения беременности, как это показано в ранее проведенных исследованиях, но и от характера предлежания.

## **РАЗВИТИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДЛЕЖАНИЯ**

**Ишпахтин Г.Ю., Олексенко О.М.**

*Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра патологической анатомии ВГМУ*

В настоящее время роды в тазовом предлежании относят к патологическим. Частота тазовых предлежаний по Приморскому краю составляет 5,6 % и не имеет тенденции к снижению. Предлежание плода окончательно формируется к 34-36 неделям беременности. Современные научные исследования и результаты практического здравоохранения накапливают факты того, что адаптационные резервы плода, затем и новорожденного в значительной мере зависят от характера предлежания плода (головное или тазовое).

Цель исследования. Анализ морфофункциональных особенностей надпочечников в антенатальном онтогенезе, в зависимости от вида предлежания плода.

Материал и методы исследования. Надпочечники исследовались у 48 плодов при тазовом предлежании плода и у 23 — при головном при сроке беременности 34-35 нед. и 38-40 нед.

Плоды обеих групп развивались в условиях физиологического течения беременности.

Морфологическая структура органов изучалась путем окраски парафиновых срезов гематоксилином и эозином. Цито-кариометрия производилась по методу Автандилова Г.Г. (1990 г.).

Результаты. Обсуждение. При тазовом предлежании плода при доношенной беременности имела место гипоплазия надпочечников, а соответственно и снижение их функциональной активности у плодов обоих полов. Однако у плодов женского пола степень изменения была более выраженной.

При неосложненном течении беременности толщина коры надпочечников при головном предлежании плода составила  $2920 \pm 251$  мкм. Толщина фетальной зоны —  $2560 \pm 186$  мкм (табл. 2, фото 1).

При тазовом предлежании плода общая толщина коры надпочечников равна  $1920 \pm 154$  мкм (38-40 недель). Фетальная зона —  $1711 \pm 226$  мкм. При сравнении этих показателей с учетом предлежания плода обращает на себя внимание их достоверная разница ( $p < 0,001$ ).

Функциональная активность надпочечников характеризуется таким морфологическим тестом, как ЯЦПО: отношение площади ядра к площади цитоплазмы, который позволяет судить о синтетической активности адренокортикоцитов. Был произведен подсчет ЯЦПО клеток коры надпочечников. При неосложненном течении беременности и головном предлежании плода ЯЦПО уменьшается, т. е. усиливается синтетическая активность клеток. К концу беременности это соотношение при головном предлежании плода равно  $0,124 \pm 0,016$ .

Таким образом, при неосложненном течении беременности тазовое предлежание плода возможно приводит к снижению синтетической активности фетальной зоны коры надпочечников, которая отстает в своем развитии от таковой при головном предлежании на 2-3 недели гестационного срока.

## **ГИПОГАЛАКТИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ КОРОТКОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ананьев В.А., Захарова О.В.,  
Долгушина Л.М.**

*Россия, Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета*

Гипогалактия является одной из наиболее сложных проблем, которая охватывает не только медико-биологические, но и социальные вопросы. Частота первичной и вторичной гипогалактии колеблется от 6,4 до 30 % случаев, при отдельных видах патологии (гестоз) она достигает 83%.

Для профилактики и лечения первичной и вторичной гипогалактии предложено много разнообразных методов воздействия. Однако недостаточная эффективность последних, побудила нас к апробации принципиально нового аппарата семейства «ДЭНАС» (двухдиапазонного электронейроадаптивного стимулятора), разработанного в 70-х годах XX века в недрах оборонного комплекса, использовавшегося в космической медицине для оказания само- и взаимопомощи секретными подразделениями Минобороны. В отличие от других физиотерапевтических аппаратов класса электростимуляторов, «ДЭНАС» обладает биологической обратной связью и вырабатывает динамический нейрорепродуцируемый импульс, который воспринимается как естественный физиологический сигнал, восстанавливающий нарушенные связи между тремя системами регуляции организма (нервной, гормональной, иммунной).

Цель данного исследования состояла в оценке возможностей использования аппарата «ДЭНАС» в профилактике и лечении гипогалактии у родильниц.

В исследование включены 95 пациентки. Все обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1 — родоразрешенные путем операции кесарева сечения (52 чел), 2- родоразрешенные через естественные родовые пути (43 чел). Каждую из групп условно делили на подгруппы: — получавших (1А;2А) и не получавших (1В;2В) физиотерапию.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с помощью программ статистической обработки MS- Excel 5.0. для оценки достоверности полученных результатов использовали тест Стьюдента.

Наряду с клиническими исследованиями в комплексе диагностических мероприятий после родов проводили изучение гормона сыворотки крови пролактина на 1, 3, 5, 7 сутки и суточную экскрецию молока, которую определяли путем контрольного взвешивания новорожденного до и после грудного вскармливания, и измерения количества сцеженного, после кормления, молока, измеряемого 6 раз в день на 3, 5, 7 сутки.

Физиопроцедуры (аппарат «ДЭНАС») осуществляли на кожный покров в положении пациентки, лежа или сидя в удобной позе. Участки тела, подлежащие воздействию, освобождали от одежды. Брали 4-е зоны воздействия:

- 1-универсальные зоны «три дорожки» (Th1-Th10), режим работы дозированный, комфортным энергетическим уровнем, 1 раз в день, 3 дня;
- 2-зона «шейного кольца» (C2-C6), режим работы постоянный, комфортным энергетическим уровнем, 2 раза в день по 2 минуты, 2 дня;
- 3-зона молочной железы без захвата ареолы, режим работы постоянный, комфортным энергетическим уровнем по 10 минут на каждую железу, 2-3 раза в день, 5 процедур;
- 4-зона «яремная ямка», режим работы дозированный, комфортным энергетическим уровнем, 2 раза в день, 3 дня.

В один день использовали не более 3-х зон, чередуя 2-ю и 4-ю зоны.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование сыворотки крови на пролактин в двух группах наблюдения выявило достоверное увеличение его уровня по сравнению с исходным, начиная с третьего после родов (с 3529,5 до 4932,4 мкМЕ/мл,  $p < 0,05$ ) и сохраняющегося к четвертому дню. В группе 1В выявлен лишь однократный подъем изучаемого показателя на 5 день (с 3588,3 до 4113,6 мкМЕ/мл,  $p < 0,05$ ) с последующим его падением до исходных цифр (3292,6 мкМЕ/мл). Отмечена достоверность различий показателя между подгруппами 1-ой группы на 5 и 7 день после родов. В подгруппах 2-ой группы также отмечено достоверное повышение уровня пролактина с 3 дня после родов (с 3804,4 до 5289,2 мкМЕ/мл в 2А и с 3826,8 до 4752,3 в 2В группах), но сохранившегося к 7 дню только в подгруппе 2А (5219,8 мкМЕ/мл), тогда как в подгруппе 2В отмечалось падение пролактина до практически исходных цифр (4461,9 мкМЕ/мл). Выявленные закономерности, увеличения уровня пролактина сыворотки крови в подгруппах родильниц 1А, 2А в ответ на электростимуляцию биологически активных зон (БАЗ) убедительно свидетельствуют о наличии нервно-рефлекторного механизма в продукции гормона в ответ на тактильно-механические раздражения периферических рецепторов БАЗ.

Показатели суточной экскреции молока у родильниц свидетельствовали о достоверном их увеличении к 7 суткам после родов обеих группах родильниц. Однако сравнение исследуемого показателя по подгруппам свидетельствовало о достоверной положительной динамике лишь в подгруппах, получавших электростимуляцию на БАЗ.

Использование предложенной и апробированной физиотерапевтической низкочастотной короткоимпульсной терапии на БАЗ позволило снизить частоту гипогалактии (в анамнезе) у повторнородящих с 22% до 9,5% у родильниц 1А и с 23% до 6,3% во 2А группах.

Так же более благоприятные показатели физического развития наблюдались у детей, матерям которых для лечения и профилактики гипогалактии применяли аппарат «ДЭНАС».

Таким образом, в результате проведенного исследования, выявлены закономерности влияния на лактацию электростимуляции на БАЗ у родильниц, родивших через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы.

Выводы: Применение электростимуляции на БАЗ в послеродовом периоде способствуют повышению уровня пролактина сыворотки крови и экскреции молока как в группе родивших через естественные родовые пути, так и путем операции кесарева сечения.

Предложенный и апробированный метод может рассматриваться как лечебный, так и профилактический метод борьбы с гипогалактией у родильниц.

Разработанный метод профилактики и лечения гипогалактии позволяет улучшить естественное вскармливание младенцев, повышать адаптационные показатели новорожденных, снижать постнатальные заболевания, становление психики, формирование здоровья и интеллекта оказывать влияние на последующее.

## АНТИБИОТИКИ И КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ЗА И ПРОТИВ

**Каган В.В., Брюхина Е.В., Нужнов С.Г.**

*Россия, Челябинск, ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии*

Актуальность: На сегодняшний день нет единого мнения относительно целесообразности применения антибактериальной терапии при кесаревом сечении с профилактической целью. Многие исследователи считают рациональным профилактическое использование антибиотиков только у рожениц с высокими факторами риска развития гнойно-септических осложнений. Тем не менее, в ежедневной практической работе остаётся рутинное назначение антибиотиков почти в 100% случаев оперативного родоразрешения.

Цель: Изучение особенностей течения послеродового послеоперационного периода без применения антибактериальной терапии.

Материалы и методы: Сравнительный анализ двух групп родильниц физиологического отделения, оперированных в плановом (98) (1 группа) и экстренном (140) (2 группа) порядке с января по октябрь 2006 года в родильном доме МУЗ ГКБ №3 Челябинска.

Результаты: Использование однорядного шва на матке по Шмидену с применением синтетических шовных материалов (викрил, полисорб) сокращает продолжительность операции, уменьшает потребность в шовном материале. Профилактическое введение антибиотиков женщинам во время кесарева сечения проводилось избирательно. У 49 беременных (50%), родоразрешённых в плановом порядке, и у 35 (25%), родоразрешённых по экстренным показаниям, не проводилась антибактериальная терапия ни во время операции кесарева сечения, ни в послеоперационном периоде. Из них у 35 (71,4%) женщин 1 группы и у 14 (40%) 2 группы не отмечено даже однократное повышение температуры в послеоперационном периоде. Ни в одном случае не диагностировано раннее либо позднее проявление гнойно-септических заболеваний.

Показания к плановому родоразрешению распределились следующим образом: Хроническая гипоксия плода со снижением компенсаторных возможностей — 17 (34,7%);

Миопия с изменениями на глазном дне — 8 (16,3%);  
Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения — 7 (14,3%);  
Тазовое предлежание плода в сочетании с другой акушерской патологией — 7 (14,3%);  
Первородящие старше 30 лет в сочетании с акушерской патологией — 4 (8,2%);

Тяжелая экстрагенитальная патология (криптогенная эпилепсия с частыми приступами, опухоль головного мозга, интрамедуллярная опухоль спинного мозга) — 3 (6,1%);

Беременность после ЭКО — 2 (4,1%);

Поперечное положение плода — 1 (2%).

Показания к экстренному родоразрешению распределились следующим образом:

Первородящие старше 30 лет в сочетании с акушерской патологией — 10 (28,6%);

Аномалии родовой деятельности в сочетании с хронической гипоксией плода со снижением компенсаторных возможностей — 9 (25,7%);

ПИОВ и отсутствие эффекта от родовозбуждения — 8 (22,9%);

Миопия с изменениями на глазном дне — 5 (14,3%);

Дистресс плода — 3 (8,5%).

При однократном интраоперационном введении антибиотиков (цефалоспорины, амоксицилин) — 69 случаев — гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. При использовании стандартных курсов антибактериальной терапии (в течение 5-7 суток) — 150 случаев — гипертермия в течение 3 и более дней отмечена у 41 и 35 женщин (41,8% и 25% случаев в 1 и 2 группах соответственно). Среди этих пациенток зарегистрировано три случая послеродового эндометрита, выявленного на 4-7 сутки послеоперационного периода.

Заключение: У женщин с желанной планированной беременностью при своевременной и адекватной санации, использовании современного шовного материала возможно ведение послеродового послеоперационного периода без применения антибиотиков или с однократным интраоперационным введением, что наряду с экономическим эффектом расширяет возможности естественного вскармливания и позволяет избежать отрицательного воздействия антибактериальных препаратов на организм матери и ребенка.

## НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л.

Россия, Челябинск, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия

В современной кризисной демографической ситуации, сложившейся в России, государство и общество заинтересованы в благополучном завершении каждой беременности. Невынашивание беременности (НБ) является одним из важных факторов, отрицательно влияющих на демографическую ситуацию. Так, частота самопроизвольных аборт составляет 15-25% от всех желанных беременностей и не имеет тенденции к снижению. При этом приблизительно в половине случаев причина потери беременности остается неустановленной. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения причин и механизмов развития НБ.

Цель исследования — оценка морфологического состояния эндометрия у пациенток с НБ и бактериальным вагинозом (БВ).

Материалы и методы исследования. Проведено углубленное комплексное патоморфологическое исследование эндометрия, полученного у 30 пациенток путем пайпель-биопсии по прошествии 2-х менструальных циклов после самопроизвольного выкидыша, обусловленного наличием БВ. При этом другие причины НБ, в том числе инфекции, передающиеся половым путем, были исключены.

Первую группу составили 15 женщин с НБ и БВ, диагностированным впервые; вторую группу — 15 пациенток с НБ и рециди-

вирующим БВ. Для гистохимических и иммуноморфологических исследований эндометрия контролем служили биоптаты слизистой оболочки матки от 15 соматически и гинекологически здоровых женщин репродуктивного возраста, обратившихся для обследования перед планированием беременности или контрацепции. Все женщины дали информированное согласие на участие в исследовании.

В эндометрии осуществляли идентификацию микроорганизмов с использованием бактериоскопического, культурального, иммуноцитохимического методов, а также метода полимеразной цепной реакции.

Во всех группах проведено углубленное морфологическое, морфометрическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия с использованием маркеров эстроген- и прогестерон-экспрессирующих клеток, CD4- и CD8-лимфоцитов, IgA-, M- и G-продуцирующих клеток, апоптоза (CPP32) и пролиферации (Ki67).

Полученные результаты. Углубленным морфологическим исследованием биоптатов эндометрия у больных с БВ установлено, что у всех женщин 1-й и 2-й групп имелись структурные изменения эндометрия, характерные для ХЭ с различной степенью активности воспалительного процесса. Причем в биоптатах пациенток 2-й группы мы, как правило, отмечаем воспаление слизистой оболочки матки высокой степени активности, а у больных 1-й группы — ХЭ минимальной и, реже, — умеренной степени активности. Следует отметить, что комплексное микробиологическое исследование материала из полости матки выявило наличие различных облигатно анаэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов у 96,2% пациенток 1-й группы и у всех женщин 2-й группы.

Типовыми морфологическими компонентами ХЭ при БВ были значительные дистрофические изменения покровных эпителиоцитов и клеток желез, различно выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация слизистой оболочки матки, а также фибробластическая перестройка стромы и сосудов.

Дистрофические изменения поверхностных эпителиоцитов эндометрия обнаружены у 66,2% женщин 1-й группы и у 90,8% пациенток 2-й группы. Различно выраженная лимфоцитарная и плазмоцитарная инфильтрация стромы слизистой оболочки матки выявлена во всех наблюдениях обеих групп. При этом в образцах слизистой оболочки матки 58,5% больных 2-й группы обнаруживались диффузно расположенные лимфоциты, иногда с формированием очаговых фолликулоподобных скоплений. В биоптатах эндометрия 79,4% пациенток 1-й группы обнаруживались единичные диффузно рассеянные плазматические клетки, реже — мелкие очаговые скопления плазмоцитов в строме. В биоптатах слизистой оболочки матки женщин 2-й группы чаще (83,1%) наряду с диффузно расположенными в строме плазмоцитами выявляли их очаговые скопления.

Клетки стромы эндометрия претерпевали фибробластическую трансформацию в абсолютном большинстве наблюдений обеих групп. Чаще фибробласты формировали крупные поля. Кроме того, закономерно в строме слизистой оболочки матки обнаруживали мелкие и крупные фуксинофильные поля фиброза.

Анализ представительства основных групп лимфоидных клеток в эндометрии при БВ показал наличие значительной тканевой лимфопении в слизистой оболочке матки. Количество лимфоцитов в 1 мм<sup>2</sup> было ниже контрольного уровня в 1,2 раза у пациенток 1-й группы и в 1,3 раза — 2-й группы. CD4-клеток в биоптатах 1-й и 2-й групп было соответственно в 1,3 и 1,4 раза меньше, чем в норме, а CD8-лимфоцитов — в 1,3 и 1,5 раза больше нормальных значений. Это обусловило понижение уровня иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) от 1,8 в 1-й группе наблюдений до 1,6 во 2-й группе при контрольном показателе 3,2.

В обеих группах практически вдвое меньше стал абсолютный показатель IgA-продуцирующих лимфоцитов в 1 мм<sup>2</sup>. При этом количество клеток в эндометрии, синтезирующих IgG, у женщин 1-й группы увеличилось в 1,2 раза, однако во 2-й группе не достигало контрольного уровня (было меньше в 1,3 раза). Численность IgM-вырабатывающих клеток лишь в биоптатах эндометрия пациенток 1-й группы достоверно превышала нормальный показатель, но во 2-й группе существенно не изменилась относительно контроля.

При проведении сравнительного изучения процессов клеточного обновления и экспрессии рецепторов стероидных гормонов эпителиоцитами слизистой оболочки матки выявлено выраженное нарастание интенсивности апоптоза и менее значительный рост пролиферативной активности эпителиальных структур слизистой оболочки матки.

В биоптатах эндометрия пациенток 1-й группы зафиксировано некоторое повышение индекса пролиферации (в 1,5 раза относительно нормы). Индекс апоптоза (СРР32-антигена) значительно возрос по сравнению с контрольным показателем (в 2,5 раза). Во 2-й группе отмечено недостоверное усиление процессов пролиферации glanduloцитов эндометрия относительно 1-й группы и дальнейшее значительное повышение интенсивности апоптоза. Мы наблюдали усиление экспрессии эстрогеновых рецепторов и в меньшей степени рецепторов к прогестерону, что зачастую сопровождалось запаздыванием секреторных изменений в слизистой оболочке матки.

Заключение. Наши материалы свидетельствуют о том, что при БВ, ассоциированном с ХЭ, значительно нарушается барьерная функция эпителиоцитов эндометрия, что может способствовать проникновению микроорганизмов в подэпителиальные структуры слизистой оболочки матки, их персистенции и поддержанию воспалительного процесса. Недостаточная рецепция прогестерона glanduloцитами и другими клетками-мишенями эндометрия приводит к дисфункции эндометриальных желез (тканевой дискринии). Характерными структурными изменениями для ХЭ при БВ являются интенсивные процессы запрограммированной клеточной гибели glanduloцитов слизистой оболочки матки на фоне их слабой пролиферативной активности. Это, вероятно, является основной составляющей общего вектора процессов клеточного обновления и их направленности в сторону атрофии слизистой оболочки матки при БВ. Поскольку повышение уровня эстрогенов считается индуктором апоптоза, зарегистрированная локальная гиперэстрогения в эндометрии согласуется с повышением интенсивности процессов генетически детерминированной смерти эпителиоцитов слизистой оболочки матки. Полагаем, что выявленные структурные изменения эндометрия при БВ являются морфологической основой механизмов формирования НБ.

## **СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА КАРДИОАКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Камалов Э.М., Хамадьянов У.Р., Утяшева Р.А.**  
**Россия, Уфа, Перинатальный Центр**

По данным экспертов уровень предотвратимости смертей матери от экстрагенитальных заболеваний (8,6%) в 7-10 раз ниже, чем при таких причинах, как акушерские кровотечения (87,2%), гнойно-септические заболевания (83,8%), разрывы матки (78,5%) и тяжелые формы гестоза (61,8%). В этой связи особого внимания заслуживают заболевания сердечно-сосудистой системы (ЗССС), на долю которых в структуре экстрагенитальной патологии у беременных приходится более 60% (Елисеев О.М., 1997; Серов В.Н., 1997).

Цель исследования: разработать и апробировать в клинике комплексную систему лечебно-диагностических и тактических мероприятий с использованием перинатального аудита у беременных, рожениц и родильниц с ЗССС и их новорожденных.

Проведенные комплексные исследования 24163 беременных в сроки от 10 до 40 недель в условиях кардиоакушерской клиники и Республиканского кардиохирургического Центра показали, что 10599 (43,9%) из них страдают различными нозологическими формами ЗССС.

Нами с целью оптимизации оказания перинатальной помощи беременным с ЗССС разработана система мер, составляющими которой были: переконцепционное консультирование и прегра-

видарная подготовка супружеских пар; интеграция акушерской, кардиологической и кардиохирургической служб на уровне поликлиник, женских консультаций и стационаров для активного выявления нозологических форм ЗССС на этапе подготовки и в период гестации; определение степени риска беременности и родов в зависимости от характера заболевания и результатов перенесенных корректирующих операций на сердце и магистральных сосудах; создание перинатального консилиума на базе Перинатального Центра (ПЦ) с участием акушера-гинеколога, кардиолога, кардиохирурга, ангиохирурга, анестезиолога и медицинского генетика для координации лечебно-диагностической помощи до и во время беременности, определения срока и тактики родоразрешения.

Определение кардиоакушерской тактики проводилось в зависимости от результатов клинической и функциональной диагностики ЗССС, догестационного консультирования и превентивного лечения, состояния гемодинамики и степени активности ревматического процесса, выраженности легочной гипертензии, гипоксического синдрома и толерантности к физической нагрузке. Особое внимание обращали верификации показаний к хирургической коррекции приобретенных и врожденных пороков сердца до и во время беременности, способу родоразрешения и специального анестезиологического пособия при разных формах патологии. В плане антенатальной охраны и рационального родоразрешения, оказания интенсивной и реанимационной помощи беременным, роженицам, родильницам и их новорожденным большое внимание уделяли эффективной координации и преемственности в работе консультативно-диагностического, родильного и педиатрического блоков ПЦ.

В составе консультативно-диагностического блока организована клинично-экспертная комиссия (КЭК), которая, обобщая данные акушерской ситуации, результаты клинично-лабораторного и инструментального исследований, а также заключения смежных специалистов на различных этапах гестационного периода и обязательно в конце второго триместра, решает вопросы о возможности пролонгирования или необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям, вносит коррективы в лечебную, подготовительную к родам и родоразрешающую тактику.

Для оказания высоко квалифицированной неотложной и консультативно-диагностической, лечебной и реанимационной помощи в акушерском блоке развернуты интенсивное родильное и реанимационно-анестезиологическое отделения с круглосуточным постом бригады врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов. Организована круглосуточная служба экспресс-лаборатории. Педиатрический блок обеспечен неонатологами высокой квалификации и включает в себя такие структуры, как отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение физиологии (совместного пребывания с мамой) и патологии новорожденных (реабилитации новорожденных).

Разработанная система лечебно-диагностических, тактических мероприятий и применение перинатального аудита использованы у 7887 беременных из 10599 с ЗССС, которые составили основную группу, в контрольную — вошли 2712 беременные, обследование и родоразрешение которых проводилось по общепринятой методике.

Изучение материнских и перинатальных исходов в исследуемых двух группах беременных убедительно показало высокую эффективность разработанной стратегии оказания кардиоакушерской помощи пациенткам с сердечно-сосудистой патологией. Об этом свидетельствуют отсутствие материнской смертности, снижение перинатальных потерь в 4,9 раза, снижение частоты кесарева сечения — в 1,4 раза.

# ВЛИЯНИЕ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* НА МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Кан Н.И., Ванина Л.Н., Николаева-Балл Д.Р.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Кандидозный вульвовагинит является одной из причин развития осложнений беременности. Частота его во время беременности достигает 30-40%, перед родами — 44,4% случаев.

Цель работы: изучить влияние дрожжеподобных грибов рода *Candida* на материнские и перинатальные исходы.

Материалы и методы:

Выделены две группы женщин с ожирением (44). В I группу включены 22 беременные, у которых высеяны грибы рода *Candida*, во II группу (контрольную) — 22 беременные без генитальной инфекции. Изучено течение беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных.

Результаты и их обсуждение.

В I группе 54,6% женщин имели I степень ожирения, 36,4% — II степень, 4,6% — III степень, 4,6% — IV степень. Во II группе I степень ожирения диагностирована у 50% и II степень — у 50%. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в I группе у каждой второй (59,0%), во II — у 27,3%; тяжелым гестозом в I группе у 13,7%, во II — у 4,6%, гестозом легкой и средней степени тяжести в I группе у 86,3% беременных, во II — у 95,4%. Низкая плацентация сформировалась в I группе у 13,6%. Несвоевременное излитие околоплодных вод в I группе наблюдалось чаще (45,5%), чем во II — у 36,4%. Раннее гипотоническое кровотечение в I группе развивалось у большего количества рожениц (9,1%), чем во II (4,6%). Физиологическая кровопотеря в родах в I группе была у 63,6%, во II — у 72,7%, кровопотеря более 1 л в I группе произошла у 9,1%. Травматизм мягких тканей в родах формировался в I группе чаще (41,0%), чем во II группе (36,4%). Новорожденных с оценкой по шкале Апгар менее 8 баллов в I группе родилось больше (90,9%), чем во II группе (72,0%). Лохиометра в послеродовом периоде в I группе развилась у 18,2%, субинволюция матки у 9,1%, гематометра у 4,6% рожениц, а во II группе лохиометра развилась у 9,1%.

Выводы: Беременные, у которых высеяны дрожжеподобные грибы рода *Candida* составляют группу риска по:

- невынашиванию беременности,
- формированию предлежания плаценты,
- несвоевременному излитию околоплодных вод,
- кровотечению,
- травматизму мягких тканей,
- рождению детей с низкой оценкой по шкале Апгар,
- нарушению инволюции матки в послеродовом периоде.

## КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Капизова О.В., Сандакова Е.А., Шарипова И.С.

Россия, Пермь, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Росздрава», МУЗ ГКБ № 7

Одной из актуальных проблем современного акушерства являются послеродовые гнойно-воспалительные заболевания. Их частота по данным литературы составляет 2-10%, и они не имеют тенденции к снижению. В структуре материнской смертности послеродовые гнойно-воспалительные заболевания устойчиво занимают 2-4 место (Кулаков В.И., Серов В.Н., 2004г., Сидорова И.С., 2006 г., Стрижаков

А.Н., 2004 г., Чернуха Е.А., 2006г.). Нередко воспалительным заболеваниям предшествуют лохиометра, субинволюция матки и другие состояния, не регистрирующиеся в отчетности.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-микробиологических особенностей донозологических форм инфекционно-воспалительных осложнений послеродового периода, их частоты и структуры.

Термином «донозологические формы» мы определяем такие осложнения послеродового периода, которые регистрируются под диагнозами: «гематометра», «лохиометра», «субинволюция матки», «лактостаз», «серома шва», «инфильтрация шва». Проанализировано 578 историй родов за 6 месяцев. Сформированы 3 группы наблюдений. В первую группу вошли 2 (0,5%) роженицы с манифестными формами заболеваний — зарегистрированным послеродовым эндометритом. Вторая группа составила 203 (35%) случая донозологических (нерегистрируемых) форм послеродовых осложнений; их структура представлена следующим образом: субинволюция матки — 55 случаев (27%), лохиометра — 33 (16,5%), гематометра — 22 (11%), инфильтрация шва — 5 (2,5%), лактостаз — 3 (1,5%), серома шва- 1 (0,5%); в 10 (5%) случаях имело место сочетание форм. Третья группа — 372 человека (64%) — пациентки с нормальным течением послеродового периода.

Во II группе отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты и выкидыши, бесплодие, различные гинекологические заболевания) достоверно встречался чаще ( $< 0,01$ ): 67 (33%) случаев в сравнении с 42 (11,3%) в III группе. Экстрагенитальная патология выявлена в группе III в 67 (18%) случаях, в группе II — в 57 (28%). Структура экстрагенитальной патологии представлена следующим образом: во второй группе достоверно чаще встречались заболевания мочевыводящей системы ( $< 0,05$ ), что составило 47 (37%) случаев против 19 (28%) в III группе; существенных различий в частоте анемии у больных II и III группы не отмечено ( $< 0,03$ ). В течение беременности у женщин второй группы осложнения беременности диагностированы в 89 (44%) случаях, из третьей — в 83 (22%). Достоверно часто во II группе встречались ( $< 0,01$ ): гестоз — 60 (67%) случаев против 40 (33%) — в III группе, угроза прерывания беременности — 53 (47%) случая против 33 (27%) — в III группе. У обеих женщин I группы имели место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология и осложнения беременности. Всем пациенткам I и II групп проводилось бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала. Микробный пейзаж цервикальных выделений был представлен различными бактериями (*Staphylococci cohnii*, *hemolyticus*, *aureus*, *epidermidis*; *Streptococci*; *Escherichia coli*; *Enterococci*). Доминирующим возбудителем в группе донозологических форм послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений явился *Staphylococcus cohnii* (37%), тогда как у пациенток с послеродовым эндометритом были выявлены ассоциации микроорганизмов: *Staphylococcus cohnii* в сочетании с *Escherichia coli* и *Klebsiella* — по одному случаю. Антибактериальную терапию с учетом выделенных микробов получили все женщины из I и II групп. Интересным представляется тот факт, что противомикробную терапию получили также некоторые женщины из III группы (28%) при отсутствии указания в диагнозе на выявленную патологию, что может свидетельствовать либо о безосновательном назначении антибиотиков, либо о сокрытии осложнений.

Таким образом, развитие донозологических форм инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде связано, прежде всего, с наличием гинекологической патологии и акушерских осложнений в прошлом. Из экстрагенитальной патологии самым значимым фактором, обуславливающим развитие осложнений, является патология почек. Анемический синдром по данным нашего исследования не оказывает существенного влияния на течение послеродового периода. Высокая частота высеивания *Staphylococcus cohnii* свидетельствует о его роли в развитии послеродовых осложнений и требует изучения особенностей осложнений, вызываемых этим микроорганизмом.

# СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОК С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Капительный В.А.

Россия, Москва, ММА им И.М. Сеченова

Актуальность: возрастающая частота инфекций мочевыводящих путей среди беременных, сопровождающаяся высоким риском развития урологических, акушерских и неонатальных осложнений, недостаточно исследованное состояние плаценты и плодных оболочек при инфекции нижних отделов мочевыводящих путей.

Цель: сравнительное проспективное рандомизированное исследование эффективности антибактериальной терапии с последующей клинико-морфологической оценкой состояния фетоплацентарного комплекса у пациенток с бессимптомной бактериурией в III триместре беременности.

Материалы и методы: в результате проведения скрининга на инфекцию нижних отделов мочевыводящих путей было выявлено 120 беременных с бактериологически подтвержденной бессимптомной бактериурией. Из них 38 составили I группу с выявленной бактериурией непосредственно перед родами, в которой пациентки не успели получить антибактериальную терапию. II группу составили женщины со стойким рекуррентным течением бессимптомной бактериурии вопреки проводимой терапии: как после этиотропного лечения, так и на фоне супрессивной терапии (в случае возникновения единичного рецидива), 32 пациентки. III группу составили 50 женщин, у которых лечение было эффективно — отсутствовало стойкое рецидивирующее течение и персистенция микроорганизмов в культуре мочи. Стерильность проб мочи оценивалась ежемесячно вплоть до родов. Также проводилась морфологическая верификация воспалительных изменений в последе. Контрольную группу составили 183 беременных женщин с нормальным состоянием мочевыводящих путей.

Результаты: в I, II, III и контрольной группах наблюдались следующие осложнения течения беременности и родов соответственно: преждевременные роды (15,8%, 6,3%, 0% и 7,1%), несвоевременное излитие околоплодных вод (36,8%, 18,8%, 8% и 7,7%), морфо-функциональная незрелость плода (21,1%, 0%, 0% и 6,6%), неонатальная гипотрофия (15,8%, 18,8%, 8% и 4,4%), неонатальный везикулез (10,5%, 6,3%, 0% и 3,8%), недостаточность плацентарного кровотока по данным гистологического исследования (66,7%, 23,1%, 5,3% и 8,3%), очаговый лейкоцитарный хориоамнионит (100%, 76,9%, 5,3% и 17,1%). В III группе 22 женщины получали супрессивную терапию (фосфомицин трометамол 3 гр каждые 10 дней), среди которых не было ни одного случая рецидива. Вне зависимости от выбора препарата для этиотропной терапии (бета-лактамы, фосфомицин трометамол, нитрофурантоин) у 26,6% наблюдался рецидив инфекции (из них 4,7% — персистенция уропатогенов).

Выводы: для беременных с нелеченной и рекуррентной бактериурией характерно возрастание частоты осложненного течения и исхода беременности, ухудшение состояния фетоплацентарного комплекса — развитие очагового лейкоцитарного хориоамнионита, сочетающегося с несвоевременным излитием околоплодных вод, морфо-функциональной незрелостью, везикулезом и гипотрофией плода. При назначении адекватной антибиотикотерапии риск развития осложнений достоверно снижается. Необходимо скрининговое обследование всех беременных женщин на бессимптомную бактериурию с незамедлительным лечением выявленных случаев бессимптомной бактериурии. При возникновении рецидива, необходима супрессивная схема. Фосфомицин трометамол можно считать препаратом выбора как в профилактической терапии бессимптомной бактериурии, так и основной этиотропной антибактериальной терапии ввиду высокой чувствительности уропатогенов к фосфомицину, удобству приема, высокой комплаентности и более низкой стоимости проводимого лечения.

# БЕТА–АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Карагулян О.Р., Карагулян Р.Р., Абрамченко В.В.,

Григорян Р.С..

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

Цель исследования: Провести сравнительную оценку эффективности современных  $\beta$ -блокаторов (пропранолол, атенолол, метопролол и небиволол) при подготовке беременных к родам, родовозбуждение и регуляция родовой деятельности.

В план исследования будет входить изучение указанных препаратов на клиническое течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного, состояние лактации у родильниц до выписки женщин из стационара.

Клинико-лабораторные исследования предполагают:

1. Экспериментально, в опытах на животных, обосновать целесообразность и режимы дозирования препаратов на беременных крысах, в частности, изучить влияние  $\beta$ -блокаторов на биопотенциалы миоэлектрической активности беременных крыс.

2. Для оценки состояния плода и сократительной деятельности матки будет применяться наружная кардиотокография, доплерометрия, эхография, амниоскопия в последнем триместре беременности при подготовке беременных к родам использованием  $\beta$ -блокаторов.

Критериями отбора пациенток являются: доношенный срок беременности (37-41 нед), отсутствие биологической готовности к родам, беременные, угрожаемые по развитию аномалии родовой деятельности, наличие гипертензивных форм гестоза и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, особенно АГ, вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу и др.

Критериями исключения беременных — это в основном касается беременных, у которых имеются противопоказания для применения  $\beta$ -блокаторов, в частности, заболевания органов дыхания с астматическим компонентом; выраженные обменные нарушения; сенильная лихорадка; резко выраженная недостаточность кровообращения; заболевания сердца с нарушением атриовентрикулярной проводимости, а также блокады сердца; аллергические состояния; артериальная гипотония.

Все беременные подвергаются тщательному клиническому обследованию с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов диагностики, оценки состояния плода, кровотока маточной и пупочной артерии, состояние плаценты до и после применения  $\beta$ -блокаторов, эхография.

Дозировка и правило применения — используются рекомендации фирм производителей препаратов. Терапия будет продолжаться до создания оптимальной биологической готовности к родам или появления регулярной родовой деятельности при применении в случаях родовозбуждения или нормализации маточной активности при регуляции аномалии родовой деятельности.

Тщательному анализу будут подвергаться побочные эффекты, т.е. в каждом конкретном случае при возникновении нежелательных реакции отмечается их характер, интенсивность, продолжительность, природу, возможную связь с применением  $\beta$ -блокатора.

Результаты проведенных клинико-экспериментальных исследований позволят разработать оптимальную схему подготовки беременных к родам, при родовозбуждении и регуляции родовой деятельности, что, в свою очередь, позволит улучшить течение беременности, особенно при гестозе и других гипертензивных состояниях при беременностях, а также снизить частоту интранатальных осложнений и улучшить течение послеродового и раннего послеродового периодов.

Материал и методы: У 61 беременной проводилась подготовка к родам  $\beta$ -блокатором анаприлином (обзидан, пропранолол гидрохлорид) в дозе по 20 мг 3 раза в день за 10-14 дней перед родами внутрь. После введения препарата у 84% женщин наступало спонтанное возникновение родовой деятельности через 7-10 дней после начала терапии



Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность родов у первородящих составила  $11,3 \pm 0,77$  часа против  $13,9 \pm 0,8$  часа ( $p < 0,05$ ). У повторнородящих длительность родов была  $6,3 \pm 0,45$  часа против  $9,08 \pm 0,93$  часа ( $p < 0,05$ ). Преждевременное излитие вод отмечено в  $3,3 \pm 2,3\%$ . Раннее излитие вод наблюдалось в  $18,0 \pm 4,9\%$  родов осложнились слабостью родовой деятельности у 11 рожениц ( $18 \pm 4,9\%$ ), тогда как в группе сравнения слабость родовой деятельности наблюдалась в  $33 \pm 4,7\%$  ( $p < 0,05$ ). Всем 11 роженицам проведена родостимуляция хинином и окситоцином. Быстрые роды наблюдались у 2 рожениц. Что составляет  $3,3 \pm 2,3\%$ , в группе сравнения  $4,0 \pm 1,95\%$ . Общее количество аномалий родовой деятельности составило  $21,3 \pm 5,2\%$  против  $38 \pm 4,85\%$  в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Оперативное родоразрешение было у 2-х рожениц ( $3,3 \pm 2,3\%$ ); одно кесарево сечение и одно наложение выходных акушерских щипцов. Произведены они были по показаниям со стороны плода. В родах произведено 16 рассечений промежности, что составляет  $26,2 \pm 5,6\%$ .

Все дети родились живыми. Оценка по шкале Апгар составила  $8,5 \pm 0,07$  балла, в группе сравнения  $8,17 \pm 0,09$  балла ( $p < 0,05$ ). С симптомами гипоксии было 10 новорожденных, что составляет  $16,4 \pm 4,7\%$ , в группе сравнения  $36 \pm 4,8\%$  ( $p = 0,01$ ). Масса новорожденных в среднем составила  $3469,84 \pm 54,23$  г. С массой свыше 4000 г родилось 7 детей. Средняя кровопотеря составила  $208 \pm 14,0$  мл против  $242,6 \pm 10,7$  мл в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах (свыше 400 мл) наблюдалось у 3 родильниц ( $4,9 \pm 2,8\%$ ).

В терапевтических дозах -блокаторы не оказывают отрицательного влияния на организм матери, плода и новорожденного ребенка даже при их длительном применении во время беременности.

И.В. Дуда и соавт. (1989г.) были разработаны методы применения -блокаторов для родовозбуждения, родоактивации, прерывания беременности в поздние сроки по медицинским показаниям и для профилактики акушерских осложнений, связанных с нарушением сократительной деятельности матки, маточных кровотечений в родах и в послеродовом периоде, септических послеродовых и послеоперационных осложнений. Авторами применялся пропранолол в дозе 5 мг внутривенно или по 20-30 мг перорально через 30 мин 5-6 раз с целью родовозбуждения и усиления родовой деятельности в сочетании с утеротропными средствами.

Родовозбуждающий эффект проявляется за счет ингибирующего воздействия на уровень катехоламинов, в частности, адреналина, который ингибирует маточную активность. При этом нами выявлено, что пропранолол укорачивает продолжительность интервалов между маточными сокращениями, без повышения маточной интенсивности и амплитуды маточных сокращений, а также базального (основного) тонуса матки. Период полужизни пропранолола у взрослых составляет 3-6 часов, у новорожденных не известен.

Заключение. Таким образом, формирование готовности организма беременной женщины к родам, необходимо начинать с применения -блокатора пропранолола (анаприлина) перорально в дозе 20 мг 3 раза в сутки, а при недостаточной родовой деятельности через 1-2 часа после его введения вводится окситоцин или простагландины.

При наличии беременных, угрожаемых по развитию аномалии родовой деятельности, одновременно начинают применять метаболически активные субстанции (актовегин или инстенон), которые устраняют энергетический дефицит клетки и улучшающие функцию митохондрий миоцита и в дальнейшем, при необходимости, назначают утеротропные средства.

Представленная новая схема формирования готовности организма женщины к родам (преиндукция, индукция и усиление родовой деятельности) отвечает современной концепции энергетического дефицита на клеточном уровне (миоцита) и нарушенной функции митохондрий в патогенезе аномалий родовых сил.

## АДРЕНЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Карагулян Р.Р., Абрамченко В.В.

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

Цель исследования. Учитывая сложный многофакторный патогенез аномалий родовой деятельности нами проведены экспериментальные исследования для разработки наиболее рациональных схем лечения этой патологии.

Материал и методы. Экспериментальная часть работы выполнена на 70 беременных белых половозрелых крысах — самках линии Вистар массой 180-200 г. О моторной деятельности матки судили по величине амплитуды и частоты биопотенциалов миометрии. Дозы препаратов (гинипрала, верапамила) рассчитывали так, чтобы они были адекватны терапевтическим дозам в пересчете на 1 кг массы тела беременной женщины. Гинипрал вводили внутривенно в дозе 2,5 мкг/кг, верапамил вводили в дозе 10 мкг/кг, при сочетанном введении препаратов дозы были уменьшены вдвое. Регистрацию биопотенциалов миометрии осуществляли с помощью 8-канального электроэнцефалографа фирмы «Galileo» в острых условиях эксперимента по методике, разработанной проф. В. В. Корховым (1987).

При статистической обработке полученных данных в группах подопытных животных учитывали физиологические колебания биопотенциалов миометрии у животных контрольных групп.

Результаты и их обсуждение. При проведении экспериментов на беременных крысах (20-21-й день беременности) в опытах *in vivo* нами установлено, что однократное введение гинипрала в дозе 2,5 мкг/кг приводит к снижению величины биопотенциалов миометрии, как амплитуды, так и частоты, уже через 10 мин после введения. Максимальный эффект действия препарата был зарегистрирован через 30 минут от момента введения, при этом достигнуто снижение амплитуды на 29,8% и частоты на 29,9%.

Восстановление показателей биопотенциалов наступало через 120 минут от момента инъекции гинипрала.

Однократное введение верапамила в дозе 10 мг/кг также вызывало развитие токолитического эффекта, проявляющегося в снижении как амплитуды, так и частоты биопотенциалов миометрии беременных крыс. Максимальный эффект проявлялся на 30-й минуте после введения препарата, причем в большей степени менялась амплитуда биопотенциалов. Урежение частоты сокращений проявлялось менее выражено. Восстановление частоты биопотенциалов происходило на 60-й минуте, а амплитуды — на 120-й минуте. Возможно, что так называемая «фазовая (ритмическая) и тоническая системы сокращения» работают функционально раздельно друг от друга. Поэтому повышение тонуса не может объясняться исключительно вторично высокой частотой схваток. Поэтому на основании этих результатов нельзя просто объяснить обусловленный окситоцином подъем тонуса матки путем сокращенного времени релаксации в результате сильного увеличения частоты сокращений. Этим самым доказывается функционально независимый принцип тонуса в матке и была найдена зависимость между тонусом и потенциалом мембран. Поэтому нами введено понятие «тонусный и фазный» двойной принцип сокращения матки, что не согласуется с данными других авторов, указывающих на зависимость тонуса от частоты схваток.

Сочетанное введение указанных препаратов в половинных дозах приводило к выраженному токолитическому эффекту, который наблюдался уже с 10-й минуты после введения комбинации препаратов. При этом отмечали более выраженное снижение обоих показателей биопотенциалов матки, чем при раздельном введении препаратов в полных дозах. Восстановление частоты сокращений происходили несколько раньше, чем амплитуды биопотенциалов. К 120-й минуте ведения опыта регистрируемые показатели возвращались к исходному уровню.

В другой серии опытов внутрибрюшинное введение окситоцина (0,5 МЕ) приводило к обычному увеличению амплитуды и частоты биопотенциалов миометрии. Последующее введение комбинации гинипрала и верапамила в конце 20-й мин после введения окситоцина приводило к нарастающему угнетению сократительной активности миометрии беременных крыс, которое продолжалось в течение 50-60 мин. Таким образом, введение токолитических средств (гинипрала и верапамила) на фоне окситоцина проявляет угнетающее действие на сократительную активность миометрии. Усиление эффекта, очевидно, обусловлено разнонаправленностью их токолитического действия — гинипрал селективно воздействует на  $\alpha$ -адренорецепторы, а верапамил — блокирует кальциевые каналы.

**Заключение.** Установлено, что в опытах на беременных крысах (окситоцин 0,5 МЕ) при внутрибрюшинном введении усиливает биоэлектрическую активность матки (амплитуду и частоту). Комбинированное введение беременным крысам гинипрала в дозе 2,5 мг/кг и верапамила 10 мг/кг приводит к выраженному и продолжительному (в течение часа) токолитическому эффекту. Последующее введение комбинации гинипрала и верапамила в тех же дозах на фоне окситоцина проявляет угнетающее действие на миометрию беременных крыс.

Таким образом, в опытах на животных *in vivo* на модели индуцированных маточных сокращений окситоцином установлено, что гинипрал в сочетании с верапамилем угнетают биоэлектрическую активность миометрии, то есть снижают величину биопотенциалов миометрии: амплитуды и частоты на 1/3 от исходного уровня ( $p < 0,001$ ). Введение препаратов беременным крысам на пике активности окситоцина не приводит к снижению угнетающего влияния препаратов на миометрию. Окситоцин, вводимый крысам на пике активности препаратов проявляет в полной мере свой стимулирующий эффект на контрактильную активность миометрии.

Результаты экспериментальных исследований были использованы нами при выборе режима назначения указанных препаратов, их доз при различных акушерских ситуациях.

## **ФАРМАКОЛАЗЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПРОТЕКЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Картелишев А.В., Коколина В.Ф., Васильева О.А.,  
Румянцев А.Г.**

*Федеральный научно-клинический центр детской гематологии,  
онкологии и иммунологии Росздрава, Москва; Российский государственный  
медицинский университет, Москва*

Введение. Акушерская, неонатологическая и педиатрическая практика показывают, что традиционный способ лечения при беременности с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) далеко не всегда дает желаемый результат в аспектах профилактики тяжелых перинатальных осложнений (ПО). Более того, вследствие чрезмерной «фармакологической» нагрузки на развивающийся организм плода зачастую сопровождается нарушениями внутриутробного развития и поражениями центральной нервной системы (ЦНС). Одним из перспективных путей повышения эффективности лечебных мероприятий на современном этапе развития медицинской науки представляется использование многофакторных лечебно-биологических эффектов неионизирующего низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с комбинацией красного и инфракрасного диапазонов волн. Имеются объективные экспериментальные и клинические данные о полной медицинской безопасности НИЛИ для системы «мать–плацента–плод–новорожденный» и, более того, многие параметры терапевтического действия НИЛИ (антигипоксические и антитоксические эффекты; цито-мембранопротекция; трофоактивация и трофостабилизация; иммуномодуляция и др.)

полностью «укладываются» в рамки патогенеза ФПН. Однако эти исследования не имеют системной направленности и не позволяют осмыслить базисные позиции механизмов НИЛИ в отношении действенной профилактики ПО при беременности с ФПН.

Цель исследования состояла в анализе протективной эффективности фармаколазерной технологии лечения беременности с ФПН.

**Материалы и методы:** 186 беременных в возрасте от 17 до 40 лет с верифицированным синдромом комплексом ФПН, которые были разделены в зависимости от способа терапии на 2 группы, аналогичные по возрастному составу, отягощенности акушерско-гинекологического и соматического статуса. Практически у всех женщин имелись те или иные проявления нарушений развития плода. I (основная) группа — 149 беременных, в лечение которых (при получении их согласия) включалась новая технология в виде оригинального способа курсовой комбинированной магнитолазерной терапии (КМЛТ), а также их плоды и новорожденные; II (контрольная) группа — 37 беременных, получавших только традиционное лечение, и также их потомство. Методика КМЛТ изложена в профильном Пособии для врачей и предусматривает сочетание внутривенного или надвенозного облучения крови лазерным излучением красного диапазона ( $\approx 0,63$  мкм) с инфракрасным магнитолазерным воздействием (0,89 мкм). Наряду с общепринятыми клиническими показателями, характеризующими особенности течения беременности и развития плода, в динамике терапии исследован комплекс параметров, отражающих кинетику патогенетически значимых показателей функционального состояния системы «мать–плацента–плод».

**Результаты и их обсуждение.** Динамический анализ полученных данных выявил ряд закономерностей, свидетельствующих о более высоком лечебно-профилактическом эффекте курсовой КМЛТ по сравнению с традиционным способом терапии ФПН и профилактики ПО. Так, в контрольной группе на фоне медикаментозного лечения беременных показатели биофизического профиля плода (БФПП) величиной менее 5 баллов были зарегистрированы у 27,1% плодов, «компенсированное» состояние плодов в пределах 6–7 баллов — у 48,6% и удовлетворительная оценка, которой до лечения не было, — у 24,3%. У беременных основной группы после курса КМЛТ были получены следующие параметры БФПП: менее 5 баллов — не зарегистрировано, «компенсированное» состояние — у 38,2% и удовлетворительное — у 61,7%. Если в контрольной группе среднее суммарное значение КТГ плода после курсового лечения стало несколько выше исходного и составило  $6,9 \pm 0,1$ ; признаки гипоксии плодов, хотя и стали на 15,2% меньше исходного уровня, но обнаружены у 72,9% беременных; удовлетворительное состояние отмечалось в 2,2 раза чаще исходного ( $p < 0,05$ ) и в 2 раза уменьшилось количество плодов в состоянии декомпенсации ( $p < 0,05$ ), то после КМЛТ среднее суммарное значение КТГ составило  $8,1 \pm 0,5$ , что статистически значимо выше исходных показателей ( $p < 0,05$ ), и большинство плодов (70,2%) основной группы имели удовлетворительную оценку (в 6 раз выше исходного уровня и в 2,5 раза больше результатов при медикаментозной терапии;  $p < 0,05$ ), а признаки гипоксии обнаружены всего в 30,4% случаев (в 2,9 раза реже исходного уровня и в 2,4 раза меньше результатов после медикаментозного лечения;  $p < 0,05$ ). Примерно такая же закономерность выявлена и в отношении частоты синдрома внутриутробной задержки развития плода (СВЗРП). Так, при исходном показателе встречаемости у них СВЗРП равном 53,5%, после разных вариантов терапии он диагностирован в контрольной группе у 64,8% женщин, а в основной — лишь у 21,1% ( $p < 0,05$ ). Кроме того, на фоне КМЛТ нами отмечено существенное уменьшение количества тяжелых форм СВЗРП и по степени гипотрофии плода (2-й и 3-й степеней) по сравнению с показателями традиционного лечения ( $p < 0,05$ ).

Для понимания возможных механизмов лечебно-профилактического влияния КМЛТ проанализированы межгрупповые различия показателей: фетоплацентарного кровотока (ФПК); систолиодиастолического отношения (СДО); морфо-функционального состояния плаценты и некоторых цито-мембранных метаболических параметров антигипоксической системы. Установлено, что в контроль-

ной группе к моменту окончания курса традиционной терапии у 47% беременных имелась разная степень снижения показателей ФПК, а в основной группе — лишь у 5%. При этом среднее значение СДО, которое при величине до 2,3 отн. ед. соответствует нормальному кровотоку, в контрольной группе составило  $4,0 \pm 0,5$  отн. ед., а в основной группе —  $2,5 \pm 0,11$  ( $p < 0,05$ ). Патоморфологические исследования тканей плаценты выявили дегенеративные изменения у 76% женщин в контрольной группе и лишь у 24% — в основной (в 3 раза меньше;  $p < 0,05$ ). Полное структурно-функциональное восстановление при медикаментозном лечении отмечено только в 18,9% случаев, а при использовании технологий КМЛТ — в 35,5% ( $p < 0,05$ ). К тому же в контрольной группе выявлено только 10,8% плацент с хорошей компенсаторной реакцией, с умеренной — 40,5% и со слабой — 48,7%, а в основной группе большая часть плацент имела хорошую (46,8%) или умеренную (46,8%) степень компенсации, что указывает также и на более эффективное воздействие лазерной терапии на структурный объем плаценты, от которого зависит жизнеобеспечение плода, за счет наличия мощного трофотропного влияния. Примерно те же закономерности свойственны и динамике параметров — плацентарно-плодового коэффициента (ППК). При этом СВЗРП исходно диагностирован у 41,9% исследованных беременных с ФПН на фоне наличия у каждой пятой недостаточности маточного кровотока (НМК) I степени. Однонаправленные закономерности имелись и в отношении частоты патологического течения родов (ПТР). Так, в контрольной группе случаи ПТР были зарегистрированы у 91,9% женщин и оперативное родоразрешение потребовалось в 24,3% случаях, а в основной группе они отмечены только у 31,8% беременных (в 2,8 раза реже;  $p < 0,05$ ), а потребность в оперативном родоразрешении уменьшилась до 4,0% (в 6 раз). Следует отметить и то, что в основной группе наблюдалось статистически значимое ( $p < 0,05$ ) уменьшение количества новорожденных с асфиксией в родах, а также с явлениями СВЗРП и различными формами перинатального поражения ЦНС (в контрольной группе — у 59,4%, в группе — 23,8%). Перинатальная смертность в контрольной группе составила 16,3%, а в основной группе ее не было. Межгрупповая разница по клиническим данным подтверждена также и динамикой параметров функционального состояния «антиперекисного» (фосфолипидный спектр биомембран, в том числе плаценты) и эритроцитарного звена антигипоксической системы матери, плода и новорожденного.

Выводы. Технология комплексного лечения ФПН, модифицированная курсовой КМЛТ, в аспектах профилактики ОП дает существенно более высокий эффект, чем традиционный способ.

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РОЖЕНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕСТОЗ

Каюмова Л.Х.

Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии №2

Гестоз — частое и серьезное осложнение беременности (14-16%), которое занимает 2-3 место в структуре причин материнской и перинатальной смертности, а также заболеваемости женщин, новорожденных и детей.

В настоящее время всесторонне изучены особенности течения гестоза во время беременности и выработаны основные методы лечения данной патологии. При этом работ, касающихся изучения последствий гестоза, недостаточно. Вместе с тем патогенетические изменения в свертывающей и противосвертывающей системах, свойственные гестозу, могут иметь прогрессирующий характер. Последствия гестоза являются фоном развития серьезных экстрагенитальных заболеваний (заболевания почек, неврологических нарушений, ИБС и др.).

Целью исследования явилась изучение состояния свертывающей и противосвертывающей систем в послеродовом периоде у женщин, перенесших гестоз.

Материалы и методы исследования: обследовано 14 рожениц с гестозом средней и тяжелой степени тяжести (средний возраст составил 26 лет). Кровь на гемостазиограмму бралась из локтевой вены строго натощак на 7-8 сутки после родов. Состояние системы гемостаза оценивали по следующим показателям: содержанию фибриногена, базисным коагуляционным тестам (АЧТВ, тромбиновому времени, протромбиновому времени), активности антитромбина III, определению волчаночного антикоагулянта, состоянию XIIIa-зависимого фибринолиза, растворимым комплексам фибрин-мономеров (РКФМ), фактору Виллебранда, агрегационной активности тромбоцитов.

В результате проведенных исследований было установлено, что на 7-8 сутки происходит нормализация основных показателей гемостаза, однако сохраняется угнетение XIIIa-зависимого фибринолиза, повышенная агрегационная активность тромбоцитов и высокие значения фактора Виллебранда, что указывает на наличие риска венозных тромбозов, реологических нарушений крови и требует назначения антиагрегационной терапии в послеродовом периоде.

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Кварацелия Е.Е.

Россия, Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова

Актуальность: Гипертензивные нарушения при беременности, частота которых составляет 7-10%, могут быть следствием артериальной гипертензии (гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии), существовавшей до беременности (хроническая гипертензия), либо развиваться во время беременности (гестационная гипертензия, гестоз). Артериальная гипертензия (АГ), какой бы причиной она ни была вызвана, прежде всего, нарушает внутриутробное развитие плода, а также оказывает влияние на состояние женщины: является одной из основных причин преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; нарушения мозгового кровообращения и эклампсии. Инсульт, эклампсия и кровотечение вследствие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома), вызванного отслойкой плаценты, являются основными причинами смерти беременных и рожениц, страдающих артериальной гипертензией. По данным ВОЗ, гипертензивный синдром — вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20-30% случаев в структуре материнской смертности.

Наиболее неблагоприятным вариантом гипертензии у беременных является гестоз, который может быть осложнением беременности у нормотензивных пациенток, или развиваться на фоне существующей артериальной гипертензии.

Изучение причин и механизмов формирования гипертензивного синдрома у беременных, а также подбор эффективной и безопасной терапии являются весьма актуальными для современного акушерства. Бурно развивающаяся клиническая гемостазиология предоставляет клинике новые возможности поиска причинно-следственных отношений между генетическими формами тромбофилии и гестозом.

Цель: изучить частоту приобретенной (антифосфолипидный синдром или циркуляция антифосфолипидных антител (АФА)) и генетических форм тромбофилии у пациенток с гипертензивными нарушениями во время беременности.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано (ретроспективно и проспективно) 115 женщин с гипертензией во время беременности: 59 — с гестозом различной степени тяжести (I группа) и 56 — с хронической гипертензией (II группа) в возрасте от 22 до 44 лет. Контрольную группу составили 50 нормотензивных пациенток с неосложненным течением беременности.

В I группе у 21 (35,6%) пациентки имел место гестоз легкой степени тяжести (I подгруппа), у 38 (64,4%) — средней и тяжелой степени тяжести (II подгруппа).

Во II группе деление на подгруппы основывалось на наличии или отсутствии ожирения и метаболических нарушений, непосредственно связанных с высоким риском тромботических осложнений, в том числе гестоза, в особенности при прогрессировании беременности. 38 пациенток с ожирением и другими метаболическими нарушениями, соответствующими критериям Национального института здоровья США (Adult Treatment Panel (ATP III), 2001) и Американской Ассоциации клинических эндокринологов (AACE, 2003) для диагноза «метаболический синдром» (МС) составили I подгруппу, остальные 18 женщин — II подгруппу.

Диагностика генетических форм тромбофилии: мутации FV Leiden (G1691A), мутации протромбина G20210A, мутации MTHFR (C677T), полиморфизма гена PAI-1 («675 4G/4G», «675 4G/5G»), полиморфизма гена фибриногена «455 G/A», полиморфизма «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена (t-PA), полиморфизма тромбоцитарных рецепторов GP 1a «807 C/T» и GP IIIa «1565 T/C», ангиотензин-превращающего фактора (АПФ) «I/D», «D/D»; полиморфизма гена рецептора к ангиотензину II «1166A/C» проводилась методом ПЦР; определение волчаночного антикоагулянта — использованием времени разведенного яда гадюки Рассела, с последующими подтверждающими пробами, антифосфолипидных антител (антикардиолипиновые антитела, анти-2GPI, антипротромбиновые, антианнексиновые и антитела к подгруппам фосфолипидов) — ELISA-методом.

Результаты: Тромбофилия была выявлена у 71,2% пациенток с гестозом (I группа), у всех пациенток (100%) с хронической гипертензией и метаболическим синдромом (II группа I подгруппа), 38,9% — с хронической гипертензией без метаболического синдрома (II группа II подгруппа) и 26,0% в группе контроля. В I группе тромбофилия достоверно чаще выявлялась среди пациенток с гестозом средней и тяжелой степени тяжести (78,9% в сравнении с пациентками, у которых гестоз протекал в легкой форме (57,1%).

Наиболее частыми формами тромбофилии у пациенток с гестозом оказались гомозиготная и гетерозиготная формы мутации MTHFR (57,6%) и гомозиготный и гетерозиготный полиморфизм гена PAI-1 (45,7%) и полиморфизм гена АПФ (30,5%).

Кроме того, у 11,9% пациенток была выявлена мутация FV Leiden, у 13,6% — полиморфизм гена фибриногена «455 G/A», у 25,4% — полиморфизм тромбоцитарного рецептора GPIIb/IIIa, у 25,4% — полиморфизм тромбоцитарного рецептора GPIa, у 10,2% — полиморфизм рецептора ангиотензина II, у 1 (2,6%) пациентки с тяжелой формой гестоза в анамнезе выявлена гетерозиготная форма мутации протромбина G20210A.

У пациенток хронической гипертензией и МС наиболее распространенной формой тромбофилии оказался полиморфизм гена PAI-1 (89,5%), у которого преобладали гомозиготные формы (65,8%). С высокой частотой встречались мутация MTHFR (52,6%); полиморфизмы тромбоцитарных рецепторов GPIa и GPIIb/IIIa (50,0% и 18,4%), мутация гена фибриногена «455 G/A» (55,3%); полиморфизм «I/D» в гене t-PA (65,8%). У 50,0% обнаружена мутация гена АПФ, у 23,7% — мутация гена рецептора ангиотензина II 1 типа. Частота указанных мутаций достоверно превышала таковую в контрольной группе. У 5,3% пациенток имела место гетерозиготная форма мутации FV Leiden. Не было ни одного случая обнаружения мутации протромбина.

Тромбофилия у пациенток с хронической гипертензией без МС выявлялась преимущественно у женщин, у которых к хронической гипертензии во время беременности присоединялся гестоз: мутация MTHFR составила 27,8%, полиморфизм гена PAI-1 16,7%, полиморфизм гена АПФ 22,2%, мутации FV Leiden 8,3%. Частота других мутаций и полиморфизмов не отличалась от таковых в контрольной группе.

Мультигенная форма тромбофилии (более 2-х мутаций) имела место у 71,1% пациенток с гестозом тяжелой и средней степени тяжести и 19,0% пациенток с легкой формой гестоза в I группе, 98,1% пациенток с хронической гипертензией и МС и 22,2% пациенток с хронической гипертензией без МС (II группа) и 2% в контрольной группе.

Циркуляция антифосфолипидных антител была выявлена у 15,3% пациенток I группы (9,5% — с гестозом легкой степени и 18,4% — средней и тяжелой степени), 25% II группы (21,1% женщин с хронической гипертензией и МС и 33,3% пациенток с хронической гипертензией без МС) и 6,7% в контрольной группе.

Выводы: У беременных с гипертензивными синдромами (как с гестационной, так и хронической гипертензией) с высокой частотой выявляется генетическая и приобретенная (АФС или циркуляция АФА) тромбофилия. Частота тромбофилии существенно выше у пациенток с тяжелыми формами гестоза (78,9%) и беременных с хронической гипертензией и сопутствующими метаболическими нарушениями (100%). Риск развития гестоза у беременных с хронической гипертензией эквивалентен степени тромбофилии. Выявление тромбофилии у пациенток с АГ при беременности позволяет оптимизировать профилактику и терапию таких осложнений беременности как синдром потери плода, гестоза, тромбогеморрагических осложнений.

## К ВОПРОСУ О ПОСЛЕРОДОВОМ ОПОРОЖНЕНИИ МАТКИ

Киселева Э.Я., Журавлева В.И.

г.Казань

Актуальной проблемой современного акушерства являются послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания, которые не имеют тенденции к снижению и нередко являются причиной материнской смертности. Лидирующее положение в структуре данных заболеваний занимает послеродовый эндометрит, запоздалая диагностика которого может привести к дальнейшему распространению инфекции, вплоть до развития генерализованных форм. Поэтому рациональное ведение родильниц с субинвалуцией матки имеет большое значение.

Материалы: Под нашим наблюдением находилась 121 родильница, у которых в послеродовом периоде было выполнено опорожнение матки. По отношению к общему количеству родов этот показатель составил 8,3%. Средний возраст женщины 26 ± 7 лет. Первородящие 68,6%, повторнородящие 31,4%. Путем кесарева сечения были родоразрешены 2,5% женщин. Срочные роды отмечены у 92,6%. Средняя продолжительность родов составила 7 часов 30 мин. У каждой третьей роженицы наблюдалось преждевременное отхождение околоплодных вод. Безводный период до 6 часов отмечен у 42,3% родильниц, более 6 часов — у 31,3%.

Результаты: У 39% женщин до родов была выявлена инфекция: в т.ч. вирусная у 23,0%, микробная — у 16,0% женщин. Не проходило обследование на ИППП каждая третья родильница.

На 5-6 день послеродового периода 79,3% родильницам выполнено опорожнение матки в связи с субинвалуцией (расширение полости матки в среднем составила 12,3 ± 4мм.)

Зависимость между субинвалуцией матки и продолжительностью безводного периода нами не выявлена. Все родильницы выпишаны на 6-7 день. Более позднее опорожнение матки предпринималось на фоне стертой картины послеродового эндометрита (субинвалуция, субфебрилитет, воспалительная реакция крови), что потребовало проведение длительного лечения.

Выводы: Таким образом, предпринимаемое послеродовое опорожнение матки на 5-6 день при расширении полости до 12,3 ± 4 мм позволяет предупредить развитие послеродового эндометрита у родильниц групп риска.

# БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ

Киселева О.Ю., Добрынина М.Л., Керимкулова Н.В.

Россия, Иваново, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия

Эндометриоз не случайно считают тяжелым заболеванием, т.к. он приводит к бесплодию, являясь предпосылкой для негативных социальных и экономических последствий. Эндометриоз различной локализации выявляется у 20-60% пациенток, проходивших стационарное обследование по поводу бесплодия. В структуре причин женского бесплодия он занимает второе место, уступая первенство лишь воспалительным заболеваниям матки и ее придатков. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты встречаемости эндометриоза, что связано как с социально-экономическими условиями, старением населения и другими факторами, так и с улучшением методов диагностики. Лапароскопия особенно ценна при диагностике перитонеального наружного генитального эндометриоза, который и является объектом нашего исследования.

Общезвестно положительное влияние беременности на течение эндометриоза, в процессе которой эндометриозидные эктопии подвергаются обратному развитию. В это же время эндометриоз оказывает влияние на течение беременности, будучи заболеванием всего организма, эндометриозидной болезнью. В экспериментах на животных получены данные о негативном влиянии эндометриоза на состояние потомства.

Целью данной работы явился анализ течения беременности у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием в анамнезе и состоянии здоровья их новорожденных.

Основная группа женщин включала 25 родильниц с эндометриоз-ассоциированным бесплодием в анамнезе, контрольная группа - 20 женщин без эндометриоза. Средний возраст женщин основной группы достоверно был выше, чем в контрольной группе (30,7 и 24,3 лет соответственно). По имеющейся экстрагенитальной патологии женщины обеих групп не имели отличий. Опухолевые заболевания матки встречались в 3 раза чаще у пациенток основной группы. Бесплодие наблюдалось только у женщин основной группы, с одинаковой частотой первичное и вторичное. Недонашивание беременности в анамнезе у пациенток основной группы закончилось гибелью плодов, тогда как в контрольной подобного не было. Беременность у женщин основной группы наступила в первые 2 года после производства лапароскопии. При анализе течения данной беременности выявлено, что угроза невынашивания у женщин обеих групп наблюдалась с одинаковой частотой. Внутриутробная инфекция выявлена у 25 и 16% женщин соответственно. Гестоз наблюдался у 91,7% женщин основной и у 83,3% контрольной группы. Синдром ВЗРП выявлен у 41,7% пациенток основной и лишь у 8,3% контрольной группы. По течению родового процесса пациентки обеих групп мало отличались, хотя роды у женщин основной группы протекали быстрее. Преждевременное родоразрешение по причинам со стороны плода потребовалось 25% беременных основной и только 8,3% контрольной группы. 58% женщин основной группы родоразрешены путем операции кесарева сечения, в контрольной все роды были самостоятельными.

При анализе состояния новорожденных выявлена тенденция к снижению средней массы тела и роста детей в основной группе. Оценка новорожденных по шкале Апгар практически не отличалась. Однако у детей основной группы в последствии наблюдалось снижение активности, чаще наблюдались неврологические нарушения различной степени выраженности. Срок госпитализации детей достоверно выше был в основной группе из-за более частого перевода их на второй этап выхаживания новорожденных.

Таким образом, удалось отметить отрицательное влияние эндометриозидной болезни на течение беременности и состояние потомства. У женщин с эндометриозом наблюдалось более выраженное

страдание внутриутробного плода, сопровождающееся СЗВРП, что потребовало досрочного родоразрешения с помощью операции кесарева сечения как более щадящей для ребенка. Уровень здоровья новорожденных от матерей с эндометриозом ниже, о чем свидетельствует тенденция к снижению массы тела детей, большая частота неврологических нарушений в постнатальном периоде. В связи с этим беременным с эндометриозом целесообразно проводить профилактику и лечение ФПН, начиная с ранних сроков беременности. Женщины основной группы достоверно старше, поэтому представляется необходимым проведение лапароскопии на одном из первых этапов обследования по поводу бесплодия с целью более раннего восстановления репродуктивной функции.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИМОРФИЗМА ХРОМОСОМ У ПЛОДА

Ковалев В.В., Добрынина Н.В.

Россия, Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия. Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции

Около 90% генома человека состоит из некодирующих последовательностей, эти участки содержат множества нейтральных мутаций или полиморфизмов. В настоящее время единого взгляда на роль вариантов хромосом в возникновении той или иной патологии нет. Однако за последние 25 лет по этому вопросу накоплен большой фактический материал, касающийся как нормальной популяции людей, так и больных с различными патологическими состояниями.

Gardner R.J.M. и соавторами обнаружено, что носители вариантов хромосом 1 и 9 чаще встречаются среди пациентов с врожденными пороками развития. В настоящее время остается открытым вопрос о значении варибельности размеров гетерохроматиновых районов хромосом на возникновение той или иной патологии у индивидуума. Некоторые исследователи предполагают, что:

1. гетерохроматиновые районы хромосом оказывают влияние на функционирование окружающих их генов;

2. гетерохроматиновые районы имеют селективную ценность в адаптации человека к некоторым экстремальным и средовым факторам (гипоксия);

3. содержание гетерохроматина безвредно лишь до определенного уровня, переход за который у некоторых носителей сопровождается риском нарушений в развитии либо у них самих, либо, чаще у их детей.

Полиморфные варианты хромосом и, в частности, полиморфизм гетерохроматиновых районов хромосом, наблюдаются в популяции с частотой 4-6%, тогда как среди детей с множественными пороками развития или микроаномалиями развития, недифференцированными формами умственной отсталости, носители подобных изменений встречаются с частотой 16-20%.

Цель настоящей работы — провести клинико-статистический анализ течения беременностей, родов, оценить перинатальные исходы при пренатальном выявлении полиморфных вариантов хромосомного набора у плодов.

За период с 1999 по 2005 гг. в СОЦПСИР пренатально диагностировано 93 случая вариантов полиморфного хромосомного набора у плодов. В 81 (87%) случае удалось получить сведения о течении периода беременности такими плодами, методах родоразрешения, перинатальных исходах. В кариотипах плодов имели место различные виды полиморфизмов — как варибельность длины, так и варибельность числа и расположения гетерохроматиновых сегментов, спутничных нитей и спутников. Наиболее часто встречалась варибельность длины гетерохроматиновых сегментов 1, 9, 16, Y хромосом, а также спутничных нитей или спутников 21, 22, 13, 15, 17 хромосом.

По сроку родоразрешения 64 (79%) родов были своевременными, 1 (1,2%) – преждевременными, 3 (4%) – запоздалыми. Прерывание беременности по медицинским показаниям до срока жизнеспособности плода произведено у 13 пациенток в связи с врожденными пороками развития, что составило 16%.

Проведена оценка состояния 68 родившихся детей. Среди новорожденных с вариабельностью хромосомного набора 47 (69%) явились здоровыми носителями полиморфных вариантов, 17 (25%) имели ту или иную степень выраженности неврологической симптоматики. У двоих живорожденных детей отмечались множественные врожденные пороки развития (гипоплазия легкого, диафрагмальная грыжа, синдром Денди-Уокера, порок развития сердца, гидронефроз, аномалии опорно-двигательного аппарата), что составило 3%. Один ребенок в настоящее время состоит на диспансерном учете в связи с генетическим риском по поликистозу почек взрослого типа, у одного пациента (1,5%) диагностирован врожденный гипотиреоз. В первые 7 дней жизни умерло 2 ребенка (болезнь гиалиновых мембран, множественные врожденные пороки развития).

У 72 (89%) беременных плодами с вариабельным набором хромосом отмечались следующие осложнения: в 22% (16) – явления угрожающего раннего выкидыша; в 26% (19) – признаки угрожающего позднего выкидыша; на кровянистые выделения из половых путей в первом триместре беременности указывали 8% (6) пациенток. После 30 недель гестации у 4 (5,5%) беременных наблюдалось сочетание аномальных показателей доплерометрического исследования кровотока в маточных сосудах и сосудах пуповины с задержкой внутриутробного роста плода.

У 25 (31%) беременных проанализировано содержание сывороточных маркеров первого триместра гестации (бета-субъединица ХГЧ, РАРР-А), triple-тест (АФП, ХГЧ, НЭ) проведен 59 пациенткам, что составило 73%.

Более чем у половины пациенток triple-тест (АФП, ХГЧ, НЭ) имел позитивные значения по риску хромосомной патологии, а у 6 (24%) беременных была снижена концентрация РАРР-А в сыворотке крови.

У 33 (41%) пациенток при эхографическом исследовании плода наблюдались маркеры хромосомной патологии (аномальное количество околоплодных вод, пиелоектазия, гиперэхогенный фокус в полостях сердца плода, задержка внутриутробного роста плода, относительное укорочение длины трубчатых костей, вентрикуломегалия, гиперэхогенные почки, гиперэхогенный кишечник, кисты сосудистых сплетений, брахицефалия). У 15 (18,5%) плодов диагностированы врожденные пороки развития (Синдром Денди-Уокера, врожденные пороки сердца, поликистоз почек, гастрошизис, аномалии опорно-двигательного аппарата, диафрагмальная грыжа, гидронефроз, расщелина верхней губы, омфалоцеле, экзэнцефалия). Наиболее часто пороки развития плода сочетались с полиморфизмом Y хромосомы, а также с вариабельностью длины гетерохроматинного района в длинном плече 9 хромосомы (9qh+) и увеличением размера спутников на коротком плече хромосомы 21 (21ps+).

В результате проведенного исследования установлено, что у 76 (94%) супружеских пар анамнез отягощен: в трети случаев – невынашиванием, у пятой части пациенток – бесплодием, рождением детей с аномалиями развития в анамнезе – у 6 (8%) обратившихся.

Исследование хромосомного набора крови родителей проведено 22 супружеским парам (44 пациента). Выяснилось, что половина плодов унаследовали вариабельность хромосомного набора от родителей.

Таким образом, у 94% обследованных пациенток отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, лишь 11% беременностей протекали без каких-либо осложнений.

В 18,5% случаев отмечено сочетание врожденных аномалий развития плода и полиморфизма хромосомного набора, что не противоречит данным литературы, согласно которым среди пациентов с врожденными пороками развития чаще встречаются носители вариабельного хромосомного набора.

Вопросы, связанные с полиморфизмом хромосомного набора, требуют дальнейшего изучения с целью накопления фактических данных.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ**

**Клементе Апумайта Х.М., Побединский Н.М.,  
Ищенко А.И., Зуев В.М., Лукич В.Л., Ковалев М.И.**  
*Россия, Москва, Московская медицинская академия им. И. М.  
Сеченова*

Актуальность. Проблема профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности далека от своего окончательного решения. Частота развития этого осложнения беременности по данным литературы варьирует от 3-4% в популяции в целом, до 30-45% в группах риска по развитию этой патологии. Перинатальная заболеваемость и смертность при развитии фетоплацентарной недостаточности многократно превышают аналогичные популяционные показатели. В структуре причин перинатальной смертности фетоплацентарная недостаточность составляет до 20% и занимает одно из ведущих мест. До настоящего времени задача разработки новых эффективных методов лечения и профилактики фетоплацентарной недостаточности продолжает оставаться актуальной. В последние годы появились новые медицинские технологии, которые открывают новые перспективы в решении проблемы профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности.

Цель. Повысить эффективность профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности у беременных из группы риска по развитию этой патологии при помощи комплексной терапии с использованием гипербарической оксигенации и озонотерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 89 беременных женщин, у которых в третьем триместре были выявлены симптомы фетоплацентарной недостаточности. Беременные были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту, анамnestическим и клиническим характеристикам. В 1 группе (n = 30) лечение фетоплацентарной недостаточности осуществляли при помощи традиционных методов (антиагреганты, антикоагулянты, метаболические препараты, средства улучшающие микроциркуляцию, маточно-плацентарный и фето-плацентарный кровоток, препараты железа, витамины и др.). Во второй группе (n = 59) наряду с традиционными методами лечения в комплексе использовали гипербарическую оксигенацию и озонотерапию. Сеансы гипербарической оксигенации проводили ежедневно, на курс 10 процедур. Для проведения сеансов использовали барокамеру ПЛКС-3. Параметры процедуры: время изопрекции 40 минут, давление 1-1,2 ата.

Для проведения озонотерапии использовали озонированный физиологический раствор в объеме 200 мл с концентрацией озона 0,7-1,5 мг/л. Озонированный физиологический раствор вводили в/в ежедневно. Курс лечения состоял из 7 инфузий.

Всех, находившихся под наблюдением беременных, обследовали в динамике до начала и после окончания курса терапии. В перечень обследования наряду с клиническими были включены УЗИ + Допплерометрия, КТГ плода, уровень эстрогенов в крови, эстриол, плацентарный лактоген, кортизол, термостабильная щелочная фосфатаза, -гидроксипутиратдегидрогеназа, -фетопротеин, 1-глобулин (ПП-12).

Результаты. По окончании проведенного исследования было установлено, что у пациенток 2 группы, которым проводили комплексную терапию с использованием гипербарической оксигенации и озонотерапии, результаты лечения были лучше, чем у пациенток 1 группы, которые получали традиционную терапию. Ряд

объективных показателей, характеризующих состояние плода и фетоплацентарного комплекса (фетометрия плода при УЗИ, доплерометрия, КТГ плода, эстриол) были достоверно выше у пациенток 2 группы по сравнению с аналогичными показателями у пациенток 1 группы.

Выводы. Проведенное исследование позволяет считать, что включение гипербарической оксигенации и озонотерапии в состав комплексной терапии у пациенток с фетоплацентарной недостаточностью улучшает результаты лечения данной патологии и оказывает благоприятное влияние на состояние фетоплацентарного комплекса и внутриутробное состояние плода.

## ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Козина О.В., Варганова О.А.

Москва, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Клиника акушерства и гинекологии, Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии ФППОВ

Цель. Определить взаимосвязь между выраженностью фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и клинической картиной у беременных.

Материал и методы. Обследовано 230 беременных в возрасте от 19 до 45 лет в I, II и III триместрах беременности, из них у 200 выявлена НДСТ (средний возраст  $29,5 \pm 0,5$  лет) и у 30 беременных не было экстрагенитальной патологии (средний возраст  $29,1 \pm 0,5$  лет).

Фенотипические проявления НДСТ регистрировали на основании анамнестических данных, внешнего осмотра, эхокардиографии (ЭхоКГ), ультразвукового исследования внутренних органов, доплеровского исследования сосудов нижних конечностей (при наличии соответствующих жалоб), ретроспективного анализа рентгенологических исследований органов грудной клетки и различных отделов позвоночника. Оценивали динамику клинико-гемодинамических проявлений, биоэлектрической активности миокарда у беременных с синдромом НДСТ и у здоровых беременных с помощью специальных опросников, осмотра, измерения АД и ЧСС, регистрации ЭКГ в периоды I, II и III-его триместров беременности.

По данным ЭхоКГ у всех 200 беременных с НДСТ выявлен наиболее часто встречаемый при синдроме дисплазии вариант нарушения сердечно-сосудистой системы — пролапс митрального клапана (ПМК): у 178 (89%) пациенток — 1 степени, у 22 (11%) пациенток — 2 степени. Следует отметить выраженный полиморфизм структурных аномалий сердца у обследованных женщин с НДСТ — у 52 (26%) беременных ПМК сочетался с другими аномалиями сердца: пролапсом трикуспидального или аортального клапанов, аномальными хордами левого желудочка, аневризмой межпредсердной перегородки, открытым овальным окном.

Установлено, что в группе беременных с НДСТ достоверно чаще ( $p < 0,01$ ), чем в группе здоровых, встречались: астенический тип конституции (на 36,9%), повышенная растяжимость кожи (на 67%), сглаженность кифоза грудного отдела и усиление поясничного лордоза позвоночника (на 39%), синдром гипермобильности суставов (на 44%), поперечное и продольное плоскостопие (на 30%), миопия (на 34%), нефроптоз (на 8%), варикозное расширение вен нижних конечностей (на 14,2%). В I триместре беременности пациентки с НДСТ по сравнению со здоровыми имели достоверно меньшие: массу тела (соответственно  $58,5 \pm 1,2$  кг и  $62,2 \pm 1,1$  кг;  $p < 0,05$ ), индекс массы тела ( $20,8 \pm 0,3$  и  $22,1 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$ ), площадь поверхности тела ( $1,67 \pm 0,01$  м и  $1,76 \pm 0,04$  м,  $p < 0,05$ ), индекс окружности запястья/II пальца ( $2,22 \pm 0,03$  и  $2,31 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ ). Индекс Пинье, рассчитанный по формуле: рост — (вес + окружность грудной клетки), был у беременных с НДСТ в I триместре беременности  $> 30$ , в контрольной группе —  $< 30$ , что также свидетельствовало о более астеничном телосложении пациенток с НДСТ по сравнению с группой здоровых.

Висцеральные проявления дисплазии выявлены только в основной группе с НДСТ: нефроптоз у 77 (38,5%), миопия — у 36 (18%), аномалии желчного пузыря — у 34 (17%), долихосигма — у 23, недостаточность клапанного аппарата вен — у 23 (11,5%), различные аномалии развития почек — у 18 (9%), трахеобронхиальные дискинезии — у 3 (1,5%), буллезная болезнь легких — у 2 (1%), спонтанные пневмотораксы — у 2 (1%) пациенток. Беременные с ПМК 2 степени имели достоверно большее количество фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани, чем пациентки с ПМК 1 степени ( $p < 0,05$ ). Таким образом, у беременных с НДСТ имелись признаки «слабости» соединительной ткани, достоверно отличающие их от здоровых женщин.

При анализе клинической картины в I триместре у беременных с НДСТ выявлялись следующие симптомы и синдромы дисфункции симпатического отдела вегетативной нервной системы: кардиалгический — у 72%, тахикардальный — у 77,5%, респираторный — 66,5%, астенический — у 78% пациенток, склонность к артериальной гипотонии — у 72,5%, к артериальной гипертонии — у 27,5% беременных. У здоровых женщин, которые не имели синдрома вегетативной дистонии до беременности, в I триместре диагностировали кардиалгии у 3,3%, сердцебиение — у 16,6%, чувство нехватки воздуха — у 6,6%, астению — у 33,3% пациенток. Склонность к артериальной гипотонии появилась у 20% здоровых беременных, то есть в 3,6 раза, чем у беременных с НДСТ. Цефалгии были одним из наиболее постоянных клинических симптомов дистонии у беременных с НДСТ (у 68%), относительно редко — в контрольной группе (у 3,3%). Головокружения беспокоили 65% пациенток с НДСТ и 10% пациенток контрольной группы. У беременных с НДСТ был высок процент метеозависимости гемодинамических показателей и сосудистой церебральной дистонии — у 90% пациенток. При стрессовых ситуациях (волнении, испуге, болях) нередко возникали пресинкопальные (у 38,5% — в основной, у 6,6% — в контрольной группе) и синкопальные состояния (у 22,5% — в основной, у 3,3% — в контрольной группе). Геморрагический синдром является одним из проявлений мезенхимальных дисплазий и достаточно часто встречался у обследованных беременных с НДСТ. Носовые и десневые кровотечения отмечены в основной и контрольной группах соответственно у 54% и 6,6%, поверхностные синяки — у 36% и у 6,6% пациенток.

При динамическом клиническом наблюдении беременных основной группы обращало на себя внимание значительное нарастание большинства симптомов и синдромов НДСТ от I ко II и III триместрам беременности, а у части пациенток во время беременности появились новые жалобы. Однонаправленные изменения происходили и у здоровых беременных. Так, в гестационный период возросли субъективные ощущения учащенного или усиленного сердцебиения, достигли максимума в III триместре (у 85,5% — в основной, у 40% — в контрольной группе); впервые тахикардия появилась во время беременности у 8% в основной группе и у 40% в контрольной группе. Зарегистрированы более частые и клинически значимые нарушения ритма по сравнению с периодом до беременности, впервые нарушения ритма отмечены у 10% и 3,3% пациенток соответственно основной и контрольной групп. Большинство пациенток с НДСТ испытывали во время беременности усиление и увеличение продолжительности кардиалгий, у которых они появились впервые (у 9%). Достоверно чаще возникали различные проявления респираторного синдрома у пациенток основной группы по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ), достигая максимума перед родами: чувство нехватки воздуха — у 73,5% и 33,3%, потребность периодически делать глубокие вдохи — у 78,5% и 10%, плохая переносимость душных помещений — у 90% и 25%. Часто респираторный синдром возникал на фоне кардиалгий, сердцебиения. Тенденция к усилению головных болей и достоверное увеличение головокружения ( $p < 0,05$ ) во II триместре отмечена в обеих группах беременных. Частота пресинкопальных и синкопальных состояний у всех обследованных женщин с наступлением беременности и по мере возрастания триместров беременности достоверно не менялась. Увеличение геморрагического синдрома во время беременности отмечено только у пациенток с НДСТ.

При анализе зависимости степени выраженности клинических проявлений НДСТ у беременных от степени пролабирования митрального клапана и степени регургитации из митрального клапана, значимых корреляций выявлено не было.

Установлена прямая, сильная и достоверная корреляция между выраженностью фенотипических нарушений и степенью тяжести клинической картины ( $r=0,899$ ,  $p>99,9\%$ ) у беременных с НДСТ.

Выводы. У женщин с признаками НДСТ под влиянием беременности прогрессируют синдромы дисфункции вегетативной нервной системы, геморрагический, аритмический, феномен гипервентиляции; степень прогрессирования коррелирует с выраженностью фенотипических проявлений. У здоровых во время беременности частота появления симптомов вегетативной дисфункции значительно реже, и течение легче, чем у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

## НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Козина О. В.**

*Москва, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова,  
Клиника акушерства и гинекологии*

Актуальность. Наличие у беременных вегетативной дисфункции является фактором риска развития многочисленных осложнений беременности и родов, увеличивая перинатальную заболеваемость.

Цель: исследование нейровегетативной регуляции ритма сердца у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) при физиологической беременности.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 330 беременных с НДСТ. Контрольная группа — 30 здоровых беременных. 330 женщин с НДСТ были разделены на 3 клинические группы. В 1-ю группу вошли 200 беременных с соединительнотканными дисплазиями сердца и другими внешними и висцеральными проявлениями ДСТ. Во 2-ю группу вошли 80 беременных с изолированными соединительнотканными дисплазиями сердца. 50 беременных с внешними и висцеральными проявлениями НДСТ, без вовлечения в патологический процесс сердца, составили 3-ю группу.

Рассчитывались индекс Кердо, минутный объем крови и индекс минутного объема крови, коэффициент Хильдебранда. Расчетные величины характеризуют состояние вегетативной нервной системы, дают представление о гомеостатических возможностях организма. Проводился анализ вариабельности сердечного ритма методом вариационной пульсометрии.

Результаты. У всех обследованных беременных с НДСТ в I триместре установлена тенденция к повышению симпатического тонуса: увеличение индекса Кердо ( $7,5\pm 1,5$ ), минутного объема крови ( $3,8\pm 0,8$  л), индекса минутного объема крови ( $1,4\pm 0,3$ ), Амо ( $42,1\pm 0,01\%$ ), ИВР ( $197,3\pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $252,5\pm 1,1$  усл. ед.). Во II триместре беременности у пациенток 1 группы с НДСТ произошло увеличение всех показателей вегетативного тонуса: индекса Кердо ( $16,9\pm 1,1$ ), минутного объема крови ( $4,3\pm 0,9$  л), индекса минутного объема крови ( $1,5\pm 0,1$ ), коэффициента Хильдебранда ( $5,2\pm 0,4$ ), Амо ( $70,1\pm 0,02\%$ ), ИВР ( $497,7\pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $405,5\pm 1,2$  усл. ед.). Во 2 группе беременных с НДСТ достоверно возросли индекс Кердо ( $16,7\pm 1,1$ ) и коэффициент Хильдебранда ( $5,1\pm 0,4$ ). В 3 группе достоверно увеличился индекс Кердо ( $13,0\pm 1,1$ ), Амо ( $51,3\pm 0,02\%$ ), ИВР ( $364,3\pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $331,1\pm 1,3$  усл. ед.). В III триместре беременности у женщин 1 группы достоверно снизились все показатели: индекс Кердо ( $12,2\pm 1,8$ ), минутный объем крови ( $3,6\pm 0,3$  л), индекс минутного объема крови ( $1,2\pm 0,1$ ), Амо ( $54,2\pm 0,01\%$ ), ИВР ( $385,6\pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $317,7\pm 1,1$  усл. ед.). У пациенток

2 группы уменьшились индекс Кердо ( $14,7\pm 1,4$ ), индекс минутного объема крови ( $1,1\pm 0,1$ ), коэффициент Хильдебранда ( $5,0\pm 0,4$ ), увеличился минутный объем крови ( $3,8\pm 0,3$ ). У женщин 3 группы достоверно увеличился индекс Кердо ( $15,7\pm 1,5$ ), коэффициент Хильдебранда ( $5,2\pm 0,4$ ), Амо ( $64,2\pm 0,01\%$ ), ИВР ( $457,2\pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $380,9\pm 1,2$  усл. ед.). У здоровых беременных, начиная с ранних сроков, происходит постепенное увеличение всех вегетативных показателей вплоть до момента родов.

Выводы. Таким образом, у пациенток с НДСТ с вовлечением в патологический процесс сердца происходит постепенное увеличение вегетативного тонуса с преобладанием симпатических влияний с его максимумом во II триместре и уменьшение его в III триместре. У здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью вегетативный тонус сохранялся на высоком уровне до родов.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА

**Козина О. В.**

*Москва, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова,  
Клиника акушерства и гинекологии*

Актуальность. Понятие «качество жизни» включает все потребности человека с преимущественным акцентом на субъективную точку зрения. Понятие «качество жизни» широко используется в научно-исследовательской работе при определении эффективности применяемой терапии у больных с различными заболеваниями.

Цель: оценить качество жизни (КЖ) беременных с соединительнотканными дисплазиями сердца (ДСТС).

Пациенты и методы. Обследовались 200 беременных с соединительнотканными дисплазиями сердца и другими внешними и висцеральными проявлениями ДСТ во II и III триместрах (основная группа). Средний возраст составил  $29,5\pm 0,5$  лет. Большинство женщин (74,5%) имели высшее образование, 19% — среднее, 6,5% — учащиеся. На момент беременности 29,5% пациенток были домашними хозяйками. Контрольную группу составили 30 беременных без экстрагенитальной патологии во II и III триместрах. Средний возраст составил  $29,1\pm 0,5$  лет. Высшее образование имели 66,6% женщин, 23,3% — среднее, 10,1% — учащиеся. Из них 30% — домохозяйки.

Для определения КЖ в своей работе мы использовали результаты самооценки пациентов по шкалам VAS (Visual Analog Scale) и DISS (Disability Scale). Самочувствие по шкале VAS оценивалась в процентах, работа, социальная и семейная (личная) жизнь по шкале DISS — в баллах.

Для диагностики тревоги и тревожности использовался вариант шкалы личностной тревожности, предложенной Ч.Д.Спилбергером и Ю.Л.Ханиным для взрослых. Оценка состояния тревоги производилась в баллах.

Результаты. Проведенное исследование выявило полиморфизм клинической симптоматики недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Наиболее значимыми, определяющими клиническую картину ДСТС являлись следующие 3 синдрома: нейроциркуляторной дистонии (НЦД), сосудистых нарушений, геморрагический синдром.

При анализе клинической картины у беременных ДСТС чаще выявлялись следующие симптомы и синдромы вегетативной дисфункции: кардиалгический, нарушения ритма сердца, респираторный, астенический.

Все обследованные беременные с ДСТС имели высокий уровень тревожности ( $55,0\pm 1,7$  баллов). Части пациентов присуще неуверенность в себе, чувствительность и ранимость, склонность к депрессии. В контрольной группе уровень личностной тревожности был также высоким ( $54,6\pm 0,4$ ), но достоверно ниже ( $p<0,05$ ), чем в основной



группе. Доказано, что завышенная тревожность является негативной характеристикой и неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека. Это не могло не сказаться на КЖ.

Значительная часть беременных с ДСТС (58,5%) расценивали свое КЖ по шкалам опросника DISS как умеренные нарушения, 20% — как тяжелые, 21,5% — как легкие. Большую несостоятельность женщины с НДСТ отмечали в работе ( $4,86 \pm 0,1$  балла) и социальной жизни ( $3,93 \pm 0,4$  балла). Наименьшее число нарушений или их отсутствие определялось в семейной (личной) жизни ( $1,36 \pm 0,2$  балла). В контрольной группе наблюдались только легкие нарушения: в работе —  $1,6 \pm 0,2$  балла, в общественной жизни —  $1,6 \pm 0,2$  балла, в семейной жизни —  $0,9 \pm 0,1$  балла.

При изучении КЖ беременных мы проводили статистический анализ связей между факторными и результативными признаками. Для этого использовали метод корреляции.

Нам не удалось установить корреляционной связи между КЖ и возрастом, образованием, трудовой деятельностью.

У беременных с НДСТ установлена прямая, сильная и достоверная корреляция между выраженностью фенотипических нарушений и степенью тяжести клинической картины ( $r=0,899$ ,  $p>99,9\%$ ).

С вероятностью безошибочного прогноза ( $p$ ) больше 99,9% установлена прямая, сильная корреляционная связь между степенью тяжести синдрома НЦД и осложнениями беременности ( $r=0,788$ ).

Анализируя КЖ у обследуемых беременных, мы выявили обратную, среднюю достоверную связь между самочувствием пациенток по шкале опросника DISS и количеством и выраженностью фенотипических проявлений соединительнотканной дисплазии ( $r= -0,676$ ,  $p>95\%$ ).

Выводы. Таким образом, беременные с ДСТС имеют высокий уровень личностной тревожности. Значительная часть этих женщин (78,5%) расценивали свое КЖ как умеренные или тяжелые нарушения. КЖ зависит от количества и выраженности фенотипических нарушений, т.е. чем больше признаков соединительнотканной дисплазии, тем ниже КЖ.

## **МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Козина О.В., Долгушина Л.М., Россейкина М.Г.**

*Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Клиника акушерства и гинекологии*

Актуальность. Отрицательное влияние беременности на клинические проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани, несомненно. Это выражается в усилении симптоматики независимо от первоначальных ведущих синдромов.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности бегущего магнитного поля низкой частоты (БегМПнч) в комплексной терапии беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Пациенты и методы. Группу больных составили 70 беременных с НДСТ в возрасте от 20 до 40 лет со сроком гестации от 7 до 38 недель. Лечение проводилось в условиях лечебно-охранительного режима. Всем пациенткам назначали седативную фитотерапию (настои из корня валерианы или травы пустырника). Применяли настой плодов боярышника для уменьшения возбудимости сердечной мышцы. Помимо вышеназванных средств, у 50 беременных в комплекс лечения входила магнитотерапия (основная группа). При назначении БегМПнч учитывали степень выраженности отдельных симптомов болезни и меру причинения больному страданий, неудобств субъективного характера или в плане родового подготовли.

Нами апробирована методика бегущего магнитного поля низкой частоты на воротниковую зону. Две пары соленоидов подключали

к многоканальному генератору аппарата «Алимп-1» и располагали контактно паравертебрально на уровне СVII-ThV. Положение больной на спине или на боку. Мощность магнитной индукции 1,5 мТл, частота импульсов 100 Гц. Продолжительность процедуры — 15 минут, курс лечения — 7-10 процедур.

Для оценки результатов терапии проводили динамическое обследование беременных, включавшее измерение величины артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, функциональное исследование вегетативного тонуса (гомеостатические возможности организма), вариабельность сердечного ритма. Оценивались также психологический статус, качество жизни (КЖ).

Результаты. При анализе клинической картины у беременных с НДСТ обеих групп чаще выявлялись следующие симптомы и синдромы вегетативной дисфункции: кардиалгический (78% — основная, 80% — контрольная группа), тахикардальный (84% — основная и 82% — контрольная группа), респираторный (68% в обеих группах), астенический (78% — основная и 76% — контрольная группа). Для обследованных женщин одним из ведущих клинических симптомов сосудистой дистонии явилась выраженная лабильность АД. В нашем исследовании ни у одной из пациенток не было стабильной гипертензии или гипотензии.

У обследованных беременных основной и контрольной групп установлена тенденция к повышению симпатического тонуса: увеличение индекса Кердо ( $16,5 \pm 1,5$  и  $16,9 \pm 1,4$  соответственно), минутного объема крови ( $4,05 \pm 0,1$  л и  $4,1 \pm 0,1$  л), индекса минутного объема крови ( $1,51 \pm 0,08$  и  $1,5 \pm 0,1$ ), Амо ( $74,2 \pm 0,02\%$  и  $74,1 \pm 0,03\%$ ), ИВР ( $526,3 \pm 0,1$  усл. ед. и  $525,7 \pm 0,3$  усл. ед.), ИН ( $424,0 \pm 1,1$  усл. ед. и  $423,8 \pm 1,2$  усл. ед.).

Все обследованные беременные с ДСТ имели высокий уровень личностной тревожности ( $55,6 \pm 1,0$  баллов в обеих группах) по шкале ЧД.Спилберга. Это не могло не сказаться на КЖ. Исходно значительная часть пациенток обеих групп (58,5%) расценивали свое КЖ по шкалам опросника DISS как умеренные нарушения, 20% — как тяжелые, 21,5% — как легкие. Большую несостоятельность беременные с ДСТ отмечали в работе и социальной жизни. Наименьшее число нарушений или их отсутствие определялось в семейной (личной) жизни.

После проведенного лечения беременные отмечали улучшение самочувствия: уменьшились частота возникновения и интенсивность кардиалгий (у 20% женщин основной и 5% контрольной групп), сердцебиений (у 28% — основной и 10% — контрольной групп), дыхательных расстройств (у 20% и 10% соответственно), повысилась толерантность к нагрузкам (у 22% и 20% соответственно), у 20% беременных основной группы и 15% контрольной улучшился сон.

При использовании БегМПнч установлено достоверное уменьшение индекса Кердо ( $11,5 \pm 1,6$ ), индекса минутного объема крови ( $1,28 \pm 0,08$ ), коэффициента Хильдебранда ( $4,1 \pm 0,4$ ), Амо ( $65,3 \pm 0,03\%$ ), ИВР ( $500,2 \pm 0,1$  усл. ед.), ИН ( $416,7 \pm 1,2$  усл. ед.) и увеличение Мо ( $0,76 \pm 0,06$  с), т.е. приближение показателей к полному «вегетативному равновесию» (эйтонии). Отсутствие при этом достоверных изменений минутного объема крови, возможно, связано с сохранением незначительного рассогласования в деятельности отдельных висцеральных систем.

В контрольной группе беременных достоверных изменений вегетативных показателей не произошло: индекс Кердо ( $15,7 \pm 1,6$ ), индекс минутного объема крови ( $1,49 \pm 0,09$ ), коэффициент Хильдебранда ( $5,2 \pm 0,4$ ), Амо ( $74,1 \pm 0,04\%$ ), ИВР ( $524,9 \pm 0,3$  усл. ед.), ИН ( $420,4 \pm 1,3$  усл. ед.), Мо ( $0,62 \pm 0,02$  с).

На фоне улучшения самочувствия после проведенного лечения у беременных основной группы отмечалось достоверное ( $p<0,05$ ) снижение личностной тревожности (на 3,6 балла) и улучшения КЖ (в большей степени в статье «работа»). При этом никто из пациенток не расценивал свои нарушения по этим шкалам как «тяжелые». Достоверно ( $p<0,05$ ) улучшились следующие анализируемые показатели КЖ: общее самочувствие (на 13,4%), работа (на 15%), социальная жизнь (на 9%).

В контрольной группе достоверно улучшилось самочувствие и повысилась работоспособность.

Все анализируемые беременности закончились родами. Ни в одном клиническом наблюдении показанием к принятию решения о срочном родоразрешении не явилось ухудшение состояния матери или плода.

Выводы. Таким образом, представленные результаты исследования позволяют сделать вывод о положительном влиянии бегущего магнитного поля низкой частоты в комплексной терапии беременных с НДСТ.

## **РОЛЬ TGF В ПРОЦЕССАХ АНГИОГЕНЕЗА ПЛАЦЕНТЫ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ**

**Колобов А.В., Соколов Д.И., Лесничья М.В.,  
Крамарева Н.Л., Мозговая Е.В., Кветной И.М.,  
Аржанова О.Н., Сельков С.А.**

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

Нарушения секреции проангиогенных и антиангиогенных факторов в плаценте, может явиться причиной нарушения процессов ангиогенеза в плаценте, что в свою очередь приведет к плацентарной недостаточности и дисфункции эндотелиальных клеток. В свою очередь, изменение экспрессии рецепторов для указанных факторов эндотелиальными клетками плаценты также может вносить соответствующие изменения в процессы ангиогенеза в плаценте. Трансформирующий ростовой фактор- (TGF-) является мощным ингибитором пролиферации эндотелиальных клеток и следовательно может оказывать существенное влияние на процессы ангиогенеза в плаценте.

Целью настоящего исследования был анализ изменения экспрессии трансформирующего ростового фактора- в ткани плаценты в норме и при гестозе. Всего обследовано 10 плацент беременных с нормальным течением беременности (контроль) и 10 плацент беременных с гестозом. Родоразрешение проводилось путем кесарева сечения. Экспланты плацент фиксировали в формалине для последующего иммуногистохимического анализа экспрессии TGF в ткани плаценты. Для проведения иммуногистохимической реакции с антителами к TGF (1:50, Novocastra) использовали стандартный одноэтапный протокол. Анализ полученных данных проводили при помощи компьютерной системы анализа микроскопических изображений и программы Морфология 4.0. При иммуногистохимическом исследовании гистологических препаратов плаценты экспрессия TGF отмечалась преимущественно в области синцитио-капиллярных мембран клетками синцитиальных узлов. При этом экспрессия TGF была достоверно ниже при гестозе (площадь экспрессии  $0,21 \pm 0,02\%$ ), чем при нормальной беременности (площадь экспрессии  $0,96 \pm 0,25\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Снижение экспрессии TGF эндотелиальными клетками плаценты при гестозе может свидетельствовать как о нарушении их функции, так и о компенсаторной реакции этих клеток в ответ на действие антиангиогенных факторов. С другой стороны, возможно, что TGF не принимает заметного участия в механизмах нарушения процессов ангиогенеза в плаценте.

## **ПУТИ СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА**

**Кононова И.Н., Прохоров В.Н., Коротовских Л.И., Сысоев Д.А.**  
*Россия, Екатеринбург, УГМА, Кафедра акушерства и гинекологии  
педиатрического факультета*

Проблема невынашивания и репродуктивных потерь на протяжении многих лет остается одной из самых актуальных в современном акушерстве. Высокая распространенность урогенитальных

инфекций, сопровождающаяся возникновением самопроизвольных прерываний беременности, диктует необходимость более глубокого изучения этой проблемы с целью выбора тактики и совершенствования прегравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с данной патологией. Наличие урогенитальных инфекций у женщин при беременности, как правило, сопровождается цитокин-опосредованным иммунодефицитом. Репродуктивные потери приводят к развитию психологической дезадаптации женщины. В связи с этим приобретает актуальность разработка комплексного патогенетически обоснованного подхода к разработке данной проблемы.

Цель: разработать оптимальные способы прегравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с невынашиванием инфекционного генеза в зависимости от состояния их местного иммунитета, микробиоценоза влагалища и психологического состояния пациенток для профилактики репродуктивных потерь при последующей беременности.

Материалы и методы: Было проведено обследование 104 женщин с невынашиванием инфекционного генеза в анамнезе при подготовке к беременности и наблюдение при беременности в сроках 6-8, 18-20, 32-34 недели. Группа контроля включала 30 здоровых женщин. Исследование иммунного статуса включало изучение местного иммунитета влагалища женщин по следующим методикам: провоспалительные цитокины –IL-8 и IFN , противовоспалительные цитокины – IL-4 и IL-10. Оценка проводилась путем выяснения соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов: Th1/Th2. Проводился анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета вагинального секрета. Исследование микробиоценоза полового тракта пациенток осуществлялось с помощью бактериоскопического и бактериологического методов. Оценка психоэмоциональной сферы проводилась по методам Тейлора, Айзенка и цветового теста Люшера.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у женщин, имевших в анамнезе невынашивание инфекционного генеза, имелись 2 варианта иммунного ответа на местном уровне. В составе 1-й группы (57 женщин) иммунного типирования оказались пациентки со сниженными показателями секреторного иммунитета, повышенными показателями неспецифической резистентности, что указывало на активацию местных макрофагально-фагоцитарных защитных механизмов. 2-я группа женщин (47 человек) имела признаки глубокого иммунодефицита по данным показателей местного иммунитета. Иммунный статус вагинального секрета в контрольной группе женщин характеризовался оптимальным соотношением клеточного и гуморального иммунитета, что свидетельствовало об адекватном иммунном ответе со стороны макроорганизма.

По результатам бактериоскопического и бактериологического методов микробный пейзаж вагинального секрета женщин с невынашиванием в анамнезе 1 группы был представлен ассоциациями возбудителей или неспецифическими видами инфекции, из моноинфекций чаще всего выявлялись уреоплазмы и дрожжеподобные грибы рода Candida, что свидетельствовало о нарушении микробиоценоза во влагалище и активации условнопатогенной и патогенной микрофлоры. У пациенток 2 группы в 85% случаев микробный пейзаж был представлен кокковой флорой в большом количестве, что свидетельствовало об активации патогенной микрофлоры.

У всех исследуемых пациенток с невынашиванием в анамнезе имелись изменения психологического статуса в виде повышенного уровня тревожности, страхов, чувства вины.

На основании проведенного исследования нами разработан алгоритм прегравидарной подготовки женщин с невынашиванием инфекционного генеза а также ведение пациенток во время наступившей беременности. Профилактика повторных репродуктивных потерь начиналась в фертильном цикле.

Учитывая, что репродуктивные потери приводят к развитию психологической дезадаптации различной степени и это в последующем формирует психологический блок на уровне подсознания к пролонгированию беременности, что подтверждено нашими исследованиями, серьезный акцент при проведении подготовки к беременности был направлен на индивидуальную и групповую

психокоррекцию с помощью Гештальт-метода. Повторное тестирование после проведенной терапии демонстрировало изменения в психоэмоциональной сфере, характеризующиеся снижением уровня тревожности, страхов, исчезновение чувства вины. Во время беременности всем женщинам с невынашиванием осуществлялось психологическое сопровождение.

В 1-й группе женщин с невынашиванием в анамнезе нами проводилась локальная иммунокоррекция препаратом суперлимф в виде вагинальных суппозиториях в течение 5-7 дней. 2-й группе пациенток проводилась внутривенное введение иммуноглобулина в количестве 3 процедур через день при подготовке к беременности. На местном уровне назначался макмирор-комплекс в течение 7 дней. 23% пациенток данной группы нуждались в проведении иммунокоррекции во время беременности по результатам местного иммунитета. При наличии клинических проявлений вагинитов при подготовке к беременности назначалась антибактериальная терапия преимущественно препаратом клацид (дабл-бабл) по 1 таблетке в день в течение 7 дней обоим супругам. На местном уровне применялся макмирор-комплекс в течение 7 дней. Во время беременности коррекция антибактериальными препаратами не проводилась. В сроки беременности 6-8, 18-20 и 32-34 недели, а также в послеродовом периоде для профилактики вагинозов и вагинитов назначалось спринцевание препаратом Тантум-Роза в течение 5 дней.

Женщины группы контроля не нуждались в иммунокоррекции и проведении антибактериальной терапии ни при подготовке к беременности, ни во время беременности.

В результате проведенной прегравидарной подготовки супружеских пар беременность наступила и благополучно завершилась у 59 пар рождением живых детей. При этом угроза прерывания беременности зафиксирована в 6% случаев. Основой терапии при беременности являлось проведение индивидуальной психотерапии, иммунокоррекции и лечения на местном уровне. У 22 пар беременность наступила, но на данный момент еще не завершилась.

Таким образом, можно с большой степенью вероятности утверждать о доминирующей роли психоиммунных нарушений в патогенезе развития повторных репродуктивных потерь у женщин с невынашиванием инфекционного генеза. Исходя из этого, в преемственную подготовку супружеской пары с невынашиванием инфекционного генеза патогенетически обоснованной является включение на 1-м этапе не только изучение микробиоценоза половой сферы, но и местного иммунитета и психологического статуса женщины. На 2-м этапе необходимо проводить по результатам обследования психотерапию, иммунокоррекцию и при необходимости антибактериальную терапию.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЬНИЦ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Константинова О.Д., Пиманов С.Ф.**

*Россия, Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия*

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и лечения послеродовых септических заболеваний, отчетливой тенденции к снижению их частоты не наблюдается. Это связано с рядом факторов, составляющих особенности современной медицины и расширяющих пути инфицирования беременных, рожениц и родильниц: широкое использование современных инвазивных методов диагностики и терапии; значительное увеличение частоты оперативных вмешательств при родоразрешении; нерациональное применение антибактериальных препаратов, приводящее к накоплению в клиниках антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов; применение лекарственных препаратов, в том числе кортикостероидов, обладающих иммуносупрессивным действием.

Кроме того, беременность часто развивается на фоне экстрагенитальной патологии, после длительного лечения бесплодия с использованием гормональной и хирургической коррекции, на фоне смешанной вирусно-бактериальной инфекции. Все вышесказанное позволяет отнести таких беременных к группе высокого риска инфекционных осложнений.

Одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний родильниц является послеродовый эндометрит. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2-5%, после оперативного родоразрешения 10-20%, по некоторым данным — до 50%.

Цель исследования: Определить факторы риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений у сельских жительниц.

Материалы и методы: В ходе настоящего исследования проведен анализ 1186 историй родов сельского района за 2001-2006 год.

Результаты исследования: Проведенный анализ первичной документации позволил определить факторы, влияющие на течение и исход беременности и родов. Количество родов в сельском районе остается стабильным и составляет 240-260 родов в год. Из общего числа родов первородящие составляли 43,8%, повторнородящие — 56,2% более половины, из которых имели двое и более родов в анамнезе. Процент преждевременных родов в Центральной районной больнице (ЦРБ) снизился в последние годы за счет перевода беременных с угрозой преждевременных родов в профильные учреждения областного центра и составляет 3,2%.

За последние 5 лет стабилизировался показатель оперативной активности в родах. Так операция кесарево сечение выполнялась в 7,5-8,6% случаев. Однако общая оперативная активность в родах не имеет тенденции к снижению. Ручное обследование стенок полости матки по поводу плотного прикрепления последа, или дефекта последа, или последового и после родового кровотечения было проведено каждой пятой (20,6%) роженице. Восстановление целостности шейки матки, влагалища и промежности после эпизиотомии или разрывов мягких тканей произведено в 40 % случаев. По-прежнему остается высокая частота (более 40%) раннего вскрытия плодного пузыря, что нередко увеличивает продолжительность безводного периода.

Улучшение качества диагностики ИППП не позволило изменить статистику урогенитальных заболеваний. Инфекции репродуктивного тракта составили — 48,3%, из них трихомониаз выявлен у 28% беременных и рожениц, вагинальный кандидоз — у 49%.

Патология, связанная с беременностью выявлялась более чем у половины обследованных женщин. Если процент рожениц с отеками уменьшился незначительно и составил 29,8, то средние и тяжелые формы гестоза диагностировались у 2,1% пациенток. Лидирующей среди осложнений беременности остается анемия. Анемия разной степени тяжести выявлялась у 69% рожениц и родильниц. Роды, осложненные аномалией родовой деятельности составили 14,5-17,7%. Кровопотеря в родах, превышающая физиологическую, а также кровотечения в последровом и раннем послеродовом периоде составили от 6,4 до 8,5%.

Проводимая антибиотикопрофилактика в родах и послеродовом периоде полностью не решила проблемы послеродовых заболеваний. Так, субинволюция матки в послеродовом периоде, наблюдалась в 2,2% случаев, а гнойно-септические осложнения регистрировались в 1,8-2,3% случаев.

Обсуждение: Таким образом, результаты исследования показали, что у беременных, рожениц и родильниц, проживающих в сельской местности, среди факторов риска развития воспалительных послеродовых заболеваний большое значение имеет анемия беременных, гестозы, которые приводят к существенному ослаблению, как общего иммунитета, так и местной защиты. Высокая частота выявления воспалительных заболеваний репродуктивного тракта в период беременности, пролонгированный безводный период, а также высокая оперативная активность в родах имеют немаловажное значение в развитии послеродовых воспалительных заболеваний.

На наш взгляд пути снижения гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у жительниц села заключаются в пропа-

ганде здорового образа жизни, в повышении качества диагностики и лечения экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, в своевременной диагностике и коррекции нарушений микробиоценоза репродуктивного тракта и ИППП.

## **ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ**

**Коротких И.Н., Ходасевич Э.В., Щетинкина Е.С.,  
Юрченко Т.В.**

*Россия, Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко*

В последние годы наблюдается неуклонный рост частоты кесарева сечения. С 1998 года в Воронежской области он составил более 5%. В областном родильном доме частота оперативного родоразрешения остается стабильно высокой и колеблется от 33 до 39%. Сложившаяся ситуация является невольным следствием такого же неуклонного роста заболеваемости беременных, которая составила 10511 пациенток на 10000 закончивших беременность. Фоном, поддерживающим низкие показатели здоровья беременных и населения Воронежской области в целом, является напряженная экологическая обстановка, обусловленная высокой степенью загрязнения воздуха, воды, почвы, а также прогрессирующая социальная незащищенность жителей города и села. В подобных условиях является естественным низкий уровень нормальных родов (13,7% в областном роддоме и 26,5% в целом по области).

Анализируя структуру показаний к оперативному родоразрешению, следует отметить, что приоритет по-прежнему принадлежит оперированной матке (2003 г. — 17,9%; 2005 г. — 23,6%). Второе место занимают поздние гестозы, в том числе и крайне тяжелые. 10,8% беременных родоразрешаются оперативным путем по сочетанным показаниям, 9,8% — в связи с осложнениями акушерско-гинекологического, а 9,4% — соматического статуса. Аномалии родовой деятельности являются показанием к кесареву сечению у 7,4% беременных, тазовое предлежание — у 9,8%, острая гипоксия плода — у 5,7%. Таким образом, каждой второй больной кесарево сечение выполняется в связи с осложнениями беременности и экстрагенитальной патологией. В связи с этим в условиях высокой оперативной активности крайне важным является вопрос профилактики осложнений во время и после операции кесарева сечения.

По данным отечественной и зарубежной литературы, ведущая роль в этом отводится антибактериальным препаратам широкого спектра действия. Обсуждаются вопросы кратности, дозы и путей введения антибиотиков, а также их неблагоприятное влияние на состояние иммунитета родильниц, лактационную функцию. Вместе с тем отказаться от использования антибиотиков у большинства родильниц не представляется возможным, поскольку в наших исследованиях большинство (88%) беременных относится к группе высокого и среднего риска по развитию гнойно-септических осложнений. При оценке степени риска мы пользовались общеизвестными классификациями, основанными на оценке анамнеза, особенностей течения беременности и родов (С.И.Михалевич, 1995). Однако, подобный подход в определении риска не всегда дает возможность оценить динамику состояния беременной перед родоразрешением, выяснить характер изменений под влиянием проводимого лечения и, таким образом, более индивидуализировать профилактику осложнений. С этой целью нами предложены новые подходы к прогнозированию возможных осложнений при абдоминальном родоразрешении, основанные на оценке уровня адаптации организма беременной с помощью цифрового анализатора биоритмов «Динамика - 100». В основу разработки положена новая информационная технология анализа сигналов различной физической природы — «фрактальная нейродинамика». Прогноз вероятных осложнений строился на использовании следующих

показателей: психоэмоциональное состояние, уровень адаптации организма, вегетативной и центральной регуляции, индекса вегетативного равновесия, вегетативного показателя ритма, индекса напряженности, интегрального состояния здоровья и др.

По данным обследования оказалось целесообразным разделить беременных на две группы: высокого и низкого риска. К группе высокого риска частично были отнесены беременные со средним риском по классификации С.И.Михалевич. Для этой группы было характерно усиление напряжения ЦНС, перенапряжение вегетативной нервной системы, срыв защитно-приспособительных механизмов, сопровождавшийся снижением потенциала ВНС, смещением вегетативного баланса в сторону симпатической активации, угнетением антистрессорной устойчивости с последующим развитием стресса и уменьшением защитно-приспособительных возможностей организма. С учетом полученных данных всем беременным группы высокого риска проводилась комплексная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию их состояния: терапия осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, санация очагов инфекции и родовых путей, внутривенное лазерное облучение крови, озонотерапия. При этом степень риска можно было повторно оценить на «Динамике-100», что позволило часть больных перевести в группу низкого риска и изменить им дозу и кратность введения антибиотиков или полностью отказаться от антибиотикопрофилактики. Подобный подход позволяет избежать многие трудности при становлении лактационной функции у больных группы низкого риска, а также свести к минимуму побочные эффекты антибиотикотерапии.

Интраоперационная профилактика осложнений включала бережное послойное рассечение тканей, вскрытие матки по Гусакову или Дерфлеру, обработка полости матки антисептическим раствором, ушивание матки синтетическим шовным материалом (полигликолид, полисорб, викрил и др.) однорядным или двурядным швом, а также создание депо антибиотиков под круглыми связками матки и пузырно-маточной складкой.

Одновременно осуществлялось в/венное капельное введение озонированного физраствора, коррекция ОЦК, обязательным являлся тщательный гемостаз. В группе низкого инфекционного риска на этом в целом заканчивалось использование антибиотиков, у ряда больных продолжалось внутривенное лазерное облучение крови и озонотерапия. В группе высокого риска антибиотики группы цефалоспоринов назначались в виде 2-х или 3-х кратных введений в общий курсовой дозе 6-8 г.

Реабилитационная терапия в послеродовом периоде складывалась из раннего назначения преформированных физических факторов (низкоинтенсивное лазерное воздействие, переменное низкочастотное магнитное поле), активного ведения пациентки, назначения утеротоников в течение 3-5 суток, при необходимости — гипербарической оксигенации.

Использование предложенного алгоритма ведения беременных и родильниц позволило свести частоту септических осложнений к минимуму. Из осложнений послеродового периода наиболее весомыми были гемато- и лохиометра (5%), серома и гематома подкожно-жировой клетчатки (6,3%) только у пациенток группы высокого риска.

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШАХ**

**Кравченко П.Б., Новиков Е.И., Глуховец Б.И.**

*Санкт-Петербург, НИИСП им. Джанелидзе, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ГУЗ Ленинградское областное детское патологоанатомическое бюро*

Структурно-функциональная полноценность шейки матки является одним из основных условий доношенной беременности. В связи с этим проблема поздних самопроизвольных выкидышей (ПСВ) включает в себя вопросы, касающиеся патогенеза истмико-

цервикальной недостаточности (ИЦН), в частности причин несостоятельности сократительного тонуса, а также иммунной и антибактериальной недостаточности цервикального канала.

Проведенные исследования были основаны на комплексном изучении состояния шейки матки в 120 наблюдениях поздних выкидышей при сроке беременности 22-27 недель. В работе использованы методы ретроспективного статистического анализа клинических данных и результатов УЗИ в сочетании с результатами цитологической и иммунофлюоресцентной оценки состояния вагинально-цервикального биоценоза, данными пато-морфологического исследования соответствующего фето-плацентарного материала.

В итоге было обнаружено, что ведущая роль в патогенезе ПСВ принадлежит трансмембранозному инфицированию фето-плацентарной системы (58,9%), обусловленному восходящим распространением условно-патогенной микрофлоры главным образом в связи с наличием бактериального вагиноза (24,7%) или неспецифического бактериального кольпита (14,3%) у беременных женщин. Значительно реже были выявлены признаки кандидомикозного (6,5%) и трихомонадного (2,2%) кольпита.

В большинстве исследованных наблюдений ПСВ (63,7%) происходило преждевременное излитие вод, вызванное острым экссудативным мембранитом. Развитие воспалительного процесса сопровождалось нарушением фильтрационных свойств последа с выраженными в различной степени клиническими признаками многоводия. Возникающее при этом повышение интраамниального гидростатического давления является закономерным патогенетическим фактором относительной ИЦН при сроке беременности 22-27 недель. Данное обстоятельство, как правило, сопровождается спонтанным удалением инфицированной среды и в связи с этим имеет определенную патофизиологическую целесообразность.

Вероятность преждевременного излития вод имела достоверную корреляционную связь с исходной рубцовой деформацией шейки матки ( $Q=0,57$ ), эндоцервикозом ( $Q=0,61$ ), хроническим ( $Q=0,53$ ) и особенно острым эрозивным ( $Q=0,77$ ) эндоцервицитом.

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности эффективного прогнозирования и целенаправленной профилактики ИЦН при сроке беременности 22-27 недель на основании скринингового цитологического исследования урогенитальных мазков и своевременной санации выявленных нарушений вагинального биоценоза, что особенно необходимо в наблюдениях с исходной структурной патологией шейки матки.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТОЗОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Ржевская Н.В.,  
Бурлакова О.А.**

*Россия, Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей*

В современном акушерстве все шире используются фитопрепараты, одним из которых является канефрон. Их отличительной особенностью является способность индуцировать защитные силы организма. Канефрон обладает противовоспалительным, антибактериальным, спазмолитическим, мягким мочегонным действием. Его отличительной особенностью является отсутствие тератогенного действия на плодное яйцо и плод, аллергических реакций.

Канефрон воздействует на гипоталамо-гипофизарную, надпочечниковую системы, таким образом способствует адаптации организма к беременности и различным патологическим состояниям; активизирует ретикуло-эндотелиальную систему с нормализацией клеточного и гуморального иммунитета, усиливают дезинтоксикационную функцию печени. Отсюда изучение канефрона при осложнениях беременности актуально.

Цель: анализ эффективности действия канефрона у беременных с различными патологическими состояниями.

Материалы и методы. Основную группу составили 70 беременных женщин со сроками от 30 до 37 недель с гестационным пиелонефритом — 16; с обострением хронического пиелонефрита — 16; с бессимптомной бактериурией — 12; гестозом легкой степени тяжести с преобладанием отеочно-гипертензивного синдрома — 26 женщин.

Контрольная группа представлена 35 беременными с такими же сроками гестации. Из них у 15 человек был гестоз легкой степени тяжести, у остальных женщин гестационный или хронический пиелонефрит.

Параметры обследования в основной группе включали: повышение АД у 26 (37,1%), наличие белка в моче у 46 (65,7%), гипохлестеринурию у 10 (14,3%), патологию в пробе Нечипоренко у 36 (51,4%), положительный посев мочи у 28 (40%), уретерогидронефроз и пиелозктазию при УЗИ у 19 (27,1%), гиперосмолярность (за счет повышения концентрации натрия) у 5 (7,1%).

В контрольной группе частота клинических и лабораторных изменений была однозначной.

Все беременные основной и контрольной группы при наличии лейкоцитурии получали фуросолидон или нитроксолин; при наличии положительного посева мочи — цефтриаксон. Беременные с гестозом получали антагонисты кальция (нифедипин от 40 до 80 мг. в сутки).

В основной группе беременные дополнительно получали канефрон в течение 2-3 недель.

При анализе эффективности проводимой терапии отмечено более раннее и существенное изменение симптомов в основной группе женщин. Так, нормализация АД, белка в моче и концентрационной способности почек происходили в среднем на 3,4 дней раньше, чем в контрольной группе. При этом стабилизация АД носила более стойкий характер.

В контрольной группе после 5-7 дней неэффективного лечения тяжесть гестоза пересмотрена в сторону ее увеличения.

В основной группе через 2-3 суток после лечения отмечена нормализация показателей мочи, в то время как в контрольной группе эта нормализация происходила только на 4-5 сутки проводимого лечения.

Более стойкими оказались ультразвуковые проявления патологии почек как в основной, так и в контрольной группах. Положительная динамика отмечена в 25(80,6%) наблюдениях основной и в 5(41,7%) контрольной группах.

Таких образом, целесообразность применения канефрона в комплексе с аллопатической терапией гестационных и хронических пиелонефритов является очевидной. Мы считаем, что включение канефрона в комплексную терапию гестозов является перспективным.

## **ХОФИТОЛ В ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗОВ**

**Крамарский В.А., Ржевская Н.В., В.Н.Дудакова.**

*ГОУ ДПО Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей*

В основе синдрома ПН лежит нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса. А. П. Милованов и соавт. (1995) определили следующие основные механизмы патогенеза ПН: недостаточность инвазии вневорсинчатого цитотрофобласта в спиральные артерии плацентарного ложа, реологические нарушения, патологическая незрелость ворсин, нарушение перфузии ворсин, патология плацентарного барьера, эндокринная недостаточность.

Несмотря на существование разнообразных схем лечения ПН в различные сроки беременности, продолжается поиск более эффективных методов лечения и профилактики этой патологии

В связи с вышеперечисленным, определенный интерес представляет применение в акушерской практике препарата хофитол. Обладая широким спектром действия, хофитол оказывает патогенетическое воздействие на различные звенья формирования ПН. Антиоксидантное действие хофитола проявляется в стабилизации клеточных мембран, активации дыхательных ферментов. Так же, на фоне его приема улучшаются реологические свойства крови, уменьшается гипоксия тканей, восстанавливается микроциркуляция и метаболические процессы, в том числе и в эндотелии сосудистого русла. Кроме того, хофитол оказывает гепатопротективное действие, восстанавливает белковосинтезирующую функцию печени, клубочковую фильтрацию, обеспечивая мягкий диуретический эффект.

Цель: оценка эффективности хофитола в лечении плацентарной недостаточности.

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование 42 беременных в сроках гестации от 27 до 39 недель, в возрасте 19-36 лет. Из них: 1 роды ожидали 29 женщин, 2 роды — 11 женщин и 3 роды — 2 беременных. Первородных было 2. Роды в срок — у 39, у трех преждевременное родоразрешение в 34-36 недель в связи с тяжелым диабетом и утяжелением степени тяжести гестоза.

Соматическая патология выявлена у всех беременных: у 1 сахарный диабет (СД) 1 тип (тяжелое течение с ретинопатией сетчатки); гестационный диабет, среднетяжелое течение (выявлен в 28 недель при первой госпитализации — до этого не наблюдалась) у 1; артериальная гипертензия (АГ) 2-й стадии у 1; АГ стадии (3); хронические заболевания мочевыводящей системы (21), хронические заболевания ЖКТ у 12, вегетососудистая дистония — у 5 беременных.

Гинекологические заболевания: хронический цервицит — у 12-и, воспаление придатков матки — у 3.

Инфекционный анамнез: 1 первобеременная перенесла ОРВИ в 8 недель с гипертермией до 39; у 23 — хроническая герпесвирусная инфекция, субклиническая форма — у 12, носительство — у 9 беременных.

Половина беременных (21) до 20 недель имели различные вульво-вагиниты.

Гиперандрогения при беременности выявлена у 10 женщин и была компенсирована приемом дексаметазона в дозах в зависимости от уровня андрогенов (ДГЭАС, 17 - КС).

Помимо этого, в исследование были включены 3 беременные с преэклампсией: 2 — легкой степени тяжести, 1 — средней степени тяжести.

Всем беременным проведено исследование фето-плацентарного комплекса (ФПК), включающее: УЗИ с оценкой биометрических показателей, биофизического профиля плода по шкале Сидоровой И.С. (2005 г), состояния кровотока магистральных сосудов ФПК (доплерометрия); кардиотокографию. У 30 беременных проведено исследование уровней трофобластического b-глобулина (ТБГ) в сыворотке крови (в динамике) и у 27 женщин — уровней дегидроэпиандростерона (ДГЭАС) и 17 кетостероидов (17-КС) в динамике у 10.

Результаты исследования и их обсуждение.

В процессе проводимого исследования были выявлены: угроза прерывания беременности у 27 беременных (сроки гестации — 27-31 неделя), асимметричная форма ЗВУР 1-2 ст. — у 9, макросомии плода (как проявление неадекватного контроля гликемии у беременной с гестационным диабетом) — у 1. Кроме того, маркеры ПН были выявлены у 11 беременных: маловодие — у 12, многоводие — у 6.

Нарушения кровотока по данным доплерометрии были выявлены: 1 степени — у 15 беременных, 2 степени — у 5.

Интерпретация результатов оценки биофизического профиля подтвердила наличие компенсированной формы ФПН у 32 беременных (4 балла) и субкомпенсированной формы ФПН — у 9 (3 балла).

У 10 беременных, при отсутствии выраженной ИЦН, была отмечена гиперандрогения (по результатам ДГЭАС и 17-КС), которая корригировалась дексаметазоном в зависимости от уровня гормонов.

Из 30 беременных, обследованных на ТБГ, у 26 было выявлено снижение уровня этого белка в сыворотке крови.

Все получали хофитол в таблетках (по 2 таб. 3 р/день), помимо терапии основного заболевания. 30 беременных получили 2 курса терапии: в сроках 27-32 недели (3 недельный курс) и повторно в 31-35 недель; 1 курс (после 31-32 недель) получили 11 беременных и у 1 беременной с гестозом средней степени тяжести курс не завершен в связи с утяжелением степени и досрочным родоразрешением.

В результате лечения, по данным динамической оценки состояния фето-плацентарного комплекса были выявлены следующие изменения: у 32 беременных отмечены адекватные биометрические показатели темпов роста плодов (76%); нарушения маточно-плацентарного кровотока купировались у всех беременных с исходными нарушениями 1 степени (100%) и у 2 женщин с исходным нарушением ФПК 2 степени; улучшились и показатели биофизического профиля — у 5 беременных данных за ФПН не выявлено (5 баллов), только у 7- из 42 выявлена компенсированная форма (4 балла) — эффективность составила 83,3%; показатели ТБГ нормализовались у 20 беременных их 26 (77%) после первого курса и к концу второго курса терапии — у 100%.

Беременные, получившие профилактику и терапию ФПН с использованием хофитола, несмотря на имеющуюся у них тяжелую соматическую (диабет, АГ) и иную (герпесвирусная инфекция, эндокринопатия) патологию, доносили беременность до сроков жизнеспособного плода и были родоразрешены соответственно акушерской ситуации.

Из 42 беременных досрочно родоразрешены 2 (в 36-37 недель путем планового кесарева сечения — с тяжелым сахарным диабетом и через естественные родовые пути — с гестационным диабетом). Родов в срок — 39, преждевременные роды в 34 недели — у 1 (по поводу утяжеления гестоза). Средняя оценка новорожденных по Апгар составила  $7,2 \pm 0,6$  баллов, средняя масса новорожденных составила  $3270 \pm 100$  граммов. Новорожденных с гипотрофией 1 степени родили 3 беременные (1 — досрочное родоразрешение по поводу утяжеления гестоза, 2 — доношенные, из 5 с исходной 2 степенью гипотрофии).

Перинатальных потерь не было.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования доказана достаточная эффективность терапии плацентарной недостаточности различного генеза с использованием ХОФИТОЛА, что требует более широкого применения данного ЛС при различных видах акушерской патологии.

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ — БЕРЕЖНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ИЛИ АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ

Краснопольский В.И., Логутова Л.С.

Россия, Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Проблемы кесарева сечения всегда были в центре пристального внимания акушеров и врачей других специальностей. Но если раньше вопросы, связанные с этой родоразрешающей операцией, включали в себя разработку показаний и противопоказаний к кесареву сечению, оптимизацию интраоперационной техники, профилактики послеоперационных осложнений и т.д. То вот уже на протяжении последних 10-15 лет акушеры из съезда в съезд, из конгресса в конгресс обсуждают, практически, один единственный вопрос: какова должна быть оптимальная частота абдоминального родоразрешения.

Сторонники широкого использования кесарева сечения в современном акушерстве аргументируют свои позиции снижением перинатальной смертности, забывая о проблемах, ассоциированных с кесаревым сечением: более высокая материнская смертность по сравнению с самопроизвольными родами, более высокая частота гнойно-септической заболеваемости, удорожание акушерской помощи, увеличивающееся из года в год число беременных с рубцом на матке.

Нам представляется, что оптимальной частота кесарева сечения будет тогда, когда будет сведена к нулю материнская смертность от интра- и послеоперационных осложнений и максимально снижена послеоперационная гнойно-септическая заболеваемость.

О том, что эти показатели сегодня никак не могут удовлетворять акушеров, свидетельствуют данные о причинах материнской смертности: если общая материнская летальность из года в год снижается, то в её структуре сепсис, а это чаще всего послеоперационный сепсис, такой тенденции не имеет, не говоря уже об эндометритах, флеботромбозах и раневой инфекции.

Высокая послеоперационная заболеваемость обусловлена низким индексом здоровья женщин репродуктивного возраста, высокой частотой экстрагенитальной патологии, гестационных осложнений.

Сегодня, когда практически каждая женщина репродуктивного возраста, даже при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии, стремится стать матерью, а акушеры и врачи других специальностей предоставляют ей такую возможность, риск оперативного родоразрешения возрастает во много раз.

У беременных с системными заболеваниями, патологией сосудистой системы, АФС высок риск тромбозов и геморрагических осложнений, а также послеоперационных инфекционных заболеваний.

У беременных с хроническими инфекционными заболеваниями почек, легких, ИППП высока частота пuerперальной инфекции.

При наличии у беременной сахарного диабета, патологии щитовидной железы после оперативного родоразрешения нередко развивается декомпенсация основного заболевания.

И тем не менее, именно у этого контингента беременных женщин, акушерам чаще приходится расширять показания к кесареву сечению. Поэтому подготовка к нему должна начинаться заблаговременно, лечение экстрагенитальных заболеваний и гестационных осложнений патогенетически обоснованным, а профилактика возможных осложнений — комплексной.

Нам представляется, что у каждой беременной должна быть предусмотрена программа родоразрешения. У определенного контингента женщин, таких как беременные после ЭКО, искусственной инсеминации, беременные с аномалиями развития, опухолями матки, оперативными вмешательствами на матке в анамнезе (корпоральное кесарево сечение, миомэктомия), кесарево сечение как метод родоразрешения может рассматриваться уже в начале беременности.

У остальных же контингента беременных программа родоразрешения должна быть составлена в 28-30 недель гестации и включать в себя аргументы в пользу того или другого способа родоразрешения.

По мере прогрессирования беременности на фоне лечения экстрагенитальных заболеваний, профилактики и лечения гестационных осложнений, эта программа будет изменяться с учетом показаний и преимуществ для матери и плода в пользу одного из методов родоразрешения.

Программа должна пересматриваться не реже одного раза в две недели.

На основании углубленного анализа течения беременности станет ясно, в каких ситуациях можно будет избежать кесарева сечения и отдать предпочтение самопроизвольным родам, а в каких — относительные показания к кесареву сечению в более ранние сроки беременности станут абсолютными — в более поздние.

Программа родоразрешения позволит и более тщательно, с учетом возможных интра- и послеоперационных осложнений, провести подготовку беременной и плода к кесареву сечению, включая аутодонорство, профилактику РДС у новорожденного и т.д.

Несмотря на разработку новых технологий кесарева сечения, различных шовных материалов, наличие антибиотиков широкого спектра действия, мы и сегодня не должны относить кесарево сечение к разряду простых и безопасных оперативных вмешательств.

Оптимальная техника кесарева сечения должна включать в себя тщательный поэтапный гемостаз, рациональный разрез на матке, создание условий для репарации послеоперационного шва, профилактику тромбозов и геморрагических осложнений путем использования современных трансфузионных сред.

Таким образом, снизить акушерскую агрессию, обусловленную высокой частотой кесарева сечения в современном акушерстве, можно за счет динамической оценки стратегии родоразрешения, оптимизации хирургической техники и комплексной профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

## **КРОВООБРАЩЕНИЕ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД» ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Кривцова Е.И., Матвеева В.С., Павлова Н.Г.**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия*

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа инфекционно-аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмы, одним из факторов развития которой является ухудшение экологической обстановки и агрессивного воздействия техногенной среды на состояние здоровья человека. При этом заболевании в бронхиальном дереве развиваются хронические структурные изменения называемые "ремоделированием". Она характеризуется увеличением массы гладких мышц, застоем в сосудистом русле, гипертрофией слизистых желез, увеличенной секрецией слизи и воспалительного экссудата в бронхиальном дереве, что в конечном итоге приводит к затруднению поступления воздуха в легкие. Также важнейшим симптомом заболевания является бронхоспазм. Бронхоконстрикторный эффект вызывают многие провоспалительные медиаторы, высвобождаемые при бронхиальной астме из различных клеток слизистой дыхательных путей (Трофимов В.И., 2005).

Бронхиальная астма является одним из самых частых заболеваний верхних дыхательных путей во время беременности. Частота данной патологии варьирует от 4 до 8 % (Dombrowski M., 2006). До 42 % женщин имеют обострение течения бронхиальной астмы во время беременности (Sleiman и соавт., 1995). У 55 % таких женщин обострение развивается как минимум 1 раз за беременность (Clifton V., 2006). Ухудшение течения данного заболевания во время беременности имеет мультифакторные причины. Частота обострений зависит от давности заболевания, степени его тяжести, наличия у беременной отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, курения (Андреева О.С., 2006г.). В терапии бронхиальной астмы при беременности применяют бронхоспазмолитики (2 — адrenomиметики, холинолитики, метилксантин) и противовоспалительные средства (кромогликат натрия и глюкокортикостероиды). Отсутствие адекватного наблюдения и лечения заболевания во время беременности приводит к вторичному изменению гемодинамики в функциональной системе "мать-плацента-плод", что может сопровождаться задержкой развития плода (Demissie K. И соавт., 2006).

Целью настоящего исследования явилось изучение кровообращения в гемодинамической системе "мать-плацента-плод" в III триместре беременности у женщин, страдающих бронхиальной астмой, получавших различные виды терапии заболевания.

Материалы и методы: За период 2002-2006 гг нами обследовано 83 женщины с бронхиальной астмой в III триместре беременности (с 30-ю по 40 -ю неделю). Диагностика формы, тяжести и характера течения заболевания, а также терапия бронхиальной астмы проводилось пульмонологом. В группу обследованных входили пациентки с бронхиальной астмой различных степеней тяжести (легкая, средняя, тяжелая), различным генезом заболевания (аллергический, смешанный), и разной фазой патологического процесса (обострение, ремиссия).

Характер терапии основного заболевания был оценен у 45 пациенток. 17-ти женщинам проводилась стероидная терапия, 26-ти — нестероидная противовоспалительная, а 2 пациентки в терапии не нуждались.

Всем пациенткам проводили исследования на ультразвуковых диагностических приборах MEDISON-8000 и ALOKA-1700, включающие фетометрию (бипариетальный размер головы плода, окружность головы и живота плода, длина бедренной кости), плацентометрию, оценку объема околоплодных вод. Исключались пороки развития плода. Для диагностики антенатальной степени тяжести гипотрофии плода мы использовали классификацию, предложенную Стрижаковым А.Н. и соавт. (1991г.). Пациенткам производили доплерометрическое исследование кровотока в функциональной системе «мать-плацента-плод». Использовали качественную оценку кривых скоростей кровотока с вычислением систоло-диастолического отношения и индекса резистентности. Допплерометрическое исследование кровотока производили в артерии пуповины, в маточных артериях и средней мозговой артериях плода. В исследовании использовали диагностические критерии нарушений кровотока в функциональной системе «мать-плацента-плод» в III триместре беременности, предложенные Стрижаковым А.Н. и соавт. (1991 г.).

Результаты исследования:

Нарушения гемодинамики в функциональной системе «мать-плацента-плод» были выявлены у 13 женщин (15,7 %). У обследованных пациенток нарушение маточно-плацентарного кровотока было выявлено у 7 беременных: у двух — с 35-и недель, у трех — с 36-ой недели, у одной — с 37-ой и у одной — с 40-ой недели беременности. У двух пациенток на фоне нарушения маточно-плацентарного кровотока была выявлена ассиметричная форма гипотрофии плода. Нарушение плодово-плацентарного кровообращения было обнаружено у 4-х беременных, из которых у одной — с 32-х недель, у двух — с 35-ти недель и у одной — с 37-ми недель беременности. При этом 2 плода имели ассиметричную форму задержки развития. У 2-х беременных было отмечено нарушение как маточно-плацентарного, так и плодово-плацентарного кровотока, выявленное в начале III триместра (30 и 32 недели). У одной из них была обнаружена ассиметричная форма гипотрофии плода. Критических нарушений кровообращения обнаружено не было. По фетометрическим параметрам плоды отставали не более чем на 2 недели от предполагаемого срока гестации. В пяти случаях нами была обнаружена внутриутробная задержка развития плодов при компенсированном плацентарном кровообращении.

Более высокие значения СДО в маточных артериях в III триместре беременности (на уровне тенденции) наблюдались у беременных, получавших стероидную терапию по сравнению с пациентками, лечение которых проводилось нестероидными препаратами ( $P=0,1$ ,  $r=0,388$ ,  $n=19$ ). По мнению Андреевой О.С. (2006г.), данные изменения, помимо осложнений во время беременности и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, могут быть связаны, в том числе, с курением во время беременности, которое осложняло течение бронхиальной астмы и требовало назначения беременным глюкокортикоидных препаратов в более высоких дозах. Это, в свою очередь, оказывало влияние на гормональный статус пациенток.

Более высокие значения ИР в маточных артериях были обнаружены при тяжелом течении бронхиальной астмы, а также в фазу обострения заболевания по сравнению с пациентками с легкими степенями тяжести заболевания, а также с пациентками заболевание которых было в стадии ремиссии ( $P=0,036$ ,  $r=0,483$ ,  $n=19$ ;  $P=0,001$ ,  $r=0,736$ ,  $n=21$ ). Кроме того нами выявлены более высокие значения СДО и ИР в маточных артериях беременных при выраженном бронхоспазме по сравнению с таковыми, у которых бронхоспастический компонент заболевания был не выражен ( $n=7$ ;  $P=0,042$ ,  $r=0,958$ ;  $n=4$ ,  $r=0,042$   $r=0,772$ ).

Таким образом, на основании полученных данных нами установлено, что у большинства пациенток, беременность которых сочеталась с бронхиальной астмой, не было нарушений гемодинамических показателей в функциональной системе «мать-плацента-плод» в III триместре беременности.

В случаях, когда выявлялось повышение (по сравнению со средним физиологическим) сопротивление кровотоку в функциональной системе «мать-плацента-плод», оно наблюдалось в маточно-плацентарном звене этой системы.

Изменения кровообращения в большинстве случаев встречались у пациенток в фазу обострения бронхиальной астмы, при выраженном бронхоспазме, а также у беременных, получавших стероидную терапию.

## ПРОЦЕССЫ РЕЦЕПЦИИ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ПЛАЦЕНТЕ, ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧКАХ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Крукиер И.И., Погорелова Т.Н., Авруцкая В.В.

Россия, Ростов-на-Дону, ФГУ «НИИ акушерства и педиатрии  
Росзрава»

Нарушение процессов плацентации является одной из причин осложненного течения беременности и как следствие перинатальных повреждений. Важную роль в обеспечении нормального формирования плаценты и других репродуктивных органов играют биоактивные полипептиды — факторы роста. Эффективность влияния факторов роста на регулируемые ими биохимические и физиологические процессы, помимо скорости их экспрессии, во многом зависит от состояния рецепторного аппарата, поэтому для развития физиологической беременности чрезвычайно необходимо поддержание оптимального уровня не только самих факторов роста, но и их рецепторов. Изменение биосинтеза и физико-химических свойств рецепторов может модифицировать функциональную активность соответствующих специфических лигандов и тем самым способствовать нарушению внутриклеточной регуляции. Несмотря на чрезвычайную важность рецепторов в реализации эффекторного воздействия факторов роста, сведения литературы об их экспрессии в гестационных тканях немногочисленны и неоднозначны.

Целью настоящей работы явилось изучение продукции рецепторов сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР) и эпидермального фактора роста (ЭФР) в плаценте, плодных оболочках и сыворотке крови при физиологической и осложненной беременности.

Исследования проведены в экстрактах хориона, плаценты, плодных оболочек и сыворотке крови женщин 22-30-летнего возраста. 1-ю группу составили 15 клинически здоровых женщин, беременность которых была прервана по их желанию в 6-10 недель. У 20 женщин нормально протекающая беременность была доношена (39-40 нед.) и закончилась рождением здорового ребенка (2 группа). В 3-ю группу вошли 15 женщин с осложненной беременностью, самопроизвольно прервавшейся в 6-10 недель и в 4-ю — 25 женщин, беременность у которых была доношена, но осложнилась верифицированной (с помощью комплексного клинико-лабораторного обследования) плацентарной недостаточностью.

Содержание растворимых рецепторов СЭФР и ЭФР (СЭФР-R1, ЭФР-R) в тканях определяли иммуноферментным методом, используя наборы «Bender MedSystems» (Austria), в соответствии с протоколом фирмы-разработчика. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы StatSoft.. Inc.).

Полученные результаты свидетельствуют об увеличении экспрессии рецепторов в процессе прогрессирования физиологической беременности, что, очевидно, является закономерной необходимостью обеспечения процессов роста и развития плаценты на фоне повышения уровня соответствующих факторов роста. В плодных оболочках, исследованных после нормальных родов, содержание рецепторов СЭФР и ЭФР ниже, чем в плаценте в 1,5 и 3,5 раза. Однако даже такая величина экспрессии рецепторов ростовых факторов в этих тканях подтверждает их участие в параплацентарном обмене между матерью и плодом.

При осложненной беременности (3 группа), прервавшейся в 6-10 недель, количество обоих видов рецепторов в хорионе ниже, чем в аналогичные сроки физиологической гестации: для СЭФР-R1



снижение составляет 50%, для ЭФР-R — 64%. Эти результаты согласуются с ранее полученными нами данными о динамике самих факторов роста. Уменьшение содержания рецепторов усугубляет отрицательные последствия сниженной продукции соответствующих ростовых факторов на процессы пролиферации, ангио- и васкулогенеза в плаценте, способствующие развитию и прогрессированию ее функциональной недостаточности. В 4-й группе женщин с плацентарной недостаточностью, доносивших беременность, содержание как ЭФР-R, так и СЭФР-R1 в плаценте было снижено соответственно на 40% и 24%, по сравнению с показателями при неосложненной беременности. Тенденция к уменьшению продукции этих рецепторов у пациенток 4 группы обнаружена также в плодных оболочках.

Сопоставление количественных изменений СЭФР-R1 и ЭФР-R позволяет отметить, что наиболее значительные отклонения от физиологических величин в плаценте наблюдаются при прерывании гестации в ранние сроки. В случае доношивания беременности, осложненной угрозой прерывания, продукция рецепторов факторов роста, хотя и остается сниженной, однако, она, по-видимому, достаточна для поддержания механизмов клеточной регуляции, необходимой для пролонгирования гестации. Среди причин нарушения экспрессии ЭФР-R и СЭФР-R1 в тканях плодного яйца при беременности, осложненной плацентарной недостаточностью, можно отметить модификацию гормонального (эстроген-гестагенного) фона при данной патологии, под контролем которого находится индукция как рецепторов, так и самих факторов роста.

Проведенные исследования позволили выявить определенную корреляцию между динамикой содержания рецепторов СЭФР и ЭФР в плацентарной ткани и сыворотке крови обследованных женщин. Уровень этих рецепторов в крови в I триместре беременности, протекающей на фоне плацентарной недостаточности, был снижен в среднем на 30-35%, в III триместре — на 23-27%.

В условиях осложненной беременности наряду с вариациями количественной продукции рецепторов, по-видимому, изменяется и характер рецепции в результате нарушения их чувствительности на уровне узнавания и связывания лигандов, вызванного модификацией структуры рецептора. Последнее может быть обусловлено частичной деструкцией рецепторных белков.

Резюмируя полученные данные, можно полагать, что осложненная беременность (развитие плацентарной недостаточности) формируется на фоне нарушения процессов рецепции СЭФР и ЭФР в гестационных тканях, что, в свою очередь, приводит к нарушению клеточной пролиферации, дифференциации и ангиогенеза в фетоплацентарной системе.

## УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КТГ МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

**Кузин В.Ф**  
*Россия, Москва*

С позиции современного акушерства проведение КТГ исследования и НСТ во время беременности является необходимым и обязательным условием благоприятного исхода беременности и родов для новорожденного.

В большинстве акушерских клиник и родильных домов в нашей стране оценка и анализ кардиоотограмм осуществляется визуально. Эффективность этого метода невысока — 67-75% правильных заключений, высок процент ложно-положительных заключений и процент (до 78%) расхождений при интерпретации одних и тех же кривых КТГ, проведенной различными экспертами.

Кроме того, визуальный анализ КТГ для оценки состояния плода эффективен только после 32 недель беременности. Установлено, что к этому сроку гестации у значительного числа женщин уже имеются не только выраженные нарушения плодовоплацентарного кровотока, но и органические повреждения плаценты. По

нашим данным у 35-55% беременных с выраженной артериальной гипертензией, у которых беременность была досрочно прервана по медицинским показаниям в сроки 33-35 недель гестации, в плаценте выявлены выраженные органические изменения ворсин хориона.

Успешная разработка и применение кардиоотографов Уникос 01-03 (Россия) и Sonicaid Team и FM800 (Великобритания) с компьютерным расчетом параметров и анализом КТГ, позволила существенно повысить точность оценки функционального состояния плода во время беременности до 87-95%.

Применение кардиоотографов Sonicaid Team IP и FM800 с автоматическим расчетом и анализом параметров интранатальной КТГ впервые вооружило акушера возможностью с высокой степенью надежности, без трудоемких ручных расчетов параметров КТГ, диагностировать динамику развития интранатального дистресса и гипоксии плода в процессе самопроизвольных родов. Позволило исключить случаи принятия запоздалого решения вопроса об оперативном окончании родов в интересах плода.

Применение фетальных мониторов с компьютерным анализом КТГ во время беременности и в родах с высокой степенью надежности позволяет:

- оценить функциональное состояние плода с 24 недель беременности; отвергнуть или подтвердить наличие антенатального дистресса и установить степень тяжести гипоксии у плода/плодов;
- выявить ранние признаки развития плацентарной недостаточности (ПН) на стадии функциональных нарушений кровотока в системе «плацента-плод» (на этапе нарушений микроциркуляции в ворсинах хориона), своевременно и обоснованно провести госпитализацию и терапию ПН и антенатального дистресса плода/плодов;
- при отсутствии эффекта от комплексной терапии обоснованно решать вопрос о досрочном родоразрешении по показаниям со стороны плода; тем самым исключить случаи антенатальной гибели плода в условиях акушерского стационара;
- оценить степень индивидуального риска перинатальной патологии самопроизвольных родов и выбрать оптимальный метод родоразрешения;
- получать расчетные параметры интранатальной КТГ в режиме реального времени для оценки динамики нарастания степени тяжести интранатального дистресса и гипоксии плода в родах, что позволяет своевременно принять решение об оперативном окончании родов в интересах плода и исключить случаи интранатальной гибели плода;
- повышает пропускную способность кардиомонитора в 3-4 раз и существенно снижает затраты на эксплуатацию, по сравнению с фетальными мониторами других фирм не снижая достоверности оценки функционального состояния плода и степени тяжести гипоксии.

Заслуживают внимания результаты применения фетальных мониторов в Центре пренатальной диагностики (ЦПД) при родильном доме № 27 г. Москвы Ежедневно в ЦПД проводится от 20 до 40 кардиоотограмм, что составляет 4500 – 5000 исследований в год. Замена фетальных мониторов без компьютерного анализа с 1994 года на кардиоотографы Sonicaid Team Care, позволила повысить точность диагностики функционального состояния плода с 30-35% до 80-85% с одновременным сокращением ложноположительных диагнозов дистресса плода с 10-15% до 2-3%. Показатели перинатальной смертности, в последние годы (2004-2006 гг), составили 3-4%, показатели интранатальной смертности 0.3-0.9%.

Таким образом, акушерские стационары вооруженные новейшими технологиями доплерометрического и кардиоотографического мониторинга за функциональным состоянием плода во время беременности и в родах, способны снизить перинатальные потери с 16-12% до 6-4%.

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузнецова А. В.

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

Артериальная гипертензия — одна из ведущих причин осложнений беременности, родов и повышения перинатальной смертности. При любом виде артериальной гипертензии часто наблюдаются тяжелые осложнения беременности и родов: невынашивание, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты плода. Нарушение развития плода, высокую перинатальную заболеваемость и смертность при артериальной гипертензии связывают с расстройством гемодинамики.

Цель исследования. Оценить влияние артериальной гипертензии на состояние фето-плацентарного комплекса.

Материалы и методы. Клинические наблюдения проведены у 65 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с гестозом, которые составили основную группу. Всем беременным проводилось УЗИ, доплерометрическое исследование. При анализе истории родов оценивались следующие показатели: средняя масса новорожденных, состояние детей по шкале Апгар, морфологическое строение плаценты. Контрольную группу составили 32 здоровые беременные.

Результаты исследования. Изучение особенностей течения настоящей беременности показало, что у женщин обеих групп беременность протекала с явлениями угрозы. В группе беременных с гестозом угроза прерывания беременности в I и II триместрах составила по 32,3±2,3%. Угроза преждевременных родов в этой группе составила 29,2±2,5%. В группе сравнения угроза прерывания беременности диагностирована в 21,9±6,9% во всех триместрах. Диагноз плацентарной недостаточности был диагностирован у всех женщин основной группы. При доплерометрическом исследовании выявлено достоверное повышение систолиадиастолического отношения /СДО/ и индекса резистентности /IR/ в артерии пуповины и маточных артериях основной группы. В основной группе СДО артерии пуповины 3,83±0,5, в группе сравнения 2,5±0,2 ( $p<0,05$ ). ИР артерии пуповины основной группы 0,7±0,08, в группе сравнения 0,5±0,05 ( $p<0,05$ ). У беременных с гестозом СДО в маточных артериях 2,93±0,5, в группе сравнения 1,8±0,2 ( $p<0,05$ ). ИР маточных артерий у беременных с гестозом 0,61±0,05, в группе сравнения 0,4±0,04 ( $p<0,05$ ). Гипотрофия плода (по данным ультразвукового исследования), как клиническое проявление плацентарной недостаточности диагностирована в 72,1±5,7%. Маловодие, как маркер нарушения в системе мать-плацента-плод выявлено в 13,1±4,3%.

В группе сравнения гипотрофия плода и маловодие не выявлены. У каждой второй женщины с гестозом беременность закончилась преждевременными родами (52,3±6,2%). В срок до 32 недель роды произошли в 14,7±4,3%, от 33 до 35 недель в 20,6±4,8%, от 36 до 37 недель в 64,7±5,8%. В группе сравнения все роды были срочными. У 31 беременной основной группы роды были срочными. Средний срок родов составил 38,4±0,7 недель. Средняя масса доношенных новорожденных составила 2868,7±137,9г (достоверно меньше по сравнению с группой контроля,  $p<0,05$ ). Преждевременные роды произошли у 34 беременных. Средний срок родов составил 35,4±2,2 недель. Средняя масса новорожденных в этой группе составила 2176,2±77,3 г. У женщин с гестозом с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов родилось 55 детей. В состоянии средней тяжести (оценка по шкале Апгар 5-6 баллов) родилось 8 новорожденных. Двое глубоко недоношенных детей родились в состоянии тяжелой асфиксии (2 балла по шкале Апгар) при сроке 29 и 30 недель. В группе сравнения все роды были срочными. Средний срок родов составил 39,3±0,5 недель. Средняя масса доношенных новорожденных составила 3365,9±197,9 г. С оценкой по шкале Апгар 8 баллов родилось 29 детей, с оценкой 7 баллов — трое новорожденных. В последях, полученных от женщин основной группы, преобладала хроническая

субкомпенсированная плацентарная недостаточность с острыми дисциркуляторными расстройствами (63,1±5,9%). При исследовании последов от женщин с гестозом чаще диагностировалась патологическая незрелость ворсин хориона — 84,6±4,5% ( $p<0,001$  по отношению к группе сравнения). В этой группе преобладала умеренная выраженность инволютивно-дистрофических процессов в ткани плацент (73,8±5,5%). У каждой 3 женщины была умеренная степень компенсаторно-приспособительных реакций. В 63,1±5,9% диагностировалась высокая степень компенсаторно-приспособительных реакций ( $p<0,001$  по отношению к группе сравнения). В группе сравнения только в 12,5±5,8% случаев диагностировалась патологическая незрелость ворсин хориона. В 87,5±5,8% ворсины хориона соответствовали сроку гестации, на фоне умеренной выраженности компенсаторно-приспособительных реакций (75,0±7,6%).

Таким образом, при гистологическом исследовании последов женщин с гестозом чаще выявлялась патологическая незрелость ворсинчатого хориона, были более выражены компенсаторно-приспособительные реакции и инволютивно-дистрофические процессы. Перинатальные осложнения при гестозе связаны с высоким процентом субкомпенсированной плацентарной недостаточности в этой группе женщин.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузнецова А. В.

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

Гестоз служит причиной перинатальной смертности по данным различных авторов от 18 до 50%. Нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы при позднем токсикозе беременных сказывается на плоде и новорожденном. Увеличивается частота преждевременного прерывания беременности. Значительно возрастает частота угрожающей асфиксии плода (12,5-21,8%). Дети, родившиеся от матерей с поздним токсикозом, чаще страдают гипотрофией, отстают в развитии. С каждым годом увеличивается частота оперативного родоразрешения при гестозе до 20-25%.

Цель исследования. Оценить перинатальные исходы у беременных с гестозом и плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы. Клинические наблюдения проведены у 65 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с гестозом, которые составили основную группу. Всем беременным проводилось УЗИ, доплерометрическое исследование. При анализе истории родов оценивались следующие показатели: средняя масса новорожденных, состояние детей по шкале Апгар, морфологическое строение плаценты. Контрольную группу составили 32 здоровые беременные.

Результаты исследования. Диагноз плацентарной недостаточности был диагностирован у всех женщин основной группы. При доплерометрическом исследовании выявлено достоверное повышение систолиадиастолического отношения /СДО/ и индекса резистентности /IR/ в артерии пуповины и маточных артериях основной группы. В основной группе СДО артерии пуповины 3,83±0,5, в группе сравнения 2,5±0,2 ( $p<0,05$ ). ИР артерии пуповины основной группы 0,7±0,08, в группе сравнения 0,5±0,05 ( $p<0,05$ ). У беременных с гестозом СДО в маточных артериях 2,93±0,5, в группе сравнения 1,8±0,2 ( $p<0,05$ ). ИР маточных артерий у беременных с гестозом 0,61±0,05, в группе сравнения 0,4±0,04 ( $p<0,05$ ). Гипотрофия плода (по данным ультразвукового исследования), как клиническое проявление плацентарной недостаточности диагностирована в 72,1±5,7%. Маловодие, как маркер нарушения в системе мать-плацента-плод выявлено в 13,1±4,3%. В группе сравнения гипотрофия плода и маловодие не выявлены. У беременных с гестозом и плацентарной недостаточностью срочные роды произошли в 47,7±6,2%. В группе

сравнения все роды были срочными. В основной группе оперативным путем родоразрешены  $40,0 \pm 6,1\%$  (26 беременных) ( $p < 0,01$  по сравнению с группой контроля). Досрочное абдоминальное родоразрешение проведено у 18 беременных ( $69,2 \pm 9,2\%$ ). Средний срок проведения операции составил  $34,5 \pm 2,2$  недели. В  $44,5 \pm 9,7\%$  (8 беременных) кесарево сечение проведено в связи с патологическими изменениями состояния внутриутробного плода по данным кардиотокограмм (КТГ) и нарушениями гемодинамики в системе мать-плацента-плод при доплерометрических исследованиях. На КТГ отмечалось снижение осцилляций, отсутствие миокардиального рефлекса, патологические децелерации. У каждой второй беременной показанием для досрочного прерывания беременности путем операцией кесарева сечения послужило отсутствие эффекта от интенсивной терапии тяжелого гестоза. При доношенном сроке абдоминальным путем родоразрешены  $30,8 \pm 9,2\%$  (8 беременных). Одна операция проведена в плановом порядке у беременной с рубцом на матке после операции кесарева сечения, хронической плацентарной недостаточностью и гипотрофией плода. У пяти рожениц выполнено экстренное родоразрешение в родах в связи с нарастанием симптомов гипоксии плода по данным кардиотокограмм (КТГ). На КТГ отмечалось снижение осцилляций до 1-3 ударов, урежение сердцебиения плода по типу dip II до 80 ударов, переменные децелерации. В 6 случаях ( $9,2 \pm 3,4\%$ ) было произведено прерывание беременности в связи с длительно текущим тяжелым гестозом. Учитывая доношенный срок беременности, оптимальную биологическую готовность к родам, было решено провести медикаментозное родовозбуждение с амниотомией. В двух случаях роды закончились операцией кесарева сечения, в связи с обострением гестоза в родах. В группе сравнения оперативным путем родоразрешены 3 беременные ( $9,4 \pm 4,2\%$ ). Две беременные родоразрешены операцией кесарева сечения в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения. Одна операция проведена по поводу выпадения петель пуповины плода. Все операции проведены при доношенном сроке беременности. Средняя масса доношенных новорожденных в основной группе составила  $2868,7 \pm 137,9$  г (достоверно меньше по сравнению с группой контроля,  $p < 0,05$ ). Средняя масса недоношенных новорожденных в этой группе составила  $2176,2 \pm 77,3$  г. У женщин с гестозом с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов родилось 55 детей. В состоянии средней тяжести (оценка по шкале Апгар 5-6 баллов) родилось 8 новорожденных. В тяжелой асфиксии (2 балла по шкале Апгар) 2 детей. Перинатальной гибели детей не было. В группе сравнения все роды были срочными. Средняя масса доношенных новорожденных составила  $3365,9 \pm 197,9$  г. С оценкой по шкале Апгар 8 баллов родилось 29 детей, с оценкой 7 баллов 3 новорожденных. В последах, полученных от женщин основной группы, преобладала хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность с острыми дисциркуляторными расстройствами ( $63,1 \pm 5,9\%$ ). В группе сравнения морфофункциональное состояние плацент в большинстве случаев ( $90,7 \pm 5,1\%$ ) расценено как компенсированное.

Таким образом, перинатальные исходы у женщин с гестозом и плацентарной недостаточностью характеризуются высокой частотой преждевременных родов ( $52,3 \pm 6,2\%$ ), в том числе досрочным прерыванием беременности путем операции кесарева сечения ( $69,2 \pm 9,2\%$ ). Несмотря на высокую оперативную активность,  $15,4 \pm 4,8\%$  детей родились в асфиксии различной степени тяжести, что в основном связано со сроками родоразрешения и тяжелой плацентарной недостаточностью. Своевременная диагностика, лечение плацентарной недостаточности у беременных с гестозом, оптимальный выбор срока родоразрешения позволяет улучшить перинатальные исходы в этой группе беременных.

## СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ ЛЕГКИХ ПЛОДА ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА СРОКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Кузьмина Т.Е.

Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава

Известно, что длительность беременности не всегда позволяет судить о готовности плода к внеутробному существованию. Под действием различных факторов могут происходить изменения в формировании его функциональных систем, межсистемных связей и, прежде всего, центральных регуляторных механизмов. Результатом таких изменений является торможение, ускорение или десинхронизация созревания функциональных систем плода, наступающие в зависимости от выраженности влияния патологического фактора. Поэтому в 35 недель беременности могут рождаться достаточно зрелые плоды, в то время как в 38 — доношенные по сроку и данным антропометрии, но функционально незрелые. Морфо-функциональная незрелость новорожденных может занимать значительное место в структуре перинатальной заболеваемости. Внимание акушеров и неонатологов к этому состоянию обусловлено, в первую очередь, возможностью развития синдрома дыхательной недостаточности вследствие функциональной незрелости легких плода, которые не обеспечивают нормальное самостоятельное существование ребенка при переходе от антенатального к постнатальному периоду.

Предметом исследования явились 120 беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, поскольку новорожденные женщин с рубцом на матке по морфологической и функциональной зрелости часто не соответствуют истинному сроку гестации. По нашим данным,  $19,2\%$  доношенных новорожденных у этих женщин имеют признаки морфо-функциональной незрелости. Контрольную группу составили 35 женщин с неосложненным течением беременности.

Известны способы оценки зрелости легких плода с использованием физико-химических и цитологических показателей амниотической жидкости (пенный тест, коэффициент лецитин/сфингомиелин, содержание клеток сальных желез и другие). Однако, на практике эти методы оказались недостаточно информативными и сопряжены с опасностью проведения амниоцентеза. В литературе приведены данные о ценности количественного определения концентрации в крови беременной специфических белков и гормонов, например, альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови матери за 3-8 дней до родов (90-140% свидетельствует о нормальных показателях зрелости плода, 150-200% и более — о функциональной незрелости, 20-70% и менее — о «перезрелости» плода (результаты выражены в процентах от среднего уровня для данного срока гестации).

Несомненно, применение ультразвуковых методов оценки зрелости плода получило широкое распространение вследствие неинвазивности, относительной простоты и доступности метода, и традиционно включает оценку зрелости легких, кишечника и измерение величины ядра Беклара. Зрелость легких определяется на основании сравнения эхоплотности легких и печени плода, что неизбежно носит субъективный характер.

Поэтому, в качестве дополнительного метода изучения готовности плода к внеутробному существованию, мы использовали доплерометрическое исследование кровотока в периферических артериях легких. По нашим данным, после 37 недель беременности происходит постепенное снижение сосудистого сопротивления в изучаемых сосудах. Так, в контрольной группе СДО в периферических артериях легких плода в 37-38 недель составило  $4,21 \pm 0,32$ , в 38-39 недель  $3,98 \pm 0,28$ , в 39-40 недель  $3,48 \pm 0,25$  ( $p < 0,05$ ). При СДО 3,8 и менее все новорожденные контрольной группы были признаны морфо-функционально зрелыми (использована таблица W. Hoerffner, M. Rautenbach, 1972)

При сравнении с контрольной группой при наличии рубца на матке в большинстве наблюдений нами были выявлены более высокие показатели сосудистого сопротивления в перифериче-

ских артериях легкого плода в 37-40 недель беременности. Численное значение систоло-диастолического отношения более 3,8 в исследуемых сосудах после 39 недель беременности было обнаружено у 32,39% обследованных с рубцом на матке в этом сроке. Из них 86,96% родились с признаками морфо-функциональной незрелости с разницей по отношению к сроку гестации от 1 до 3 недель. При этом чувствительность метода составила 90,91%, специфичность — 93,88%, прогностическая ценность положительного результата — 86,96%, прогностическая ценность отрицательного результата — 95,83%. Обращает на себя внимание то, что СДО более 3,8 среди обследованных в сроке беременности 37-38 недель было выявлено в 85,0% наблюдений, в 38-39 недель — у 71,56% и только в 39-40 недель гестации — у 32,39%. На этом основании мы рекомендуем родоразрешение беременных с рубцом на матке не ранее окончания 39-й недели гестации, а по возможности согласно физиологическому сроку родов, конечно, при отсутствии других показаний для досрочного завершения беременности.

Правильная оценка степени зрелости легкого плода имеет огромное практическое значение для прогнозирования развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного и представляет основу для проведения эффективной профилактики нарушений дыхания в раннем неонатальном периоде. Способ точной оценки степени зрелости плода в последние недели перед родами может определять тактику ведения беременности и оптимальное время родоразрешения, что особенно важно при плановом родоразрешении путем кесарева сечения.

## АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

**Кулавский. В.А., Сыртланов. И.Р.**

*Республика Башкортостан. Уфа. Республиканский Перинатальный центр*

Невынашивание беременности по своей социальной и медицинской значимости до сих пор относится к наиболее актуальным проблемам акушерства. Частота ранних выкидышей и замершей беременности в последние годы значительно увеличилась и колеблется от 15 до 25%, без тенденции к снижению (Сидельникова В.М., 2002)

Основные трудности, связанные с изучением данной проблемы обусловлены полиэтиологичностью невынашивания беременности. Данная патология может быть обусловлена хромосомными аномалиями, генными мутациями, наследственной предрасположенностью, эндокринными нарушениями. В структуре невынашивания группа неясной этиологии, по данным многих исследователей составляет от 7 до 50% (Айламазян Э.К., 2004 и др.). Более чем у половины больных имеет место сочетание тех или иных причин. Сложные социально-экономические условия, раннее начало половой жизни, распространение инфекций, передаваемых половым путем, а так же рост числа беременных женщин старшего репродуктивного возраста делают проблему невынашивания беременности чрезвычайно серьезной (Кошелева Н.Г., 2002г). Удельный вес репродуктивных потерь в структуре невынашивания беременности в I триместре равна 50%, во втором-20%, в III-30%. Неразвивающаяся беременность (НБ) является особой формой невынашивания и в структуре репродуктивных потерь составляет 68,6% в I триместре, 21,3% во втором и 10,1% в третьем триместрах (Новикова А.В., Чекин В.Г., 2005). Ее удельный вес среди самопроизвольных выкидышей по данным разных авторов достигает 15%, а на ранних сроках до 45-80% (Салов И.А., 2002, Подзолкова Н.М. и соавт. 2003 и другие). Перенесенная НБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, так как у 27,4% из них отмечается привычное невынашивание беременности. Риск повторного прерывания беременности возрастает кратно: так после одного выкидыша риск повторного возникает в 22%, после двух-в 26%, после трех-

32% (Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. 2004). Особенно опасны повторные неразвивающиеся беременности, приводящие к расстройствам менструальной функции, воспалительным заболеваниям половых органов, нарушениям структуры эндометрия, к дисбалансу иммунной системы.

Целью данной работы явилось изучение особенностей течения гестационного периода и перинатальные исходы у беременных с несостоявшимся абортom в анамнезе.

Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 140 пациенток в процессе вынашивания настоящей беременности. Основную группу составили 110 женщин, у которых в анамнезе имелись неразвивающиеся беременности (НБ). Контрольную группу составили 30 пациенток с неосложненной беременностью и родами. Всем беременным были проведены общеклиническое обследование, УЗИ, УЗДГ, КТГ, исследование крови на наличие наследственных и приобретенных форм тромбофилий, выявление носительства в крови волчаночного антикоагулянта (ВА). В анамнезе все женщины основной группы имели от 1 до 4-х НБ в различные сроки гестации. В причинах НБ отмечены инфекции (кольпиты, инфекции, передаваемые половым путем, воспалительные процессы мочеполовой системы), гормональные нарушения (нарушения менструальной функции, бесплодие). Средний возраст пациенток в основной группе составил  $28,9 \pm 5,27$  лет, а в контрольной группе  $24,6 \pm 5,44$  года. Частота экстрагенитальной патологии в основной и контрольных группах существенно не отличалась, более чем у половины обследованных женщин имелись хронические очаги инфекции в виде тонзиллита, пиелонефрита, гастрита, холецистита. У беременных основной группы в 3 раза чаще встречались воспалительные заболевания придатков матки, в 6 раз чаще в анамнезе имелись указания на перенесенные инфекции, передаваемые половым путем. Угроза прерывания настоящей беременности (УПБ) отмечена у 88 (80%) женщин в I, у 82 (74,5%) во II и у 35 (31,2%) в III триместрах гестации. В контрольной группе угроза прерывания беременности диагностирована у 3,3% беременных в течение всей беременности. Обращает на себя внимание высокая частота фетоплацентарной недостаточности (ФПН), до 40% во II и 63,6% в III триместрах, в контрольной группе соответственно -13,3% и 33,3%. Тромбофилические нарушения (ТФ) в системе гемостаза выявлены у 31 (28,1%) беременных в основной и в 1 (3,3%) случае в контрольной группе. Врожденные (наследственно обусловленные) ТФ отмечены у 2 (1,8%) беременных с НБ.

Беременным с НБ в анамнезе проводилась терапия выявленных осложнений настоящей беременности с учетом этиопатогенетических факторов. При лечении угрозы прерывания в I триместре применялась: гормонотерапия (дюфастон, утрожестан, ХГ), спазмолитики, седативные, витамины, физиотерапия, психотерапия, лазеротерапия, плазмаферез. С 12 до 17 недель гестации применялся раствор сульфата магния 2% в/в с целью токолиза, электрорелаксация матки, с 17-18 недель токолиз осуществлялся гинипралом совместно с верапамилом. Вторым по частоте осложнением беременности отмечена ФПН в сочетании с УПБ или без угрозы невынашивания. ФПН диагностировалась по данным УЗИ, УЗДГ, КТГ. В лечении ФПН кроме стандартных методов применялась гипербарическая оксигенация (ГБО).

В случаях выявления врожденной тромбофилии или ТФ неясного генеза с целью коррекции гемостазиологических нарушений применялись низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, клексан) терапевтическими курсами, лазеротерапия, плазмаферез. Одновременно проводилась терапия выявленных осложнений беременности — ранних токсикозов, гестозов, сопутствующей патологии-анемии, инфекций мочеполовой сферы.

Исходами беременности у 24 (21,8%) женщин основной группы явилась повторная НБ, у 2 (1,8%) произошел самопроизвольный выкидыш, у 12 (10,9%) беременность закончилась преждевременными родами и лишь у 72 (65,4%) произошли срочные роды. В группе контроля случаев потерь беременности не отмечалось, у 3 (10,3%) женщин беременность завершилась преждевременными родами, а у 27 (89,6%) — срочными. Средняя масса плодов в основ-

ной группе составила  $2983,4 \pm 03,6$  гр, против  $3568,8 \pm 508,4$  гр в контрольной. Операцией кесарева сечения родоразрешены 42 (48,3%) беременных основной и 4 (13,3%) контрольной групп. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: гестозы тяжелой степени, гипоксия плода декомпенсированная, преждевременная отслойка плаценты, патологии родового акта, рубец на матке. Состояние новорожденных в основной группе оценивалось в среднем на 1-й минуте как  $6,31 \pm 1,26$  балла, на 5-й -  $7,37 \pm 1,01$  балла. В контрольной - соответственно  $6,7 \pm 0,83$  и  $7,93 \pm 0,82$  балла.

Таким образом мы считаем, что беременные, имеющие в анамнезе даже одну НБ, нуждаются в проведении комплекса клинко-лабораторных методов обследования с использованием современных методов диагностики, включая исследование крови на тромбофилии различного генеза, иммунного статуса для выявления этиологии НБ, с целью проведения эффективной прегравидарной подготовки, наблюдения и лечения осложнений в течение наступившей беременности.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Кулаков В.И., Чернуха Е.А.

Москва, ГУ НЦ АГиП

Кесарево сечение (КС) рассматривается как наиболее выраженное вмешательство в процесс деторождения, однако частота этой операции в большинстве стран повышается, несмотря на экономическую невыгодность. Расширению показаний к КС способствуют развитие и совершенствование акушерской науки, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, службы переливания крови, фармакологии, асептики и антисептики, применение новых антибиотиков и шовного материала.

Частота КС. В настоящее время путем КС рожден каждый 4-й ребенок в США, каждый 5-й — в Англии и Канаде, каждый 3-й — в Латинской Америке, в России почти каждый 6-й (17,9%). Ежегодный прирост частоты КС в нашей стране составляет около 1%.

Анализируя частоту данной операции, необходимо учитывать уровень стационарного родовспоможения в конкретной области или стране, удельный вес акушерской и экстрагенитальной патологии в данном родовспомогательном учреждении, мощность и профиль стационара, квалификацию врачей, национальные особенности беременных и многие немедицинские факторы.

Оптимальная частота КС не установлена, поэтому не совсем корректно говорить о слишком высокой или слишком низкой величине этого показателя. Одним из основных критериев, определяющих частоту абдоминального родоразрешения, является низкий показатель перинатальной смертности, благоприятный исход для матери. За последние 20 лет в Российской Федерации наметилась тенденция к увеличению частоты КС и снижению уровня перинатальной смертности с 15,8‰ в 1985 г. до 10,1‰ в 2005 г. Конечно, повышением частоты КС нельзя решить проблему снижения перинатальной смертности, т. к. она зависит от многих факторов. В то же время абдоминальное родоразрешение является более бережным для плода.

Частота КС зависит и от немедицинских факторов, которые не всегда учитываются. Одним из них является настоятельное требование беременной, что, по-видимому, является следствием недостаточной просветительской работы.

Плюсы и минусы КС. Несомненно, неосложненные самопроизвольные роды через естественные родовые пути предпочтительнее для матери и плода, чем КС. Однако наши возможности не всегда позволяют прогнозировать исход родов для матери и плода.

К положительным сторонам КС относятся:

- относительная безопасность операции;
- снижение риска для плода;
- отсутствие травмы мышц тазового дна;
- соответствие метода родоразрешения желанию пациентки;

- удобство для акушера в отношении длительности родоразрешения;
- низкая частота внутричерепных кровоизлияний у новорожденных (при плановом КС — 1:1760 родов, при экстренном КС — 1 : 907, при спонтанных родах 1:1900).

К отрицательным факторам КС относятся:

- наличие определенной степени риска (риск анестезии, кровопотеря, возможность ранения смежных органов и др.);
- возможные травмы и ранения плода;
- осложнения после операции (кровотечение, инфекция, тромбоэмболия и др.);
- отдаленные осложнения (болевого синдром, нарушения менструальной функции, бесплодие и др.);
- наличие рубца на матке, что обычно является причиной повторного КС;
- стоимость операции КС значительно превышает таковую при родах через естественные родовые пути.

По данным литературы, частота респираторных расстройств у доношенных новорожденных при родах через естественные родовые пути составляет 0,5–3,7%, после планового КС — 1,8–30,0%, реже при проведении КС в родах — 1,2–11,2%.

Расширение показаний к КС ведет к снижению профессионализма в плане ведения родов через естественные родовые пути. Стремление решить все проблемы в акушерстве только с помощью КС несостоятельно, однако неоправданно и сужение показаний к абдоминальному родоразрешению.

Родоразрешение путем КС должно идти на смену длительным травматичным родам с повторными стимуляциями родовой деятельности, уменьшению частоты таких родоразрешающих операций, как экстракция плода за тазовый конец, вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы.

Показания к КС. Показания к операции КС определяются состоянием беременной и плода. Длительное время использовались только так называемые абсолютные показания к этой операции, а с конца XIX в. КС начали производить и по относительным показаниям. В настоящее время показания к КС значительно уточнены и расширены в интересах матери и плода, добавлены новые, такие как беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, стимуляции овуляции и др.

С нашей точки зрения, целесообразно заменить прежнюю терминологию (абсолютные и относительные показания) на показания к КС во время беременности и в родах. КС при беременности обычно производят в плановом порядке, реже — в экстренном (кровотечение при предлежании плаценты, несостоятельность рубца на матке и др.), тогда как в родах — всегда по экстренным показаниям.

Показаниями к операции КС во время беременности являются:

- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением или наличием внутриутробного страдания плода;
- несостоятельность рубца на матке после КС или других операций на матке;
- 2 и более рубца на матке после КС; удаление множества миоматозных узлов;
- анатомически узкий таз II–III степени сужения, опухоли или деформации костей таза;
- состояние после операций на тазобедренных суставах и тазе;
- пороки развития матки и влагалища;
- опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
- множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов, низкое (шеечное) расположение узла;
- тяжелые формы гестоза при отсутствии эффекта от терапии и неподготовленных родовых путей;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания нервной системы, миопия высокой степени, особенно осложнения и др.);

- рубцовые сужения шейки матки и влагалища после пластических операций на шейке матки и влагалище, после ушивания моче-половых и кишечно-половых свищей;
- рубец на промежности после зашивания разрыва III степени в предшествующих родах;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- поперечное положение плода, многоплодие;
- сросшаяся двойня;
- тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе плода более 3600 г и менее 1500 г, с анатомическими изменениями таза;
- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе;
- хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, не поддающаяся медикаментозной терапии;
- возраст первородящих старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией;
- длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягчающими факторами;
- гемолитическая болезнь плода при неподготовленности родовых путей;
- переносная беременность в сочетании с отягченным гинекологическим или акушерским анамнезом, неподготовленность родовых путей и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- экстрагенитальный рак и рак шейки матки;
- обострение герпес-вирусной инфекции половых путей;
- гастропизис, диафрагмальная грыжа у плода и др.

Появились новые показания к проведению КС: беременность после реконструктивных операций на матке, у женщин с трансплантацией почки, печенью, с протезированными клапанами сердца, с тройней, ВИЧ-инфекцией и др.

Показаниями к операции КС в родах являются:

- клинически узкий таз;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии;
- острая гипоксия плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- предлежание и выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях;
- неправильные вставления и предлежания головки плода (лобное, передний вид лицевого предлежания, высокое стояние стреловидного шва);
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде.

Комплексные показания к КС. Комплексные показания к КС являются совокупностью нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых в отдельности не служит показанием к КС, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родоразрешения через естественные родовые пути.

Несмотря на прогресс современного акушерства, анестезиологии и неонатологии, показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности при оперативных вмешательствах наводят на мысль о необходимости критического подхода к определению показаний и частоты КС, особенно показаний к первой операции. Необходимо всегда думать о будущей генеративной функции матери.

Немедицинские причины КС. При выборе метода родоразрешения следует учитывать немедицинские факторы, к которым относятся:

- возраст первородящей более 30 лет;
- желание беременной;
- боязнь наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора;
- социально-экономическое положение женщины;
- влияние «оборонительной» медицины;
- опасность повреждения мышц тазового дна;

- врачебный фактор (профессионализм врача);
- мощностность и статус медицинского учреждения;
- национальные традиции;
- частная практика;
- географическое положение (отдаленность от медицинских учреждений);
- религиозные убеждения.

Акушеров беспокоит вопрос о целесообразности проведения профилактического КС по желанию (требованию) беременной при головном предлежании плода и доношенной беременности.

Следует различать проведение КС по желанию беременной при наличии у пациентки относительных показаний (рубец на матке после КС) и только при желании (требовании) пациентки при отсутствии у нее медицинских показаний. Большинство акушеров полагают, что производить КС при отсутствии медицинских показаний не следует. Например, Национальный институт качества медицинской помощи Англии в 2002 г. принял решение, разрешающее врачам отказывать пациентке в проведении КС по ее желанию при отсутствии медицинских показаний. Международная организация акушеров-гинекологов также не одобряет проведения КС при отсутствии медицинских показаний. В нашей стране нормативные документы, запрещающие или разрешающие проведение КС по просьбе беременной (родственников), отсутствуют.

С нашей точки зрения, с учетом перехода к страховой медицине этот вопрос заслуживает особого внимания. Мы считаем допустимым проведение КС по желанию (требованию) беременной, но при этом необходимо провести беседу с женщиной, мужем (родственниками), объяснить ситуацию, предупредить о возможных осложнениях, сделать об этом запись в истории родов и получить письменное заявление беременной о согласии.

В последние годы поднимается также вопрос о проведении планового КС с целью защиты мышц тазового дна и промежности от травм при родах в связи с опасностью разрыва промежности, часто сочетающейся с повреждением сфинктера прямой кишки, а также с возможностью последующих осложнений в виде диспареунии, опущения и выпадения матки, нарушений функции тазовых органов.

Противопоказания к КС. Особую роль в исходе КС для матери и плода играет определение противопоказаний и условий.

Одним из противопоказаний к проведению КС является наличие потенциальной или клинически выраженной инфекции, неблагоприятное состояние плода: внутриутробная гибель, глубокая недоношенность, уродства плода, выраженная или длительно существующая внутриутробная гипоксия плода, при которой нельзя исключить мертворождение или раннюю смерть плода. Однако эти противопоказания имеют значение только в том случае, когда операция производится в интересах плода. При наличии жизненных показаний со стороны матери это не принимается во внимание (кровотечение, связанное с отслойкой плаценты, и др.).

Методика операции КС. Необходимо выбрать оптимальный момент для КС, т. е. когда абдоминальное родоразрешение не будет слишком поспешным вмешательством или, наоборот, что еще хуже, явится операцией отчаяния.

Результаты КС зависят от:

- своевременности выполнения;
- методики и объема;
- состояния пациента;
- квалификации хирурга;
- анестезиологического обеспечения (эпидуральная, эпидурально-спинальная анестезия, реже эндотрахеальный наркоз);
- медикаментозного обеспечения;
- шовного материала;
- наличия крови и ее компонентов, инфузионных средств;
- инструментария и технического оснащения клиники и др.

КС в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. В настоящее время наиболее широко используют КС в нижнем сегменте матки поперечным разрезом (94–99% случаев).

Переднюю брюшную стенку обычно вскрывают поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю (иногда по Joel Cohen)

и реже продольным разрезом между лоном и пупком. Важно, чтобы разрез брюшной стенки был достаточным для выполнения операции и бережного извлечения ребенка.

Обычно используют две методики поперечного рассечения нижнего сегмента матки — по Гусакову и Дерфлеру. К выбору метода следует подходить строго индивидуально, в зависимости от конкретной ситуации и квалификации хирурга. При проведении разреза матки в нижнем сегменте надо быть очень внимательным, чтобы не ранить сосудистый пучок и головку плода скальпелем.

Следующий важный момент абдоминального родоразрешения — бережное извлечение плода из матки, особенно если учесть, что в каждом 3-м случае операцию производят в интересах плода. Извлечение плода зависит от предлежания и положения плода в матке. На операции необходимо присутствие педиатра владеющего методами реанимации.

С целью профилактики инфекционных послеоперационных осложнений во время операции матери в/в вводят один из антибиотиков широкого спектра действия (цефазолин — 1 г, клафоран — 1 г и др.).

После извлечения ребенка для уменьшения кровопотери во время операции в мышцу матки вводят 1 мл 0,02% р-ра метилэргометрина и налаживают каптельное в/в введение 1 мл (5 ЕД) окситоцина и на углы разреза матки накладывают зажимы.

Нет единой точки зрения по поводу методики зашивания раны на матке при КС. Большинство авторы считают, что рану на матке следует зашивать однорядным швом, а другие — двухрядным.

Преимущества однорядного шва следующие:

- меньше нарушается трофика тканей;
- меньше шовного материала в области шва;
- реже наблюдается отек в послеоперационном периоде;
- уменьшается продолжительность операции;
- меньше расходуется шовного материала.

Нет единого мнения и в вопросе о методике наложения швов на матку (непрерывные или отдельные швы). Большинство авторов отдадут предпочтение непрерывному шву.

Очень важное значение имеют техника наложения швов на матку и шовный материал. Следует использовать шовный материал, который должен быть стерильным, прочным, ареактивным, неаллергенным, нерасслабляющимся при заживлении раны, рассасывающимся, удобным для хирурга, универсальным для всех видов операций, отличающимся только толщиной нити в зависимости от требуемой прочности. Таковыми свойствами обладают викрил, дексон, монокрин, полиамид, пролен, мерсилен и др. Кетгут не соответствует современным хирургическим требованиям.

Мы не разделяем точку зрения М. Stark (1994 г.), А.Н. Стрижакова и соавт. (1995 г.) и др., которые после наложения однорядного шва на матку не производят перитонизацию шва на матке пузырьно-маточной складкой, не зашивают париетальную брюшину и мышцы передней брюшной стенки. Мы неоднократно испытывали большие технические трудности при повторном кесаревом сечении после операции по Stark.

Сразу после операции (на операционном столе) следует произвести влагалищное исследование, удалить сгустки крови из влагалища и по возможности из нижнего сегмента матки, произвести туалет влагалища, что способствует более гладкому течению послеоперационного периода. Необходимо вывести мочу катетером, обратив внимание на цвет (нет ли примеси крови?) и ее количество.

Корпоральное КС

Несмотря на многие недостатки корпорального КС, оно используется до настоящего времени при следующих обстоятельствах:

- выраженный спаечный процесс в нижнем сегменте матки после предыдущего КС;
- выраженное варикозное расширение вен в нижнем сегменте, наличие в области нижнего сегмента матки большого миоматозного узла;
- наличие неполноценного рубца после предыдущего корпорального КС;
- полное предлежание плаценты с переходом ее на переднюю стенку матки;

- недоношенный плод и неразвернутый нижний сегмент матки;
- сросшаяся двойня;
- запущенное поперечное положение плода;
- на мертвой и умирающей больной;
- когда врач не владеет техникой КС в нижнем сегменте матки.

При корпоральном КС обычно накладывают двухрядный непрерывный шов (викрилом, дексоном и др.) с последующей перитонизацией.

В особых случаях в нашей стране используют методику экстраперитонеального КС, усовершенствованную Е.Н. Морозовым (1974 г.).

Расширение операции КС. Сложным и на сегодняшний день до конца не решенным остается вопрос о показаниях к расширению объема операции до гистерэктомии во время КС и в послеоперационном периоде. Основным показанием к удалению матки являются кровотечения, не поддающиеся консервативной терапии, ранение маточных сосудов, множественная миома матки (дистрофические изменения миоматозных узлов), матка Кувелера, разрыв матки. Гистерэктомии после КС проводятся в 0,6–2,7% случаев.

Дискутабельным остается вопрос об объеме оперативного вмешательства при миоме матки, которая часто сопутствует беременности. Научные данные и накопленный клинический опыт позволили разработать показания к консервативной миомэктомии во время КС: субсерозные миоматозные узлы на ножке, расположение узлов в области предполагаемого разреза нижнего сегмента на матке, наличие интрамуральных крупных узлов. Разработаны также показания к надвлагалищной ампутации и экстирпации матки при миоме.

Среди спорных проблем операции КС заслуживает внимания вопрос о стерилизации женщин. Решение производить или не производить эту операцию принимает только сама беременная. Основанием для стерилизации может служить только решение женщины, оформленное в виде заявления в письменной форме.

Мы часто предлагаем стерилизацию после второй операции КС, при наличии живого ребенка и при извлечении второго живого ребенка, при этом роль играет желание самой женщины и ее письменное согласие на проведение этой операции.

Осложнения после КС и их профилактика. Ведущими причинами материнской смертности при КС являются перитонит, сепсис, тромбоэмболия и осложнения после наркоза, кровотечения и неадекватное восполнение кровопотери.

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде следует стараться остановить консервативными средствами: проводить наружный массаж матки, пальцевое или инструментальное опорожнение матки, инфузионно-трансфузионную терапию, гемотрансфузию, вводить утеротонические средства внутривенно и в шейку матки. Эффективность указанной терапии, по нашим данным, составляет 82,4%. При трансфузионно-инфузионной терапии при ДВС-синдроме эффективно использование свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы, ново-севена.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии проводят экстирпацию матки, перевязку внутренних подвздошных артерий, эмболизацию сосудов.

Для профилактики гнойно-септических осложнений наиболее приемлемы интраперитонеальное КС с применением антибиотиков широкого спектра действия и дренированием раны, а также экстраперитонеальное КС. Антибиотики вводят внутривенно во время КС (после пережатия пуповины), через 6 и 12 ч или 12 и 24 ч после операции. При наличии потенциальной или клинически выраженной инфекции введение антибиотиков продолжают.

КС влияет на последующую детородную функцию женщин. Могут возникнуть бесплодие, привычное невынашивание беременности, нарушения менструального цикла.

При рубце на матке беременность нередко протекает с явлениями угрозы прерывания, плацентарной недостаточностью. Такие беременные должны находиться под тщательным диспансерным наблюдением и заблаговременно (за 2 нед. до родов) госпитализироваться. Самопроизвольные роды у таких пациенток очень ответственны и должны проводиться высококвалифицированными специалистами в стационаре с постоянной анестезиологической,

реанимационной и другими службами. Разрыв матки по рубцу после КС в нижнем сегменте встречается в 0,39-1,5% случаев.

Перспективы метода КС. Можно наметить следующие направления развития метода абдоминального родоразрешения:

- оптимизация медицинских показаний к КС с использованием современных технологий;
- постоянное повышение квалификации врачей акушеров-гинекологов и акушеров по ведению родов через естественные родовые пути, обмен опытом работы на съездах, конференциях, форумах;
- проведение разъяснительной работы среди беременных по целесообразности ограничения КС без медицинских показаний;
- дальнейшее совершенствование методики КС с учетом научно-технического прогресса;
- разработка вопросов профилактики гнойно-септических осложнений при КС;
- внедрение современных технологий оказания интенсивной и реанимационной помощи новорожденным;
- дальнейшая разработка диагностики состояния рубца на матке после КС и выбор рационального метода родоразрешения в последующем;
- разработка вопросов контрацепции после КС.

## МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС И ЙОДНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Курмачева Н. А., Борисова Н. В., Аккузина О. П.

Россия, Саратов, областной центр планирования семьи и репродукции

Целью работы явилось изучение стереотипов питания, микронутриентного статуса и йодного обеспечения беременных женщин в йододефицитном регионе, а также их динамики на фоне коррекции пищевого рациона и профилактики витаминно-минеральной недостаточности.

Под наблюдением находились 80 практически здоровых женщин, обратившихся в женские консультации г. Саратова для постановки на учет в 1 триместре беременности.

Методом «случайной выборки» беременные были распределены на 2 группы по 40 человек. Женщинам 1 группы (основной) было назначено сбалансированное питание общей энергоценности 2200-2800 ккал/сутки с учетом сроков беременности. В качестве йодной профилактики каждой женщине был назначен Йодомарин 200 по 1 таблетке в день. Кроме того, с целью профилактики врожденных пороков развития плода женщинам 1 группы было рекомендовано принимать по 1 мг фолиевой кислоты в день.

Беременным 2 группы (сравнения) конкретных рекомендаций по питанию не давалось, они продолжали употреблять привычные им продукты. Женщинам этой группы был назначен прием витаминно-минерального комплекса, содержащего 13 витаминов и 10 минералов, в том числе 150 мкг йода, 60 мг железа, 800 мкг фолиевой кислоты, 2500 МЕ витамина А и 2500 МЕ -каротина в 1 таблетке (суточной дозе). Выбор данного препарата был обусловлен тем, что по результатам анкетирования более 80% акушеров-гинекологов г. Саратова рекомендуют беременным профилактический прием именно этого витаминно-минерального комплекса, но не дают советов по рациональному питанию.

Йодное обеспечение и морфофункциональное состояние щитовидной железы у женщин обеих групп изучали по медиане йодурии, результатам УЗИ щитовидной железы, определения уровней свТ4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе (АТ ТПО) в сыворотке крови.

Микронутриентный статус женщин оценивали по содержанию витаминов А, С, Е, В1, В2 и эссенциальных минералов (кальция, магния, железа, марганца, меди, селена, цинка) в крови на ранних сроках беременности и на фоне коррекции витаминно-минеральной недостаточности.

При регистрации количества потребленной пищи на ранних сроках беременности установлено, что 60% женщин не употребляли достаточного количества белковых продуктов, а 80% — овощей и фруктов. Кроме того, 20% женщин признали, что совсем не употребляют молочных продуктов, а 5% обследованных оказались вегетарианками. Фактическое питание беременных было нерациональным, с избытком легкоусвояемых углеводов, животных жиров и превышением общей калорийности рациона на 30-50% по сравнению с рекомендуемыми нормами. Ни одна из обследованных женщин не получала прегравидарно йодную профилактику, фолиевую кислоту и какие-либо витаминно-минеральные препараты.

При изучении микронутриентного статуса установлено, что на ранних сроках беременности у 52,5-97,5% женщин содержание витаминов в крови было ниже нормы. При динамическом контроле через 3 месяца, как на фоне сбалансированного питания, так и у принимающих витаминно-минеральный комплекс женщин среднее содержание витаминов в крови нормализовалось. Однако у женщин 2 группы в 5-15% случаев сохранялся легкий дефицит витаминов в крови. Кроме того, у 20% беременных этой группы выявлено повышение содержания витамина А в крови в 1,5-2 раза относительно верхней границы нормы. Концентрация исследованных эссенциальных макро- и микроэлементов в крови у подавляющего большинства женщин на ранних сроках беременности была нормальной. На фоне рационального питания и приема Йодомарина 200 у всех женщин 1 группы содержание минералов в крови оставалось в пределах нормы. У женщин, принимавших витаминно-минеральный комплекс, достоверно выше был средний уровень железа в крови по сравнению с ранними сроками беременности, а также его концентрацией у женщин основной группы во 2-й половине беременности. Причем, 45% беременных 2 группы имели избыточное содержание железа в крови, сочетающееся в 25% случаев с дефицитом меди и у 15% — с дефицитом цинка.

Существенной особенностью микроэлементного статуса в группах наблюдавшихся женщин была динамика йодурии. Исходно в обеих группах медиана йодурии была низкой: соответственно 48 мкг/л и 47,5 мкг/л, что характерно для среднетяжелого йодного дефицита. Во 2-й половине беременности только в группе женщин, получавших Йодомарин 200, медиана йодурии достигла уровня 208 мкг/л. У женщин, получавших 150 мкг йода в составе витаминно-минерального комплекса, медиана йодурии была равна 126,4 мкг/л, что по современным представлениям недостаточно для предупреждения гестационной гипотироксинемии на поздних сроках беременности.

Уровень ТТГ у женщин обеих групп в 1 триместре беременности был в пределах нормы. Во 2-й половине беременности у женщин сравниваемых групп средняя концентрация ТТГ и свТ4 в крови оставалась нормальной и не имела достоверных различий. Однако у 7,5% женщин, получавших 150 мкг йода в сутки, во 2-й половине беременности развилась явная гипотироксинемия (уровень свТ4 < 10 пмоль/л).

Тиреоидный объем у женщин обеих групп на фоне йодной профилактики к концу беременности несущественно увеличился — в среднем, на 9,1-13,8%, что соответствует данным о небольшом физиологическом приросте объема щитовидной железы у беременных в условиях адекватного йодного обеспечения.

Следовательно, ежедневный прием беременной женщиной 150-200 мкг йода позволяет предотвратить гестационный зобогенез. Однако для надежного предотвращения гестационной гипотироксинемии беременным женщинам необходимо принимать не менее 200 мкг йода/сутки.

С позиций доказательной медицины основным критерием оценки клинического исследования является истинный клинический исход профилактического или лечебного вмешательства. Эффективность применявшихся в нашем исследовании способов йодной профилактики оценивалась по частоте осложнений беременности и родов в наблюдавшихся группах женщин.

Установлена существенно более высокая эффективность ежедневного применения 200 мкг калия йодида по сравнению со 150 мкг йода. Частота патологического течения беременности и родов



у беременных, получавших йодосодержащий витаминно-минеральный комплекс, была достоверно выше, чем у женщин, принимавших Йодомарин 200: 72,5% против 47,5% ( $p < 0,05$ ); отношение шансов — 2,91.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило доказать, что в регионе среднетяжелого йодного дефицита беременным женщинам необходим ежедневный прием не менее 200 мкг йода (1 таблетка Йодомарина 200) с целью надежной профилактики гестационной гипотироксинемии и ассоциированных с ней осложнений течения беременности и родов.

Низкое йодное обеспечение и дефицит витаминов в крови подавляющего большинства женщин на ранних сроках беременности обуславливают необходимость обязательного проведения прегра-видарной подготовки.

Установлено, что рациональное питание позволяет нормализовать витаминную обеспеченность беременных и по эффективности не уступает витаминно-минеральным добавкам. Прием витаминно-минеральных комплексов с достаточно высоким содержанием витамина А и железа может обусловить в ряде случаев повышенный уровень этих микронутриентов в крови, а также снижение концентрации меди и цинка, что необходимо учитывать врачам при назначении беременным и кормящим женщинам профилактического приема препаратов для коррекции микронутриентной недостаточности.

## **НЕОБХОДИМОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ**

**Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Нестеренко С.А.,  
Мариенко Т.Ф., Кондратьева Н.Я., Кияшко И.С.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Самара, Россия*

Сложным и до конца нерешенным является вопрос о показаниях к расширению объема операции до гистерэктомии сразу после кесарева сечения. Частота гистерэктомий после кесарева сечения колеблется от 0,02 % (N. Olsefo, 1989), 2,16 % (В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, 1998) до 9,2 % (А.Н. Рыбалка и соавт. 1989).

Учитывая крайне нежелательное расширение объема операции при кесаревом сечении с целью определения частоты, показаний и обоснованности удаления матки нами проведен ретроспективный анализ архивного материала родильного отделения, профилированного по преждевременным родам, ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Самары за 2004 год. Для анализа отобрано 10 историй родов женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения с последующим удалением матки.

На основании проведенного анализа частота удаления матки по родильному отделению составила 1,71 % к числу всех операций кесарева сечения и 44,20 на 10 000 родов. По области данный показатель составил соответственно 0,44 % и 7,7 ‰.

Из 10 женщин 7 были жительницами г. Самары, 1 — из сельского района области и 2 — иногородние. 40 % женщин госпитализированы на плановое родоразрешение. Каждые вторые роды были преждевременными при сроке гестации 26-36 недель.

Преимущественно (8 из 10) были повторнородящие. Отягощенный акушерский анамнез имели — 9, в том числе: рубец на матке после операции кесарева сечения при предшествующих родах (4), врожденный порок развития матки (1), неблагоприятный перинатальный анамнез (3).

Родилось живыми 9 детей, 5 из них с явлениями гипотрофии средне-тяжелой степени, 4 — в состоянии асфиксии, 3 — переведены в ОРИТ городской детской больницы.

Основными показаниями к удалению матки в срочном порядке у 40 % женщин явились массивные акушерские кровотечения (

величина кровопотери колебалась в пределах 27%-56% ОЦК), обусловленные предлежанием плаценты, гипотонией и отсутствием эффекта от консервативного лечения, у 20 % — инфекция в родах, вследствие криминального вмешательства и длительного безводного периода.

Планируемое расширение объема операции кесарева сечения у 40 % женщин обусловлено наличием множественной миомы матки.

Обращало внимание, что у всех женщин имели место очаги хронической инфекции, преимущественно урогенитальной сферы и органов дыхания.

Из осложнений беременности в группе женщин с массивными акушерскими кровотечениями преобладали: умеренно выраженная анемия, явления вегето-сосудистой дистонии, гестоза легкой степени.

У всех женщин с миомой матки отмечались явления угрозы прерывания беременности, в связи с чем неоднократно получали стационарное лечение. Их средний возраст составил 36 лет.

Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде проводилась адекватная инфузионно-трансфузионная терапия под контролем клинических и лабораторных показателей.

Результаты патоморфологического исследования тканей удаленной матки соответствовали клиническому диагнозу. Исследование плаценты свидетельствовало о хронической плацентарной недостаточности I и II степени у 80 % женщин.

У всех родильниц послеоперационный период протекал удовлетворительно, две из них получали интенсивное лечение в ОРИТ.

Среднее пребывание женщин после родоразрешения составило в среднем 7,4 койко дня. Все родильницы и 6 новорожденных детей выписаны в удовлетворительном состоянии домой, переданы под наблюдение женской консультации и детской поликлиники.

На основании проведенного анализа можно сделать выводы:

Расширение объема операции сразу после кесарева сечения было обоснованным и адекватным.

Основными причинами удаления матки были кровотечения при неэффективности консервативного лечения, множественная миома матки, инфекция в родах.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

**Лазарева Н.В., Ильяшевская Р.Я., Нестеренко С.А.,  
Попова М.Г., Родионова Н.А., Слободина В.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» ММУ ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова*

Во всех странах мира отмечается высокая и не имеющая тенденции к снижению частота абдоминального родоразрешения, что создает актуальную проблему — ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения.

По данным РФ, частота операции в последнее десятилетие возросла в 3 раза, в 2000г. она составила 14,3% и продолжает повышаться. Во многих клинических учреждениях России, являющихся коллекторами акушерской патологии, частота кесарева сечения превышает 30-40 %. Получается, что мы сами создаем себе проблему, что бы ее решать?

Два подхода по ведению женщин: первый по совокупности относительных показаний родоразрешить женщину в плановом порядке путем операции кесарева сечения; второй — вести роды через естественные родовые пути, у женщин специально отобранной группы.

Повторное кесарево сечение следует относить к сложным операциям с высокой частотой интраоперационных и послеоперационных осложнений, такими как, ранения соседних органов, якорные разрезы нижнего сегмента матки, послеоперационные эндометриты и тромбозы вен. Вместе с тем, современные технические особенности кесарева сечения (поперечный разрез

в нижнем сегменте матки, применение синтетических шовных материалов, новые методы зашивания матки и др.) способствуют формированию после операции полноценного маточного рубца, выдерживающего нагрузку при последующих беременностях и родах. Большинство авторов отдает предпочтение спонтанному началу родовой деятельности и в дальнейшем ведению родов через естественные родовые пути.

Цель исследования изучить возможность родоразрешения через естественные родовые пути у женщин ранее перенесших операцию кесарева сечения в нижнем сегменте с поперечным разрезом в условиях 21 родильного отделения Городской клинической больницы № 1 им Н.И. Пирогова.

Материал и методы. Нами проанализировано 11 историй самопроизвольных родов у женщин после операции кесарева сечение. Возраст женщин колебался в пределах 19-21 год — 3 (27,3%), 25-27 лет — 6 (54,4%) и 29-33 года — 2 (18,1%) женщин. Кесарево сечение выполнено при первых родах в плановом порядке 7 (63,6 %) и в экстренном порядке 4 (36,3 %) женщин. Из них 5 (45,4 %) — малое кесарево сечение.

Показанием к операции были: прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям, ягодичное предлежание при доношенной беременности, ягодичное предлежание в сочетании с макросомией, тяжелое заболевание щитовидной железы. Во всех случаях выполнялось типичное кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Послеоперационный период протекал без осложнений и составил 7-8 дней. Перерыв между родами составил в среднем 4 года и лишь в одном случае удлинился до 10 лет. Анамнез без осложнений. Менструальные и репродуктивные функции у женщин не были отмечены. Повторные беременности наступили спонтанно, по желанию женщины, с хорошей прегравидарной подготовкой. Беременность в большинстве случаев протекала без осложнений. Только у двух женщин (18,1%) наступившая беременность осложнилась гестозом второй половины беременности средней степени тяжести. В одном случае (9,05%) был отмечен холестатический гепатоз, атипичное течение. Субъективных клинических жалоб несостоятельности рубца вне беременности так и во время беременности отмечено не было. Дородовая госпитализация преобладала в сроке 37-38 нед. и лишь одна женщина (9,05%) была госпитализирована в сроке 32 нед с угрозой прерывания беременности. Дородовая госпитализация включала подготовку шейки матки к родам, УЗИ контроль за плодом и состоянием рубца, КТГ контроль, профилактику гипоксии плода. В результате проведенного лечения шейки матки была успешно подготовлена и установлена 4-ая степень биологической зрелости шейки матки. В одном случае родовая деятельность развилась в 32 нед, несмотря на проводимую токолитическую терапию. Две (18,1%) поступили в род. дом с началом родовой деятельности. Всем женщинам было выполнено УЗИ исследование. Определялось место расположения плаценты в области: в 9 (81,7%) плацента располагалась в дне матки, в одном случае (9,05%) — в области задней стенке, и в 1 (9,05%) — в области передней стенке. У всех женщин были отмечены УЗИ — признаки состоятельности рубца на матке. Программированное родоразрешение проведено у 9 (81,7%) женщин. Метод родовозбуждения — амниотомия. В двух (18,2%) случаях имели место самопроизвольные роды. Осложнений в родах не отмечалось. Средняя продолжительность родов составила 7 час. Во время родов проводился КТГ контроль за состоянием плода и наружная чревожная токография характера родовой деятельности. Оценка новорожденных по шкале Апгар распределилась следующим образом: оценку 8 баллов получило 9 (81,7%) детей; 7 баллов — 1 (9,05%), ребенок, 5 баллов — 1 (9,05%) ребенок (срок гестации — 32 недели). Масса детей варьировала в пределах от 3000,0 до 4000,0г.

Масса недоношенного ребенка составила 1250,0г. Роды закончились ручным обследованием полости матки, при котором патологии выявлено не было. Ребенок был переведен на этап дальнейшего выхаживания в отделение недоношенных Городской детской больницы №1. Остальные дети были выписаны домой с мамами на 5-7 сутки.

Таким образом, роды через естественные родовые пути у женщин, перенесших ранее абдоминальное родоразрешение, являются реальностью при условии своевременного комплексного подхода к их ведению. Это реальный резерв для снижения частоты кесарева сечения в плане профилактики перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ. ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

Ландеховский Ю.Д., Комисарова Л.М., Фролова О.Г.,  
Николаева Е.И.  
ГУ НЦ АГиП РАМН, Москва

Проблема родоразрешения путем кесарева сечения в последние годы активно дискутируется в связи с увеличением его частоты, снижением эффективности в отношении репродуктивных потерь при достижении определенного уровня (10-15%), а также негативного влияния оперативного вмешательства на репродуктивное здоровье женщин. В Российской Федерации за последнее десятилетие частота кесарева сечения существенно возросла как в процентах к общему числу родов, так и в абсолютных числах: в 1990 г. — 6,9% (133 649), 1995 г. — 10,1 (134 500), 2000 г. — 14,3% (176 786), 2005 г. — 17,86% (250 755). Частота оперативного родоразрешения по федеральным округам колебалась в 2004 г. от 15,1% (Южный) до 18,0% (Дальневосточный).

Вместе с тем кесарево сечение, как оперативное вмешательство, несет риск осложнений и смерти женщины, поэтому необходимо аргументированно определить показания к производству кесарева сечения.

Цель разработки протокола ведения больных «Кесарево сечение» — выработка доказательно оптимизированного подхода к показаниям данной операции.

Оказание медицинской помощи по Протоколу ведения больных «Кесарево сечение» должно проводиться в соответствии с моделями пациенток, каждая из которых представляет конкретное описание клинической ситуации и учитывает характеристики, определяющие возможность и необходимость описания технологии медицинской помощи при отдельных видах патологии, выступающих в качестве показаний к кесареву сечению.

В основу разработки ситуационных моделей включены следующие требования: клиническая ситуация, группа заболеваний, профиль подразделения или учреждения, функциональное назначение подразделения или учреждения.

С учетом этих переменных были разработаны 3 ситуационные модели пациентов, родоразрешенных посредством кесаревым сечением.

I модель —, родоразрешение посредством elective кесарева сечения. II модель —, родоразрешение посредством срочного кесарева сечения. III модель —родоразрешение посредством кесарева сечения с гистерэктомией.

Критерии и признаки, определяющие I модель пациента

1) Наличие беременности 28 полных недель и более; 2) Отсутствие схваток

3) Наличие сердцебиения плода.

4) Наличие одного из следующих признаков (или любое их сочетание):

Полное или не полное предлежание плаценты; Анатомический узкий таз II-III степени сужения; опухоли или деформация костей таза; поперечное или косое положение плода; Тазовое предлежание плода в сочетании с акушерской или экстрагенитальной патологией; Отягощенный акушерский анамнез; Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести, тяжелая преэклампсия, при неподготовленности родовых путей; Тяжелые экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации; Множественная миома матки больших размеров; Дегенерация миоматозного узла; Длительное

бесплодие в анамнезе; Экстракорпоральное оплодотворение; Две операции кесарева сечения в анамнезе; Состояние после операций на тазобедренных суставах и тазе; Опухоли органов малого таза, блокирующие родовые пути; Пороки развития матки и влагалища; Пластические операции на шейке матки; Ушивание мочеполювых и кишечно-половых свищей; Разрывы шейки матки и промежности III степени в анамнезе; Наличие выраженного варикоза вен в области влагалища и вульвы; Первородящая старше 30 лет в сочетании с акушерской или экстрагенитальной патологией; Плацентарная недостаточность, не поддающаяся лечению; Гемолитическая болезнь плода при неподготовленности родовых путей.

Критерии и признаки, определяющие II модель пациента

- 1) Наличие беременности 28 недель и более;
- 2) Наличие схваток;
- 3) Наличие сердцебиения плода.
- 4) Наличие одного из следующих признаков (или любое их сочетание):

- Клинически узкий таз; Отсутствие эффекта от родовозбуждения при преждевременном излитии вод; Аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии; Отслойка нормально или низко расположенной плаценты; Тяжелая преэклампсия, эклампсия при неподготовленности родовых путей; Угрожающий или начинающийся разрыв матки; Затрудненные роды вследствие неправильного вставления или предлежания плода; Предлежание или выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях; Острая гипоксия плода.

Критерии и признаки, определяющие III модель пациента:

- 1) Наличие беременности 28 недель и более;
- 2) Наличие одного из следующих признаков (или любое их сочетание):

Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови; Массивное кровотечение с нарушением свертываемости крови во время кесарева сечения. Множественная миома матки больших размеров.

Предлагаемые ситуационные модели пациентов, родоразрешенных посредством кесарева сечения, будут способствовать формированию единых подходов к выбору показаний данной операции.

## **ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ**

**Лапицкий Д.А., Горин В.С., Серебrenникова Е.С., Рудыка В.Н.**  
*Новокузнецк, Новосибирск*

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

Более 10-ти лет для оценки функционального состояния беременных мы используем методику экспресс-диагностики метаболического и нейровегетативного обеспечения. В параметрах медленных колебательных процессов гемодинамики (МКГ) трансформированы интегративные сведения об информационно-энергетических состояниях как на уровне отдельных систем (ЦНС, ВНС, сердечно-сосудистая, дыхательная система, система метаболизма, эрго- и трофотропные системы), так и межсистемных связей. Изменения в сердечно-сосудистой системе материнского организма фиксируются при изучении МКГ с ранних сроков и дают возможность воздействовать на различные звенья патологического процесса, улучшая маточно-плацентарный кровоток и энергообеспечение плода.

В зависимости от типа реактивности МКГ определяется тактика лечебного процесса, проводится индивидуальная комплексная терапия. Лечение осложнений беременности проводится с уче-

том выявленных типов регуляции МКГ, реактивности и резервных возможностей организма. Наблюдение за проводимой терапией позволяет избежать полипрагмазии, оптимизировать ведение женщин из группы риска по развитию ФПН.

Для подтверждения выдвинутых положений обследовано 264 беременные женщины, из них 210, относящиеся к группе риска по развитию ФПН (с низкой плацентацией) и 54 — с нормальным расположением плаценты. Все беременные разделены на три группы: 1-я — 105 беременных, у которых в 1-м триместре установлена низкая плацентация,

в этой группе с ранних сроков проводилась коррекция выявленных регуляторных, метаболических, а с 32 недель и гемодинамических нарушений; 2-я — 105 беременных, у которых с ранних сроков определялась низкая плацентация, они велись согласно МЭСов; 3-я — 54 беременных с нормальным расположением плаценты (контроль).

УЗИ проводилось аппаратом «Аloka-630» в реальном масштабе времени линейным и секторальными датчиками 3,5 Мг трансабдоминально либо трансвагинально. Всем беременным перед выполнением УЗИ после 32 недель проводили запись КТГ в течение 60 минут на аппарате Fetalgard-2000, с оценкой по шкале W.Fischer (1976).

У всех беременных определяли состояние маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока с использованием УЗ аппарата «Schymadzu», оснащенного доплеро-ским блоком с генерацией ультразвуковых волн в пульсирующем режиме. Маточно-плацентарный кровоток оценивали в маточных артериях, исследовали кровоток в артерии пуповины и в грудном отделе аорты плода. Допплерометрия проводилась всем беременным женщинам дважды — в 32 и 38 недель.

Оценка нейровегетативной регуляции проводилась на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери. Этот метод включал регистрацию ЭКГ, его обработку на ПКВМ по программе цифрового спектрального анализа (Марпл-мл. С.М., 1990). Использовали периодограммный метод Уэлча. При записи МКГ регистрировали системное АД, частоты сердечных сокращений по кардиосигналу, а также проведение функциональных нагрузочных проб: умственной и гипервентиляции, которые являются физиологичными и бимодальными, затрагивающими оба отдела ВНС. В ходе исследования были определены оптимальные спектральные показатели variability ритма сердца (BPC) у здоровых беременных. Выявлено, что в условиях нормы гестационная динамика нейро-вегетативного баланса по спектральным оценкам BPC матери характеризуется увеличением парасимпатического тонуса к 15-18 неделям с прогрессивным его снижением к концу беременности.

Запись МКГ проводили в 18-20 недель, в соответствии с выявленными нарушениями применялись различные комбинации лечения у всех беременных. При оптимальных типах МКГ корректирующая терапия не проводилась. При высокоэнергетическом типе проводилась седативная терапия, антиоксиданты, спазмолитики. Низкоэнергетический тип предполагал введение энергетических смесей, проведение оксигенотерапии и введение актовегина внутривенно капельно №10 с последующим переходом на приём внутрь.

При проведении нагрузочных проб и выраженном подъеме спектра проводилась седативная терапия, а при общей депрессии компонентов вводились энергетические смеси. Сниженная восстановительная способность корректировалась седативной терапией и назначением антиоксидантов. Этот комплекс лечения проводился в течение 2-х недель, после чего оценивалось состояние беременной, по показаниям исследование проводилось в 32 недели. Повторно все беременные обследованы в 38 недель.

В 1-ой половине беременности в 1-ой группе частота отслойки хориона была в 11,4% случаев, во 2-ой — 10,8%; невынашивание беременности в 1-ой — 16,2%, во 2-й — 17,6%. Угроза прерывания носила длительный характер, неоднократно повторялась, приводила к отслойке плаценты, анемизации и формированию во 2-й половине беременности ФПН (в 1-й группе — 57,1%, во 2-й — 62,7%), СЗРП (в 1-й — 10,5%, во 2-й — 18,6%), угрозы преждевременных родов (в 1-й

9,5%, во 2-й - 31,4%), отслойки плаценты (в 1-й - 2,9%, во 2-й - 16,7%). Антенатальные потери во 2-й группе составили 2,9%, в 1-й группе их не было. В 3-й группе угроза прерывания в 1-й половине была в 5,3%, во 2-й половине в 3,5%, ФПН составила 3,5%. Частота осложнений 2-й половины беременности в 1-й группе была значительно ниже, чем во 2-й группе, что мы связываем с проведенным лечением.

Беременность закончилась срочными родами в 1-й группе - у 92,5% женщин, во 2-й - у 79,4% и в 3-й группе - у 100%. Преждевременные роды были в 3,8%, 18,6% и 0% соответственно. Кесарево сечение (КС) произведено в 1-й группе - у 11,4%, 2-й - 38,3% и 3-й - 1,8%. Из них плановых, соответственно, 6,6%, 24,5% и 0%, экстренных - 4,8%, 13,7% и 1,8%. Максимальное количество осложнений было во 2-й группе, среди которых преобладают кровотечения - 19%, гипоксия - 63%, преждевременный разрыв оболочек - 18%, тогда как данная патология составила 3,8%, 35,5% и 15,4% соответственно. Интранатальная гибель произошла в 1% у женщин 2 группы с отслойкой краевого предлежания плаценты при глубоко недоношенном плоде. Показания к КС в 1 группе: плановое - полное предлежание плаценты - 3, рубец на матке - 4; во 2-й группе - предлежание плаценты - 20, рубец на матке - 5. Показания к экстренному КС в 1-й группе: отслойка низко расположенной плаценты - 2, клиническое несоответствие - 1, поперечное положение плода - 1, дистресс-плода - 4; во 2-й группе - отслойка низко расположенной плаценты - 12, прочие показания - 2. В 3-й группе экстренное КС произведено в одном случае.

Кровопотеря при самопроизвольных родах в 1 группе -  $267 \pm 82$  мл, во 2-й -  $420,2 \pm 47$  мл, в 3-й -  $122 \pm 12$  мл. Средняя кровопотеря во время операции КС у женщин 1 группы -  $639 \pm 87$  мл, 2-й -  $835 \pm 243$  мл, 3-ей -  $563 \pm 71$  мл.

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

Количество новорожденных в 1 группе - 105 (одна двойня), во 2-й - 102 (две двойни) и в 3-ей - 54, из них недоношенных - 3,8%, 18,6% и 0% соответственно. Живорожденные в 1-й группе составили 100%, во 2-й - 96,2%, 3-й - 100%. Во 2-й группе умершие относились к недоношенным, погибли в связи с отслойкой низко расположенной плаценты.

Оценка состояния новорожденных в группах показала, что в 1-й группе недоношенные составили 3,8%, во 2-й - 18,6% и в 3-й таковых не было; маловесные - 0,9%, 18,6%, 0%; СДР - 0,9%, 9,2%, 0%; СЗРП - 9,5%, 16,3%, 1,8%, асфиксия новорожденного - 12,4%, 23,4% (тяжелой степени - 4,1%), 0%. Таким образом, состояние новорожденных 2 группы было наиболее тяжелым по сравнению с 1-й группой, а тем более с 3-й.

Исследование показало, что женщины с низкой плацентацией относятся к группе высокого риска по развитию осложнений беременности и в родах. При этом, у них чаще встречаются прерывания беременности, кровотечения, ФПН, оперативное родоразрешение.

Своевременно выявленные нарушения вегетативного равновесия у беременных с низкой плацентацией и последующей коррекцией ведет к снижению осложнений во время беременности и родов, улучшению состояния новорожденных, снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭКТРОПИОНА

Ли Б., Иванова М.Н., Минаев Н.Н.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Актуальность. Снижения перинатальных потерь при повторных родах является одной из самых насущных проблем акушерской практики. Посттравматический эктропион является одной

из ведущих причин как невынашивания беременности, так и ее инфицированности. Виды лечения этой формы фоновой патологии различны - они колеблются от сложных пластических операций до рутинных манипуляций типа диатермокоагуляции и криодеструкции.

Цель. Оценка эффективности различных форм лечения посттравматической деформации шейки матки с позиции восстановления генеративной функции у таких пациентов.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы течение повторной беременности и родов у 100 женщин, перенесших различные виды хирургического лечения травматической деформации шейки матки. Были сформированы 2 контрольные группы: 50 практически здоровых женщин (I контрольная группа) и 50 женщин, имевших посттравматическую деформацию шейки матки, которую они отказались лечить по независимым от врача причинам (II контрольная группа).

Полученные результаты. Анализ качества восстановления анатомической целостности шейки матки и ее наружного зева показал, что пластические методики восстановления деформаций шейки матки имеют статистически значимые преимущества перед электродиатермокоагуляцией ( $t = -12,3963$ ,  $P < 0,0001$ ).

Генеративная функция женщин после проведенной хирургической коррекции шейки матки: частота бесплодия у женщин, перенесших пластическую операцию на шейке матки, была достоверно ниже, чем у женщин, перенесших электродиатермокоагуляцию.

У пациенток, перенесших диатермокоагуляцию шейки матки, впоследствии было достоверно больше самопроизвольных выкидышей, чем у женщин с пластической коррекцией деформации шейки. Минимальное количество осложнений беременности наблюдалось во II исследовательской группе (женщины, перенесшие пластику шейки матки). По этому критерию имелось статистически достоверное отличие от II контрольной и I исследовательской групп, но не было отличия от I контрольной группы (практически здоровые женщины). У пациенток, перенесших пластику шейки матки, наблюдались, в основном, изолированные формы патологии беременности, в то время как у женщин после диатермокоагуляции имели место сочетанные формы. В I контрольной и II исследовательской группах число сочетанных форм патологии беременности было статистически достоверно ниже, чем во II контрольной и I исследовательской группах.

Вес детей родившихся при повторных родах у женщин, перенесших диатермокоагуляцию, был статистически достоверно ниже, чем у женщин после пластики шейки матки ( $3311,0 \pm 40,13$  г vs  $3621,0 \pm 19,26$ ;  $t = -6,9647$ ,  $P < 0,001$ ). При этом во II контрольной и I исследовательской группах (пациентки с нелеченной деформацией шейки матки и пациентки после диатермокоагуляции) имелась статистически достоверное уменьшение веса детей при повторных родах (вес детей при 1-х и 2-х родах во II контрольной группе:  $3660,2 \pm 48,56$  vs  $3343,8 \pm 48,90$ ;  $t = 4,5860$ ,  $P < 0,0001$ ; вес детей при 1-х и 2-х родах в I исследовательской группе:  $3708,5 \pm 46,16$  vs  $3311,0 \pm 40,13$ ;  $t = 6,4997$ ,  $P < 0,0001$ ).

Заключение. Преморбидный фон во время беременности у пациенток, перенесших пластику шейки матки, был более благоприятен, чем у пациенток после электродиатермокоагуляции. Пациентки после пластики по основным показателям течения беременности практически не отличались от практически здоровых женщин. Состояние детей при повторных родах у пациенток, перенесших электродиатермокоагуляцию, оценивалось хуже, чем у женщин после пластических операций на шейке матки. Пластические операции на шейке матки позволяют полноценнее восстановить генеративную функцию женщин и снизить перинатальные потери при повторных родах.

# ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ли О.А., Ниаури Д.А.

Россия, г. Санкт-Петербург, медицинский факультет ГОУ ФАО  
«СПбГУ», СПбГУЗ «Родильный дом №10»

Метаболический синдром (МС) — это сравнительно новый термин, введенный в 1988г. Ревен, обозначающий комплекс обратимых метаболических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность. Согласно новому определению Международной диабетической федерации наличие абдоминального ожирения и любых двух из следующих факторов — артериальной гипертензии, гипергликемии, гипертриглицеридемии и снижения уровня липопротеинов низкой плотности — может быть определено как МС. В последнее время в литературе появилось понятие полнокомпонентного МС, то есть сочетания центрального ожирения и двух и более из вышеперечисленных факторов, и неполнокомпонентного МС, который включает в себя только абдоминальное ожирение и один из этих факторов. Распространенность МС колеблется, по различным данным, в пределах 5-20%.

Целью исследования явилось выявить особенности течения беременности и родов у женщин с метаболическим синдромом.

Был проведен ретроспективный анализ 4000 историй родов, произошедших в родильном доме №10 г.Санкт-Петербурга за 2005 год. У 482 женщин (что составило 12% от общего числа) имел место такой признак МС, как абдоминальное ожирение на фоне повышенного индекса массы тела (окружность талии до беременности >89 см, ИМТ до беременности >25). Из них у 206 (5,15%) абдоминальное ожирение сочеталось с артериальной гипертензией, предшествующей беременности (АД>130/85 мм рт. ст.). А у 87 (2,18%) отмечались все три основных компонента МС: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия и нарушение толерантности к глюкозе (сахар крови натощак >5,5ммоль/л).

Частота угрозы прерывания и невынашивания беременности была выше популяционной (22%), однако у женщин с полнокомпонентным МС встречалась достоверно чаще, чем у женщин с неполнокомпонентным МС (37,8% и 25,3% соответственно,  $p<0,05$ ). Гестоз (преэклампсия) развивался у всех беременных с полнокомпонентным МС и у 91,2% беременных с неполнокомпонентным ( $p<0,05$ ), что существенно превышает популяционную частоту (11-14%). Плацентарная недостаточность также встречалась чаще у беременных в рассматриваемой группе по сравнению с ее распространенностью в популяции (4-7%), причем у беременных с полнокомпонентным МС ее частота была достоверно выше, чем при неполнокомпонентном (35,1% и 16,6% соответственно,  $p<0,05$ ).

У 55 женщин беременность закончилась преждевременными родами(11,3%), у остальных — срочными, однако более трех четвертей из них имели те или иные отклонения от нормального течения родового акта. Частота преждевременного излития околоплодных вод существенно превышала популяционную (12%), и у беременных с полнокомпонентным МС она была выше, чем с неполнокомпонентным ( 29,7% и 24,5% соответственно), однако разность показателей недостоверна. Подобная тенденция отмечалась и в отношении других осложнений в течении родов, таких как слабость родовой деятельности (43,2% и 39,8% соответственно, разность недостоверна) при аналогичном показателе в популяции 10-11%, и гипоксия плода (27% и 18,8% соответственно,  $p<0,05$ ) при популяционном показателе — 4-6%.

Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения у женщин с МС также превышала этот показатель по родильному дому №10 за 2005г. (13,5%). Причем среди беременных с полнокомпонентным МС этим методом было родоразрешено достоверно большее число женщин (27,3%), чем в группе с неполнокомпонентным МС (17,9%,  $p<0,05$ ).

Таким образом, проведенный анализ показал, что, рассматривая женщин с МС в качестве группы риска по осложненному течению

беременности и родов, следует учитывать, что с позиции перинатального акушерства особого внимания заслуживают именно беременные с полнокомпонентным метаболическим синдромом.

# БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА

Липман А.Д., Козина О.В., Мельник Е.В.

Москва, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова,  
Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета

Актуальность. В акушерстве проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани весьма актуальна, поскольку среди больных преобладают женщины репродуктивного возраста. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов.

Цель: изучение характера и частоты акушерских осложнений, исходов родов у беременных с соединительнотканнными дисплазиями сердца (ДСТС).

Пациенты и методы. Обследовано 280 беременных женщин с синдромом ДСТС в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст 29,5 ±0,5 лет). 1 группу составили 200 (71,4%) беременных с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани (внешними и висцеральными) в сочетании с диспластическими аномалиями сердца, 2 группу — 80 (28,6%) беременных с изолированными соединительнотканнными дисплазиями сердца

в I, II и III триместрах беременности. Группу контроля составили 30 здоровых беременных (средний возраст — 29,1±0,5 лет).

Общеклиническое обследование беременных женщин выполнялось по стандартной схеме, используемой в клинике акушерства и гинекологии ММА им. И.М.Сеченова, включавшее в себя выяснение жалоб, сбор анамнеза, оценку состояния органов и систем, акушерский статус. С целью исследования состояния плода использовали: ультразвуковое сканирование, доплерометрия кривых скоростей кровотока в системе «мать-плацента-плод», кардиотокографию плода. Все беременные многократно обследовались в условиях поликлиники и стационара совместно акушером и терапевтом.

Результаты. Одним из частых осложнений беременности у обследованных женщин была угроза ее прерывания. Это осложнение возникло в I триместре у 49,5% пациенток 1-ой и 42,5% беременных 2-ой группы с ДСТС (в контрольной группе — у 10% женщин), во II триместре — у 54,3% беременных 1-ой и 41% беременных 2-ой группы (у здоровых — у 13,3%), в III триместре — у 39,5% пациенток 1-ой и 29,4% женщин 2-ой группы (у здоровых — у 6,6%). На фоне угрозы прерывания беременности произошел самопроизвольный выкидыш у 4-х пациенток 1 группы с ДСТС в I триместре, у 1-й женщины во II триместре. У беременных 2 группы с ДСТС самопроизвольный выкидыш в I триместре произошел у 2 (2,5%) женщин, во II триместре — у 1 (1,25%) пациентки. При этом исключены нейроэндокринные нарушения, хромосомные и генные аномалии, инфекционные заболевания, передаваемые половым путем, антифосфолипидный синдром, хронический ДВС, которые могли бы быть причиной акушерских осложнений.

Достаточно частым осложнением беременности у женщин 1 группы с ДСТС (у 17,3%) была истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Во 2 группе это осложнение встречалось у 2,5% беременных. Всем пациенткам произведена ее хирургическая коррекция. У 1 пациентки 1 группы на фоне ИЦН произошли преждевременные роды в 28 недель (ребенок умер в возрасте 39 дней). У здоровых беременных это осложнение не наблюдалось.

Нередко у женщин с ДСТС диагностировался гестоз: у 45,5% беременных 1 группы и 41,4% беременных 2 группы. Гестоз легкой степени наблюдался у 34,3% пациенток 1-ой и 33,7% женщин 2-ой группы. Тщательное наблюдение за состоянием беременных и своевременные профилактика и лечение тяжелых форм гестоза (иммуноцитотерапия, назначение низких доз антиагрегантов)

предупредили у большинства женщин переход в тяжелую форму. Однако у 11,3% пациенток 1-ой группы и 7,7% беременных 2-ой группы с СДСТ развился гестоз средней и тяжелой формы. У 3 (1,5%) беременных 1-ой и 1 (1,3%) женщин 2-ой группы с тяжелой формой гестоза на фоне СДС возникла необходимость досрочного родоразрешения в сроки 34-36 недель по витальным показаниям.

В группе здоровых женщин гестоз развился у 16,6% беременных.

Еще одной особенностью течения второй половины беременности у пациенток с СДС была высокая частота плацентарной недостаточности — 56,4% (1 группа) и 49,2% (2 группа), что достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у здоровых женщин (16,6%). Основным клиническим проявлением плацентарной недостаточности у беременных с СДС была хроническая внутриутробная гипоксия, которая выявлялась у 43,6% пациенток 1 группы и 44,1% пациенток 2 группы, что достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у женщин контрольной группы. У 3 (1,5%) пациенток 1 группы с СДС произошла острая внутриутробная гипоксия на фоне хронической, которая потребовала досрочного родоразрешения. У 12,8% беременных 1 группы и 5,1% женщин 2 группы с СДС выявлялась внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП). В контрольной группе это осложнение не диагностировалось. У 1 (0,5%) пациентки 1 группы с СДС на фоне плацентарной недостаточности произошла антенатальная гибель плода.

У 3 (1,5%) плодов у женщин 1 группы с СДСТС были выявлены различные пороки сердца (новорожденные умерли в постнатальном периоде). У 1 (1,3%) женщины 2 группы с СДСТС антенатально диагностировали множественные пороки сердца плода (произошел индуцированный поздний выкидыш).

В контрольной группе перинатальных потерь не было.

195 (97,5%) из 200 беременностей у пациенток 1 группы, 77 (96,3%) из 80 беременностей у пациенток 2 группы с СДС и 30 (100%) беременностей у здоровых женщин закончились родами.

При анализе родов обращало на себя внимание, что у 23 (11,7%) женщин 1 группы и 1 (1,3%) женщины 2 группы с СДСТС произошли преждевременные роды. В 1 группе их причинами были: дородовое излитие околоплодных вод (43,4%), несостоятельность рубца на матке (8,9%), тяжелый гестоз (13%), острая гипоксия плода (13%), отслойка нормально расположенной плаценты (4,3%), другие (8,9%). У 2 (8,6%) пациенток произошли индуцированные преждевременные роды (антенатальная гибель плода, пороки развития). Во 2 группе причиной преждевременных родов был тяжелый гестоз. В контрольной группе все роды были своевременными.

Самопроизвольные роды произошли у 70 (35,9%) женщин 1 группы с СДСТС, у 46 (59,7%) женщин 2 группы с СДСТС, у 19 (63,4%) здоровых беременных. Кесарево сечение в плановом порядке произведено 91 (46,7%) пациентке 1 группы с СДСТС, 31 (40,2%) пациентке 2 группы с СДСТС, 8 (26,6%) здоровой беременной. Кесарево сечение в экстренном порядке произведено 34 (17,4%) женщинам 1-ой и 1 (0,1%) пациентке 2-ой группы с СДСТС, 3 (10%) здоровым беременным.

Всего в 1 группе родилось 194 живых ребенка, из них недоношенных — 11,2%, что превысило уровень недоношенных в общей популяции — 5,6% (по статистике ВОЗ). Во 2 группе родилось 77 живых ребенка, из них 1 (1,3%) недоношенный. Масса доношенных детей у пациенток 1 группы с СДСТС составила  $3360 \pm 31,2$  граммов, у женщин 2 группы с СДСТС —  $3510 \pm 51,3$  граммов, у здоровых женщин —  $3540 \pm 54,9$  грамма.

Выводы. Таким образом, у женщин с СДС акушерские осложнения наблюдаются в 1,5-2 раза чаще, чем у здоровых беременных.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА

Логотова Л.С., Петрухин В.А., Гурьева В.М.,

Бурумкулова Ф.Ф., Капустина М.В. Цивцивадзе Е.Б.,  
Россия, г. Москва, МОНИИАГ.

Распространенность тиреотоксикоза во время беременности не превышает 0,05-3%. Практически все случаи тиреотоксикоза у

беременных женщин обусловлены болезнью Грейвса (БГ). Несмотря на редкость, эта патология щитовидной железы (ЩЖ) может привести не только к перинатальной, но и материнской смертности в результате развития тяжелого гестоза и декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения гестоза и применение метода суточного мониторинга артериального давления (СМАД) с целью профилактики развития тяжелых его форм у беременных с БГ.

Материалы и методы. Нами были обследованы и родоразрешены 105 беременных с БГ в возрасте от 17 до 42 лет. Стаж заболевания составил от 6 месяцев до 17 лет. У 37 (35%) женщин беременность наступила на фоне компенсации (I группа), у 68 (65%) — на фоне декомпенсации основного заболевания (II группа), из них у 16 беременных БГ была выявлена в данную беременность. Рецидив заболевания во время беременности отмечен у 31 (29,5%) пациентки.

Обследование включало в себя, помимо общеклинических и гормональных методов исследования, проведение СМАД и изучение показателей центральной гемодинамики (ЦГД). Исследование проводилось в сроки беременности 20-22, 28-32 недели гестации и перед родоразрешением. Максимальное число исследований у одной пациентки составило 5 раз. Степень тяжести гестоза оценивали по балльной шкале Goeck в модификации Г.М.Савельевой

Немногочисленные данные литературы свидетельствуют о высокой частоте осложнений беременности у пациенток с БГ. Так, ранний токсикоз наблюдался у 61 (58,6%) беременных обеих групп. Течение гестации осложнилось угрозой прерывания беременности в I триместре у 48 (45%), во II триместре — у 21 (20%) пациентки. Явления угрозы преждевременных родов наблюдались у 23 (21%) беременных. Достоверных различий между группами не выявлено.

В обеих группах отмечался высокий процент водянки и гестоза легкой степени тяжести: в I группе в 7 (19%) и 6 (16%), во II группе — в 18 (26%) и 14 (20,5%) наблюдений соответственно. Гестоз средней степени тяжести имел место у 2 (5,4%) беременных I группы и у 7 (10,2%) беременных II группы. Случаев тяжелого гестоза у беременных I группы не было, во II группе он имел место у 6 (8,8%) беременных, причем в 2-ух случаях произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Симптомы гестоза у беременных I группы выявлялись в 34-39 недель гестации, в то время как у пациенток II группы они были диагностированы, начиная с 18-20 недели беременности. Отеки (как симптом гестоза) были диагностированы у 50 (48,5%) беременных. Генерализованные отеки были выявлены только у пациенток II группы и составили 10%. Протеинурия наблюдалась в 14 (13%) случаях, из них в I группе у 2 (5,4%) беременных и составила не более 0,132 г/л. Во II группе у 10 (83%) пациенток потеря белка до 1 г/л, у 2 (17%) — более 1 г/л. Признаки фетоплацентарной недостаточности (ФПН) отмечены у 40% беременных I группы и 82% беременных II группы. В I группе перинатальных потерь не отмечено, в то время как во II группе имелось 2 антенатально погибших плода.

Ведущим симптомом в клинике гестоза у беременных с БГ является АГ. Нами была предпринята попытка индивидуального рассмотрения кривых СМАД, которая позволила выявить 4 характерных для них типа.

I тип кривой не сопровождается повышением систолического (САД) и диастолического АД (ДАД). Среднесуточное САД не превышает 118 мм.рт.ст., ДАД — 78 мм.рт.ст. Пульсовое АД (ПАД) от 40 до 50 мм.рт.ст., кривая ЧСС располагается между кривыми САД и ДАД. При исследовании ЦГД — эукинетический тип кровообращения, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) в норме или снижено (менее 1000 дин см сек<sup>-5</sup>), ударный выброс (УО) и минутный объем (МОК) в норме. Гипотензивная терапия в этом случае не показана. Этот тип кривой имел место у 45 беременных с БГ (43%). При I типе кривой не отмечалось развития гестоза средней или тяжелой степени.

При II типе кривой отмечалось повышение преимущественно САД, ДАД не повышено, в некоторых случаях даже снижено. ПАД увеличено, отмечается тахикардия. При исследовании ЦГД — гиперкинетический тип кровообращения, ОПСС в норме или незначительно повышено, МОК > 5,5 л/мин. Гипотензивная терапия в таких

случаях показана; препаратом выбора являются селективные  $\alpha$ -адреноблокаторы. II тип кривой имел место у 12 беременных (11,4%), из которых у 6 (5,7%) развился гестоз средней степени тяжести.

При III типе кривой регистрируется повышение как САД, так и ДАД, ПАД не снижено. Показатели кривой ЧСС превышают уровень кривой ДАД. При исследовании ЦГД — эукинетический тип кровообращения в сочетании с повышением ОПСС. Этот тип кривой выявлен у 4 женщин, из них у всех имело место развитие гестоза средней степени тяжести. При лечении беременных с III типом показаны препараты центрального действия в сочетании с антагонистами кальция.

При IV типе кривой регистрировалось повышение преимущественно ДАД (более 85 мм.рт.ст.), САД повышено незначительно, ПАД снижено (менее 40 мм.рт.ст.), кривая ЧСС приближается к кривой ДАД или располагается ниже. Вариабельность снижена. При исследовании ЦГД — гипокINETический тип кровообращения, УО и МОК снижены. IV тип кривой был выявлен у 4 беременных (7%), у 3 из них развился гестоз тяжелой степени, что потребовало досрочного родоразрешения. В таких случаях наиболее рациональным является применение препаратов, снижающих преимущественно ДАД и не снижающие ударный выброс сердца (антагонисты кальция, селективные  $1$ -адреноблокаторы, клофелин). Данный тип кривой является прогностически наиболее неблагоприятным, так как по мнению многих авторов (Елисеев О.М., 1997, М.С.Мushambi 2004.), существует четкая корреляция между уровнем диастолического артериального давления и перинатальной смертностью.

Предложенное деление по типам кривых условно, однако удобно для клинической практики, что позволяет четко определиться с выбором гипотензивного препарата.

I тип кривой характерен для беременных с БГ в стадии компенсации и ремиссии (71% и 100% соответственно), II тип — для беременных с декомпенсированным течением БГ (89%), III и IV тип кривых наиболее часто (95%) встречается у беременных с декомпенсированным течением БГ и гестозом тяжелой степени, что нередко требует досрочного родоразрешения.

Несмотря на тяжесть экстрагенитальной патологии, адекватная коррекция тиреотоксикоза и своевременно начатая терапия гестоза и ФПН позволили улучшить перинатальные исходы. В удовлетворительном состоянии было рождено 82,2% детей, у 9,9% — состояние при рождении расценено как средней тяжести и у 7,8% — как тяжелое.

Выводы: Беременные с БГ являются группой высокого риска по развитию тяжелых форм гестоза, что обуславливает необходимость проведения прегравидарной подготовки с целью достижения полного клинического и биохимического эутиреоза на момент наступления беременности.

Данные СМАД и ЧСС являются эффективным методом в диагностике АГ у беременных с тиреотоксикозом.

С целью раннего выявления гестоза беременным с БГ целесообразно проведение СМАД с конца I триместра беременности.

Применение патогенетически обоснованной гипотензивной терапии при втором, третьем и четвертом типах кривых у беременных является обязательным, позволяет избежать развития тяжелых форм гестоза и пролонгировать беременность до срока, максимально приближенного к доношенному и улучшить перинатальные исходы.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Логутова Л.С., Ахведиани К.Н.

Россия. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Современные тенденции в родоразрешении — увеличивающаяся из года в год частота кесарева сечения.

Целесообразность расширения показаний к кесареву сечению аргументируется тремя целями: снижение перинатальной смертности, детского, а по мнению некоторых акушеров, и материнского

травматизма. Последний аргумент недостаточно убедителен, так как рассматривая кесарево сечение как бережный метод родоразрешения для плода, нужно отдавать себе отчет в том, что для матери он, безусловно, является агрессивным. Излишне напоминать о том, что материнская заболеваемость и летальность после абдоминальных родов во много раз выше, чем после самопроизвольных.

И сегодня в своем отношении к кесареву сечению акушеры, как бы, разделились на два лагеря: убежденных либералов — сторонников этой родоразрешающей операции и умеренных консерваторов, которые не умаляя роль кесарева сечения в современном акушерстве, все же считают, что показания к нему слишком либерализованы.

Если все этапы беременности условно разделить на три: амбулаторный (I–II триместр), стационарный (III триместр) и роды, то на каждом этапе имеются реальные условия для снижения частоты кесарева сечения.

Основная нагрузка по снижению частоты абдоминального родоразрешения должна лечь на женские консультации. Причем, работу в этом направлении необходимо начинать с первых недель беременности, а у некоторого контингента женщин фертильного возраста еще в прегравидарном периоде.

Важным, конечно, является и изменение психологии врачей женских консультаций в отношении кесарева сечения, особенно, у пожилых первородящих, женщин с отягощенным акушерским анамнезом, бесплодием, рубцом на матке после миомэктомии, кесарева сечения и т.д.

Многие из этих женщин не без помощи врачей женских консультаций считают, что единственный «безопасный» метод родоразрешения — это кесарево сечение.

На амбулаторном этапе резервом снижения частоты кесарева сечения может явиться своевременная диагностика и адекватное лечение экстрагенитальной патологии (различные эндокринопатии, заболевания почек, сердечно-сосудистая патология), которая в большом проценте случаев является фоном для развития гестационных осложнений (гестоз, ФПН, фетопатии, СЗРП, гипотрофия и гипоксия плода).

То есть усилие врачей женских консультаций должны быть направлены на антенатальную охрану плода и профилактику тяжелых осложнений беременности у матери.

Следующим звеном в структуре акушерской помощи являются отделения патологии беременных. Функция этих подразделений не должна сводиться к исправлению ошибок, допущенных врачами женских консультаций, путем расширения показаний к кесареву сечению.

В отделении патологии беременных, используя современные методы диагностики состояния плода, необходим тщательный отбор женщин, которым показано кесарево сечение по абсолютным показаниям, и беременных, у которых возможно альтернативное родоразрешение, т.е. самопроизвольные роды и тщательная подготовка к ним матери и плода.

Это в первую очередь относится к таким показаниям к кесареву сечению как ФПН, гестоз, неготовность организма беременной к родам, рубец на матке после миомэктомии и кесарева сечения.

На этапе родоразрешения основным резервом снижения частоты кесарева сечения являются своевременная, адекватная профилактика и терапия аномалий родовой деятельности, самопроизвольные роды у беременных с миопией средней и высокой степени и рубцом на матке.

МОНИИАГ занимается родоразрешением беременных с рубцом на матке после кесарева сечения уже более 15 лет. За этот период в институте было родоразрешено 1240 беременных женщин после абдоминального родоразрешения. И за это время наш практический опыт позволил убедиться в правильности научных исследований, проведенных в конце 80-х, начала 90-х годов.

Из 1240 беременных у 802 произведено повторное кесарево сечение, а у 438 — произошли самопроизвольные роды. Таким образом, в среднем частота родов per vias naturales при наличии рубца на матке составила 35,3%.

Абсолютными показаниями к повторному кесареву сечению были: 1) корпоральный рубец на матке; 2) два и более рубцов на матке после кесаревых сечений; 3) клинические и экоскопические признаки несостоятельности рубца на матке; 4) предлежание плаценты к рубцу на матке; 5) категорический отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

В остальных случаях повторное кесарево сечение было произведено по сумме относительных показаний, которым в том числе был и рубец на матке.

Мы разделили 15 лет на три периода, проанализировав особенности течения и ведения самопроизвольных родов у этого контингента рожениц в каждый из них.

В период с 1990 по 1994гг частота самопроизвольных родов при наличии рубца на матке составила в среднем лишь 21,2%; с 1995 по 1999гг — 32,6%; а с 2000 по 2006гг — 46,3%. Если в первый период основным показанием к самопроизвольным родам был категорический отказ от них, то в последние годы в значительной степени изменилось отношение самих женщин к родам через естественные родовые пути в положительную сторону. Поэтому с 2000 года чаще всего абсолютным показанием к повторной операции является наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе.

В 1990-1994гг 80-85% самопроизвольных родов были индуцированными, в последующие годы мы отдавали предпочтение самопроизвольному началу родовой деятельности, поэтому частота индуцированных родов в период 2000-2006гг снизилась до 24,5%. Причем показаниями к индукции родов был не рубец на матке, а другая акушерская или экстрагенитальная патология.

В связи с более низкой частотой индуцированных родов, снизилась и частота их осложненного течения (аномалии родовой деятельности), а, соответственно, уменьшилась их продолжительность.

В последние годы практически все самопроизвольные роды проводили под ультразвуковым контролем за состоянием рубца на матке, что позволило в 4 раза снизить частоту ручного обследования стенок послеродовой матки.

Материнской смертности среди данного контингента беременных и рожениц не было.

Перинатальная смертность составила 5,6‰, причем погибли четыре ребенка после повторного кесарева сечения и три — после самопроизвольных родов. С 2001г перинатальной смертности не было.

## ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОПРОТЕКТОРОВ В АКУШЕРСТВЕ

**Логотова Л.С., Ахведиани К.Н., Петрухин В.А.,  
Пырскова Ж.Ю., Витушко С.А.,**

*Россия. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии*

Варикозная болезнь (ВБ) встречается у каждой пятой женщины репродуктивного возраста, причем ее возникновение в 96% случаев коррелирует с беременностью и родами. Распространенность данной патологии у беременных от 20 до 50%. По литературным данным, у беременных с варикозным расширением вен достаточно высокой является частота возникновения плацентарной недостаточности (ПН) (27%).

К числу лекарственных средств, оказывающих воздействие на сосудистую систему, относится препарат «Флебодиа 600» (Международное непатентованное название: Диосмин. Производитель: Лаборатория Инотера, Франция). Препарат относится к фармакологической группе ангиопротекторных средств, успешно применяется в флебологии для лечения венозной недостаточности.

Целью нашей работы явилось: оценка эффективности препарата Флебодиа 600 у беременных с ВБ.

Под нашим наблюдением находились 20 беременных женщин в возрасте от 22 до 37 лет с начальными формами ВБ обеих нижних конечностей в III триместре беременности. Все больные предъяв-

ляли жалобы на боли и тяжесть в ногах, судороги в икроножных мышцах, на отеки в области лодыжек и стоп.

Всем беременным проводилась эластическая компрессия нижних конечностей, антитромботическая терапия, дезагреганты. В терапию также был включен препарат Флебодиа 600 (по 1 таблетке 2 раза в день перед приемом пищи в течение 30 дней). Так как у 12 пациенток из 20 с ВБ беременность осложнилась ПН, проводилась ее комплексная терапия.

Кроме общеклинических методов исследования, всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) фетоплацентарного кровотока на 15 и 30 день его лечения на ультразвуковом приборе Voluson-730, оснащенном специализированным датчиком (RAB 4-8p), путем использования цветного доплеровского картирования и импульсной доплерометрии артерии пуповины, грудного отдела аорты плода и спиральных артериях. Определяли систоло-диастолическое соотношение (С/Д) в перечисленных сосудах (нормативные показатели С/Д в аорте плода до 5,6, в артерии пуповины до — 2,8, в спиральных артериях 1,60-1,80). Исследование кровотока в плаценте проводилось в центральной, в двух периферических и парацентральных зонах. При компьютерной обработке плацентограмм рассчитывали следующие параметры: Vi-индекс васкуляризации, Fi-индекс кровотока. Нормативные показатели маточно-плацентарного кровотока, разработанные в отделении перинатальной диагностики МОНИИАГ, следующие: центральная зона VI 4,0-8,1; FI 42,0-45,0; парацентральная — VI 3,8-7,6; FI 40,5-43,7; периферическая — VI 2,8-5,9; FI 37,5-42,1.

Анализ клинических проявлений венозной недостаточности на фоне проведенной терапии показал, что лечение беременных с включением препарата флебодиа 600 уже через 7 дней от начала терапии привело к снижению частоты жалоб на судороги у 18 беременных, на тяжесть и флeбaлгию — у 17, отеков — у 16. Через 30 дней от начала лечения у 98% пациенток все вышеуказанные клинические признаки были ликвидированы. Особый интерес представляют данные УЗИ маточно-плацентарного кровотока и объемного кровотока в плаценте: у пациенток с ВБ и ПН: показатели объемного маточно-плацентарного кровотока, полученные при обследовании беременных в III триместре до начала лечения, свидетельствовали о снижении васкуляризации плаценты у пациенток с ПН. На фоне лечения уже через 7 дней наметилась тенденция к улучшению как васкуляризации, так и кровотока во всех зонах плаценты. Отмеченная положительная динамика доплерометрических показателей на фоне проводимой терапии позволяет считать этот эффект ассоциированным с применением Флебодиа 600. В связи с этим решено было оценить эффективность Флебодиа 600 в лечении ПН не только при ВБ, но и при других экстрагенитальных заболеваниях и гестационных осложнениях при помощи 3D-исследования маточно-плацентарного кровотока и гормонов фетоплацентарного комплекса (ФПК).

Обследованы 115 пациенток с ПН в III триместре беременности, признаками которой были: замедление роста плода (ЗРП), высокие показатели резистентности в сосудистом русле плаценты, в пуповине, аорте плода, структурные изменения в плаценте в виде «раннего старения» и кальциноза; особенности строения пуповины; маловодие.

Беременные были разделены на две группы. В 1 группу вошли 75 беременных, 2 группу (группа сравнения) составили 40 пациенток. Всем беременным проводилась комплексная терапия ПН, но пациенткам 1 группы в терапию дополнительно был включен препарат Флебодиа 600.

При динамическом наблюдении за состоянием ФПК определяли функциональные показатели: плацентарный лактоген (ПЛГ), свободный эстриол (Э), альфа-фетопротеин (АФП). Показатели гормонов ФПК были распределены в зависимости от перцентильных (П) значений следующим образом: нормальные показатели — от 25П до 75П; повышенные — более 75П; низкие — менее 25П. Для интегрированной оценки функции ФПК учитывали четыре типа гормональной адаптации плода. Первый тип — реакция напряжения, характеризующаяся повышением одного гормона ФПК или



более. Второй тип — реакция неустойчивости, характеризующаяся сочетанием повышенной и сниженной концентрации гормонов ФПК. Третий тип — реакция истощения, характеризующаяся снижением уровня гормонов. Четвертый тип — нормальная гормональная адаптация плода.

Показатели объемного маточно-плацентарного кровотока, полученные при обследовании беременных в конце второго триместра, свидетельствовали о снижении васкуляризации плаценты у пациенток обеих групп: 1 группа — центральная зона Vi 3,2 (1,8-3,95), Fi 34,3 (27,9-37,6); парацентральная зона — Vi 3,3 (1,9-3,8); Fi 31,3 (23,2-37,3); периферическая зона — Vi 2,2 (1,2-3,1); Fi 30,5 (26,1-33,8); 2 группа — центральная зона Vi 3,0 (2,2-4,9); Fi 33,2 (29,0-38,2); парацентральная — Vi 3,8 (2,2-5,9), Fi 33,9 (30,1-42,0), периферическая — Vi 2,0 (0,5-3,4); Fi 31,1 (27,0-35,0). Признаки нарушения гемодинамики у плодов пациенток 1 группы отмечались в виде повышения С/Д в артериях пуповины в 57 (76,3%) случаях и в аорте плода — у 51 (68%) беременной, в спиральных артериях — в 47 (62%) наблюдениях. Во 2 группе высокая резистентность в сосудах пуповины имела место у 31 (78%) пациентки, в аорте плода — у 27 (67,5%), в спиральных артериях — у 28 (70%) беременных. К моменту завершения лечения показатели объемного кровотока в 1 группе находились в пределах нормативных значений, а у большинства женщин 2 группы они лишь приближались к норме, и положительная динамика была отмечена лишь через две недели после окончания лечения.

Улучшение функции плаценты нашло свое отражение и в гормональной адаптации плода, снизив частоту напряженных типов в 2 раза, а истощений — в 3 раза. В группе сравнения таких значительных результатов получено не было.

В 1 группе через естественные родовые пути были родоразрешены 63 (84%) беременные, кесарево сечение произведено 12 (16%) пациенткам, во 2 группе — 15 (37%) и 25 (73%) соответственно. ЗРП 1 степени наблюдалась у 13,3% и 2 степени у 9,3% новорожденных 1 группы и у 10 (25%) и 9 (22,5%) — 2 группы. 68 (90,1%) новорожденных 1 и 27 (67,5%) 2 группы были своевременно выписаны домой. 5 (6,7%) и 6 (15%) соответственно группам переведены на второй этап лечения. В реанимационное отделение переведены двое (2,6%) недоношенных детей 1 группы и 7 (17,5%) второй.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что использование Флебодиа 600 у беременных с ВБ и ПН различного генеза позволяет улучшить результаты лечения, течение беременности и перинатальные исходы у данного контингента беременных женщин.

## **СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С МАНИФЕСТАЦИЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЛИЯНИЕ НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ)**

**Магомедова З.А., Хашаева Т.Х. -М.**

*Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Различные осложнения беременности, в том числе инфекционные заболевания матери довольно часто приводят к разнообразным изменениям в плаценте, существенно нарушая ее функцию, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на состоянии плода, вызывает задержку его роста и гипоксию.

Влияние инфекции у матери на фетоплацентарную систему (ФПС) определяется степенью ее тяжести, длительностью течения, наличием сопутствующей патологии, осложнений беременности временем возникновения или активации процесса.

Целью исследования было изучение состояния фетоплацентарной системы у женщин с перинатальной инфекцией, оценка пока-

зателей, характеризующих ее статус, а также выяснение взаимосвязи между состоянием ФПС и лактационной функцией женщины.

Для выполнения поставленной задачи обследованы 30 здоровых беременных женщин в сроке 37-38 недель гестации (контрольная группа), 30 беременных с манифестацией инфекции во время данной беременности (группа 1).

Состояние ФПС было оценено с помощью радиоиммунологических методов исследования (определялось содержание эстриола, плацентарного лактогена и прогестерона в сыворотке крови), биохимически определялось содержание термостабильной щелочной фосфатазы, использовались методы ультразвуковой диагностики (плацентометрия), доплерометрическое исследование кровотока.

Исследование плацентарного лактогена выявило, что у здоровых беременных содержание ПЛ составляет в среднем 300,0+21,3 нмоль/л, что значительно превышает таковое у женщин с инфекцией во время беременности (1 группа) — 240,1+21,3 нмоль/л и демонстрирует недостаточность гормональной функции плаценты.

Выявлено достоверное снижение уровня прогестерона в группе женщин, перенесших вирусную инфекцию во время беременности до 37,17+0,1 нг/мл (в контрольной группе 42,79+0,29 нг/мл).

Содержание эстриола в сыворотке крови беременных с активацией процесса в период гестации было снижено (113,6+2,8 нмоль/л) по сравнению со здоровыми беременными (123,6+1,8 нмоль/л). Мы полагаем, что это обусловлено угнетением ферментативных систем плацентарного стероидогенеза а также нарушением состояния плода, наступившими в ответ на воспаление. Сопоставление результатов исследования эстриола и плацентарного лактогена у беременных женщин в конце гестации и характера лактационной функции позволило установить, что у женщин с инфекцией с достоверно сниженными исходными концентрациями эстриола и ПЛ по сравнению со здоровыми беременными, наблюдалась гипогалактия легкой и средней степени чаще, чем в группе контроля. Полученные результаты позволяют считать, что показатели концентрации ПЛ и эстриола, которые выполняют важную функцию подготовки молочных желез к лактации, могут быть использованы в качестве прогностического признака гипогалактии.

Содержание ТЩФ достоверно было также достоверно снижено у женщин с активным течением инфекционного процесса во время беременности (41,45+4,17 Е/л) по сравнению со здоровыми беременными (49,81+4,23 Е/л). Это характеризует значительное истощение функциональных резервов плаценты при этой патологии и снижение активности обменных процессов в плаценте.

Проведена сравнительная оценка данных ультразвукового исследования плаценты у тех же групп женщин, которым проводились радиоиммунологические и биохимические исследования. При сроке беременности 37-38 недель толщина плаценты у здоровых беременных составила в среднем 36,02+2,7 мм, а у женщин с инфекцией, обострившейся во время беременности, толщина плаценты была 39,65+2,22 мм, обнаруживались интенсивные гипозоногенные участки в плаценте, извилины хорионической пластины в некоторых случаях достигали базального слоя, создавая картину дольчатости.

Нам не удалось выявить достоверную зависимость между данными плацентометрии и характером лактации, однако при наличии ранних инфарктов и кальцификатов в плаценте лактационная функция у родильниц в первые дни пuerперия была сниженной.

Гемодинамические нарушения в функциональной системе «мать-плацента-плод» являются ведущим патогенетическим механизмом нарушения состояния и развития плода при различных осложнениях беременности. Важно, что это относится и к основным патологическим состояниям, встречающимся у беременных с вирусными инфекциями-ФПН, задержка внутриутробного развития (ЗВРП), гипоксия, гипотрофия плода. Допплерометрическое исследование кровотока проводилось в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плодов, начиная с 23-24 недель беременности.

Полученные нами данные свидетельствуют, что в группе контроля имеет место снижение плацентарного сопротивления току крови, а КСК имеют две фазы с высокой диастолической скорос-

тью кровотока. В группе женщин с активацией вирусной инфекции в процессе гестации отмечены патологические КСК в маточных артериях и в артерии пуповины, которые характеризовались снижением конечной диастолической скорости кровотока. Данные изменения свидетельствуют о значительном повышении периферического сопротивления в этих сосудах, что выражается увеличением ИР выше нормативных показателей (до  $0,46 \pm 0,03$  в маточной артерии, до  $0,67 \pm 0,05$  в пуповинной артерии), увеличением СДО —  $1,71 \pm 0,03$  до  $1,82 \pm 0,02$  в маточной артерии, с  $2,57 \pm 0,06$  до  $2,79 \pm 0,08$  в пуповинной артерии. Таким образом, при инфекции развиваются нарушения как маточно-плацентарном, так и в плодово-плацентарном кровотоке. Наличие дикротической выемки регистрировалось у 13,34% беременных I-й группы. Эти изменения всегда наблюдались у женщин с признаками плацентита.

Патологические КСК в среднемозговой артерии в отличие от артерий пуповины характеризовались не снижением, а повышением диастолической скорости кровотока и снижением численных значений ИР с  $0,72 \pm 0,08$  до  $0,67 \pm 0,05$ , СДО с  $4,53 \pm 0,05$  до  $3,22 \pm 0,02$ , ПИ с  $1,46 \pm 0,03$  до  $1,28 \pm 0,07$ . Снижение индексов сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии свидетельствует о компенсаторной централизации кровообращения, что говорит о сниженной плацентарной перфузии вследствие гипоксии плода. Анализируя данные, мы выявили, что показатели плодового кровотока при осложненном перинатальными инфекциями течением беременности развивается по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс плодово-плацентарного бассейна. Случаев первичных изменений плодово-плацентарного кровотока в исследуемой группе больных отмечено не было.

Известно, что у большинства беременных с инфекцией имеет место гипоксия, которая усугубляется в зависимости от степени тяжести заболевания. В результате гипоксии происходит стимуляция анаэробных процессов, что ведет к ацидозу и энергетическому дефициту. Ацидоз на фоне снижения приспособительных механизмов органов кровообращения ведет к нарушению микроциркуляции, тканевой перфузии, что в конечном итоге приводит к развитию сочетания различных форм плацентарной недостаточности: гемодинамической, плацентарно- мембранной и клеточно- паренхиматозной.

Таким образом, при инфекционном процессе, манифестировавшем в период беременности, часто развивается ФПН, которая обусловлена комплексом факторов. Это, в конечном итоге, приводит к страданию плода и является неблагоприятным фоном, на котором часто развиваются нарушения лактационной функции.

## ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

**Магомедова И.А., Омаров Н.С.-М.**

*Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия).*

Актуальность проблемы макросомии плода на современном этапе обусловлена увеличением частоты родов крупным плодом. При крупном плоде нормальные роды отмечаются в среднем в 55% случаев, а осложнения родов встречаются в два раза чаще, чем при рождении детей с нормальной массой тела. Многие аспекты этой проблемы достаточно осязаны отечественными и зарубежными исследователями. Вместе с тем совершенно не изученной осталась лактационная функция у рожениц с крупным плодом. Как известно, вскармливание новорожденных в младенческий период является основным фактором, определяющим здоровье ребенка, состояние его защитных функций. Исходя из этого изучение лактации у данной категории женщин является актуальной проблемой.

Цель исследования — изучение лактационной функции при макросомии плода.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 120 рожениц с макросомией (основная группа) и 60 рожениц (группа контроля), родивших детей со средней массой тела. Основ-

ная группа, в свою очередь, делилась на две подгруппы: 1-я подгруппа- 60 беременных с массой плода от 4000 до 4500 г; 2-я подгруппа- 60 беременных с массой плода от 4500 до 4900 г. Средний возраст рожениц составил  $29 \pm 1,5$  лет.

Определение суточного количества молока у кормящих женщин проводилось путем взвешивания новорожденного в течение суток до и после каждого кормления грудью на 2, 4, 6 сутки пуэрперия. Определение концентрации пролактина в сыворотке крови кормящих рожениц проводилось радиоиммунологическим методом. Содержание жира в молоке определяли в жирометре по стандарту ГОСТ-5867-57. Общий белок, казеин определяли по методике Y.N. Lowry (1951). Свободные аминокислоты определяли на автоматическом аминокислотном анализаторе АА-88(Чехия). Определение количества углеводов проводилось рефрактометрическим методом (Шарабрин И.Г., 1971). Микроэлементы и магний определялись методом атомной абсорбции; электролиты — методом пламенной фотометрии на фотометре «Фляда -4»(Германия); аскорбиновую кислоту — титрованием в кислой среде краской Тильмана, альфа-токоферол определяли по методу А.Ф.Емелиной (1982) и витамин А — по Кар-Прайсу.

Результаты исследования. Результаты изучения объема лактации показали достоверные различия показателей объема молока у женщин из 2-й подгруппы ( $318,2 \pm 12,5$  мл) и роженицами из группы контроля ( $343,5 \pm 16,5$  мл) на 4-е сутки пуэрперия. Слабая сосательная активность ребенка, перенесшего интранатальную гипоксию и отсроченное прикладывание к груди явились, по нашему мнению, одними из главных причин развития гипогалактии при макросомии. Несмотря на это, у женщин, родивших крупных плодов, объемы лактации на 6-е сутки пуэрперия были несколько выше ( $643,5 \pm 12,3$  мл), чем у матерей из группы контроля ( $448,5 \pm 10,3$  мл). Отчасти это может быть связано с тем, что в основной группе было большее количество многоорожавших женщин, у которых имеют место хорошо налаженные системы регуляции галактопоза, наличие удлиненной формы сосков, а также с отсутствием у рожениц основной группы тяжелых форм гестоза и ЖДА, являющихся универсальными факторами риска развития гипогалактии. Во 2-й подгруппе должное количество молока на 2 сутки послеродового периода отмечено всего у 18 рожениц, в последующем наблюдалось постепенное увеличение секреции молока и на 6-сутки у 66,4% рожениц основной группы выделялось необходимое для ребенка количество молока. Таким образом, нарушения лактационной функции отмечались у 48 (40,0%) рожениц основной группы. Из них гипогалактия (ГГ) I степени (дефицит молока до 25%) — у 24 (20%), ГГ II степени (дефицит молока до 50%) — у 12 (10%), ГГ III степени (дефицит молока более 50%) — у 4 (3,3%), и агалактия — у 3-х рожениц (2,5%). Снижение количества молока имело место и у рожениц из группы контроля, степень выраженности ГГ была таковой: ГГ I степени — у 19 (31,6%), ГГ II степени — у 7 (11,6%), ГГ III степени — у 3 (5%). Агалактия имела место у 3-х рожениц (5%). Выявленные изменения лактационной функции в группе контроля были связаны с высоким процентом гестоза и, особенно, тяжелых его форм. Потеря массы тела новорожденными в раннем неонатальном периоде напрямую связана с выраженностью гипогалактии у матери. Так, новорожденные из основной группы, потерявшие более 8% массы тела (28,3%), были приложены к груди только к концу 3-4-х суток после рождения. Матери их страдали гипогалактией средней и тяжелой степени (16,6% и 10% соответственно).

Исследования показали, что у рожениц основной группы с достаточным количеством молока концентрация ПРЛ на 2-е и 6-е сутки послеродового периода составила соответственно  $145,2 \pm 0,81$  и  $164,5 \pm 4,21$  нг/мл, что достоверно превышает показатели в группе контроля ( $112,1 \pm 3,82$  и  $135,2 \pm 0,62$  нг/мл).

Изучение сывороточного белка в зрелом грудном молоке у рожениц основной группы показало его повышение по сравнению с роженицами из группы контроля —  $9,76 \pm 0,06$  против  $9,46 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ). Соотношение сывороточных белков у рожениц основной группы несколько ниже, чем в группе контроля, повышена концентрация сывороточных альбуминов, а-лактоальбуминов и —

-лактоальбуминов. Зрелое молоко родильниц основной группы характеризуется достаточно высоким содержанием незаменимых аминокислот. Дисбаланс аминокислот в гидролизате родильниц группы контроля выражен до 1,12, в то время как у родильниц с макросомией данное отношение равно 0,76. При анализе состава липидов женского молока было выявлено достоверное повышение липидов у родильниц основной группы ( $35,2 \pm 1,1$  г/л) по сравнению с родильницами группы контроля ( $29,40 \pm 1,2$  г/л) ( $p < 0,05$ ). Данные различия, возможно, связаны с исходно высокими уровнями липидов и липидных фракций в сыворотке крови женщин с макросомией. В группе родильниц с макросомией отмечены более высокие показатели углеводов и лактозы ( $68,27 \pm 1,1$  г/л и  $9,63 \pm 1,2$  г/% соответственно) в сравнении с группой контроля ( $68,43 \pm 1,2$  г/л и  $8,44 \pm 1,8$  г/%). Относительная гипергликемия, имевшая место во время беременности у женщин основной группы, вероятнее всего отразилась и на содержании углеводов в грудном молоке. А также это может быть связано с тем, что высокий уровень лактозы является приспособительным механизмом для улучшения адаптации крупных плодов, в большинстве случаев у которых при рождении и в первые часы жизни имеется склонность к гипогликемии.

Результаты исследования микроэлементного состава молока у обследованных родильниц показали, что в молоке родильниц основной группы достоверно ( $p < 0,05$ ) снижено содержание меди, цинка, марганца и кобальта, по другим элементам разница концентраций в сравниваемых группах была незначительной. В отношении калия, кальция и фосфора прослеживается достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) концентрации этих минералов в молоке. Тем не менее, соотношения кальция и фосфора — 2:1 у родильниц с макросомией остается оптимальным. Что касается натрия и магния, то имеет место достоверное повышение их концентрации ( $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне витаминов Е и А в молоке у родильниц основной группы ( $0,57 \pm 0,10$  и  $0,15 \pm 0,006$  мг/100мл соответственно) по сравнению с группой контроля ( $0,46 \pm 1,2$  и  $0,057 \pm 0,002$  мг/100мл соответственно).

Выводы. Таким образом, у родильниц с макросомией отмечены небольшой дисбаланс содержания аминокислот в сторону уменьшения незаменимых аминокислот, включая и частично незаменимые, диссоциация микроэлементного состава. Это позволяет сделать вывод о том, что макросомия со свойственными ей осложнениями приводит к нарушению лактации не только качественного, но и качественного характера.

## ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Майсурадзе Л.В., Цаллагова Л.В., Кабулова И.В.

Россия, Владикавказ, Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

Бактериальный вагиноз является одним из ведущих факторов риска развития инфекционных осложнений во время беременности, родов, послеродового периода, способствуя внутриутробному инфицированию плода. Широкое применение новых антибактериальных препаратов не только не решает эту проблему, но и в ряде случаев усугубляет ее, вызывая нарушения общего и местного иммунитета, подавляя сапрофитную флору, формируя антибиотикорезистентные формы микроорганизмов, создавая тем самым благоприятные условия для развития инфекции. В этих условиях особый интерес вызывают методы лечения, ограничивающие антибактериальную и иную лекарственную нагрузку на организм и способные восстанавливать нормальный биоценоз влагалища.

Целью настоящего исследования явилось изучение микробиоценоза при бактериальном вагинозе, показателей иммунного статуса у беременных в III триместре с последующей коррекцией влагалищной микрофлоры.

Под наблюдением находилось 85 беременных, у которых диагноз бактериального вагиноза был установлен на основании выявления ключевых клеток, положительного аминного теста, изменения pH влагалищного мазка, а также жалоб на обильные выделения из половых путей. Средний возраст обследованных составил 22,9 лет. 15,5% пациенток имели в анамнезе хронический аднексит, 5,6% страдали первичным или вторичным бесплодием. Обращает на себя внимание высокая частота невынашивания беременности — 25% обследованных беременных.

В процессе работы использовались следующие методы исследования: микроскопия вагинальных мазков, микробиологический культуральный метод и иммунологические методы. Для оценки иммунного статуса проводилось электронно-микроскопическое определение циркулирующих лимфоцитов, а также уровней содержания альфа-, гамма-, и сывороточного интерферона по методу С.С. Григорянц и Ф.И. Ершова. Определение основных классов иммуноглобулинов А, М, G проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Mancini.

Результаты культурального исследования подтвердили полимикробную этиологию бактериального вагиноза, в структуре которого доминирует роль неспорообразующих анаэробов. У 85% обследованных беременных нами было выявлено снижение абсолютного и относительного содержания Т- и В- клеток (Т-лимфоциты —  $48,2 \pm 2,4\%$ , Т-хелперы —  $25,3 \pm 1,4\%$ ), а также достоверное снижение показателей альфа ИФН до  $134,4 \pm 8,2\%$ , гамма ИФН — до  $44,2 \pm 10,2\%$ . В то же время уровень сывороточного интерферона оставался в пределах нормы. Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал об увеличении уровня IgA и IgM.

После проведенных исследований все женщины были разделены на 2 клинические группы: I группа (40 беременных) — получала 2% вагинальный крем «Клиндацилин» + иммуномодулирующий препарат «Кипферон» по 1 суппозиторию 2 раза в день вагинально; II группа беременных (45 пациенток) получала монотерапию «Клиндацилином». Кроме того, женщинам обеих групп назначался эубиотик — ацилакт для нормализации биоценоза влагалища (7-10 дней).

Было выявлено, что у беременных после приема «Кипферона» отмечалось достоверное повышение показателей клеточного звена иммунитета, а также увеличение фагоцитарного индекса. Кроме того, на фоне иммуномодулирующей терапии наблюдался выраженный положительный клинический эффект и уменьшение длительности лечения. Таким образом, выявленные нарушения иммунного статуса у беременных с бактериальным вагинозом и проведенная соответствующая коррекция позволит снизить частоту послеродовых инфекционных осложнений у матери и новорожденного.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ

Макаев Р.С., Абрамченко В.В..

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

Почти все женщины во время родов испытывают боль, которая ведет к психоэмоциональному напряжению, утомлению и к нарушению сократительной активности матки и внутриутробному страданию плода и, если не разорвать эту патологическую цепочку, то это может привести к неблагоприятному исходу родов для матери и плода (В.И. Кулаков и соавт., 1998).

В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин (1997) рекомендуют у беременных с нерегулярными схватками на ночь назначать 0,020 г седуксена и 1 мл 2% раствора промедола. При утомлении роженицы авторы рекомендуют также применение бензодиазепинов (седуксен, промедол или дроперидол и промедол).

У многих беременных отмечается тревожный синдром. Для лечения тревожного синдрома применяются транквилизаторы, прежде всего бензодиазепинового ряда. При этом используются диазепам,

нозепам, клоназепам, лорезепам, мидазолам, нитразепам. В то же время использование бензодиазепинов у беременных отличается от общепринятых схем (О.И. Карпов, А.А. Зайцев, 1998).

Фармакологическая коррекция эмоционального стресса сводится к применению таких лекарственных средств, которые могут предупредить или устранить патологические проявления, обусловленные стрессовым воздействием. В связи с главенствующей ролью психологических факторов в развитии эмоционально-стрессовой реакции наибольший интерес представляют психотропные препараты. Однако, при этом не должна нарушаться адекватность поведения, не должна происходить трансформация функциональной системы адаптивного поведения (А.В. Вальдман и соавт., 1979).

Применение транквилизаторов в начале родовой деятельности может уменьшить беспокойство женщины и способствовать нормализации сократительной деятельности матки (В.Н. Серов, И.И. Баранов, 2006).

Нами проведено комплексное лечение слабости родовой деятельности с применением тазепама, который, в отличие от седуксена/диазепама, оказывает выраженный психотропный эффект и меньший эффект в отношении релаксирующего действия на организм роженицы. Тазепам (оксазепам) назначали в дозе 10 мг внутрь с интервалом 3-4 ч (общая доза не превышала 20 мг). Тазепам применяли при слабости родовой деятельности у 110 рожениц. Возраст рожениц был от 18 до 28 лет. Первородящих было 86, повторнородящих — 24 женщины. Длительность родов к началу применения тазепама (с включением латентной фазы родов) составила 11 ч, у повторнородящих — 7 ч. Раскрытие маточного зева было от 2 до 4 см. Проводилась наружная и прямая кардиотокография плода.

В результате проведенных исследований было показано, что у 41 роженицы после введения тазепама в дозе 20 мг отмечалось значительное уменьшение маточной активности в течение 40 мин. Это были женщины с патологическим течением прелиминарного периода (латентной фазой родов). Через 40-45 мин с момента введения тазепама схватки стали приобретать более регулярный характер с тенденцией к усилению. Одновременно отмечено более спокойное поведение женщины с исчезновением страха и опасений за исход родов.

У 35 рожениц после назначения тазепама в дозе 10 мг внутрь отмечено более быстрое начало эффекта препарата — в среднем через 20-30 мин. При этом обращало на себя внимание снижение базального тонуса матки по данным кардиотокографии. Длительность I периода родов у первородящих составила 18 ч, у повторнородящих — 9 ч.

В 19 случаях из 110 рожениц темп родов оказался недостаточный, что потребовало назначения родостимулирующих средств. На фоне родостимуляции происходило некоторое увеличение амплитуды схваток, их частоты, без существенного изменения базального тонуса матки. Длительность второго периода родов составила 31 мин, III периода — 15 мин.

Не выявлено отрицательного влияния тазепама на состояние матери, плода и новорожденного ребенка.

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РОДАХ**

**Макаев Р.С., Абрамченко В.В.**

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

Важным принципом современной акушерской анестезиологии является использование комбинированных методов анальгезии с применением нескольких веществ, каждое из которых обладает относительно направленным действием.

В арсенале существующих лекарств нет одного какого-либо препарата, удовлетворяющего этим требованиям, что делает необходимым изыскание сочетаний препаратов для обезбоживания родов.

Исходя из всего изложенного, нами с целью получения более выраженного и длительного болеутоляющего эффекта в первом периоде родов были разработаны две медикаментозные схемы обезбоживания нормальных родов. Предложены схема № 1 и схема № 2.

Схема № 1 включает следующие компоненты: диазепам (седуксен) в дозе 10 мг в сочетании с раствором димедрола 1% — 1 мл внутримышечно и раствором промедола 2% — 1 мл подкожно. Седуксен назначается внутримышечно или внутривенно в дозе — 10 мг (2 мл 0,5% раствора). Раствор седуксена не следует вводить в одном шприце с другими препаратами во избежание выпадения осадка. Скорость введения седуксена должна быть небольшой: за 1 мин — 1 мл ампульного раствора, разведенного в 5 мл физиологического раствора. При более быстром введении может наблюдаться легкое, быстро проходящее головокружение, диплопия. Через 1 ч после введения седуксена вводится 20 мг промедола внутримышечно в сочетании с раствором димедрола (10 мг). Длительность анальгезии повышается при сочетанном введении антигистаминных препаратов (димедрола). Общая доза седуксена в родах не должна превышать 40 мг. Это сочетание веществ рекомендуется при нормальном течении родового акта и наличии достаточно выраженного психомоторного возбуждения роженицы.

У рожениц с менее выраженным психомоторным возбуждением или при отклонении в психосоматическом состоянии предложена схема № 2, включающая следующие компоненты: тазепам (нозепам) в дозе 10-20 мг внутрь в сочетании с раствором димедрола (1% - 1 мл) внутримышечно и раствором промедола — 2% - 1 мл подкожно. Сочетание раствора промедола и димедрола может вводиться внутримышечно в одном шприце.

Обезболивающий эффект оценивался на основании опроса роженицы о степени болезненности схваток, а также с помощью аналоговой шкалы боли и шкалы количественной и качественной оценки психосоматического статуса роженицы.

Клинико-физиологические исследования проведены у 80 рожениц. Сократительная деятельность матки изучалась методом кардиотокографии у 30 рожениц в первом периоде родов с одновременным изучением состояния плода этой же методикой. Контрольные исследования проведены у 140 рожениц с введением лишь одного раствора промедола в дозах 20 и 40 мг; по 70 рожениц в каждой группе.

Нами в первом периоде родов обезбоживание применено у 347 рожениц (схема № 1 — у 317 и схема № 2 — у 30 рожениц). Первородящих было 271 женщина, повторнородящих — 76 женщин. В основном, все роженицы были соматически здоровыми. У 2-х рожениц была миопия средней степени и у 2-х — туберкулез в фазе обызвествления и уплотнения. Резус-отрицательная кровь без наличия антител была у 18 рожениц и у 6 — привычного невынашивания. У 4 рожениц роды произошли в тазовом предлежании плода.

Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено у 117 (33,7%) рожениц, при этом у 85 рожениц имело место преждевременное отхождение вод и у 32 — раннее отхождение околоплодных вод. Возраст у первородящих составил  $24,1 \pm 0,1$  года. Старше 30 лет было 29 рожениц (10,7%).

Методика обезбоживания. У рожениц при выраженном психомоторном возбуждении, наличии регулярной родовой деятельности и раскрытии маточного зева на 3-4 см вводится вначале седуксен в дозе 10 мг. Применение бензодиазепинов (седуксена) у 60% рожениц способствует значительному уменьшению или даже снятию психического напряжения. Миорелаксирующий эффект отмечен у 95% рожениц при введении седуксена. У 36 рожениц обезболивающие средства применялись и при раскрытии маточного зева на 2 см (схема № 1).

Выраженный болеутоляющий эффект (значительное и полное прекращение болей) отмечено у 85% рожениц.

На основании проведенных исследований можно прийти к следующему выводу:

1. Сочетание производных бензодиазепинового ряда (седуксена и тазепама) с антигистаминными средствами (димедролом и анальгетиком промедолом) в применявшихся нами определенных сочетаниях и дозировках значительно повышает эффективность и длительность анальгезии в родах (в три раза) по сравнению с применением лишь раствора промедола в однократной разовой дозе 20 или 40 мг.

2. Изученные сочетания веществ способствуют укорочению длительности родов у первородящих и не приводят к нарушению и ослаблению родовой деятельности (клинические наблюдения, гистерография).

3. Указанные сочетания веществ способствуют снижению гипоксии плода и асфиксии новорожденного.

4. Сочетание производных бензодиазепинового ряда, антигистаминных средств с анальгетиками в указанных дозировках могут найти широкое применение в родовспомогательных учреждениях при обезболивании нормальных родов.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНквиЛИЗАТОРОВ (ТАЗЕПАМА) ПРИ ОКАЗАНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В РОДАХ**

**Макаев Р.С., Абрамченко В.В..**

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

Почти все женщины во время родов испытывают боль, которая ведет к психоэмоциональному напряжению, утомлению и к нарушению сократительной активности матки и внутриутробному страданию плода и, если не разорвать эту патологическую цепочку, то это может привести к неблагоприятному исходу родов для матери и плода (В.И. Кулаков и соавт., 1998).

В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин (1997) рекомендуют у беременных с нерегулярными схватками на ночь назначать 0,020 г седуксена и 1 мл 2% раствора промедола. При утомлении роженицы авторы рекомендуют также применение бензодиазепинов (седуксен, промедол или дроперидол и промедол).

У многих беременных отмечается тревожный синдром. Для лечения тревожного синдрома применяются транквилизатор, прежде всего бензодиазепинового ряда. При этом используются диазепам, нозепам, клоназепам, лоразепам, мидазолам, нитразепам. В то же время использование бензодиазепинов у беременных отличается от общепринятых схем (О.И. Карпов, А.А. Зайцев, 1998).

Фармакологическая коррекция эмоционального стресса сводится к применению таких лекарственных средств, которые могут предупредить или устранить патологические проявления, обусловленные стрессовым воздействием. В связи с главенствующей ролью психологических факторов в развитии эмоционально-стрессовой реакции наибольший интерес представляют психотропные препараты. Однако при этом не должна нарушаться адекватность поведения, не должна происходить трансформация функциональной системы адаптивного поведения (А.В. Вальдман и соавт., 1979).

Применение транквилизаторов в начале родовой деятельности может уменьшить беспокойство женщины и способствовать нормализации сократительной деятельности матки.

По мнению В.Н. Серова, И.И. Баранова (2006) однократное использование транквилизаторов ( diazepam) во время родов с анестезиологическими целями не приводит к существенным отклонениям в состоянии новорожденного.

Нами проведено комплексное лечение слабости родовой деятельности с применением тазепама, который, в отличие от седуксена/ diazepam, оказывает выраженный психотропный эффект и меньший эффект в отношении релаксирующего действия на организм роженицы. Тазепам (оксазепам) назначали в дозе 10 мг внутрь с интервалом 3-4 ч (общая доза не превышала 20 мг). Тазепам применяли при слабости родовой деятельности у 110 рожениц. Возраст рожениц был от 18 до 28 лет. Первородящих было 86, повторнородящих — 24 женщины. Длительность родов к началу применения тазепама (с включением латентной фазы родов) составила 11 ч, у повторнородящих — 7 ч. Раскрытие маточного зева было от 2 до 4 см. Проводилась наружная и прямая кардиотокография плода.

В результате проведенных исследований было показано, что у 41 роженицы после введения тазепама в дозе 20 мг отмечалось значительное уменьшение маточной активности в течение 40 мин. Это были женщины с патологическим течением прелиминарного

периода (латентной фазой родов). Через 40-45 мин с момента введения тазепама схватки стали приобретать более регулярный характер с тенденцией к усилению. Одновременно отмечено более спокойное поведение женщины с исчезновением страха и опасений за исход родов.

У 35 рожениц после назначения тазепама в дозе 10 мг внутрь отмечено более быстрое начало эффекта препарата — в среднем через 20-30 мин. При этом обращало на себя внимание снижение базального тонуса матки по данным кардиотокографии. Длительность I периода родов у первородящих составила 13 ч, у повторнородящих — 9 ч.

В 19 случаях из 110 рожениц темп родов оказался недостаточный, что потребовало назначения родостимулирующих средств. На фоне родостимуляции происходило некоторое увеличение амплитуды схваток, их частоты, без существенного изменения базального тонуса матки. Длительность второго периода родов составила 21 мин, III периода — 7 мин.

Не выявлено отрицательного влияния тазепама на состояние матери, плода и новорожденного ребенка.

## **АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Макаров О.В., Волкова Е.В., Корниенко Г.А.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава*

Хроническое повышение артериального давления (АД), не приводящее к поражению органов-мишеней, при скорректированных цифрах АД, как правило, отрицательного воздействия на состояние беременной не оказывает, что в большинстве случаев позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока. Повышение АД, связанное с гестозом ведет к прогрессивному ухудшению состояния женщины, что требует прерывания беременности независимо от срока гестации. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии (АГ) во время беременности сложна. Однако, благодаря своим лабораторным и гемодинамическим изменениям, характерному клиническому течению, гестоз в большинстве случаев, может быть четко дифференцирован от других форм артериальной гипертензии и излечен с помощью родоразрешения.

Целью работы явился анализ перинатальных исходов у беременных с различными формами артериальной гипертензии.

В исследование мы включили 116 беременных и 124 ребенка. I группу составили 28 беременных с сочетанным гестозом средней степени тяжести (проспективное исследование); II группу — 46 беременных с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) (проспективное исследование); и III группу составили 42 беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) за 1996-2000 гг. (ретроспективное исследование). Многоплодная беременность была у 2 пациенток в I и III группах. Во II группе у всех пациенток беременность была одноплодной. Лечение беременных проспективных групп (за период с 2002 по 2006 гг.) проводили в соответствии с «Диагностическим алгоритмом ведения беременных с АГ». Применение дифференцированного подхода позволило четко разделить беременных с ХАГ и гестозом. В свою очередь, это привело к пролонгированию беременности у первых и применению единственно возможного, патогенетически обоснованного лечения — родоразрешению у вторых. Ретроспективный анализ историй родов III группы проведен за 1996-2000 гг. Критерием отбора беременных в ретроспективную группу была диагностированная артериальная гипертензия. Всем беременным III группы был выставлен диагноз гестоза тяжелой степени. Однако убедительных данных за наличие гестоза у данной категории беременных не было. Проведенное им лечение, которое соответствовало алгоритмам ведения беременных с гестозом, не было эффективным. Все беременные ретроспективной группы были родоразрешены преждевременно, в связи с повышением АД, расцененным как проявление преэклампсии. Срок

гестации при родоразрешении в I и III группах достоверно не отличался и составил  $31,7 \pm 1,3$  нед., во II группе —  $37,4 \pm 1,7$  нед.

Для оценки раннего неонатального периода проведено полное клинико-лабораторное обследование новорожденных. Масса детей во II группе была достоверно выше по сравнению с I и III группами, в связи с большим сроком гестации у первых (I —  $1481,2 \pm 387,6$ ; II —  $2514,8 \pm 629,7$ ; III —  $1659,7 \pm 342,3$  г). Одинаково часто диагностирован синдром задержки роста плода (СЗРП) у беременных I и II групп (50,0% и 56,2%), по сравнению с III группой (10,4%). Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с 1-ой минуты жизни достоверно чаще проводилась новорожденным III группы (33,4%), по сравнению с новорожденными во II группе (3,8%) ( $p < 0,05$ ). Длительная ИВЛ (более 2 суток) в III группе составила 61,9%, а в I и II группах — 43,7% и 3,8%, соответственно,  $p < 0,05$ . Синдром дыхательных расстройств (СДР) средней степени в III группе составил 61,9%, по сравнению с I группой (37,5%),  $p < 0,05$ . Во II группе СДР средней и тяжелой степени не было. Внутрижелудочковые кровоизлияния достоверно чаще выявлены у новорожденных III группы (42,9%), по сравнению с новорожденными I и II групп (9,3% и 3,8%, соответственно).

Таким образом, недоношенные новорожденные беременных с ХАГ, за счет выраженной морфо-функциональной незрелости, значительно хуже адаптируются к внеутробной жизни, чем недоношенные и доношенные дети от матерей с гестозом и ХАГ. Следовательно, дифференцированный подход к ведению и лечению беременных с артериальной гипертензией, ведет к уменьшению гипердиагностики в отношении гестоза, снижению частоты необоснованного преждевременного родоразрешения беременных с хронической артериальной гипертензией.

## МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В.,  
Романовская В.В., Ганковская О.А.**

*Российский Государственный Медицинский Университет, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета с курсами акушерства и гинекологии вечернего отделения и факультета усовершенствования врачей, Кафедра иммунологии*

В настоящее время среди причин невынашивания беременности доминируют инфекции, передаваемые половым путем и иммунные нарушения в организме женщины. Доказана экспрессия Toll-like рецепторов, распознающих консервативные молекулярные структуры различных патогенов, включая вирусы, бактерии, грибы в эпителии эндометрия и эпителиальных клетках нижних отделов репродуктивной системы. Целью нашей работы явилось изучение изменения экспрессии генов TLR2 эпителиальными клетками слизистой цервикального канала и TLR2 мононуклеарными клетками (МНК) периферической крови. Методы: Было обследовано 56 беременных женщин (конец второго, начало третьего триместра беременности): группа женщин с физиологически протекающей беременностью составляла 18 человек, группа с патологией беременности (наличие смешанной урогенитальной инфекции и с клиническими симптомами угрозы прерывания беременности) — 38 человек. Методом полимеразной цепной реакции в реальном времени был определен уровень экспрессии генов TLR2. Результаты: Во второй группе отмечалось повышение уровня экспрессии TLR2 в 5 раз, по сравнению с контрольной группой. Полученные показатели коррелировали с увеличением экспрессии TLR2 в 3 раза в МНК. В отделяемом цервикального канала у женщин с урогенитальной инфекцией отмечалась персистенция вируса простого герпеса, цитомегаловируса и наличие уреоплазмоза, кандидоза. В изучаемой группе с патологией беременности более чем в 70% беременность заканчивалась преждевременными родами. Гиперактивация факторов врожденного иммунитета через TLR, запускающая каскад

реакций, опосредованных повышенной выработкой цитокинов и соответственно, простагландинов, обуславливает гипертонус миометрия и в изучаемой группе в 70% приводила к преждевременным родам. Изучаемые показатели можно рассматривать как новые маркеры прогнозирования вероятности преждевременных родов.

## ТРОМБОФИЛИИ И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В.**

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

Актуальность: Венозные тромбозы (ВТЭ) являются одной из ведущих причин материнской смертности в мире. Часто ВТЭ развиваются внезапно при отсутствии дополнительных факторов риска, поэтому традиционно относятся к непредотвратимым причинам материнской смертности.

На протяжении длительного времени с момента открытия триады Вирхова основными факторами риска тромбозов являются осложнениями считались травмы, оперативные вмешательства, пожилой возраст, онкологические заболевания, иммобилизация, сердечная недостаточность, ожирение, варикозное расширение вен нижних конечностей. Это принесло определенные позитивные результаты в разработке методов диагностики и лечения тромбозов. Однако учет этих факторов не всегда раскрывал причину тромбоза: в половине случаев причина тромбоза оставалась неизвестной. Большой прогресс был достигнут после открытия и изучения генетических и приобретенных форм тромбозов и их роли в патогенезе тромбозов.

Цель работы: Определение роли генетических форм тромбозов и антифосфолипидного синдрома (АФС) в патогенезе ВТЭ при беременности. Оценка эффективности профилактики рецидивов ВТЭ во время беременности с применением низкомолекулярного гепарина (НМГ).

Материалы и методы: Группа I:  $n=27$  ( $28,7 \pm 4,2$  лет): подгруппа I ( $n=15$ ) — пациентки с тромбозами в предыдущую беременность, подгруппа II ( $n=12$ ) — пациентки с тромбозами в настоящую беременность; и группа II (контрольная) — здоровые беременные ( $n=30$ ) были обследованы на генетические тромбозы (метод ПЦР) и антифосфолипидные антитела (АФА): волчаночный антикоагулянт (ВА) (тест с ядом гадюки Рассела), антикардиолипины (аКЛ), анти-бета2-гликопротеин I, антипротромбин, анти-аннексин V (метод ELISA). При подготовке к беременности в подгруппе I применялись: НМГ под контролем Д-димера (ELISA), фолиевая кислота (до 4 мг/сут при гипергомоцистеинемии и/или мутации MTHFR C677T), витамины B6, B12, антиоксиданты (омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты), а также аспирин (81 мг/сут) и натуральный прогестерон при АФС. Базовая терапия при беременности включала: НМГ под контролем Д-димера, при АФС — натуральный прогестерон (до 28-30 недели) и аспирин.

Результаты: В группе I наблюдались: тромбоз глубоких вен ( $n=11$ ), тромбоз легочной артерии ( $n=15$ ), тромбоз яичниковой вены ( $n=1$ ); ВТЭ манифестировала во время беременности (на 25-38 неделе) у 21 пациентки, в послеродовом периоде — у 6 пациенток; отягощенный наследственный анамнез по ВТЭ выявлен у 60% ( $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой); дополнительные факторы риска ВТЭ (возраст  $> 35$  лет, избыточный вес, хронические инфекции) наблюдались у 26% ( $p=0,045$  по сравнению с контрольной группой). В подгруппе II в 100% случаев выявлено повышение уровня Д-димера ( $1-6$  мкг/мл при  $N < 0,5$  мкг/мл); после развития тромбоза применялись терапевтические дозы НМГ до родов и после в течение минимум 6 недель; летальный исход наблюдался в 2 случаях (16,7%), рождение живого плода — в 66,7% случаев. Акушерские осложнения в анамнезе в подгруппе I выяв-

лены у 60% (тяжелые гестозы, синдром потери плода, отслойка плаценты); в подгруппе II среди повторнобеременных (n=7) — у 71% (p=0.981). В группе I: мультигенная тромбофилия обнаружена в 100% случаев (по 4-6 мутаций, включая гомозиготные формы): MTHFR C677T (40.7%), FV Leiden (26%), протромбин G20210A (18.5%), комбинированные дефекты фибринолиза (85%); АФА (63%): ВА (22%), аКЛ (33%), анти-бета2-гликопротеин I (37%), анти-аннексин V (33%), антипротромбин (14.8%). В контрольной группе: АФА не выявлены, мультигенная тромбофилия обнаружена у 20% (p<0.01). При сравнении подгруппы I с подгруппой II: рецидива ВТЭ не было ни в одном случае, акушерские осложнения наблюдались у 12% пациенток (легкие формы гестоза) (p=0.017), рождение живого доношенного плода отмечалось в 100% случаев (p<0.01).

Заключение: Генетические тромбофилии и АФС выявляются у большинства пациенток с ВТЭ во время беременности. Профилактическое применение НМГ при подготовке и в течение всей беременности позволяет в 100% случаев предотвратить у них повторные тяжелые акушерские осложнения и ВТЭ. Препаратом выбора у пациенток с тромбофилиями является НМГ. НМГ обладает рядом преимуществ по сравнению с обычным гепарином: лучшая биодоступность, более предсказуемый антикоагулянтный эффект, возможность применения 1-2 раза в сутки, отсутствие необходимости лабораторного контроля, меньший риск тромбоцитопении и остеопороза. Эффективность НМГ связана с влиянием на систему свертывания крови, противовоспалительными и эндотелиопротективными свойствами, со способностью подавлять активность системы комплемента. Антитела к ХГ при АФС препятствуют продукции прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Применение натурального прогестерона позволяет предотвратить повторные потери плода у пациенток с АФС.

У всех пациенток с тромбозами и с акушерскими осложнениями во время беременности или в анамнезе (как личном, так и семейном) необходимо проводить скрининг на наследственные формы тромбофилии и АФС. Открытие генетических форм тромбофилии и АФС, изучение их роли в патогенезе тромбозов, разработка эффективной терапии и профилактики у таких пациенток позволяет говорить о тромбозах как о предотвратимой причине материнской смертности.

## АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ФИБРОМИОМЕ МАТКИ

Маринкин И.О., Пушкарев Г.А.

*Россия, г.Новосибирск, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирская государственная областная клиническая больница*

Увеличение возраста рожаящих женщин, «омоложение» больных с миомой а матки высветило в последнее десятилетие проблему «Миома и беременность». Наличие миомы матки у беременных в последнее время все чаще является основным показанием к абдоминальному родоразрешению. При решении вопроса о способе родоразрешения у пациенток с миомой матки следует учитывать возраст беременной, характер и расположение узлов, состояние плода, акушерско-гинекологический анамнез женщины. Многолетние наблюдения позволяют считать, что миомэктомия во время кесарева сечения является оптимальной тактикой при выборе метода родоразрешения и лечения множественной и гигантской миомы. Удаление всех имеющихся, даже самых маленьких узлов является важнейшей профилактикой развития миомы, а сегодняшний уровень оперативной техники и анестезиологии позволяет провести это практически всегда. При проведении консервативной миомэктомии во время кесарева сечения, имея достаточный опыт, возможно удаление миоматозных узлов из полости матки, перешейка, шейки матки, расположенных на сосудистых пучках, требующих перевязки сосудов с одной стороны.

Миомэктомия при операции кесарева сечения требует дифференцированного подхода в анестезиологическом обеспечении оперативного вмешательства. В дооперационном периоде необходима оценка параметров системы гемостаза, показателей клинических анализов крови, биохимических параметров, отражающих функцию печени, почек и в целом определяющих реакцию организма пациентки на анестезию, объемную кровопотерю, инфузионно-трансфузионную терапию и течение послеоперационного периода. В дооперационном периоде необходимо также предпринять ряд мер, которые смогут обеспечить успешную терапию при возможной массивной кровопотери, — катетеризация центральной и периферической вен катетерами больших диаметров, обеспечение запаса эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, коллоидных растворов (Гелофузин, НЕС), наличие технических средств для проведения интраоперационной реинфузии отмытых эритроцитов.

Выбор метода анестезиологического пособия определяется общими принципами регионарной или общей анестезии, объемом оперативного вмешательства и степенью риска массивной кровопотери. При удалении субсерозных миоматозных узлов и предполагаемом объеме кровопотери не более 1% от массы тела возможно проведение регионарной анестезии, предпочтительнее продленная эпидуральная анестезия. При множественных интрамуральных, узлах в области перешейка, шейки матки, расположенных на сосудистых пучках, гигантских (более 10 см в диаметре) узлах высока вероятность массивной кровопотери и расширения объема операции. В данном случае целесообразна тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ.

Высокая степень риска объемной кровопотери и необходимость при этом массивной инфузионно-трансфузионной терапии определяют противопоказания к проведению миомэктомии при абдоминальном родоразрешении. К абсолютным противопоказаниям следует отнести: 1) врожденные и приобретенные заболевания системы гемостаза с поражением сосудисто-тромбоцитарного или коагуляционного звеньев: дизагрегационные тромбоцитопатии, аутоиммунные тромбоцитопении, коагулопатические состояния, обусловленные дефицитом факторов свертывания крови, в том числе хронический ДВС-синдром в фазе потребления; 2) экстрагенитальная патология, при которой противопоказано проведение объемной инфузионно-трансфузионной терапии: врожденные и приобретенные пороки сердца с сердечной недостаточностью, легочной гипертензией, патология почек с нарушением выделительной функции, ХПН; 3) массивная (более 1,5% от массы тела) кровопотеря при кесаревом сечении, предшествующем планируемой миомэктомии.

Относительные противопоказания: 1) железодефицитная анемия беременных средней степени тяжести; 2) синдром гестационной дизадаптации системы гемостаза, сопровождающийся параметрами изокоагуляции в III триместре беременности; 3) тромбофилические состояния, обусловленные врожденным или приобретенным дефицитом АТ-III, протеинов С и S, гипергомоцистеинемия, APC-резистентность (мутация Y фактора Leiden), АФС-синдром.

Предоперационная подготовка беременных с миомой к абдоминальному родоразрешению, интенсивная терапия кровопотери, рациональная тактика ведения послеоперационного периода предполагают наличие хорошо оснащенной лабораторной службы, в том числе лаборатории гемостаза. Миомэктомия при абдоминальном родоразрешении не должна выполняться при отсутствии достаточного запаса компонентов крови и коллоидных кровезаменителей. Непременным условием является владение оперирующими хирургами методиками гистерэктомии и перевязки внутренних подвздошных артерий.

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДА

**Мельникова С.Е., Орлов В.М., Гаджиева Т.С.**

*Россия, Санкт-Петербург, Медицинская академия последипломного обучения, кафедра акушерства и гинекологии № 1)*

Среди актуальных проблем акушерства одно из ведущих мест по-прежнему занимают послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания и составляют 13-75% от общего числа послеродовых заболеваний. Наиболее частым осложнением воспалительного характера после родов является эндометрит, частота которого составляет 3-8%, при осложненных родах 10-20%, а у женщин с высоким инфекционным риском — от 13,3 до 54,4% (Гуртовой Б.Л. и соавт., 1999; Серов В.Н. и соавт., 2002). Высокая частота, трудность прогнозирования послеродовых инфекционных осложнений свидетельствуют, что по-прежнему актуальным является поиск простых, доступных, высокоинформативных методов выявления послеродовых воспалительных заболеваний.

В этой связи важное значение приобретает гистологическое исследование последа в послеродовом периоде. Среди возможных поражений последа наиболее значимое место занимают инфекционные процессы, которые могут сопровождаться тяжелыми структурными изменениями. Определение характера поражений последа позволяет выявить хроническую инфекцию матери, прогнозировать наклонность к инфекционным заболеваниям.

Цель работы. Выявить взаимосвязь между степенью инфицирования последа и развитием послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний. Определить факторы, влияющие на инфицирование последа во время беременности и родов.

Материалы и методы исследования.

Проведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода, морфологических особенностей последа у 636 женщин. Все пациентки были разделены на 2 группы: 1-я (основная) — 340 больных, послеродовый период которых осложнился субинволюцией матки и эндометритом; 2-я (контрольная) — 296 женщин, с нормальным течением послеродового периода. У всех рожениц проводилось гистологическое исследование плодных оболочек, плаценты и пуповины для определения степени инфицирования.

Результаты исследования и их обсуждение.

Роженицы основной группы достоверно чаще, чем роженицы контрольной группы имели факторы риска развития послеродовых инфекционных осложнений: хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов; органов мочевого выделительной системы и гениталий; осложненное течение родов — преждевременное излитие околоплодных вод, продолжительность безводного периода более 6 часов, родов свыше 12 часов, 3 и более влагалищных исследований, патологическую кровопотерю; оперативные вмешательства в родах — кесарево сечение, ручное вхождение в полость матки.

У 210 (61,7%) женщин основной группы по результатам гистологического исследования последа выявлен высокий и умеренный фактор риска развития эндометрита, слабый и отсутствует у 130 больных (38,3%). Из 296 женщин контрольной группы — высокий и умеренный фактор риска наблюдался у 83 женщин (28,2%) и слабый и отсутствует у 213 (71,8%).

По результатам проведенного исследования было установлено, что у больных с послеродовыми инфекционно-воспалительными заболеваниями, выраженные морфологические изменения последа воспалительного характера встречаются в 4,4 раза чаще, чем у женщин, послеродовый период которых протекал без осложнений. Нормальная гистологическая картина последа у здоровых рожениц наблюдалась в 5 раз чаще, чем у женщин, больных послеродовыми инфекционными заболеваниями. Эти данные свидетель-

ствуют о том, что послеродовые гнойно-септические осложнения достоверно чаще возникают там, где при гистологическом исследовании последа обнаруживаются изменения воспалительного характера.

Анализируя группу женщин с послеродовыми воспалительными заболеваниями, удалось достоверно установить, что на инфицирование последа оказывают влияние: наличие хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, кольпита во время беременности, пролонгированные роды (свыше 12 часов), безводный период более 12 часов, многократные внутренние исследования в родах (более 3).

Выводы:

1. Гистологическое исследование последа является целесообразным и позволяет выявлять «группу риска» возникновения послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний у рожениц.

2. Наличие высокой и умеренной степени инфицирования последа является важным прогностическим критерием в развитии послеродовых инфекционных осложнений.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

**Миляева Н. М., Кузнецов Н. Н., Ковалев В. В.,  
Вершинина Г. А., Колесникова Т. Н.**

*Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия, Свердловская областная детская клиническая больница № 1*

При физиологически протекающей беременности в организме женщины формируется комплекс динамических адаптационных реакций, направленных на поддержание гемостаза беременной в новых условиях и на обеспечение нормального развития плода, рождение здорового ребенка. Совершенство этих системных реакций составляет новое устойчивое состояние, определяемое как норма беременности. Нарушение последовательных процессов долговременной адаптации при беременности приводит к возникновению осложнений, одним из которых является гестоз. Длительно прогрессирующее не корригируемое течение гестоза вызывает полное истощение компенсаторно-приспособительных механизмов организма беременной со срывом адаптации, системную реакцию, синдром полиорганной недостаточности, критические изменения в фето-плацентарном комплексе вплоть до угрозы жизни беременной и гибели плода. Нами, как и другими авторами, физиологически протекающая беременность рассматривается как острофазовое состояние, а патологические механизмы гестоза — с позиций системной воспалительной реакции.

Целью настоящего исследования явилось установление клинико-лабораторных критериев оценки степени выраженности системной воспалительной реакции при гестозе и прогнозирования течения и исхода беременности на этой основе.

Применен клинико-лабораторный комплекс, включающий бальную шкалу С. Гоекке в модификации Г.М. Савельевой (1989), параметры функционального состояния фето-плацентарного комплекса, гемореологические (количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов с ристомидином, адреналином, содержание фибриногена, АПТВ, тромбоэластограмма, стрептазоактивированный фибринолиз, этаноловый и ортофенантролиновый тесты), оптико-поляризационные (рефрактометрия и поляризационная микроскопия плазмы цитратной и с ингибитором протеолиза), биохимические (концентрация веществ низкой и средней молекулярной массы в плазме, на и в эритроцитах, в моче), физико-химические (эффективная и общая концентрация альбумина сыворотки крови) показатели. Исследования проводились на базе родильного дома



№ 14 г. Екатеринбург и в лаборатории эндогенной интоксикации и гемореологии Свердловской областной детской клинической больницы № 1.

Обследованы 155 пациенток с гестозом различной степени тяжести в III триместре беременности. При легкой и средней степени тяжести гестоза выявлены достоверные отличия в количестве тромбоцитов в венозной крови и агрегации тромбоцитов с адреналином, содержании фибриногена, продуктов деградации фибриногена, соотношения эффективная концентрация альбумина/общая концентрация альбумина сыворотки крови, концентрации веществ низкой и средней молекулярной массы в плазме и в эритроцитах, оптико-поляризационных характеристик. Динамический контроль указанных параметров позволяет своевременно диагностировать нарастание признаков дезадаптации беременной и плода и выбирать оптимальные сроки и методы родоразрешения.

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛОГО ГЕСТОЗА В ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Миляева Н.М., Ковалев В.В., Кузнецов Н.Н.,  
Вершинина Г.А., Шершнёв В.Н.**

*Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия*

Гестоз является ведущим осложнением гестационного периода, сопровождающимся развитием полиорганной недостаточности, высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. В акушерской клинике МУКБ № 14 г. Екатеринбург, специализирующейся на лечении больных с данной патологией, в 2001 г. частота гестоза составила 43,5%.

Целью настоящего исследования явилось изучение и выделение наиболее информативных диагностических параметров гомеостаза беременных с гестозом в 30-34 недели гестации и прогностических критериев развития тяжёлых форм гестоза.

Для достижения поставленной цели проведено проспективное обследование в динамике 153 беременных в 30-34 недели гестации, из которых 21 — с физиологической беременностью, 65 — с гестозом лёгкой степени, 67 — с гестозом средней степени тяжести. Несмотря на профилактику развития гестоза в ранние сроки и лечение его в последующем в стационаре, у 5 (7,46%) беременных из группы с гестозом средней степени процесс прогрессировал и достигал тяжёлой степени к 37 неделям гестации. Все женщины наблюдались до срока родоразрешения с последующей оценкой состояния новорождённого и анализом морфологической структуры плаценты. С целью оценки состояния гомеостаза беременных применены общеклинические и диагностический клинико-лабораторный комплекс, включающий бальную шкалу С. Gocke – Савельевой Г.М. (1989), параметры функционального состояния ФПК, гемореологические — количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов с АДФ, ристомидином, содержание фибриногена, АПТВ, тромбоэластограмма, стрептазоактивированный фибринолиз, этаноловый и ортофенантролиновый тесты, оптико-поляризационные (рефрактометрия и поляризационная микроскопия плазмы цитратной и с ингибитором протеолиза), биохимические (концентрация НиСМВ в плазме, на эритроцитах, в моче), физико-химические (эффективная и общая концентрации альбумина — ЭКА, ОКА) показатели.

В результате проведённого исследования выявлены достоверные различия следующих параметров гомеостаза у беременных с гестозом средней степени тяжести в 30-34 недели гестации, у которых гестоз перешёл в тяжёлую степень к сроку родов по отношению к беременным с гестозом средней степени тяжести, у которых гестоз не прогрессировал: количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов с АДФ, ристомидином, ТЭГ (R, K, MA), ЭКА, ОКА, резерв связывания альбумина, суммарный кристаллизационный показатель. В результате анализа всех клинико-лабораторных показателей полу-

чены два наиболее информативных параметра — систолическое АД и величина максимальной амплитуды на ТЭГ, с помощью которых удалось безошибочно классифицировать беременных как перешедших, так и не перешедших в стадию тяжёлого гестоза. Для создания модели прогноза гестоза тяжёлой степени использовался метод построения дерева классификаций. Для данной выборки беременных решающее правило формулируется следующим образом: переход в тяжёлую степень гестоза происходит при систолическом АД >137,5 мм рт. ст. и величине «МА» <47,5 мм. Для подтверждения корректности полученного решающего правила использовался метод скользящего экзамена. Вероятность ошибочной классификации не превышал 5%. Вероятность правильного прогноза 95%. Полученное решающее правило следует расценивать, как «раннее предупреждение» о возможном развитии гестоза тяжёлой степени. Таким образом, разработанные нами методологические подходы к прогнозированию развития тяжёлого гестоза к сроку родов с 30-34 недель гестации с использованием методов математического моделирования позволили выделить два наиболее информативных, доступных для исследования в акушерском стационаре параметра гомеостаза беременных. Знание с 30-34 недель гестации о возможном прогрессировании гестоза в тяжёлую степень к сроку доношенной беременности даёт возможность клиницисту выбрать оптимальную акушерскую тактику, адекватную терапию, прогнозировать срок и метод родоразрешения.

## **РОЛЬ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ В ПОДГОТОВКЕ РОДОВЫХ ПУТЕЙ К РОДАМ**

**Михельсон А.А., Орлов А.В., Орлов В.И., Михельсон А.Ф.**

*Россия, Ростов-на-Дону, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии.*

Достаточно хорошо известно, что к концу физиологической беременности происходит созревание систем плода и подготовка организма женщины к родам. Укорачивается, размягчается и центрируется шейка матки, формируется нижний сегмент, опускается и прижимается к входу в малый таз предлежащая часть плода (I. Chalmers, M. Enkin, 1989).

Общепринято считать, что созревание шейки матки запускается мультифакторным механизмом, но сам он до конца не ясен. (Jefferson R, et al., 1999). Известно, что созревание шейки матки является активным биомеханическим процессом, который отчасти сродни воспалительной реакции, так называемое нейрогенное воспаление. (K Chwalisz, S Shao-Qing, RE Garfield and HM Beier, 1997).

Многие зарубежные авторы изучали изменения содержание таких нейромедиаторов воспаления как субстанция P, нейрокинин А, нейрокинин В у подопытных крыс во время беременности и родов (С.N.Mowa et al., 2002), а так же изменения восприимчивости тканей миометрия к этим нейромедиаторам в женской матке вне и во время гестации (Eva N. Patak et al., 2000). Однако полученные результаты не всегда были однозначны. Особый интерес представляет изменение содержания субстанции P, по поводу которой встречаются противоположные мнения.

Проведено изучение уровня субстанции P в сыворотке крови и околоплодных водах у 31 женщины в конце физиологической беременности, и в первом периоде родов. У всех обследованных роды начались спонтанно и закончились через естественные родовые пути. Оценка новорожденных по шкале Апгар составила 8-9 баллов. Был использован метод иммуноферментного анализа с последующей статистической обработкой результатов.

Установлено, что в последние недели беременности происходит увеличение содержания субстанции P в сыворотке крови. Ее уровень в первом периоде родов достоверно увеличивался, превышая значения в конце беременности в 3 раза ( $p > 0,05$ ).

Полученные результаты позволяют считать, что субстанция P является одним из факторов, влияющих на формирование готов-

ности организма женщины к родам при физиологической беременности, а учитывая ее рост в сыворотке крови и околоплодных водах в первом периоде родов — в регуляции реализации сократительной активности.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Модина М.А., Чотчаева М.Н., Лифенко Р.А.,  
Гаспарян С.А., Савушкин А.В., Василенко И.А.**

*Россия, Ставрополь, ГОУ ВПО ставропольская государственная  
медицинская академия*

В последние годы одно из ведущих мест в современном акушерстве по своей социальной значимости занимает невынашивание беременности. При этом на долю первого триместра приходится около 50-80% потерь, обусловленных преимущественно неразвивающейся беременностью (НБ) (45-88,6 % случаев). Известно, что необходимым условием для успешного развития гестационного процесса является формирование сложной сети сосудов, обеспечивающих перенос газов, питательных веществ и продуктов метаболизма между организмами матери и плода. Однако состояние фето-плацентарной системы при НБ остается одним из недостаточно исследованных аспектов проблемы. Активно изучаются вопросы, касающиеся развития антифосфолипидного синдрома, при котором вырабатываются антитела против собственных фосфолипидов, составляющих основу клеточных стенок, что приводит к повышенному тромбообразованию в сосудах, в том числе и плаценты, и может вызвать гибель плодного яйца. Большое внимание уделяется генетически детерминированным формам тромбофилии и гипергомоцистеинемии, приводящим к достаточно выраженным нарушениям гемостаза. В связи с этим своевременное выявление нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена может иметь важное значение в плане диагностики, оценки тяжести состояния и повышения эффективности коррекции этого грозного осложнения беременности, а применение новейших методов компьютерной цитометрии, является, несомненно, актуальным и перспективным.

Материал и методы исследования. В основную группу были включены 15 женщин с НБ на сроке 8-12 недель (средний возраст  $27,9 \pm 4,3$ ). Группы сравнения составили 35 женщин с физиологическим течением беременности, обратившихся в женскую консультацию в I триместре гестации на сроке 4-12 недель (средний возраст  $29,5 \pm 3,1$ ) и 22 небеременные женщины, обследованные во второй фазе менструального цикла (средний возраст  $28,7 \pm 2,4$ ). Кровь для исследования получали путем пункции локтевой вены сухой иглой и заготавливали в пробирки из ареактивного пластика («Sarstedt Monovette», Германия) с антикоагулянтом (ЭДТА). Исследование тромбоцитарного звена гемостаза включало определение количества тромбоцитов в периферической крови и агрегационной активности тромбоцитов при стимуляции аденозиндифосфатом (АДФ, 1 10-3М). Оценку морфофункционального состояния тромбоцитов периферической крови осуществляли с помощью компьютерного фазово-интерференционного микроскопа «Цитоскан» (Россия) на основе технологии компьютерной фазометрии (КФМ) биообъектов в режиме реального времени, представляющей совокупность способов пробоподготовки, компьютерной системы анализа изображений, алгоритмов измерений и идентификации фазовых портретов клеток. Статистическую обработку полученных данных проводили на компьютере с использованием стандартных программ: Microsoft Excel и MATLAB 6,0. При сравнительной оценке двух величин вычисляли критерий достоверности Фишера-Стьюдента и степень вероятности р. Различия между показателями считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. В I триместре было зарегистрировано достаточно резкое снижение уровня тромбоцитов по отношению

к показателям небеременных женщин репродуктивного возраста ( $224,3 \pm 19,3 \times 10^9/\text{л}$  против  $275,8 \pm 23,5 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно), отмечено увеличение агрегации тромбоцитов при стимуляции АДФ. Методом КФМ оценивали размерные параметры фазовых изображений живых клеток и структурно-объемные особенности их фазовых образов. Основой для дискриминации структурно измененных тромбоцитов послужили различные варианты формы клеток, характер рельефа их поверхности, наличие псевдоподий, их количество и величина. Нами выделено 4 типа тромбоцитов, характеризующих ту или иную степень их активации: формы «покоя», тромбоциты с низким и высоким уровнем активации и дегенеративно-измененные клетки. Установлено, что средние по популяции размерные показатели тромбоцитов периферической крови женщин доноров составляют ( $M \pm \sigma$ ): диаметр —  $2,6 \pm 0,8$  мкм, периметр —  $8,2 \pm 3,4$  мкм, высота —  $1,2 \pm 0,3$  мкм, площадь —  $4,6 \pm 1,2$  мкм<sup>2</sup>, объем —  $1,8 \pm 0,6$  мкм<sup>3</sup>. Тромбоциты беременных в первом триместре по сравнению с донорскими клетками отличаются большими значениями диаметра, периметра и площади ( $2,9 \pm 0,8$  мкм,  $8,4 \pm 3,7$  мкм,  $5,1 \pm 1,2$  мкм<sup>2</sup>, соответственно), в то время как высота и объем тромбоцитов снижаются ( $1,0 \pm 0,4$  мкм,  $1,7 \pm 0,2$  мкм<sup>3</sup>). При НБ выявленные изменения размерных параметров оказались более выраженными. Анализ морфологии клеток показал, что у небеременных около 60% тромбоцитов составляют клетки «покоя», 22% представлены тромбоцитами с низким, а 16% с высоким уровнем активации. Дегенеративно-измененные клетки составляют менее 5%. В I триместре обнаруживается заметное увеличение активированных клеточных форм: процент тромбоцитов «покоя» снижается до 46; около 30% клеток с низким и 15% с высоким уровнем активности, число дегенеративно-измененных клеток увеличивается до 9%. При НБ резко повышается активационный статус клеток, увеличивается содержание дегенеративных, функционально неполноценных тромбоцитов.

Полученные результаты позволяют считать, что анализ структурно измененных тромбоцитов и определение характерных особенностей их фазовых образов в норме или при развитии патологического процесса могут быть успешно использованы в акушерской практике. Расширение диапазона исследований различных функций этих уникальных клеток с использованием современных методологических подходов позволит глубже понять их участие в адаптационных реакциях как при физиологическом, так и при патологическом течении беременности. Детализация некоторых аспектов патогенеза НБ открывает пути к повышению качества диагностики и коррекции осложнений беременности.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**Назарова Л.А., Базиян Е.В., Прокопенко В.М.,  
Опарина Т.И., Константинова Н.Н., Павлова Н.Г.**

*ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург*

Известно, что наиболее частой причиной неблагоприятия плода является хроническая плацентарная недостаточность, приводящая к алиментарному и кислородному голоданию плода вследствие нарушения плацентарного кровообращения. Плацентарная недостаточность может возникнуть в разные сроки беременности при различных ее осложнениях и экстрагенитальных заболеваниях женщин и, по данным многих авторов, является одной из основных причин задержки роста и развития плода. Развитие плацентарной недостаточности оказывает неблагоприятное влияние на формирование различных функциональных систем плода, в том числе его неврологическое развитие, и определяет наличие ряда

соматических заболеваний во взрослом состоянии. Однако возникновение плацентарной недостаточности может оказывать неодинаковое влияние на состояние плода в связи со степенью развития адаптивных реакций у него и в плаценте. Характер задержки роста плода зависит от времени начала дисфункции плаценты, от степени и продолжительности нарушений плацентарного кровообращения. Задержка развития плода может осложнять до 6% всех беременностей и, после недоношенности, она является второй по частоте причиной перинатальной смертности.

Задачей работы явилось изучение степени нарушения состояния плодов кролика при плацентарной недостаточности, вызванной в различные сроки беременности.

Было проведено две серии опытов. В первой из них на 18-й день беременности (1 группа), во второй — на 21-й день беременности (2 группа) создавалась плацентарная недостаточность перевязкой примерно 1/3 преплацентарных сосудов каждого плодместилища одного рога матки. Другой рог оставляли интактным, а плоды, развивающиеся в этом роге, служили контролем. В конце беременности (на 29-й день беременности) животных забивали, производили подсчет выживших и погибших плодов в обоих рогах матки, плоды и плаценты взвешивали. У оставшихся в живых плодов вскрывали черепную коробку, извлекали мозг для биохимического исследования. В плацентах и мозгу у плодов определяли следующие биохимические показатели: перекисное окисление липидов, общую антиокислительную активность, активность синтазы оксида азота.

Анализ полученных результатов показал, что масса плодов из подопытного рога 1 группы была на 15% меньше и достоверно отличалась от таковой плодов из интактного рога ( $33,06 \pm 1,29$  г и  $38,88 \pm 0,87$  г соответственно,  $p < 0,05$ ). Смертность плодов из подопытного рога составила 52% и была больше смертности плодов из интактного рога (42%). Отмеченное уменьшение массы подопытных плодов сопровождалось значительным (в 2,1 раза) увеличением активности NO-синтазы в ткани плаценты и некоторой тенденцией к ее повышению в мозге плодов по сравнению с ее уровнем у интактных плодов.

Средняя масса плодов и плацент из подопытных и интактных рогов 2 группы достоверно не различалась ( $36,06 \pm 1,35$  г и  $38,92 \pm 1,86$  г;  $5,22 \pm 0,37$  г и  $5,57 \pm 0,32$  г соответственно,  $p < 0,05$ ). Смертность подопытных плодов была более значительной (67%) и в 1,4 раза превышала таковую плодов 1 группы. В плацентах подопытных и интактных плодов 2 группы достоверных различий биохимических показателей отмечено не было. В мозгу плодов этой группы, находящихся в условиях плацентарной недостаточности, по сравнению с мозгом интактных плодов было обнаружено достоверное увеличение общей антиокислительной активности ( $0,761 \pm 0,03$  и  $0,648 \pm 0,022$  УЕ/мг соответственно,  $p < 0,01$ ) при сходных значениях интенсивности процессов перекисного окисления липидов ( $57,18 \pm 1,85$  и  $57,11 \pm 1,18$  УЕ/мг соответственно).

При плацентарной недостаточности, вызванной одним и тем же методом уменьшения притока крови в материнской части плаценты на 18-й и 21-й дни беременности у самки кролика функциональное состояние плодов было различным. Так, при развитии плацентарной недостаточности на 18-й день беременности уменьшение массы плодов по сравнению с таковой у интактных плодов является одной из адаптивных реакций плода, связанных с уменьшением интенсивности метаболических реакций при снижении поступления к плоду питательных веществ и кислорода. К этому же феномену относится и значительное увеличение активности NO-синтазы в ткани плаценты у подопытных плодов 1 группы, направленное на увеличение плацентарного кровообращения. Отсутствие увеличения активности NO-синтазы в ткани мозга у этих плодов, можно полагать, свидетельствует о достаточной перфузии мозга за счет перераспределения сердечного выброса в пользу мозга и сердца. Эта сосудистая реакция при хронической гипоксии плода защищает мозг от ацидоза и способствует выживанию плодов.

При хронической плацентарной недостаточности, вызванной у самок в поздние сроки беременности (2 группа), у плодов отсутствовала метаболическая адаптивная реакция, их масса не отли-

чалась от таковой интактных плодов. В мозгу у этих плодов было отмечено усиление антиоксидантной активности по сравнению с таковой у интактных плодов, что можно связать с компенсацией окислительного стресса, поскольку у этих плодов уровень интенсивности перекисного окисления липидов не изменялся.

Таким образом, различия состояния плодов и увеличение их смертности связано, видимо, с уровнем развития гемодинамических, метаболических и морфологических адаптивных реакций в плацентах у плодов в более ранние и поздние сроки беременности, а также связаны, по-видимому, с большей повреждаемостью более зрелых плодов при поздних сроках беременности. Это, по-видимому, объясняет разную степень постнатальной адаптации новорожденных, развитие которых происходило в условиях плацентарной недостаточности, развивающейся во II и III триместрах беременности.

## **ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ**

**Негодова О.А., Бегова С.В., Омаров Н. С-М.**

*Республика Дагестан, г.Махачкала, ДНЦ РАМН*

Гестоз является грозным осложнением беременности, так как оказывает наиболее неблагоприятное влияние на её исход, как у матери, так и у плода. Характерным является повсеместное увеличение сочетанных форм гестоза, что объясняется ухудшением индекса здоровья женщин, ростом в популяции соматической, эндокринной и другой патологии, особенно в группах женщин с высокой кратностью родов. Многократные роды являются универсальным фактором риска акушерской и перинатальной патологии.

Среди всех заболеваний беременных женщин гестоз чаще развивается на фоне нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу (НЦД). В настоящее время частота НЦД при беременности составляет 13-28%, а в Дагестане — неблагоприятном в социальном плане регионе — достигает 30%. Сочетание гестоза и НЦД колеблется у многорожавших женщин в пределах 35%-46,2%. Доля тяжелых форм гестоза, таких как преэклампсия и эклампсия при экстрагенитальной сосудистой патологии увеличивается в 4 раза.

Целью нашего исследования явилось изучение гемодинамики в системе мать-плацента-плод у многорожавших женщин с гестозом в НЦД по гипертоническому типу.

Материал и методы исследования. Нами было проведено динамическое исследование 68 многорожавших беременных во 2-3 триместрах с гестозом на фоне НЦД.

Ультразвуковое сканирование (био- и фетометрия плода и плацентометрия) и доплерометрические исследования кровотока в маточных артериях и артериях пуповины осуществляли на аппарате «Aloka CCD – 1700» (Япония) с приставкой Дплера (3,5 МГц). Критериями нарушения маточно-плацентарного кровотока явились значения систоло-диастолического отношения (СДО) кривых скоростей кровотока в артериях пуповины и в маточных артериях.

Полученные результаты. В результате исследования гемодинамики у беременных с гестозом в сочетании с НЦД более чем у 75% отмечали нарушения кровообращения в системе мать-плацента-плод: увеличение индексов сопротивления в маточных артериях и артериях пуповины на 43,5% и более, снижение индексов сосудистого сопротивления в средне-мозговой артерии на 17,2%.

Данные изменения свидетельствуют об истощении компенсаторно-приспособительных механизмов центральной гемодинамики плода при сочетанной внутриутробной патологии, развившейся на фоне фетоплацентарной недостаточности. Систола-диастолическое отношение (СДО) в маточной артерии составило  $2,49 \pm 0,31$ , в пуповинной артерии —  $3,23 \pm 0,37$ .

В 20,6% случаев диагностировано критическое состояние плода — отсутствие диастолического компонента кровотока.

Нарушения кровотока в артериях пуповины в 77,1% случаев сопутствовало задержке внутриутробного развития плода по данным УЗИ. Гипотрофия плода 2-3 степени диагностирована в 30%-34% случаев, 1-2 степень — в 37% случаев.

При плацентометрии было установлено, что толщина плаценты соответствовала нормативным показателям для срока гестации только в 50,2% случаев, в 18,2% диагностировано утолщение плаценты, в 11,4% — уменьшение её толщины, в 13,9% — преждевременное «созревание» плаценты, участки жирового и кистозного перерождения.

Операция кесарево сечение произведена у 59 беременных (86,7%). Структура показаний к операции представлена следующим образом: резистентность к проводимой терапии в течение 48-72 часов — 22 (37,2%), эклампсия — 2 (3,38%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 5 (8,4%), критическое состояние плода — 14 (23,7%).

Живыми родились 64 новорожденных. Доля гипоксии у новорожденных составила 62,8%, поражения ЦНС — 27,9%, РДС — 21,2%. На второй этап выхаживания переведены 27,1% новорожденных.

Выводы. Результаты исследования показали прямо пропорциональную зависимость выраженности гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод от степени тяжести ассоциированной патологии и кратности родов, что является неблагоприятным фоном для развития акушерской патологии.

## СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ИМ. ПРОФ.

**В.С. ГРУЗДЕВА**

**Нигматулина Н.А., Янкович В.А.**

*г.Казань*

Одной из самых распространенных родоразрешающих операций является кесарево сечение. В последние десятилетия мы наблюдаем значительный рост частоты этой операции в связи с расширением показаний как со стороны матери, так и со стороны плода.

По данным клиники им проф. В.С. Груздева частота оперативного родоразрешения увеличилась с 9,1% в 1988 году до 21% в 2005 году по отношению к общему числу родов.

Структура кесарева сечения на протяжении последних 18 лет практически не изменилась: частота плановых операций колеблется в пределах от 30 до 40%, экстренных операций из отделения патологии беременности от 20 до 25%, частота экстренных операций из родзала — в пределах 40-45%. По отношению к общему числу родов частота плановых операций увеличилась почти в три раза — от 2,3% в 1988 году до 6,1% в 2003 и 5,8% в 2005 году; частота экстренных операций из отделения патологии беременности — с 1,8% до 4,6% и 5,1% соответственно; частота экстренных операций из родзала — с 3,6% до 6,6% и 8% соответственно.

Наиболее частыми показаниями к плановым операциям являются отягощенный акушерский анамнез (ОАА) (24,4%), рубец на матке (23,6%), тазовое предлежание плода (19,7%), экстрагенитальная патология (15%). У женщин с ОАА в 77,4% случаях показаниями к операции явились различные сочетания таких факторов, как возрастные первородящие, бесплодие и невынашивание в анамнезе, крупный плод. Практически у каждой четвертой (22,6%) показанием к операции явилось наличие акушерских осложнений при предыдущих родах. В 1988 году операций по поводу тазовых предлежаний плода выполнялось в 4,3% среди всех кесаревых сечений и в 0,4% по отношению к общему числу родов. В 2005 году частота выросла до 11,5% (2,1% по отношению к общему числу родов). При тазовом предлежании чаще всего показанием к оперативному вмешательству было наличие крупного плода, мужского пола плода и

настойчивое желание беременной на оперативном родоразрешении. 16% женщин, прооперированных с тазовым предлежанием, были повторногродящими.

В группе женщин, поступивших в родильное отделение и взятых сразу в операционную, наиболее частыми показаниями к операции явились рубец на матке (29%), экстрагенитальная патология (25,8%) и отслойка плаценты (25,8%). Основными показаниями к операции в группе женщин из родильного зала являлись аномалии родовой деятельности (49,5%), клинический узкий таз (35,5%), гипоксия плода (7,8%).

Резервы снижения частоты неоправданного оперативного родоразрешения заключаются в более детальном обсуждении показаний к операции. Но в настоящее время все чаще основным контингентом являются семьи, ориентированные на рождение единственного ребенка. А настойчивое желание беременной на родоразрешении оперативным путем приобретает важное значение в связи с юридическими аспектами.

## ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ

**Нураева Т.Ш., Хашаева Т.Х-М., Ибрагимов Б.Р.,  
Магомедова М.А.**

*Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Многоплодная беременность является весьма актуальной проблемой современного акушерства. Повсеместное возрастание частоты многоплодия напрямую связано с внедрением в лечение бесплодия искусственных репродуктивных технологий.

Беременность двумя и более плодами, безусловно, можно рассматривать как модель фетоплацентарной недостаточности. Количество же осложнений для матери, плодов и новорожденных позволяет возвести ее в степень высокого риска. Следствием этого является рост материнской и перинатальной смертности, которая в 3-7 раз выше, чем при родах одним плодом.

Целью исследования явилось изучение состояния кровотока в системе мать-плацента-плод. Для этого нами выделены следующие группы:

1-ая — 15 женщин с многоплодием без осложнений беременности;

2-ая — 25 женщин с многоплодием с различными осложнениями беременности;

3-я — 10 здоровых беременных группы контроля (беременные одним плодом).

Допплерометрическое исследование кровотока проводилось в маточной артерии, артериях пуповины и средних мозговых артериях плодов в сроках гестации 30-32, 36-40 недель. Учитывая, что выраженной разницы в показателях кровотока внутри пар близнецов не наблюдается, мы не выделяем отдельно показатели кровотока первого и второго плода. Для оценки использовались качественные параметры кровотока, так называемые «углы независимые» индексы, которые характеризуют периферическое сосудистое сопротивление (ПСС) — СДО, ИР и ПИ. Исследование проводилось при помощи ультразвукового аппарата Aloka SSD 5000, работающего в режиме реального масштаба времени с использованием конвексного датчика частотой 3,5 МГц.

Нами установлено, что при неосложненном течении беременности, индексы кровотока в артериях пуповины при одноплодной беременности, равно как и многоплодной, имеют тенденцию к снижению численных значений СДО, ИР и ПИ по мере увеличения гестационного срока.

Так, имеются достоверные различия в численных значениях индексов кровотока: СДО в сроке 30-32 недели в 1-ой группе составило  $2.66 \pm 0.05$ , ИР -  $0.66 \pm 0.07$ , ПИ -  $0.94 \pm 0.04$ ; в 3-й группе СДО имеет значение  $-2.52 \pm 0.06$ , ИР -  $0.59 \pm 0.01$ , ПИ -  $0.91 \pm 0.08$ . По мере возрастания срока беременности эти показатели уменьшаются,

составляя в 36-40 недель  $-2.58 \pm 0.07$  и  $2.15 \pm 0.01$ ,  $0.59 \pm 0.01$  и  $0.51 \pm 0.02$ ,  $0.74 \pm 0.03$  и  $0.69 \pm 0.01$  соответственно. Следует отметить, что при неосложненной многоплодной беременности в сравнении с неосложненной одноплодной беременностью индексы кровотока несколько выше, что говорит о более выраженном увеличении периферического сопротивления при многоплодии. В целом же снижение показателей «угол независимых» индексов свидетельствует о снижении периферического сопротивления в сосудистом русле плаценты, что связано с интенсивной васкуляризацией концевых ворсин.

Во 2-ой группе наблюдается противоположная тенденция, то есть по мере прогрессирования беременности отмечается возрастание показателей индексов кровотока, что говорит о нарастающем периферическом сопротивлении сосудов. А именно СДО составило в сроке 30-32 недели —  $2.69 \pm 0.01$ , ИР  $-0.7 \pm 0.03$ , ПИ  $-0.95 \pm 0.01$ ; а в 36-40 недель СДО возросло до  $2.93 \pm 0.08$ , ИР  $-0.72 \pm 0.01$ , ПИ  $-1.02 \pm 0.3$

Исследование кровотока в маточных артериях выявляют следующие особенности. В группе женщин с одноплодной беременностью, по мере увеличения срока беременности, наблюдается уменьшение численных значений индексов кровотока. Однако в 1-ой и во 2-ой группах выявляется противоположная картина. То есть, даже в группе с неосложненным течением многоплодной беременности отмечается возрастание индексов кровотока по мере прогрессирования беременности. Так в 1-ой группе СДО — в 30-32 недели составило  $1.83 \pm 0.02$ , а в 36-40 недель  $-2.13 \pm 0.04$ ; ИР —  $0.46 \pm 0.03$  и  $0.65 \pm 0.05$ ; ПИ  $0.68 \pm 0.06$  и  $0.77 \pm 0.03$ . Это свидетельствует о нарушении маточно-плацентарного кровотока у беременных с многоплодием даже при неосложненном течении. В свою очередь во 2-ой группе обследованных эти изменения носят более выраженный характер. В 30-32 недели беременности показатели имели следующие значения: СДО  $-1.95 \pm 0.02$ , ИР  $-0.49 \pm 0.01$ , ПИ  $-0.75 \pm 0.01$ ; а в 36-40 недель —  $2.47 \pm 0.09$ ,  $0.65 \pm 0.02$  и  $-1.01 \pm 0.04$  соответственно.

При осложнении беременности тяжелым гестозом, анемией, ЗВРП в некоторых случаях наблюдалось появление дикротической выемки в спектре кровотока. В одном случае зарегистрирован нулевой кровоток в артерии пуповины. Данное нарушение кровотока наблюдалось у одного близнеца из двойни с ЗВРП III-ей степени. После рождения на 2-е сутки констатируется смерть новорожденного в результате обширного кровоизлияния в мозг.

При физиологическом течении беременности исследования кровотока в средней мозговой артерии плода выявляют аналогичную тенденцию снижения индексов сопротивления по мере увеличения срока беременности, что обусловлено возрастанием диастолического компонента кровотока.

Но в условиях патологической беременности наблюдается совершенно отличная от описанной выше ситуация. То есть, при осложненной беременности индексы мозгового кровотока не повышаются, а значительно снижаются, что наглядно видно на примере II-ой группы обследованных. В 30-32 недели СДО составляет —  $4.52 \pm 0.07$ , ИР  $-0.74 \pm 0.06$ , ПИ  $-1.44 \pm 0.03$ ; в 36-40 недель —  $3.22 \pm 0.15$ ,  $0.66 \pm 0.01$  и  $-1.29 \pm 0.02$  соответственно. Эти изменения отражают гемодинамическое перераспределение для наилучшего кровоснабжения головного мозга и созревания его структур в условиях гипоксии.

У 11 беременных 2-ой группы с ЗВРП, осложненным течением беременности (гестоз, анемия) проведено повторное исследование гемодинамики после стационарного курса лечения. Положительный эффект был достигнут у 8 из них.

Нормативных показателей индексов гемодинамики в маточной, пуповинной, а также в средней мозговой артерии достичь не удалось, однако имеется некоторое их снижение.

Итак, ультразвуковая доплерометрия позволяет выявить нарушения кровотока во всех звеньях системы мать-плацента-плод, что диктует при выявлении критических состояний решать вопрос о целесообразности пролонгирования беременности.

Таким образом, результаты нашего исследования выявляют значительное повышение индексов периферического сосудистого

сопротивления в маточных артериях даже при неосложненной многоплодной беременности, что свидетельствует о нарушении кровообращения в маточно-плацентарном звене. При осложненном течении беременности эти изменения выявляются во всех звеньях системы МПП. Мы полагаем, что при выявлении критических состояний гемодинамики, а также при ухудшении ее показателей при повторном исследовании, пролонгирование беременности нецелесообразно. В таких случаях оптимальным является оперативный вариант родоразрешения.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМАТОМ**

**Нуруллина Д.В., Еремкина В.И., Вахитов Р.А.**

*г.Казань*

Одним из возможных осложнений при оперативных вмешательствах на органах малого таза является образование гематом, которые часто приводят к развитию гнойно-септических осложнений.

Основным методом лечения гематомы является вскрытие швов, удаление гематомы с последующей вторичной хирургической обработкой раны и наложением вторичных ранних швов, что приводит к дополнительному травматическому повреждению тканей, утяжелению и удлинению послеоперационного периода. Консервативный метод позволяет атравматично проводить лечение данного осложнения операции кесарева сечения. Таким образом, совершенствование консервативного метода лечения гематом после операций, является одной из актуальных проблем в акушерстве и гинекологии.

Учитывая литературные данные о фармакологическом действии системной энзимотерапии — противовоспалительное, противоотечное, иммуномодулирующее, фибринолитическое и вторично, анальгезирующее представляется целесообразным применение системной энзимотерапии в лечении гематом после операций. Установлено, что гидролитические энзимы наряду с высокой эффективностью, характеризуются отсутствием побочных эффектов. В качестве препарата системной энзимотерапии, который применялся в комплексном лечении гематом, мы использовали вобэнзим.

В доступной нам литературе применение вобэнзима в лечении гематом после оперативных вмешательств нам не встречалось. Однако, имеются сведения о его применении при лечении гематом в спортивной медицине.

Вобэнзим представляет собой комбинацию натуральных энзимов растительного и животного происхождения. Поступая в организм, энзимы всасываются в тонком кишечнике и, связываясь с транспортными белками крови, попадают в кровоток. В дальнейшем энзимы, мигрируя по сосудистому руслу и накапливаясь в зоне патологического процесса, оказывает действие на ткани.

Эффективность Вобэнзима оценивалась при комплексном лечении рожениц после операции кесарева сечения, а также гинекологических, больных перенесших операции на органах малого таза у которых в послеоперационном периоде выявлялись гематомы подкожножировой клетчатки, в области швов на матке, ложа удаленного миоматозного узла, культы влагалища. В исследовании были включены роженицы в возрасте от 25 до 36 лет, а также гинекологические больные от 35 до 56 лет. В качестве контрольной группы проводилось наблюдение за 15 роженицами, и 10 гинекологическими больными, которым проводилась терапия по общепринятым методикам. По тяжести состояния обе группы были равноценными.

Всем больным основной группы непосредственно после установления диагноза гематомы в комплексную терапию, наряду с общепринятым лечением, был включен Вобэнзим в дозе 5 драже три раза в сутки в течение первых двух недель, а затем по 2 драже 3 раза в сутки также в течение двух недель. В контрольной группе

проводилась только общепринятая терапия — прием антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапия: электрофорез с новокаином и гидрокортизоном, а также применение маевых тампонов и повязок.

Оценка эффективности терапии проводилась по следующим параметрам: размер гематомы (объем гематомы составлял 25-30 мл), распространенность отека, интенсивность боли, длительность пребывания в стационаре. При оценке результатов лечения в группе женщин, получавших Вобэнзим, уже на 2-3-й день после начала лечения отмечалось заметное уменьшение болей. К 5-му дню отек спадал, отмечались незначительные боли при пальпации, при контроле на УЗИ отмечалось уменьшение размеров гематом, начиная с 3-4 дня лечения. У женщин контрольной группы, не принимавших Вобэнзим, уменьшение боли, отека отмечалось лишь на 7-9-й день после начала лечения, а гематомы уменьшались значительно медленнее, начиная не ранее, чем с 7-8 дня от начала терапии. Выписка из стационара больных основной группы проводилась в среднем на 13 день (в контрольной группе — на 18 день). Динамика уменьшения размеров гематом была значительно выше в группе больных и родильниц, принимавших вобэнзим, чем в группе женщин, находящихся только на общепринятой терапии. Побочных эффектов при лечении Вобэнзимом отмечено не было.

Таким образом, учитывая высокую эффективность системной энзимотерапии в лечении родильниц с гематомами после операции кесарева сечения, отсутствие побочных эффектов и хорошую переносимость, рекомендуется широкое применение препарата Вобэнзим в акушерстве и гинекологии.

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Овчинников В.В., Дворянский С.А., Ворожцова С.И.\*,  
Ивашкина Е.П.\***

*Россия, Киров, ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, ФГУ Кировский  
НИИ ГиПК Росздрава\**

С точки зрения адаптации гестацию можно рассматривать как функциональную пробу на прочность всех систем организма женщины. Физиологическое течение беременности определяется значительным напряжением адаптационного потенциала, конечной целью которого является сохранение здоровья матери, плода и новорожденного. В системе гемостаза при беременности имеются компенсаторно-приспособительные механизмы, которые обеспечивают физиологическую гиперкоагуляцию. Это состояние требует определения параметров всех звеньев системы гемостаза. В связи с этим, изучение свертывающей системы крови у беременных имеет теоретическое и практическое значение.

Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза характеризуется не только количеством тромбоцитов, но в большей мере их способностью повышать свертывающий потенциал через активацию процессов адгезии и агрегации. В практическом здравоохранении для оценки первичного звена гемостаза чаще используют количественное определение тромбоцитов, длительность кровотечения и время ретракции кровяного сгустка. Концентрация тромбоцитов имеет определенное прогностическое значение, хотя критический уровень их, угрожающий развитием геморрагий, индивидуален (В.А.Аграненко, А.Г.Румянцев, 1998). Тест определения длительности кровотечения малочувствителен и не позволяет выявить нарушения при тромбоцитопатиях легкой и средней тяжести (Л.П. Папаян, Н.Н. Петрищев, 1999). Ретракция кровяного сгустка зависит от количества тромбоцитов, эритроцитов, уровня фибриногена и не может быть использован для прогноза кровотечения без их учета.

Ферментативный гемостаз оценивается в условиях практического здравоохранения, как правило, по активности коагуляционного звена (прокоагулянтов). Известно, что сохранение жидкого

состояния крови обеспечивается противосвертывающей с ведущей ролью атититримбина III (АТ-III) и фибринолитической системами (ФА). При этом АТ- III и фибринолитическая система в несколько раз быстрее расходуются в процессе свертывания, чем любой из факторов коагуляции (П.А. Воробьев, 2004).

Целью исследования явилось изучение динамики изменений свертывающей системы крови в каждом триместре при физиологически протекающей беременности.

Материал, методы и объем исследования. Проведено комплексное обследование 133 беременных женщин репродуктивного возраста (24,72±4,23 лет), проживающих в городе Кирове и Кировской области. Критерии для отбора женщин в рамках исследования: репродуктивный возраст, физиологически протекающая беременность. Критерий исключения: прием препаратов, влияющих на свертываемость крови, хроническая экстрагенитальная патология, имевшиеся в анамнезе трансфизиологические осложнения, наличие у ближайших родственников гематологических заболеваний, донорство. У 47 женщин (35,34%) беременность была первой, 74 беременным (55,65%) предстояли вторые и 12 пациенткам (9,02%) — третьи роды. Все предыдущие беременности завершились рождением здоровых доношенных детей.

Изучены сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный звенья системы гемостаза. Материалом служила венозная кровь, стабилизированная 3,8% раствором цитрата натрия в соотношении 9:1. Взятие материала для гемостазиограммы проводили с добровольного информированного согласия женщины натощак, утром самоотемом из периферической вены в пластиковые пробирки. Плазму исследовали в ближайшие 2 часа с момента взятия пробы крови.

Состояние сосудисто-тромбоцитарного компонента гемостаза оценивали по агрегационной способности тромбоцитов фотометрическим методом. В качестве индукторов использовали АДФ, адреналин в концентрации 2,5 мкг/мл, ристомидин 15 мг/мл («Технология-Стандарт», Барнаул). При анализе агрегатограмм изучали степень агрегации и общий характер кривой.

Исследование коагуляционного звена гемостаза проводилось по определению концентрации фибриногена (Фг), протромбинового времени, выраженного в виде индекса (%ПИ), активности факторов (ф) V, VII, VIII и IX.

Противосвертывающий потенциал крови изучали по уровню активности антитромбин-III-гепаринового комплекса (АТ-III).

Фибринолитическую систему крови оценивали по определению фибринолитической активности эулобулиновой фракции плазмы (Хагеман-зависимый фибринолиз).

Результаты работы. Количество тромбоцитов у всех обследованных беременных женщин находилось в пределах допустимых физиологических колебаний.

Максимальная агрегация (МА) тромбоцитов, индуцированная АДФ в концентрации 2,5 мкг/мл, по триместрам составила 87,3±2,8%, 88,2±2,8%, 90,1±2,7%. Соответственно адреналин-индуцированная агрегация (2,5 мкг/мл) равнялась 88,5±2,7%, 89,4±2,8%, 90,3±2,7%. Под воздействием ристомидина (15 мг/мл) агрегация в I триместре достигла 94,8±2,4%, во II триместре 97,3±2,4%, в III -100,4±5,1%. Все агрегационные кривые были полными и необратимыми.

Максимальная агрегация тромбоцитов у здоровых беременных при стимуляции всеми индукторами имела тенденцию к повышению, особенно, в последнем гестационном триместре, однако достоверной разницы МА в I, II, III триместрах беременности не было выявлено.

Коагуляционный потенциал крови претерпевал более существенные изменения. По мере прогрессирования беременности постоянно увеличивалась концентрация основного субстрата гемостаза — фибриногена (I триместр -3,5±1,0г/л, II - 3,7±0,8г/л, III - 5,0±0,5г/л), однако эти изменения носили недостоверный характер. ПИ в I триместре составил 101,0±1,8%, во II — недостоверное увеличение до 104,0±1,7%, в III -108,0±1,5%\* (\* - p < 0,05 — достоверные различия с I триместром). Активность ф V с 103,0±1,0% в I триместре увеличилась до 104,0±1,5% во II и до 110,0±2,0%\* в III (\* - p < 0,05 — в

сравнении с I и II триместрами). Концентрация ф. VII увеличилась на 16% по сравнению с I триместром ( $p < 0,05$ ). Коагуляционная активность ф. VIII к концу беременности не имела достоверных различий по сравнению с I и II триместром. Уровень ф. IX достоверно увеличивался в течение всей беременности и достиг  $105,0 \pm 2,0\%$  в III триместре. Отмечено значимое повышение активности АТ-III к концу гестации  $109,0 \pm 2,2\%$  по сравнению с II триместром ( $100,0 \pm 2,0\%$ ), что, по нашему мнению, компенсирует возникающие во время беременности гиперкоагуляционные процессы и препятствует внутрисосудистому тромбообразованию. Выявлено угнетение Хагеман-зависимого фибринолиза к сроку родов ( $15,0 \pm 2,5$  мин.) по сравнению с I триместром ( $8,0 \pm 1,5$  мин.) ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Выявленные изменения в системе гемостаза носят приспособительно-компенсаторный характер и необходимы, в конечном итоге, для гемостатического обеспечения родового процесса. Полученные результаты подчеркивают целесообразность оценки всех звеньев системы гемостаза.

## **ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

**Озолия Л. А., Шайкова Д. А., Кашежева А.З.**

*ГОУ ВПО РГМУ РОС ЗДРАВА, Москва*

Исследования последних лет показали, что в основе многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии. Их причинами могут быть антифосфолипидный синдром (АФС), гипергомоцистеинемия, наследственные дефекты гемостаза. Сочетание этих факторов значительно повышает риск развития осложнений беременности. Клиническими проявлениями этих патологических состояний могут быть раннее начало и/или тяжелое течение гестоза, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода (СЗРП), преждевременная отслойка плаценты, внутриутробная гибель плода. Одним из вариантов решения проблемы профилактики и ранней диагностики указанных состояний может стать выявление дополнительных факторов риска развития тромбофилий, изучение возможных вариантов их сочетания и взаимного влияния друг на друга, формирование групп риска по развитию осложнений второй половины беременности и поиск надежных маркеров и новых эффективных способов коррекции выявляемых отклонений. В настоящее время известно, что гомоцистеин может способствовать окислению липопротеидов низкой плотности, нарушению функции эндотелия, пролиферации гладкомышечных клеток сосудов, активации тромбоцитов и коагуляционного каскада. В связи с этим в последние годы активно изучаются метаболизм гомоцистеина и влияющие на него факторы. Гомоцистеин — это серосодержащая аминокислота, образующаяся в процессе обмена метионина и цистеина. Получаемый с пищей в составе белка метионин метаболизируется с образованием S-аденозилгомоцистеина, который в результате гидролиза превращается в гомоцистеин. В процессе метаболизма гомоцистеина важную роль играют витамины B6, B12 и фолиевая кислота. Нарушение превращения гомоцистеина в метионин и цистеин приводит к повышению его уровня в плазме крови и выделению с мочой. В норме уровень гомоцистеина в плазме крови составляет  $5-15$  мкмоль/л. У детей и подростков этот показатель равен приблизительно  $5$  мкмоль/л, в течение жизни средний уровень гомоцистеина увеличивается на  $3-5$  мкмоль/л, и он несколько выше у мужчин по сравнению с женщинами. Гипергомоцистеинемия диагностируется в том случае, если уровень гомоцистеина в крови превышает  $15$  мкмоль/л. Концентрация гомоцистеина в плазме крови в пределах  $15-30$  мкмоль/л свидетельствует об умеренной гипергомоцистеинемии, от  $30$  до  $100$  мкмоль/л — о промежуточной, а более  $100$  мкмоль/л — о тяжелой. Основной механизм действия гомоцистеина — это развитие тром-

бофилии, являющейся причиной возникновения различной акушерской патологии: от нарушения плацентации и невынашивания беременности на ранних сроках, до хронической внутриутробной гипоксии плода, гипотрофии плода и развития гестоза во второй половине беременности, внутриутробной гибели плода и другие. В связи с этим представляет интерес изучение тромбофилии и, в частности, гипергомоцистеинемии, как возможной причины развития СЗРП.

Цель: изучить частоту и структуру тромбофилии у пациенток, беременность которых осложнена синдромом задержки роста плода (СЗРП) и выработать оптимальную схему лекарственной терапии.

Материалы и методы: Нами было обследовано 60 пациенток с СЗРП и 30 здоровых беременных. Всем беременным проведено УЗИ плода, доплерометрия, определение показателей гемостаза, обследование на наличие антител к фосфолипидам (антикардиолипины и волчаночный антикоагулянт), генетическую патологию гемостаза (мутацию фактора V Leiden, фактора II, фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), а также исследование уровня гомоцистеина в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). При выявлении СЗРП и тромбофилии беременным проводили комплексную терапию, включающую низкомолекулярный гепарин фраксипарин (по  $40$  мг 1 раз в сутки). При наличии мутации гена MTHFR и гипергомоцистеинемии помимо антикоагулянтов назначали фолиевую кислоту в дозе до  $4$  мг в сутки, витамины группы B-пиридоксина гидрохлорид (B6) по  $10-20$  мг/сут, витамин B12 по  $200-400$  мкг/сут внутримышечно через день  $10$  инъекций на курс. В дальнейшем переходили на таблетированные формы (пентавит, мультитабс). Также в терапию были включены полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 по  $2-3$  капсулы в день после еды, витамин E ( $400$  ME/сут). Контроль показателей гемостаза и уровня гомоцистеина на фоне лечения проводили через 2 недели.

Результаты: при анализе проведенного исследования у 30 беременных с физиологически протекающей беременностью не было выявлено тромбофилии. Среди беременных с СЗРП у 20 — выявлено наличие антител к фосфолипидам (у 12 — к кардиолипину, у 8 — волчаночный антикоагулянт), у 20 — наличие генетических дефектов гемостаза (у 6 — мутация ф. V Leiden, у 4 — мутация ф. II, у 10 — мутация MTHFR). Беременной с мутацией MTHFR был исследован уровень гомоцистеина в плазме крови. У 10 беременных (100%) выявлена гипергомоцистеинемия, ее средний уровень составил  $22,8 \pm 2,5$  мкг/л. Наиболее частыми осложнениями настоящей беременности, помимо СЗРП, были: гестоз — у 19, угроза прерывания беременности — у 15 пациенток. В контрольной группе беременных были выявлены: хроническая внутриутробная гипоксия плода — у 2, водянка беременных — у 5, угроза прерывания беременности — у 4 пациенток. В родах наиболее частыми осложнениями у беременных с СЗРП были: преждевременные роды — у 8 пациенток, острая гипоксия плода — у 2, антенатальная гибель плода — у 1, первичная слабость родовой деятельности — у 5. В контрольной группе роды протекали без осложнений. У детей, родившихся в основной группе диагностирована гипотрофия I степени — у 30, 2 степени — у 20 и 3 степени — у 10 новорожденных. Комплексная терапия, включавшая фраксипарин, фолиевую кислоту и витамины группы B, способствовала снижению активации внутрисосудистого свертывания крови и нормализации уровня гомоцистеина, функциональное состояние плода на фоне проводимой терапии улучшилось.

Выводы: Таким образом, учитывая серьезность возможных последствий гипергомоцистеинемии и тромбофилии необходимо определять концентрацию гомоцистеина в крови всем женщинам, готовящимся к беременности. Адекватная коррекция гипергомоцистеинемии и тромбофилии в течение 2 недель у беременных с СЗРП позволяет улучшить маточно-плацентарное кровообращение, пролонгировать беременность и не допустить ухудшения функционального состояния плода.

## СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Омарова Х.М.

Дагестанский научный центр РАМН, ДМА, Махачкала

Одним из основных условий обеспечивающих нормальное течение беременности, является стабильность гемодинамических процессов в функциональной единой системе мать-плацента-плод. Одной из причин нарушения гемодинамики является экстрагени- тальная патология, в частности варикозная болезнь (ВБ). Функцио- нальное состояние фетоплацентарного комплекса во многом зави- сит от маточно – плацентарного кровотока.

Целью исследования явилось изучение маточно- плацентар- ного кровотока у многопложавших (МРЖ) с варикозной болезнью путем комплексного использования современных ультразвуковых методик. Нами проведено обследование 32 МРЖ с ВБ – I группа, II – контрольную, группу, составили 25 здоровых беременных. Доп- плерометрическое обследование кровотока в маточных артериях и артериях пуповины осуществлялось на аппарате «АЛОКА ССД- 1700» (Япония) снабженного доплеровским блоком. Критериями нарушения маточно- плацентарного кровотока при доплероме- трическом исследовании определены значения систола – диасто- лического отношения (СДО) кривых скоростей кровотока в арте- рии пуповины, в маточных и средних мозговых артериях плодов в сроках гестации 36-40 недель.

В результате исследования гемодинамики у беременных с вари- козной болезнью более чем у 26,2 % отмечали нарушение кровоо- вращения в системе мать – плацента – плод, т. е. у них наблюдалось отсутствие диастолического компонента кровотока. Отмечено воз- растание показателей индексов кровотока в I группе, что говорит о нарастающем периферическом сопротивлении сосудов. А именно в 36-40 недель СДО составило  $1,83 \pm 0,02$ ; ИР –  $5,6 \pm 0,03$ ; ПИ -  $1,6 \pm 0,04$ , что несколько отличалось от показателей контрольной группы СДО –  $1,68 \pm 0,04$ ; ИР-  $4,08 \pm 0,07$ ; ПИ-  $0,51 \pm 0,02$ .

Полученные данные свидетельствуют о нарушении маточно- плацентарного кровотока у МРЖ с варикозной болезнью.

При наличии у МРЖ варикоза органов малого таза, в 7,4% слу- чаях, наблюдалось появление дикротической выемки в спектре кровотока. В этих случаях после рождения новорожденные оце- нены по шкале Апгар 5-6 баллов.

При оценке состоянии плода у МРЖ с ВБ в 29,0% случаях отме- чена хроническая фетоплацентарная недостаточность, в 3,7% – раннее старение плаценты и в 3,7 % ЗВРП, чего не наблюдалось в контрольной группе.

Родились живыми 32 детей, 7,4% недоношенных и 92,0 % доно- шенных. Средняя масса новорожденных составила  $3400,0 \pm 013,0$ ; средний рост  $52,0 \pm 0,9$ . С оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов на 1-ой минуте родилось 44,4% детей, 6-7 баллов 18,5% и 5-6 баллов 7,4% новорожденных.

Результаты наших комплексных доплерометрических иссле- дований кровотока матери и плода показали, что при варикозной болезни происходит повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях и артерии пуповины.

Динамическая оценка доплерометрических показателей крово- тока в системе маточно – плацентарно – плодового комплекса обе- спечивает более раннее или прямое указание на гипоксию плода, что позволяет своевременно выявить нарушения кровообращения и проведения целенаправленной терапии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРУКАЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПОГАЛАКТИИ У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Омарова Х.М.

Дагестанский научный центр РАМН, ДМА, Махачкала, Россия

Исследованиями отечественных ученых выяснено, что в раз- витии гипогалактии (ГГ) важную роль играет акушерская и экс- трагени- тальная патология. Установлено, что количество молока у многопложавших (МРЖ) с варикозной болезнью (ВБ) значительно меньше по сравнению со здоровыми родильницами.

Важную роль в подготовке молочных желез к лактации и в сти- муляции секреции молока играет пролактин (ПРЛ) – гипофизар- ный гормон, базальная секреция которого находится под пре- имущественным тормозящим влиянием гипоталамуса. Контроль над секрецией ПРЛ осуществляется при помощи двойной системы регуляции с участием не только пролактинингибирующих (ПИФ) факторов, но и пролактин-релизинг-факторов. Основным физио- логическим ПИФ является дофамин (ДА). В связи с этим использо- вание препаратов, которые снижают активность гипоталамических ферментов, отвечающих за синтез ДА, вызывает ослабление тони- ческого подавления секреции ПРЛ, что в свою очередь приводит к стимуляции лактации. С этой целью мы использовали селектив- ного антагониста дофаминовых рецепторов – церукал по 0,01 – 3 раза в сутки или внутримышечное ведение по 2,0 мл одновременно с окситоцином в общепринятых дозах. Длительность курса соста- вило 10–14 дней.

Лечение получали 30 МРЖ с ВБ у которых выявлена ГГ – основ- ная группа. Контрольную группу составили 20 МРЖ с ВБ не полу- чавших лечения.

Изучены результаты определения базального и стимулирован- ного уровня ПРЛ в сыворотке крови родильниц с ГГ до и через 60 минут после приема церукала. У МРЖ с ВБ получивших лечение уровень ПРЛ в крови после приема церукала составил  $535,6 \pm 65,4$  ( $P < 0,01$ ). Таким образом, после приема церукала происходило достоверное увеличение в 3-3,5 раза уровня ПРЛ в сыворотке крови родильниц основной группы. ПРЛ у женщин контрольной группы не получавших лечения составил  $199,4 \pm 13,4$ .

В процессе лечения происходило существенное увеличение количества молока.

Лактогенный эффект начинался со 2-3 дня приема церукала и проявлялся непрерывным повышением суточного количества молока. У всех женщин, получивших лечение, отмечено прогрес- сивное увеличение молока и после 4-х суток все родильницы кормили детей грудным молоком, а на 6- е сутки у 27 родильниц отмечен должный его объем. В группе женщин с превентивно про- веденным лечением ГГ наблюдалась у 3 (10%).

Итак, примененный нами комплекс лечебных мероприятий позволил в 2 раза снизить частоту гипогалактии, что говорит о его положительном эффекте.

## ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Омарова Х.М.

Дагестанский научный центр РАМН, ДМА, Махачкала, Россия

Высокая частота варикозной болезни (ВБ) у беременных объ- ясняется увеличением массы циркулирующей крови и минутного объема сердца, повышением венозного давления и скорости кро- вотока в нижних конечностях, гормональной перестройкой орга- низма, изменением микроциркуляции и гемостаза. У пациенток с



ВБ достаточно высока вероятность развития гипотонических кровотечений, тромбозов, тромбофлебитических осложнений в послеродовом периоде вследствие изменений в системе гемостаза.

Цель исследования — определить эффективность лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) и профилактика тромбозов, тромбоэмболических осложнений.

Нами обследовано 60 беременных с ВБ. I группа — 30 беременных не получивших и II группа — 30 получивших профилактическое лечение ХВН.

Кроме стандартного акушерского обследования, всем женщинам проводили осмотр и пальпацию варикозных узлов, ультразвуковую доплерографию сосудов. Для сравнения результатов проводили балльную оценку состояния вен по шкале СЕАР. Определяли состояние гемостаза в динамике.

В комплекс предлагаемой терапии входила специфическая и неспецифическая профилактика. Неспецифическая профилактика включала диету с ограничением животных жиров, продуктов содержащих большое количество холестерина. Рекомендовали коррекцию рациона питания за счет большого количества овощей, фруктов и растительного масла. Всем беременным предложена дозированная физическая нагрузка, регулярно повторяющаяся в течение дня. На обеих нижних конечностях применяли эластическую компрессию.

В комплекс специфической профилактики входили препараты антикоагулянты (низкомолекулярный гепарин — клексан), дезагреганты (тромбоасс, курантил, трентал) и вещества, восстанавливающие антитромбогенные свойства стенки сосудов (витамин «Е», глютаминовая кислота).

В результате проведенного исследования у беременных не получивших лечения явления ХВН выражены значительно и проявляются с первого триместра. Особенно эти признаки выражены в III триместре у большинства обследуемых, что достоверно отличалось от группы получивших лечение.

У беременных получивших лечение в раннем сроке признаки ХВН на фоне проведенной терапии выражены незначительно за исключением 4% женщин, которые отмечали значительные отеки. Практически не встречались такие признаки как болезненность по ходу вены, чувство тяжести и зуд.

Ко второму триместру беременности в данной группе появляются такие признаки как болезненность при пальпации — 8%, чувство тяжести — 16% и боль по ходу вены у 9% женщин. Дальнейшее прогрессирование беременности сопровождалось незначительным нарастанием тяжести симптоматики ХВН.

Осложнения беременности намного чаще наблюдались в группе обследуемых не получивших профилактического лечения, что достоверно отличалось от данных второй группы: ранний токсикоз 39,0%, угроза самопроизвольного выкидыша 29,1%, угроза преждевременных родов 18,0%, острый тромбоз вен 12,5%. Осложнения в послеродовом периоде в той же группе — гипотоническое кровотечение 9,2%, тромбоз вен 8,4%, тромбоз легочной артерии 1,2%, экстирпация матки 1,2%, артериальное приращение плаценты 1,2%.

Во второй группе имел место один случай тромбоза глубоких вен — 1,2%.

Таким образом, патогенетическое лечение ХВН основано на коррекции функции мышечно-венозной помпы — основного фактора активного возврата крови к сердцу. Традиционными средствами достижения этой цели является эластическая компрессия, которая при правильном ее выполнении улучшает венозный отток от нижних конечностей в 3-5 раз, так как при этом создаются благоприятные условия для преимущественного оттока крови по глубоким венам.

Применение профилактического лечения, рекомендуемое нами беременным сопровождается значительным улучшением субъективных и объективных симптомов хронической венозной недостаточности и риска тромбозов, тромбоэмболических осложнений, как во время беременности, так и в послеродовом периоде, не исключая, к сожалению, полностью эти грозные осложнения.

## ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Омарова Х.М.

Дагестанский научный центр РАМН, Дагестанская Медицинская Академия, Махачкала, Россия

Одним из факторов повреждения структурно-функциональных свойств клеточных мембран является нарушение в системе перекисного окисления липидов (ПОЛ), проявляющееся АО недостаточностью, чрезмерным усилением ПОЛ. Регуляция интенсивности свободнорадикальных реакций в организме осуществляется посредством АОС защиты организма.

Необходимость определения количества витамина Е и С связано с тем, что эти витамины обладают АО и иммунокорректирующими свойствами. В результате циркуляторной гипоксии, при нарушении оттока венозной крови происходит снижение уровня окислительно-восстановительных процессов в организме МРЖ с ВБ, нарушения свободно-радикальных реакций в организме, наблюдаются изменения, приводящие к повышению в крови продуктов ПОЛ. Каталаза- фермент с одной полипептидной цепью, объемной молекулы гемоглобина, принимает участие в защите клеток от воздействия гидроперекисей, тем самым защищает мембраны от повреждающего действия свободных радикалов. Воздействие гипоксии любого генеза проявляется стереотипными неспецифическими реакциями, в частности активацией ПОЛ. Процесс ПОЛ является звеном регуляции липидного состава биологических мембран, транспорта веществ через биологические мембраны, синтеза простагландинов, метаболизма, стероидов. Данные изменения играют роль в патогенезе большинства осложнений течения беременности и родов. Цель исследования — изучение процессов ПОЛ и состояния АОС у МРЖ с ВБ. Нами обследовано 50 МРЖ с ВБ — основная группа. Контрольную группу составили 30 здоровых родильниц.

Об интенсивности ПОЛ судили по содержанию в сыворотке крови продуктов ПОЛ — диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). Содержание в сыворотке МДА определяли методом, основанным на реакции между МДА и тиобарбитуровой кислотой с образованием окрашенного триметинового комплекса. О суммарной АО активности судили по степени торможения биологическим материалом перекисного окисления экзогенного субстрата (линоленовой кислоты) за один час инкубации.

Об активности фермента каталазы судили по скорости убывания перекиси водорода в среде инкубации. Об активности АО защиты судили по содержанию аскорбиновой кислоты титрованием в кислой среде 0,001 рН раствором дихлорфенолинфенола без предварительного охлаждения белка.

В результате проведенных исследований выявлено, что содержание МДА в группе МРЖ с ВБ достоверно выше  $9,22 \pm 0,32$ , чем в контрольной группе  $7,88 \pm 1,26$ . Снижение интенсивности свободнорадикальных процессов при ВБ, возможно связано с нарушением гемодинамики, застоем крови и нарушением кислородного режима.

Активность каталазы МРЖ с ВБ повышена у 48% обследованных. По-видимому, повышение активности каталазы коррелирует с активацией процессов свободнорадикального окисления, выявленными нами по содержанию МДА. У 29% обследованных МРЖ с ВБ активность каталазы снижена, что свидетельствует о недостаточности ферментативного звена АОС вследствие срыва компенсаторных возможностей организма на фоне нарушения гемодинамики. Уровень суммарной антиоксидантной активности при ВБ повышается на 2,2% в среднем в обеих группах. Такое замедленное и слабо выраженное увеличение АО активности свидетельствует о неблагоприятном накоплении свободных радикалов в организме и недостаточности адаптивных АО ферментов.

Содержание витамина С при ВБ у МРЖ снижено по сравнению с содержанием его у женщин контрольной группы на 11%. Витамин Е в сыворотке крови МРЖ с ВБ ниже на 12,3%, чем у женщин контрольной группы.

Таким образом, изучение показателей ПОЛ и активности АОС у МРЖ с ВБ выявило снижение АО защиты во время беременности, что способствовало усилению процессов ПОЛ в подготовительном периоде к родам. Полученные данные свидетельствуют об определенной зависимости состояния ПОЛ и АОС от степени выраженности циркуляторной гипоксии. Прогрессирование изменений в ПОЛ соответственно тяжести циркуляторной гипоксии, позволяет рассматривать последнюю как фактор, обуславливающий развитие осложнений течения беременности и родов у женщин, беременность которых протекает на фоне нарушения кровотока, наблюдающейся при ВБ.

Вышеописанные изменения показателей ПОЛ и АО защиты организма могут приводить к усилению агрегации тромбоцитов, активации процессов внутрисосудистого свертывания и ухудшению центрального и периферического кровообращения — механизмов, лежащих в основе нарушений функции ФПК.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕФИЦИТЕ ЙОДА И ЖЕЛЕЗА

**Омарова М.Ш., Хашаева Т.Х-М., Омаров Н.С-М.**

*Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Йодный дефицит является важной медико-социальной проблемой в связи с его широким распространением на территории России. Что касается республики Дагестан, то в этом регионе распространенность эндемического зоба колеблется от 50 до 70 %, что расценивается как тяжелая степень эндемии. ЖДА является самым распространенным анемическим синдромом и составляет приблизительно 80% всех анемий. По данным ВОЗ, ЖДА представляет особую проблему не только для развивающихся стран, но и для промышленно развитых стран; число людей с дефицитом железа во всем мире достигает 200 млн человек. (Бюллетень ВОЗ, 2002). В республике Дагестан анемия является краевой патологией. Имеются исследования, посвященные изучению особенностей гестации при изолированных процессах — патологии щитовидной железы и при ЖДА. (Омаров Н.С-М., 1997, Раджабова Ш.Ш., 2005). Что касается влияния сочетанного дефицита йода и железа на характер гестации, то этот вопрос остался вне поля зрения исследователей.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения гестации у женщин с гипотиреозом в сочетании с ЖДА и сопоставление их с влиянием на беременность изолированных форм этих патологических состояний.

Были обследованы различные группы женщин в периоды беременности и пуэрперия. Основную группу обследования, 1-я группа, составили 110 женщин с сочетанной патологией- гипотиреозом и ЖДА. Во 2-ю группу вошли 50 женщин с гипотиреозом без анемии и в третью — 50 пациенток со средней степенью тяжести ЖДА. Четвертая группа ( контрольная) — здоровые беременные и роженицы состояла из 50 женщин. Таким образом, общее число обследованных женщин было 260.

Исследование проводилось по специально разработанной унифицированной информационной карте, с анализом анамнестических данных, выкопировкой данных медицинской документации. Выполнен стандарт обследования с учетом нозологии. Проведен во всех группах наблюдения детальный анализ особенностей течения беременности, родов.

В процессе исследования использовались ультразвуковые методы, в том числе доплерометрия, радиоиммунологический — определение содержания ТТГ, Т4, Т3, ПРЛ, ПЛ, эстриола, прогестерона, иммунорадиомеритический- для определения содержания ферритина.

Как показало изучение особенностей течения беременности, лидирующее положение среди осложнений беременности занимала фетоплацентарная недостаточность, установленная у 56,37%

беременных с сочетанной патологией. В группе пациенток с ЭЗ с гипотиреозом ФПН выявлена у 54%, что значительно превышает частоту этой патологии (38%) при ЖДА. Как следствие ФПН, у значительно большего числа беременных с сочетанной патологией и с ЭЗ с гипотиреозом имела место хроническая гипоксия плода (44,54%, 36%, 32% в 1,2, 3 группах соответственно) которая в 4 случаях в первой группе и в двух — во второй группе послужила показанием для срочного оперативного родоразрешения.

Обращала на себя внимание высокая частота угрозы прерывания беременности, составившая 35,45%, 28%,24% и 6% соответственно в группах наблюдения. Перманентная угроза прерывания беременности завершилась преждевременными родами у 6,36% пациенток с сочетанным дефицитом йода и железа и у 6%- при ЭЗ с гипотиреозом.

При сочетанной патологии наблюдалось более частое развитие гестоза. Так в первой группе гестоз диагностирован у 28,18 % женщин, во второй -у 26%, в третьей — у 22%.

Представляет интерес сравнение гематологических показателей у женщин с ЭЗ с гипотиреозом в сочетании с ЖДА с результатами аналогичных исследований в группе женщин с ЖДА. Показатели, характеризующие степень дефицита железа демонстрируют более выраженные изменения метаболизма этого микроэлемента у женщин с сочетанной патологией. Так, содержание сывороточного железа составило 7, 85±0, 69 мкмоль/л в 1-й группе в то время как при «чистой» ЖДА -8,44 ±0,4 мкмоль/л. Концентрация ферритина составила 8,52±0, 02мкг/л и 8,92±0,03 мкг/л, соответственно. Выявленное нами снижение ферритина можно объяснить тем, что в результате дефицита тиреоидных гормонов имеет место нарушение процесса его депонирования, связанное с изменением белковообразовательной функции печени.

Допплерометрические исследования кровотока в системе мать-плацента- плод проведены у 68 беременных первой группы, 30 женщин с гипотиреозом и 25 пациенток с ЖДА. Нарушения выявлены у 61 (89,7%) беременных из 68 обследованных 1-й группы. Это были пациентки с гестозом, ФПН, а также женщины с ЗВРП и гипоксией плода. Наиболее выраженные изменения КСК отмечались в маточной артерии и артерии пуповины, что свидетельствует о развитии нарушений в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном комплексах. Одновременное нарушение кровотока в маточной и пуповинной артериях, не достигающее критических значений, было установлено у 14 женщин, что составило 20,5%. 2я степень нарушения кровообращения засвидетельствована у 26,4% пациенток. Плодово-плацентарный коэффициент составил в этой группе 0,196, в то время как у здоровых беременных этот показатель был равен 0,31. При изолированной форме ЭЗ с гипотиреозом нарушение кровообращения 1-й А степени имело место у 56,6%, 1-й Б — у 16,66 %, 2-й степени — у 16,66%. У беременных с ЖДА наблюдались аналогичные степени нарушения кровообращения у 48%, 15% пациенток, 2-й степени нарушения кровообращения не было выявлено. Результаты исследования свидетельствуют, что у беременных при сочетании гипотиреоза и ЖДА имеет место наиболее выраженная резистентность периферических сосудов как в маточных артериях, так в артерии пуповины и, в единичных случаях, средней мозговой артерии плода.

При сочетанной патологии нами выявлены нарушения нормального течения родового акта. Наиболее часто наблюдалось несвоевременное излитие околоплодных вод ( 12,72%, 8%, 6 % в 1,2,3 й- группах соответственно), аномалии родовых сил (10%, 12%, 8% ), индукция родов была проведена у 12,72% пациенток 1-й группы, 6%- второй и 4% — третьей. Оперативно ( операция КС) родоразрешены 8,18% пациенток первой группы, 4%- второй.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить, что сочетание двух патологических процессов способствует более высокой частоте осложнений беременности и родов, чем при изолированных формах этих заболеваний. Тиреоидные гормоны, принимая активное участие в процессах окислительного фосфорилирования, являются необходимым звеном в системе адаптации, их дефицит способствует нарушению обменных процессов и функции органов. Анемия как универсальное заболевание,

приводит к таким же универсальным изменениям в ряде систем организма: сосудистой, иммунной, эндокринной. Сочетание дефицита железа и йода и последующие развитие гипотиреоза и ЖДА оказывает взаимоусугубляющее негативное действие на организм беременной женщины, при этом происходит срыв адаптационных механизмов, что приводит к возникновению осложнений гестационного процесса.

## **НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАНИЕМ ЖДА И ОЖИРЕНИЯ**

**Омарова П.М., Казиева С.Э., Магомедова Д.М.,  
Нурмагомедова С.С.**

*Республика Дагестан, г. Махачкала*

С целью изучения состояния фетоплацентарной системы и более полной пренатальной диагностики изменений состояния плода у женщин с ЖДА, ожирением и их сочетанием нами проведено изучение гормонопродуцирующей функции плаценты.

Определение концентрации эстриола (Е3) и плацентарного лактогена (ПЛ) в сыворотке крови беременных является достоверным методом диагностики состояния ФПС, так как характеризует гормональную функцию плаценты. При физиологически протекающей беременности, как известно, происходит постепенное повышение концентрации ПЛ, коррелирующее с массой плаценты. После 36-37 недель гестации концентрация ПЛ снижается, что отражает начало регрессивных изменений в плаценте. Такие же изменения претерпевает при физиологически протекающей беременности и эстриол. Исследование уровня эстриола (Е3) и плацентарного лактогена (ПЛ) позволяет выявить функциональные нарушения на ранних этапах их возникновения.

Известно, что метаболические нарушения, имеющие место при ЖДА и ожирении, оказывают неблагоприятное воздействие на фетоплацентарный комплекс.

Проведенные исследования выявили снижение содержания эстриола в сыворотке крови во всех группах. Наименьшее содержание эстриола имеется в группе с сочетанием ЖДА и ожирения, причем с возрастанием тяжести патологии отмечаются более выраженные отклонения от нормы. Так, у женщин с легкой степенью ЖДА и ожирения, снижение уровня эстриола было отмечено у 36,8%, при сочетании анемии и ожирения II-III степени почти в 100%. В сравнительном аспекте с другими группами содержание эстриола снижено на 6,9%, чем в группе с ЖДА, и на 10,7%, чем в группе с ожирением.

Содержание ПЛ в группе с сочетанием ЖДА и ожирения в среднем составляет  $168,9 \pm 16,5$  нмоль/л, что значительно ниже уровня нормы, приводимых в литературе для этого срока гестации. Снижено содержание ПЛ в данной группе и в сравнении с другими исследуемыми группами, на 6,5%, чем в группе с ЖДА и на 11,2%, чем в группе с ожирением.

Снижение уровня гормонов (эстриола и плацентарного лактогена) видимо обусловлено нарушением их метаболизма, и плацентарной недостаточностью, а это часто сопровождается внутриутробной гипоксией и задержкой развития плода.

Биосинтез прогестерона происходит без участия плода, он образуется из холестерина, содержащегося в крови материи. Концентрация прогестерона прогрессивно увеличивается с увеличением срока гестации. В результате, проведенных исследований, мы отметили снижение гормона во всех исследуемых группах. Наименьший уровень отмечался в группе с сочетанием ЖДА и ожирения по сравнению с группами с ЖДА и с ожирением ( $238,2 \pm 12,3$ ,  $254,6 \pm 3,2$ ,  $263,7 \pm 7 \pm 3,1$  нмоль/л соответственно), что объясняет более высокую частоту невынашивания беременности в данной группе.

Изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса выявило значительное снижение содержания гормо-

нов, характерные для плацентарной недостаточности, степень которой увеличивается по мере нарастания тяжести анемии и степени ожирения.

В результате исследования гормонального профиля у беременных с ожирением наблюдали разнонаправленность сдвигов в содержании эстриола и плацентарного лактогена. По мнению ряда исследователей, изменение баланса гормонов могут быть связаны с тем, что при ожирении имеет место не только нарушение секреторной активности ФПК, но и дискоординация деятельности отдельных элементов системы плацента-плод. Концентрация эстриола была сниженной у 48% беременных. В группе беременных с ожирением в концентрации плацентарного лактогена отклонения от нормы встречались реже. По-видимому, напряженность обменных процессов, возникающая в организме женщин с избыточным весом, приводит к включению компенсаторно-приспособительных механизмов в плаценте, направленных на коррекцию обмена веществ в системе мать-плацента-плод. Уровень гормона соответствовал сроку гестации у 68% беременных с ожирением. В этой группе беременных при эхографии признаки ФПН и нарушения роста плода наблюдали у 12% беременных с ожирением 2 степени, у беременных 3 степени — у 18,4%.

Выявленные нарушения гормонопродуцирующей функции фетоплацентарной системы говорят о том, что беременных с сочетанием ЖДА и ожирения нужно выделить в группу особого риска и проводить им превентивную подготовку в течение всей беременности и заблаговременно госпитализировать в стационар для выбора метода рационального родоразрешения.

## **ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ЖЕНЩИН И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

**Онищенко В.И., Долгов Г.В.**

*Кафедра акушерства и гинекологии им. А.Я.Красовского Военно-медицинской академии*

Анализ исходов родов у военнослужащих-женщин (ВЖ) и женщин членов семей военнослужащих (ЖЧСВ) показал, что процент оперативного родоразрешения у них в 1,5-2 раза выше, чем у рожениц из числа гражданского населения и составляет 19,8-26% (Шелепов А.М., Абашинов В.Г., Цвелев Ю.В. и соавт., 2005).

Целью исследования явилось снижение частоты операции оперативного родоразрешения у ВЖ и ЖЧСВ на основе коррекции их психологического статуса.

Проанализировано 215 случаев беременности, завершившихся родами в родильном отделении военного госпиталя. Все роженицы разделены на две группы: в первую вошли 107 ВЖ и ЖЧСВ в качестве контроля, во вторую 108 пациенток того же контингента (основная группа). Процент оперативного родоразрешения в первой группе составил 16,8% (кесарево сечение 14 наблюдений и вакуум-экстракция плода в 4 случаях).

Во второй группе клинических наблюдений проведено исследование психосоматического статуса по шкале реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина и оценке качества жизни по модифицированной шкале SF-36 методики К.А.Шемеровского (2004). При этом у 42 пациенток до родов уровень личностной тревожности превышал 46 баллов, а показатели «активность, настроение» был ниже 4,5 баллов.

В этой группе ВЖ и ЖЧСВ проведена дифференцированная психопрофилактическая подготовка беременных к родам (ПППР), включающая современные психотерапевтические, медикаментозные и физиотерапевтические методы. Кроме того, указанным пациенткам юристом проведены лекции о социальной защищен-

ности ВЖ и ЖЧСВ. Разработанная система ПППР для пациенток основной группы позволила добиться снижения количества оперативных пособий на 4,8% (кесарево сечение 11 случаев и вакуум-экстракция плода 2 наблюдения). Анализ результатов исследования выявил, что в основной группе пациенток аномалии родовой деятельности уменьшились в 4 раза.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что система психопрофилактической подготовки беременной к родам в условиях военного госпиталя позволяет реально добиться поставленной цели, т.е. достоверного снижения оперативных методов родоразрешения.

## ПЕРЕНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

**Орлов В.И., Авруцкая В.В.**

*Россия, Ростов-на-Дону, ФГУ «РНИИАП Росздрава»*

Актуальность: Ежегодно в мире умирают 500 000 женщин преимущественно от предотвратимых причин, 10 млн. новорожденных и детей, 20 млн. новорожденных рождаются с низкой массой тела (М.Мorton, 2005).

Не менее важное значение среди медицинских проблем современности отводится вопросам детской заболеваемости — каждый третий ребенок уже с периода новорожденности имеет различные заболевания и отклонения в состоянии здоровья (А.А. Баранов, 2005).

На протяжении многих лет структура основных акушерских осложнений не изменилась — лидирующие позиции занимают гестоз, СЗРП, ФПН, преждевременные роды и инфекция, что свидетельствует о необходимости поиска новых подходов при наблюдении за течением беременности.

Цель исследования: в рамках доказательной медицины представить механизм формирования перинатальной патологии и наметить пути снижения частоты ее тяжелых форм.

Материалы и методы исследования: В основу публикации включены результаты обследования, наблюдения и лечения беременных, наблюдавшихся в рамках коммерческого акушерского мониторинга с ранних сроков беременности до родов.

Согласно заключенному юридическому договору алгоритм обследования был предельно расширен, кратность УЗИ определялась индивидуально у каждой беременной, предусматривалось обучение в «Школе беременных» и поддержка медицинского психотерапевта.

После ретроспективного анализа результатов обследования, характера течения беременности и родов были сформированы следующие группы: группа женщин с физиологическим течением беременности и родов (n-307); группа женщин с угрозой прерывания беременности в различные сроки (n-297); группа беременных с гестозом II половины (n-59), группа с СЗРП (n-59), в группу прочие включены 283 женщины.

Динамическое наблюдение за большой группой беременных, осуществляемое по жесткому, неукоснительно выполняемому алгоритму на базе одинаковой методологии, позволили получить убедительные данные, свидетельствующие о формировании основных видов акушерской патологии уже в I триместре беременности. Патологические изменения носят неспецифический характер и не позволяют прогнозировать нозологию будущих осложнений.

Основным из них является (по сравнению с нормой) нарушение доминантного принципа построения функциональной системы «мать-плацента-плод» (контралатеральное расположение желтого тела и участка имплантации плодного яйца), недостаточное снижение С/Д отношения в доминантной артерии, отсутствие асимметрии в показателях С/Д отношения в доминантной и субдоминантной маточной артерии, нарушение стабильности в маточном кровотоке, особенно в доминантной артерии. Исключительно важным с диагностической точки зрения является определение

уровня ФРП, который снижается в несколько раз при любой патологии. Необходимо отметить, что наиболее выраженное снижение наблюдается при гестозе и СЗРП (в 5 раз по сравнению с физиологическим течением беременности).

Описанные отклонения сохраняются и даже усиливаются во II триместре беременности, что свидетельствует о прогрессивном характере этих изменений, неуклонно ведут к манифестации акушерских осложнений.

Для более глубокого понимания патологии механизма формирования основных видов акушерской патологии следует отметить патологию экспрессии СЭФР — основного ангиогенного фактора, обеспечивающего ангиогенез плаценты и эндотелина-1, играющих исключительную роль в развитии эндотелиальной дисфункции; морфофункциональная перестройка спиральных артерий отмечалась лишь среди 20-60% женщин при патологии.

Бессимптомное формирование акушерской патологии в течении 26-30 недель является наглядным примером, что ФСМПШ обладает огромным компенсаторным потенциалом, который все же имеет предел. Если этот предел достигается в материнском организме манифестация проявляется гестозом, если в плодном — СЗРП.

Огромный объем объективной информации получен нами при мониторинге маточно-плацентарной и плодовой гемодинамики.

При физиологическом течении беременности отмечается неуклонно-прогрессирующее снижение периферического сопротивления (снижение С/Д отношения) в маточных артериях, достигающего предела в 24-27 недель. Один из основных поставщиков кислорода к матке и плоду свои возможности исчерпал.

При акушерской патологии, в связи с недостаточной перестройкой спиральных артерий, дилатация не достигает такой степени, отсутствует стабильность, предел дилатации наступает раньше 24 недели.

Благодаря проведенным исследованиям (А.В.Орлов, 2006) в развитии внутриутробного плода выявлено 5 периодов, отличающиеся друг от друга характером кровотока в средней мозговой артерии.

В исследованиях В.В.Авруцкой было установлено, что показатели С/Д отношения в СМА в каждом из периодов тесно связаны с парциальным напряжением кислорода в пуповинной крови плода.

Как известно, развитие эмбриона у человека происходит в условиях выраженной гипоксемии, которая сохраняется до 15-19 недель (содержание кислорода в пуповинной крови — 12-17 мм.рт.ст.) Мы обозначили этот период как «стартовая физиологическая гипоксемия» — кровоток в основных сосудах плода отличается стабильностью — S/D КСК СМА — 3,5-3,6. С 19 по 27 неделю мозг плода «борется» с прогрессирующей гипероксией. Напряжение кислорода возрастает до 27 мм.рт.ст. и несмотря на, казалось, бы низкие цифры кислорода объем человеческого мозга за II триместр увеличивается 10-кратно (Paroh G. et al., 2006). S/D отношение кривых кровотока в средней мозговой артерии увеличилось с 3,6 до 5,3. При акушерской патологии эти показания ниже, что, по видимому, свидетельствует о более низком содержании кислорода в пуповинной крови плода.

Максимальное насыщение крови плода кислородом отмечается в сроке 27-32 недели, о чем свидетельствуют максимально высокие показатели S/D отношений КСК СМА и их стабильный уровень (5,3-5,4).

Для дальнейшего понимания изменений, происходящих в организме плода, необходимо напомнить, что снижение ОЦК в организме беременной происходит в 32 недели, в этом же сроке снижает МОС, ухудшаются реологические свойства крови и др. Другими словами, лишившись в 24-27 недели поддержки от основного источника питания (маточные артерии) с 32 недель плод переходит на самообеспечение. Первым объективным признаком этого процесса является централизация кровообращения плода, призванная сохранить жизненно важные органы за счет «обкрадывания» органов-доноров. Этот процесс связан с прогрессирующим снижением кислорода пуповинной крови плода (с 27 мл. до 21 мм.рт.ст.) и обозначен нами как «период прогрессирующей гипоксемии».

И наконец, накануне родов мы возвращаемся к стартовым показателям как в содержании PO<sub>2</sub> (финишная физиологическая гипок-

семия: PO2 — до 17 мм.рт.ст.), так и в показателях S/D KCK CMA.

Как показали наши исследования, при акушерской патологии централизация кровотока внутриутробного плода носит патологический характер, так перестройка кровообращения происходит при гипоксии более выражено, чем в норме.

Важно подчеркнуть, что при патологической централизации кровообращения имеет место более выраженное «обкрадывание» органов-доноров кислородом, что приводит к нарушению их функций в более зрелом возрасте.

Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, ИБС, заболевания сердечно-сосудистой системы у взрослых, родившихся с СЗРП — наглядная демонстрация роли перинатального периода в жизни человека.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Остроменский В.В., Абашин В.Г., Долгов Г.В., Атласов В.О.**  
*Россия, Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М.  
Кирова, Кафедра акушерства и гинекологии.*

Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения (ПГВО) представляют собой одну из актуальных проблем оперативного акушерства. За последние 30 лет частота кесарева сечения во всем мире увеличилась в 5 раз за счет расширения показаний со стороны матери и плода. Вместе с тем, послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения после кесарева сечения встречаются практически у каждой пятой женщины. Различные аспекты предоперационной подготовки и профилактики послеоперационных осложнений у женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, разрабатываются довольно активно. Однако в доступной литературе отсутствуют сведения о способах прогнозирования послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, доступных для любого акушерского стационара с учетом адаптационных резервов пациенток, отражающих состояние их естественной резистентности.

Цель исследования: поиск резервов снижения частоты ПГВО после кесарева сечения на основе оценки адаптационных резервов женского организма.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии и на базе ГУЗ Родильный дом №9 г. Санкт-Петербурга. Клинико-лабораторное исследование включало анализ анамнестических, клинических данных и показателей клинического анализа крови у 196 женщин, родоразрешенных путем плановой операции кесарева сечения до операции, на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода. Вид анестезии, инфузионно-трансфузионные программы обеспечения операций и ведение раннего послеоперационного периода, включая обезболивание, были унифицированы. База исследуемых данных включала 152 показателя и была тщательно верифицирована. Все женщины, в соответствии с задачами исследования, были распределены на группы.

В 1 группу вошли 119 женщин, родоразрешенных путем операции кесарево сечение с неосложненным (саногенетическим) течением послеоперационного периода.

Во 2 группу вошли 24 женщины, родоразрешенных путем кесарева сечения с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями.

3-я группа включала 153 наблюдения у пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, которые составили контрольную выборку.

Влияние операционного стресса на адаптационные резервы пациенток и состояние естественной резистентности их организма оценивали по показателям клинического анализа крови в динамике по методике Л.Х. Гаркави и соавт. (1997) и с помощью автоматизированной системы компьютерного мониторинга «Прогноз», разработанной Г.В. Долговым (2001). Математическая модель прогнозирования ПГВО основывалась на анализе всех 152 изучаемых показателей с применением дискриминантного, а затем многокомпонентного корреляционного анализа.

Результаты исследования. Анализ данных обследования пациенток 1 и 2 группы показал, что различные хронические урогенитальные инфекции (ХУТИ) на 20% чаще встречались во 2 группе. Различные проявления позднего гестоза у пациенток второй группы наблюдались в 1,5 раза чаще, чем у пациенток первой группы. Внутриутробная гипоксия плода была диагностирована в 2 раза чаще в группе 2.

На первом этапе исследования нами проведена сравнительная оценка показателей естественной резистентности пациенток по типу адаптационных реакций на основе клинического анализа крови. Выявлено, что большинство женщин с неосложненным течением послеоперационного периода до операции находились в реакции активации (44,3%) и тренировки (48,6%). На первые сутки после операции наблюдалось преобладание реакции стресса (53,3%) и реакций с явлениями десинхронизации (24,4%) с постепенным переходом начиная с 3-х суток в реакции активации и тренировки. К 5-м суткам послеоперационного периода профиль адаптационных реакций почти соответствовал исходным значениям до операции, что расценено как адекватное физиологическое изменение естественной резистентности после операционного стресса.

Большинство женщин с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями до операции находились в реакциях активации (47,1%) и тренировки (41,2%). На первые сутки после операции наблюдалось преобладание реакции стресса (60,0%) и реакций с явлениями десинхронизации (30,0%). На 3-и сутки после операции реакции острого стресса сохранились у 22,2% пациенток, а неблагоприятные реакции — у 11,1%. К 5-м суткам послеоперационного периода у женщин с ПГВО реакции острого стресса были представлены в 22,2% случаев и превышали исходные показатели в 2 раза. Этот факт свидетельствует о снижении естественной резистентности целостного организма женщин и, очевидно, создает условия для реализации гнойно-воспалительных осложнений.

На втором этапе исследования был проведен анализ показателей с точки зрения прогноза ПГВО. В результате оценки информативности (с помощью F-критерия Фишера) из включенных в модель показателей (кроме клинического анализа крови) были отобраны наиболее информативные признаки прогноза ПГВО. При этом среди ключевых факторов риска возникновения ПГВО оказались длительность безводного периода, наличие амниотомии, аномалии родовой деятельности, хроническая маточно-плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, анемия, хирургические операции в анамнезе (аппендэктомия, тонзилэктомия), количество предшествующих беременностей, гемотрансфузии во время операции кесарево сечение.

Результаты прогностического ретроспективного заключения у пациенток в группах 1 и 2 совпали в 95,3% наблюдений.

По результатам исследования нами разработан «Способ прогнозирования возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у пациенток, родоразрешенных посредством операции кесарева сечения» (приоритетная справка №2004137375 от 21.12.2004).

Проверка способа математического прогнозирования послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарево сечение была произведена на контрольной выборке из 153 женщин (3 группа). Проверка показала, что способ математического прогнозирования послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений имеет прогностическую значимость в 82,3% случаев. Рациональное ведение послеоперационного периода, включающее адекватную комплексную профилактику с учетом прогностических заключений позволило снизить частоту ПГВО

в группе 3 до 7,2%. Послеоперационный койко-день у родильниц группы 2 составил  $8,9 \pm 0,82$ . У пациенток 3 группы этот показатель ( $6,2 \pm 0,64$ ) достоверно не отличался от аналогичного показателя 1 группы ( $5,4 \pm 0,58$ ).

Результаты исследования позволяют по-новому взглянуть на течение послеоперационного периода у женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, так как становится возможным прогнозирование и ранняя диагностика ПГВО на 2-3 дня раньше их клинических проявлений. Это открывают новые перспективы для разработки вопросов рационального применения препаратов, повышающих естественную резистентность женского организма и антибиотиков.

**Выводы.**

У пациенток с неосложненным течением послеоперационного периода восстановление значений адаптационных реакций организма, соответствующих исходному состоянию до операции, происходит к 5-м суткам послеоперационного периода.

Профиль адаптационных реакций у пациенток с ПГВО к 5-м суткам послеоперационного периода не приходит к исходным значениям, что свидетельствует о десинхронизации и предельном напряжении системы естественной резистентности организма женщин с гнойно-воспалительными осложнениями.

Дискриминантная математическая модель позволяет прогнозировать развитие послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения на 2-3 дня раньше их клинических проявлений в 82,3% случаев.

## **ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**

**Павлова Т.В., Малютина Е.С., Степаненко Т.А.**

*Россия, Белгород, БелГУ, медицинский факультет, каф. патологии*

В современной акушерской практике ситуация диктует необходимость углубленного анализа причин патологии и гибели плода или новорожденного, поиска новых путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности при различных видах патологии у матери. При этом значение имеют все элементы цепи мать-плацента-плод. Плацентарная недостаточность (ПН) — это синдром, состоящий из комплекса нарушений трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, ведущих к неспособности ее поддерживать адекватный и достаточный обмен между организмом матери и плода.

ПН может развиваться при ряде соматических заболеваний женщины, которыми могут быть: заболевание сердца и сосудистой системы беременной, патология почек, легких, крови. Особое место занимают острые и хронические инфекции, эндокринопатии (сахарный диабет (СД), гипо- и гиперфункция щитовидной железы (ЩЖ), патология гипоталамуса и надпочечников) и целый ряд других патологических состояний.

Классификация ПН состоит из следующих компонентов. Так, по отношению к срокам формирования плацентарной недостаточности выделяют первичную и вторичную. По клиническому течению она подразделяется на острую и хроническую. В зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных реакций это — компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная формы. Помимо этого ПН разделяется на маточно-плацентарную, изолированную и фетоплацентарную.

Не смотря на ряд работ, посвященных ПН, данный вопрос является достаточно актуальным. В связи с этим, целью нашего исследования является изучение морфофункциональных особенностей ПН при наличии живого новорожденного и перинатальной смертности.

Материалы исследования составили плаценты женщин изученные на базе Областного патологоанатомического бюро г. Белгорода с 1998-2006гг. с клинически диагностированной ПН. При этом обследованы плаценты со следующими видами акушерской, соматической и эндокринологической патологии, родивших живого

ребенка: анемия беременных (24 пациентки с анемией, развившейся во время беременности (ПН составляла 35%); 40 пациенток с анемией, развившейся до беременности (45%), с инсулинозависимым СД — 70 женщин (65%), 120 с патологией ЩЖ с гипо-, гипер- и эутиреоидным состоянием (60%). Исследованы также плаценты женщин с хронической гипоксией плода (ХГ) различной этиологии -56 случаев (65%). Родоразрешение путем операции кесарева сечения составило 21%. Помимо этого изучены плаценты женщин с перинатальными потерями с ПН с анемией (3), СД (15), ХГ (42).

Плаценты изучены макроскопически, микроскопически (срезы окрашивались гематоксилином и эозином, и их просматривали в световом микроскопе «ТОРИС – Т» СЕТП), с помощью трансмиссионная и сканирующая электронной микроскопии.

Было показано, что ПН, характеризуется следующими изменениями. Возросло число плацент с формой неправильного овала (52%). Их масса преимущественно была уменьшена. Так, при антенатальной гибели плода она составляла  $380,0 \pm 20,0$  г. Прикрепление пуповины чаще — парацентральное (59%). При этом оболочки утолщены, отечны, желтоватого или желеноватого цвета. В 6 случаях (с антенатальной и ранней неонатальной гибелью плода) определялась матка Кувелера и 7-очаговые кровоизлияния со сгустками. В плацентах с ПН макropатологические изменения (каверны, псевдоинфаркты, кальцификаты) в случаях с живым плодом занимали до 8-10% площади, а с перинатальными потерями — 15-18%. В 5 плацентах выявлены макроинфаркты.

В сосудах материнской поверхности наблюдался частичный или полный склероз сосудов. Остальные сосуды были преимущественно ишемичны. При изучении ворсинчатого дерева нами были обнаружены следующие изменения. Так, выявлены афункциональные зоны. В отдельных котиледонах наблюдалось разряженность ворсин, что особенно характерно для случаев с перинатальной смертностью плода. В межворсинчатом пространстве выявлены кровоизлияния, межворсинчатые тромбы, сгустки фибрина.

В части опорных ворсинах отмечалась полная облитерация артерий и артериол, а также — пристеночные и обтурирующие тромбы. Среди терминальных ворсин преобладали фибриноидно-измененные, отечные, незрелые и склерозированные. Последние наиболее часто встречались при антенатальных потерях. В терминальных ворсинах выявлены следующие изменения. Так, синцитиотрофобласт десквамирован на значительной протяженности и часто заменен слоем фибрина. Синцитиальные узелки определялись лишь в единичных ворсинах. Выявлены участки фокального некроза (колликвационного и фибриноидного). Отмечена значительная деструкция всех ультраструктурных компонентов. В сохранившихся участках эпителия форма микроворсинок изменена, а число их сокращено. Содержание ядер уменьшено. Возросло число ядер неправильной формы, с расширенным перинуклеарным пространством и ядерными порами, с пикнозом хроматина. В ядрах наблюдались все стадии некроза (кариопикноз, кариорексис, кариолизис). Число цитоплазматических органелл (митохондрии, эндоплазматический ретикулум, рибосомы) уменьшено, а в сохранившихся выявлена деструкция мембран. Следует отметить вакуолизацию данного слоя, в частности за счет патологии ультраструктур. В строме выявлены как участки склероза, так и некроза. Сосуды преимущественно ишемичны. Площадь эндотелиоцитов сокращена, а их люминарный край — сглажен.

Таким образом, в основе морфофункциональных изменений при ПН лежат изменения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения, поражение плацентарного барьера с нарушением его проницаемости, снижение компенсаторно-приспособительных реакций, незрелость ворсинчатого дерева. Это создает условия для нарушения трофики плода и может явиться причиной перинатальных потерь.

# ОСОБЕННОСТИ КИНЕТИКИ КИСЛОРОДНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Пальчик Е.А., Сидоренко И.А., Шустова О.Л.,  
Дуянова О.П., Котова С.Ф., Гринблат Г.Б.

*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института  
Орловского государственного университета, г. Орёл*

Современные представления о диагностике гестоза свидетельствуют о том, что у беременных с высоким риском развития позднего гестоза обнаруживаются нарушения кислородного метаболизма. Общеизвестно, что при позднем гестозе у беременных в организме развивается гипоксия, что приводит к снижению напряжения кислорода в крови у матери и вследствие этого нарушению транспорта кислорода в тканях. Одним из ведущих моментов патогенеза гестоза является нарушение нормального процесса инвазии трофобласта. При отрицательной трансформации мышечного слоя спиральных артерий миометрия развивается системный сосудистый спазм, вызывающий нарушения центральной и региональной гемодинамики.

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение особенностей кислородного гомеостаза, системной материнской гемодинамики и состояния плода у беременных с гестозом.

Нами в динамике было обследовано 105 беременных с гестозом различной степени тяжести с анализом течения беременности, родов и перинатальных исходов. Об особенностях кислородного снабжения тканей у беременных с гестозом мы судили с помощью транскутанного монитора ТСМ-1 (Дания). Для изучения состояния центральной гемодинамики был использован метод эхокардиографии с применением общепринятого способа с регистрацией ударного (УИ) и сердечного индексов и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Для определения типа системной материнской гемодинамики использовали

классификацию А.Н. Стрижакова и З.М. Мусаева.

По степени тяжести гестоз распределился следующим образом: легкая — у 68 беременных, средняя — у 31 пациентки, тяжелая — у 6 беременных. При этом степень тяжести гестоза оценивали согласно рекомендациям МЗ РФ по балльной шкале.

У беременных с гестозом легкой степени тяжести исходный показатель транскутанного (tc)  $pO_2$  варьировал от 58,5 мм.рт.ст. до 76 мм.рт.ст., составляя в среднем  $69,7 \pm 1,3$  мм.рт.ст. Анализ типа центральной материнской гемодинамики у беременных с гестозом легкой степени тяжести показал, что у 52 беременных отмечался гипокинетический тип центральной гемодинамики с повышенным ОПСС (более 1500  $\text{дин}^* \text{с}^* \text{см}^{-5}$ ). При этом у 43 беременных с гипокинетическим типом центральной гемодинамики отмечалось более выраженное угнетение тканевого дыхания (tc  $pO_2$  не поднималось выше 62,5 мм.рт.ст.). Исследование маточно-плацентарного кровообращения у беременных с гипокинетическим типом центральной гемодинамики и сниженным транскутанном парциальным напряжением кислорода показало, что у 38 пациенток из 43, начиная с 14-16 недель беременности, численные значения систоло-диастолического отношения в маточных артериях регистрировались более 2,4 и выше 1,82 — в спиральных артериях.

У беременных с гестозом средней степени тяжести исходные значения транскутанного  $pO_2$  были значительно ниже ( $p < 0,02$ ) по сравнению с таковыми данными у пациенток с гестозом легкой степени и находились в интервале от 45,6 мм.рт.ст. до 58,5 мм.рт.ст., составляя в среднем  $53,8 \pm 1,5$  мм.рт.ст. Анализ типа центральной гемодинамики у беременных с гестозом средней степени тяжести показал, что у всех пациенток отмечался гипокинетический тип центральной гемодинамики с ОПСС выше 2500  $\text{дин}^* \text{с}^* \text{см}^{-5}$ . При исследовании маточно-плацентарного кровообращения у 29 из 31 беременной были зарегистрированы двусторонние нарушения кровотока в маточных артериях.

В группе беременных с тяжелым гестозом отмечалось значительное снижение транскутанного  $pO_2$  до 38-42,5 мм.рт.ст., что существенно ( $p < 0,05$ ) ниже таковых показателей у беременных

с гестозом средней степени. Выявленное нарушение кислородного снабжения тканей у беременных с гестозом тяжелой степени сопровождалось во всех наблюдениях гипокинетическим типом материнской гемодинамики с ОПСС, значительно превышающим 2500  $\text{дин}^* \text{с}^* \text{см}^{-5}$  и нарушением плодового и внутриваггинального кровотока. Проведение интенсивной терапии и наращивание ее объема не привело к улучшению, и все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Таким образом, наши наблюдения показали, что при утяжелении течения гестоза у беременных отмечается более выраженное угнетение тканевого дыхания. Достоверным критерием тяжести течения гестоза является регистрация гипокинетического типа центральной материнской гемодинамики со значительным повышением ОПСС и нарушением кровотока в маточных и спиральных артериях. При выявлении вышеперечисленных критериев тяжести гестоза следует прекратить наращивание объема интенсивной терапии и родоразрешить беременную путем операции кесарева сечения.

## СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Сидоренко И.А.,  
Михеева И.П., Котова С.Ф.

*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института  
Орловского государственного университета, г. Орёл*

В настоящее время число сочетанных форм гестозов составляет 70-75%, и лечение гестоза часто не эффективно. Поэтому все большее значение приобретает профилактическая направленность исследований, в том числе и диетотерапия.

Цель исследования: изучить влияние диеты, включающей природные антиоксиданты, на состояние почечной гемодинамики по показателям индекса резистентности (IR) почечных артерий у женщин с неосложненной беременностью и осложненной гестозом на фоне хронического пиелонефрита.

Качественную оценку кривых скоростей кровотока, полученных из почечных артерий в области ворот почек, их основных ветвей в области почечного синуса (сегментарные), междольевых и дуговых, проводили по IR.

Обследовано 38 беременных основной группы, в пищевой рацион которых с первого триместра беременности и до срока родов включали природные антиоксиданты в виде соевого молока — 250 мл, сыра 100 граммов, и 35 группы сравнения, не получавших природных антиоксидантов. Число беременных основной группы по подгруппам распределилось следующим образом: соматически здоровые без гестоза — 12, соматически здоровые с развившимся гестозом — 9, с хроническим пиелонефритом без гестоза — 11, с хроническим пиелонефритом и гестозом — 6, группы сравнения соответственно: 8, 9, 9, 9 обследованных. Исследования проводились двукратно в 21-24 и в 28-40 недель беременности.

У соматически здоровых женщин с неосложненным течением беременности в основной группе и в группе сравнения (контрольная подгруппа) с увеличением срока IR в почечных артериях снижался, что свидетельствовало об улучшении почечной гемодинамики. У соматически здоровых беременных с развившимся гестозом основной группы IR в 21-24 недели в дуговых артериях не отличался от контрольной подгруппы, но в 28-40 недель он был более высокий  $0,54 \pm 0,01$  у.е. ( $p < 0,05$ ). В междольевых артериях у беременных этой подгруппы в 28-40 недель IR возрос до  $0,58 \pm 0,03$  у.е., что достоверно выше, чем в 21-24 недели. Это свидетельствовало о снижении почечного кровотока в связи с развитием гестоза.

В сегментарных и главных почечных артериях КСК в исследованные сроки беременности существенно не изменилась.

Обращало внимание, что в аналогичной подгруппе беременных группы сравнения уже в 21-24 недели ИР в дуговых артериях был значительно выше ( $0,59 \pm 0,02$  у.е.), чем в основной группе ( $p < 0,05$ ). В 28-40 недель ИР в дуговых, междолевых и сегментарных артериях был достоверно выше у здоровых беременных с гестозом группы сравнения.

В подгруппе беременных с хроническим пиелонефритом основной группы ИР в почечных и внутрипочечных артериях в 21-24 недели достоверно не отличался от беременных контрольной подгруппы ( $p > 0,05$ ). В 28-40 недель в исследованных сосудах значительно не изменился в сравнении с таковыми в 21-24 недели ( $p > 0,05$ ). При оценке ИР у беременных с гестозом основной группы на фоне хронического пиелонефрита в 21-24 недели выявлено, что ИР в дуговых и междолевых артериях был выше ( $0,52 \pm 0,03$  у.е. и  $0,54 \pm 0,03$  у.е. соответственно), чем у здоровых женщин с неосложненной беременностью ( $p < 0,05$ ). В 28-40 недель ИР в дуговых артериях составил  $0,59 \pm 0,02$  у.е., междолевых  $0,62 \pm 0,03$  у.е.

У беременных с гестозом на фоне хронического пиелонефрита группы сравнения в 21-24 недели беременности наблюдалось снижение кровотока во всех исследованных сосудах почек, но более выраженное в междолевых ( $0,63 \pm 0,02$  у.е.) и сегментарных ( $0,60 \pm 0,03$  у.е.) артериях. В 28-40 недель эти различия кровотоков в изучаемых подгруппах сохранились. У 2 ( $22,2\%$ ) из 9 обследованных беременных этой подгруппы гестоз протекал в тяжелой степени тяжести.

У беременных с «чистой» формой гестоза в основной группе в 21-24 и в 28-40 недель ИР в дуговых артериях был выше, чем в контрольной подгруппе, но ниже, чем в группе сравнения. При гестозе на фоне хронического пиелонефрита снижение кровотока во внутрипочечных артериях отмечалось в 21-24 недели и продолжалось до конца беременности, причем более выражено в группе сравнения. В основной группе гестоз протекал в легкой степени тяжести, и снижение почечной гемодинамики было менее выражено, чем в группе сравнения, особенно при «чистых» формах и на фоне хронического пиелонефрита, что свидетельствует об эффективности профилактики тяжелых форм гестоза и нарушений почечной гемодинамики при применении природных антиоксидантов.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕ 30 ЛЕТ

Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Колбая Т.А.

Россия, Москва, Московский Государственный университет им.  
М.В. Ломоносова, Российский Государственный медицинский  
университет

Проблема течения и ведения беременности и родов у пациенток старше 30 лет, особенно первородящих, является одной из важных и актуальных проблем в современном акушерстве. За последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа родов в старшей возрастной группе. В большой мере это обусловлено бурным развитием вспомогательных репродуктивных технологий, способствующих решению проблемы женского бесплодия. Исторически беременность и роды у первородящих старшего возраста расценивались как требующая большего внимания. Причинами этого являются: высокий процент экстрагенитальных заболеваний, осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде, высокая частота оперативного родоразрешения, высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Неоднородность причин позднего наступления беременности, различное состояние здоровья женщин после 30 лет, неоднозначность подходов к тактике ведения беременности и родов, к способам родоразрешения позволяют считать целесообразным продолжение исследований в этом направлении.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у первородящих старше 30 лет.

Гинекологический и акушерский анамнез, сопутствующие соматические заболевания, течение беременности, родов и послеродового периода, а также перинатальные исходы были изучены у 100 первородящих старше 30 лет (основная группа). Контрольную группу составили 100 первородящих в возрасте 19-29 лет.

Анализ соматического и гинекологического анамнеза пациенток выявил неблагоприятный фон общего здоровья пациенток старшего возраста. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ВСД) у первородящих старшего возраста (7 %) встречаются вдвое чаще, чем среди женщин 19-29 лет (3 %), ожирение — в 8 раз чаще. Статистически достоверна была больше частота воспалительных заболеваний (18 % в группе первородящих старше 30 лет против 9 % в группе 19-29 лет), миомы матки (3 % и 0 % соответственно) и эндометриоза (5 % и 0 % соответственно).

Нами не было выявлено различий в частоте гестоза у пациенток основной и контрольной групп, что противоречит некоторым литературным данным. Объяснением этого факта служит отсутствие в наших исследованиях беременных с многоплодием, а также пациенток с бесплодием, у которых беременность наступила в результате ЭКО. В то же время частота преждевременных родов среди первородящих старше 30 лет в 5 раз превышала таковую у пациенток контрольной группы (5 % против 1 %).

Различия были выявлены нами и при анализе течения родов. Так, частота преждевременного излития околоплодных вод составляла 34 % и 28 % соответственно в основной и контрольной группах. Первичная слабость родовой деятельности отмечалась у 16 % рожениц I группы и у 7,5 % рожениц 19-29 лет. В то же время частота вторичной слабости родовой была практически одинаковой в обеих группах (12 % и 10,8 %).

Частота кесарева сечения среди первородящих старше 30 лет составляла 41 %, что в 3,4 раза выше аналогичного показателя в группе беременных более молодого возраста (12 %). Соотношение плановых и экстренных кесаревых сечений в обеих группах было одинаковым, однако показания к оперативному родоразрешению были отличны. Основным показанием к экстренным кесаревым сечениям среди первородящих старшего возраста была слабость родовой деятельности и отсутствие эффекта от активации окситоцином (56 %). Среди первородящих 19-29 лет основной причиной экстренных кесаревых сечений явилась острая гипоксия плода. Основным показанием к плановым кесаревым сечениям среди первородящих старшего возраста было бесплодие в анамнезе (32 %), в то время как на первом месте среди показаний к плановому оперативному родоразрешению в группе беременных 19-29 лет были неправильные положения плода (57 %).

Достоверных различий в частоте осложнений послеродового периода, а также в перинатальных исходах у пациенток двух групп выявлено не было.

Таким образом, первородящих пациенток с одноплодной беременностью старше 30 лет при отсутствии дополнительных отягчающих факторов не следует «традиционно» относить к группе высокого риска. Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов у первородящих пациенток старшего возраста, так же, как и в других возрастных группах, в первую очередь, должен основываться на акушерско-гинекологическом и соматическом анамнезе и реальной акушерской ситуации.

## СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Парада Н.С. Орлов В.И.

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовский научно-исследовательский  
институт акушерства и педиатрии .дир. — проф. В.И. Орлов).

Послеродовые кровотечения остаются одной из ведущих причин материнской смертности и инвалидизации в развивающихся и



развитых странах. Ежегодно по всему миру регистрируется около 40 % родов, осложненных послеродовыми кровотечениями (Fowler SJ, 2005; Jansen AS et al, 2005). В России акушерские кровотечения занимают первое место в структуре причин материнской смертности (В.И.Кулаков, 2004).

Не вызывает сомнения, что поиск показателей, на основании которых возможно прогнозировать геморрагические осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде, является актуальной проблемой современного акушерства.

В настоящее время важная роль в формировании патологии беременности отводится изменению функционального состояния эндотелия.

Установлено, что нарушение функции эндотелия и изменение содержания регуляторных пептидов является одним из факторов риска развития гестоза, фетоплацентарной недостаточности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, артериальной гипертонии (В.А. Климов, 2006; А.В. Орлов, 2006; И.С. Сидорова, 2003; И.М. Давидович, 2002).

Однако остается открытым вопрос о роли эндотелиальных регуляторов гемостаза и сосудистого тонуса в патогенезе геморрагических осложнений послеродового периода.

В связи с этим нами была проведена работа по изучению содержания эндотелиальных факторов при физиологической и патологической кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах.

Исследование проводилось на базе родильного отделения ФГУ РНИИАП Росздрава в течение 2004-2006 гг. У 97 беременных накануне родов (за 1-3 дня) иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов тест-систем было определено содержание следующих показателей: простациклина, эндотелина-1, тромбксана В<sub>2</sub>, а также оксида азота, как безусловного маркера функции эндотелия (на основании определения стабильного метаболита NO<sub>2</sub>, выявляемого при помощи реактива Грисса). Кроме того, для оценки системы свертывания было установлено содержание Д-димера иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов тест-систем. В третьем периоде родов после отделения последа у данных рожениц была вычислена кровопотеря колориметрическим методом, который был апробирован на добровольцах, и точность его была подтверждена (Г.Е. Бахалова, 2003).

В литературе имеются указания на то, что кровопотеря 150-250 мл не влияет на состояние женщины и течение последового и раннего послеродового периодов и является физиологической. Кровопотерю, превышающую 400 мл относят к патологической (Е.Н. Зарубина, 1995; Z. Papp et al, 1997; Коханевич с соавт., 2001; А.И. Воробьев с соавт., 2000).

На основании вышеуказанных данных по объему кровопотери родильницы в нашей работе были разделены на 3 группы: 1 группа (61 родильница) — с физиологической кровопотерей, составившей до 250 мл; 2 группа (18 родильниц) — с пограничной, где кровопотеря составила от 250 до 400 мл; 3 группа (18 родильниц) — с патологической кровопотерей составившей более 400 мл. При этом роженицы, у которых имела патологическая кровопотеря, связанная с дефектом последа, интимным прикреплением плаценты и ущемлением плаценты, из исследования были исключены.

Поскольку данные проведенного исследования не подчинялись нормальному закону распределения, обработка полученных результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики: Т-критерия Вилкоксона, критерия Спирмена, критерия Манни-Уитни и методов описательной статистики, также применялся пакет «STATISTICA» версии 6, «POLYANALIST» версии 3.5 и пакет «ATTESTAT» (Таблица №1).

На основе анализа полученных результатов установлено, что патологическая кровопотеря наблюдалась при пониженном содержании оксида азота 29,8 (20-44,5) мкмоль/л) и простациклина (1122,5 (1013,8-7756,3) пкг/мл), а также при повышенном содержании тромбксана (80395,0 (63072,5-92317,5) нг/мл) по сравнению с физиологической кровопотерей: 34,5 (19-39,5) мкмоль/л; 1179,0 (947,2-5447,1) пкг/мл; 71900,0 (28367-83010) нг/мл соответственно.

Кроме того, в группе с патологической кровопотерей была отмечена обратная корреляционная зависимость между эндотелином-1 и простациклином — синергистом оксида азота ( $r = - 0,5$ ), а также между оксидом азота и эндотелином — 1 ( $r = - 0,5$ ).

Оксид азота и эндотелин-1 представляют вазоактивную систему эндотелия, отражая его функциональное состояние. Вещества, образующиеся в эндотелии, находятся в функциональном равновесии с оксидом азота и меняют свои физиологические эффекты на противоположные в сосудах с нарушением его синтеза (О.А. Гомазков, 2000). В данном случае, вероятно, в условиях недостаточной продукции оксида азота, эндотелин-1 действует как вазоконстриктор, хотя его содержание (3,9 (2,3-5,2) фмоль/мл) существенно не отличается от 1-й группы (4,4 (2,7-5,6) фмоль/мл) и находится в пределах допустимых значений. Как следствие, нарушается эндотелиальный баланс у данных рожениц и не происходит формирования физиологических адаптивных изменений гемостаза, поддерживающих адекватную реакцию на кровопотерю в третьем периоде родов, что обуславливает патологическую кровопотерю.

Следует отметить, что в группе с физиологической кровопотерей выявлена прямая корреляционная зависимость между оксидом азота и Д-димером ( $r = 0,4$ ), а также между простациклином и Д-димером ( $r = 0,3$ ). Содержание Д-димера находилось в пределах 820 нг/мл, что подтверждает активацию свертывающей системы крови, свойственной гестационному процессу. При этом уровни оксида азота и простациклина достаточны, и параметры гемостаза находятся на адекватном уровне, что приводит к физиологической кровопотере после отделения плаценты.

При патологической кровопотере наблюдалось близкое по значению с 1-й группой содержание Д – димера (882 нг/мл), т.е. тот же высокий коагуляционный потенциал крови, но оксида азота и простациклина меньше, чем в первой группе. При этом содержание тромбксана повышено. Таким образом, недостаточная продукция оксида азота и простациклина накануне родов может являться фактором риска развития патологической кровопотери в послеродовом периоде.

В нашем исследовании в группе с патологической и пограничной кровопотерей концентрация простациклина, а также и оксида азота отмечалась ниже, чем в группе с физиологической кровопотерей. Таким образом, предполагая, что эндотелиальная дисфункция в сроках 36-40 нед является физиологическим процессом адаптации (В.А. Климов, 2006), достаточная продукция эндотелием оксида азота и простациклина определяет адекватность подобной адаптации.

Анализ полученных результатов дает основание полагать, что недостаточная продукция эндотелиальных факторов регуляции в процессе беременности обуславливает неадекватную перестройку гемостаза, что следует рассматривать в сопоставлении с риском кровотечений в третьем периоде родов.

## **ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НА ТЕРРИТОРИИ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ**

**Патрушев А.В.**

*Россия, Сыктывкар, РГУ Коми республиканский перинатальный центр*

Особенностью современной демографической ситуации в Российской Федерации является отрицательный естественный прирост населения; при этом численность населения страны за последние пять лет сократилась на 3,2 млн. чел. Аналогичная ситуация наблюдается и в Республике Коми, где за последние пять лет убыль населения составила 45 тыс. человек (Фролова О.Г., 2004). На фоне низкой рождаемости сохраняются высокие цифры смертности, в том числе и младенческой, которая в Республике Коми в 2000 г. составила 12,80/00. Врожденная и наследственная патология в

Российской Федерации занимает ведущее место в структуре инвалидности, перинатальной и младенческой смертности (Демикова Н.С., Рахимова К.В., 2005). Согласно официальной статистике, в Российской Федерации доля ВПР в структуре младенческой смертности достигает 35–40% (Новиков В.П., 2004). В развитых странах Европы и Северной Америки врожденная патология также выходит на первое место в структуре перинатальной и младенческой смертности (Mogilevkiha I., Boddker B., Orda A., 2002; Жульченко Л.А., 2003). Вышеизложенное убедительно доказывает, что врожденные и наследственные заболевания представляют собой серьезные медицинскую и социальную проблемы. Решающая роль в профилактике врожденной патологии плода принадлежит пренатальной диагностике, позволяющей своевременно диагностировать и предупредить рождение больного ребенка (Айламазян Э.К., Баранов В.С., 2006; Carrera and Di Renzo., 1993).

Существующая ранее система пренатальной диагностики в Республике Коми не позволяла снизить количество детей с ВПР. В структуре перинатальной и младенческой смертности ВПР стабильно занимают второе место. Несмотря на проводимый мониторинг пороков развития, частота рождения детей с врожденными аномалиями увеличивается. На сегодняшний день этот показатель выше общероссийского на 0,2%. В Республике Коми, как территории с низкой плотностью населения решение вопросов раннего выявления врожденной патологии особенно актуально.

Цель исследования: разработать и внедрить в практику алгоритм пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода, применимый для территории с низкой плотностью населения.

Материалы и методы исследования. При разработке комплекса мероприятий был создан единый стандарт (алгоритм) курации беременной для выявления врожденной и наследственной патологии плода в Республике Коми, имеющей низкую плотность населения. В территории произведена аттестация всех подразделений службы помощи матери и ребенку с присвоением соответствующего уровня. К первому уровню отнесены акушерские отделения в составе центральных сельских районных больниц, количество родов в которых за год не превышает 200, с низкой степенью перинатального риска. Второй уровень перинатальной помощи представлен родильными домами, отдельными или в составе многопрофильных городских больниц, где число родов за год составляет от 500 до 1500 со средней степенью перинатального риска. Третий уровень – Коми республиканский перинатальный центр и специализированный родильный дом в структуре кардиологического диспансера г. Сыктывкара. Головным учреждением в территории по данному направлению является перинатальный центр (роды высокой степени перинатального риска). В учреждениях третьего уровня количество родов от общего числа в территории составляет около 50%, т.е. в год 5500–6000 родов.

С целью выявления ВПР мы использовали методы пренатальной диагностики, которые включали в себя; непрямые (объект – беременная): акушерское исследование (лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) I, II, III – уровней), медико-генетические (генеалогические, цитогенетические ЛПУ III – уровня), биохимические (ЛПУ III – уровня); прямые (объект – плод): неинвазивные (УЗИ ЛПУ I, II, III – уровня), инвазивные (кариотипирование тканей плода, полученных путем хорионбиопсии и плацентоцентеза в I и II-м триместрах, кордоцентеза во II и III-м триместрах ЛПУ III – уровня).

Результаты исследований и их обсуждение

В период 2001–2005 годы было обследовано 39386 женщин, из них у 37565 (95,4%) беременности завершились родами, у 1564 (3,9%) самопроизвольными и индуцированными абортми с 12 до 22 нед., у 257 (0,7%) с 23 до 28 нед. За 5 лет зарегистрировано 1733 случая врожденных пороков развития. Частота ВПР составила 4,4%, при этом пренатально диагностировано 22,4% ВПР. В наших исследованиях недостаточная выявляемость ВПР в целом связана с трудностями в диагностике отдельных ВПР, таких как врожденных пороков сердца (всего 3,8% от общего числа родившихся с врожденным пороком сердца), мочеполовой системы (12,8%), желудочно-кишечного тракта (22,8%).

В отношении диагностики ХА внедренный алгоритм позволил выявить 3,9% хромосомной патологии плода и повысил выявляемость некоторых нозологий: синдром Дауна, Патау, Шершевского-Тернера, Кляйнфельтера, Эдвардса. Синдром Дауна пренатально диагностирован в 12 случаях (34,3%) из 35 зарегистрированных.

Наиболее информативными показаниями к инвазивной пренатальной диагностике, позволяющие выявить хромосомные аномалии явились: ультразвуковые маркеры хромосомных аномалий плода (выявляемость патологии 2,3–10,2%), ультразвуковые маркеры + возраст женщины 35 лет и старше (22,2–33,3%), врожденные пороки развития плода (3,5–7,1%), хромосомная патология у родившихся (11,1–33,3%), ультразвуковые маркеры + возраст женщины 35 лет и старше + измененный БХС (22,2%), измененный БХС + возраст женщины 35 лет и старше (16,6%).

Имеется положительная динамика по антенатальной диагностике врожденной патологии. В результате проведенного исследования с 2001–2005 гг. получено улучшение следующих показателей. Перинатальная смертность в Республике Коми снизилась с 10,80/00 в 2001 г до 7,870/00 в 2005г. ( $p < 0,05$ ). Младенческая смертность снизилась с 12,80/00 в 2001 г. до 8,70/00 в 2005г ( $p < 0,05$ ), в том числе за счет снижения смертности от врожденной и наследственной патологии — с 3,2 до 2,1 на 10 тыс. родившихся живыми ( $p < 0,05$ ). Произошло достоверное снижение первичного выхода на инвалидность детей с 27,9 в 2001 г. до 16,5 в 2005 г., в том числе от ВПР с 5,57 в 2002 г. до 3,39–4,23.

Таким образом, разработанный и внедренный комплекс мероприятий по пренатальной диагностике ВПР плода на территории Республики Коми, включающий трехуровневую организацию акушерско-гинекологической помощи, позволил снизить перинатальную и младенческую смертность в 1,4 раза, а первичный выход на инвалидность от врожденной и наследственной патологии в 1,7 раза. Однако, качество пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии требует дальнейшего совершенствования, так как своевременная выявляемость составляет 22,4% от общего количества зарегистрированных ВПР на территории Республики Коми.

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ

Пашукова Е.А., Поздеева Э.Х., Сушенцова Т.В.

г. Ижевск

Вопросы формирования здорового образа жизни, рождение и воспитание здоровых детей, сохранение репродуктивного здоровья являются ключевыми в жизни общества. Рождение желанного и здорового ребенка — это задача, которая может быть решена при сотрудничестве медицинских работников и семьи. Для повышения помощи семье в период планирования, ожидания и рождения ребенка создана и функционирует программа «Подготовленные роды».

Целью исследования явилось изучение особенностей течения партнерских родов. Материалы и методы: проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин, прошедших подготовку с мужьями по программе «Подготовленные роды». Первую группу составили 67 женщин, прошедшие программу с мужьями и рожавшие с мужьями (партнерами), вторую группу — 65 женщин, прошедших программу с мужьями, но рожавшие без мужей (партнеров).

Результаты исследования: Средний возраст женщин в первой и второй группе достоверно не отличался и составил  $24,5 \pm 2,87$  и  $23,0 \pm 3,8$  соответственно. Состояли в гражданском браке 17,4% женщин первой группы и 44,1% женщин второй группы. Беременность была желанная для всех семей, не зависимо от регистрации брака. Средняя продолжительность гестации в первой группе составила  $39,8 \pm 1,0$  недели, что достоверно больше, чем во второй группе ( $p < 0,001$ ). Родами через естественные родовые пути, завершилась

беременность у 84,8% женщин первой группы и 77,9% женщин второй группы. Средняя продолжительность родов в первой группе составила  $8,3 \pm 1,0$  часа и  $9,5 \pm 1,6$  часа во второй группе ( $p < 0,01$ ). Длительность безводного периода в первой группе меньше, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ). Число случаев родов, завершившихся операцией кесарева сечения, 15,2% и 22,1% соответственно. Во второй группе достоверно чаще, чем в первой группе показанием для кесарева сечения являлась гипертоническая дисфункция миометрия. Оценка состояния новорожденных по Апгар, также имела достоверное различие на первой ( $p < 0,05$ ) и пятой ( $p < 0,001$ ) минуте в пользу партнерских родов (первая группа). Послеродовый период протекал с меньшими осложнениями в первой группе, чем во второй. Женщины с новорожденными в первой группе были выписаны на  $6,4 \pm 1,5$  сутки, что, меньше, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ). Грудное вскармливание освоили все женщины обеих групп.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что присутствие супруга (партнера) в процессе обучения во время беременности и в родах создает определенные условия для оптимизации физического здоровья ребенка и матери.

## ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ТРОМБОФИЛИЕЙ

**Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б., Макацария А.Д.**  
*Россия, Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова*

Актуальность: в настоящее время проблема метаболического синдрома (МС) является мультидисциплинарной, поскольку МС является одним из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, патологии репродуктивной системы. Со стороны акушеров-гинекологов актуальность проблемы МС рассматривается прежде всего в плане прогноза течения беременности, родов и послеродового периода.

В то же время критический анализ множества осложнений беременности (гестоз, синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗВРП), синдром потери плода (СПП), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), бесплодие) указывает на несомненную патогенетическую взаимосвязь между этими осложнениями.

Более высокая частота тромбоэмболических осложнений у женщин с МС, побудило нас исследовать взаимосвязь между МС, тромбофилией и осложнениями беременности. Мы выявили мультигенный характер тромбофилии, а также генетически детерминированную форму гипофибринолиза у женщин с МС. У части женщин с МС нами было выявлено сочетание циркуляции антифосфолипидных антител (АФА) с генетическими формами тромбофилии. Мы полагаем, что не гиперкоагуляционный синдром, а тромбофилия может быть отнесена к диагностическим критериям МС.

Исходя из современных представлений о роли тромбофилии в нарушении процессов имплантации, инвазии трофобласта, плацентации, мы продолжили исследование с целью разработки разных режимов патогенетической профилактики акушерских осложнений у женщин с МС.

Цель: сравнительная оценка эффективности разных режимов противотромботической профилактики акушерских осложнений у женщин с МС и тромбофилией.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 77 женщин с МС в возрасте от 22 до 43 лет. Среди них были выделены 2 группы. I группа — 32 пациентки, которых мы готовили к беременности и вели весь гестационный процесс с учетом обнаруженных нарушений, начиная с фертильного цикла и ранних сроков беременности. II группа — 45 беременных женщин, обследованные и получавшие терапию со II или III триместра беременности. Для диагностики МС мы использовали рекомен-

дации Национального института здоровья США (Adult Treatment Panel (ATP III), 2001) и Американской Ассоциации клинических эндокринологов (AACE, 2003).

Анализ акушерского анамнеза в I и II группах выявил достаточно высокую частоту таких осложнений процесса гестации как бесплодие, ранние и поздние выкидыши, гестоз (в том числе у 1 женщины эклампсия в анамнезе), антенатальная гибель плода (АГП), ПОНРП и пр. Среди экстрагенитальной патологии на первом месте оказались ожирение и заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, нейро-циркуляторная дистония по гипертоническому типу. У 2 (2,6%) женщин в анамнезе имел место инсульт. Личный тромботический анамнез был отягощен у 2 пациенток II группы — инсульт в анамнезе, у 1 пациентки II группы — ПОНРП в анамнезе. Наибольшее число женщин имели отягощенный семейный анамнез по гипертонической болезни, по ожирению, у 34 (44,2%) был отягощен семейный тромботический анамнез (ранние инфаркты миокарда, инсульты, тромбозы, ТЭЛА).

Клинико-лабораторное обследование включало инструментальные методы — УЗИ, доплерометрические исследования кровотока в артерии пуповины, маточных артериях и артериях плода, кардиотокография в динамике, ЭКГ, ЭхоКГ; использовались такие лабораторные методы как клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, инфекционный профиль, исследование системы гемостаза. После выяснения семейного и тромботического анамнеза проводилось исследование системы гемостаза с целью выявления тромбофилии (определение молекулярных маркеров тромбофилии, определение антифосфолипидных антител, определение генетических форм тромбофилии). При диагностировании наследственной мультигенной или комбинированной формы тромбофилии назначалась дифференцированная противотромботическая профилактика в зависимости от причины и степени её выраженности, наличия гомо- или гетерозиготной формы мутаций, приводящей к состоянию тромбофилии, а также в зависимости от выявления циркуляции и уровня маркеров тромбофилии (Д-димер), агрегационной активности тромбоцитов, а также веса беременной женщины. В качестве антитромботической терапии применяли НМГ — низкомолекулярный гепарин (Фраксипарин, Клексан, Фрагмин). НМГ применяли на протяжении всей беременности, отменяя за сутки до родоразрешения. Через 8 часов после родоразрешения его прием возобновлялся и продолжался в течение 10 дней. Дополнительно назначались антиоксиданты, фолиевая кислота, Магне В6, поливитамины, полиненасыщенные жирные кислоты, Утрожестан, гипотензивная терапия (по показаниям).

Следует отметить, что с начала исследования мы полагали, что противотромботическая профилактика с прегравидарного периода и ранних сроков беременности является патогенетически оправданной (I группа). Учитывая то, что часть пациентов обращалась к нам после наступления беременности — II и III триместр беременности, образовалась группа сравнения (II группа).

Результаты: Высокая частота тромбофилии и особенности выявленной тромбофилии у обследуемых женщин позволили нам рассматривать ее в качестве важнейшего этиопатогенетического фактора развития осложнений гестационного процесса у женщин с МС. Также следует отметить, что женщины с МС входят в группу риска по развитию тромботических и тромбоэмболических осложнений. Это позволило нам проводить антитромботическую профилактику у женщин с МС. Учитывая, что гиперкоагуляция с течением беременности нарастала, проводилась коррекция дозы НМГ в зависимости от уровня маркеров тромбофилии (Д-димер) и агрегационной активности тромбоцитов.

В нашем исследовании в 100 % случаев наблюдалось повышение уровня маркеров тромбофилии (Д-димер) и агрегационной активности тромбоцитов. У женщин во II группе уровень маркеров реальной тромбофилии значительно превышали таковые по сравнению с пациентами I группы.

Оценка эффективности патогенетической терапии проводилась по снижению частоты гестоза и других осложнений беременности, а также по частоте рождения живых детей.

Лучшие исходы беременности были у пациенток I группы, получавших патогенетическую профилактику в прегравидарном периоде и ранних сроков беременности. Гестоз у женщин в I группе развивался на более поздних сроках беременности, по сравнению с беременными II группы. Тяжелых форм гестоза у женщин I группы не было. Позднее начало патогенетически обоснованной терапии на фоне начавшегося гестоза у 11 (24,4%) пациенток II группы привело к развитию гестоза легкой степени, у 24 (53,3%) — средней степени тяжести, 10 (22,2%) — тяжелых форм гестоза. У всех женщин I группы беременности завершились рождением живых детей. У 5 пациенток II группы, в тех случаях, когда терапия была начата поздно, избежать потерю плода не удалось.

В абсолютном большинстве случаев (48-62,3%) беременные с МС были родоразрешены путем операции кесарево сечение. На фоне проводимой антитромботической профилактики НМГ ни в одном из случаев не наблюдалось послеоперационных тромботических и тромбоэмболических осложнений.

Выводы: У всех беременных с МС выявлено тромбофилическое состояние, обусловленное генетической предрасположенностью. Эффективная профилактика осложнений беременности у женщин с МС и тромбофилией возможна при условии начала профилактической терапии с фертильного цикла и в течение всей беременности, а также в послеродовом периоде с помощью низкомолекулярного гепарина, антиоксидантов и поливитаминов.

## ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

**Петрухин В.А., Мравян С.Р.**  
*Россия, Москва, МОНИАГ*

Актуальность. Среди всей экстрагенитальной патологии сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) у беременных занимают первое место, составляя от 0,4 до 4,7%. Наиболее тяжелым осложнением ССЗ в целом и пороков сердца, в частности, является сердечная недостаточность (СН). Материнская и перинатальная смертность коррелирует с тяжестью функционального класса (ФК) СН матери.

Исследование variability сердечного ритма (ВСР) является одним из наиболее мощных методов неинвазивного контроля гуморальной и автономной нервной регуляции в самых разных направлениях современной клиники.

Отмечено, что изменения ВСР сопровождают различные кардиологические и некардиологические заболевания.

Поскольку многие из величин, получаемых при анализе ВСР во временной области, тесно коррелируют с другими, к использованию рекомендуются следующие 4 показателя:

- SDNN (квадратный корень из разброса NN — нормальный к нормальному интервалу, т.е. интервалы между смежными комплексами QRS) — для оценки общей ВСР,

- триангулярный индекс (интеграл плотности распределения, отнесенный к максимуму плотности распределения) — для оценки общей ВСР,

- SDANN (стандартное отклонение средних NN, вычисленных за короткие промежутки времени) — для оценки низкочастотных (НЧ) компонент variability,

- RMSSD (квадратный корень средних квадратов разницы между смежными NN интервалами) — для оценки высокочастотных (ВЧ) компонент variability.

Вагусная активность является основной составляющей ВЧ компонента.

При СН происходит активация нейрогуморальных механизмов, что проявляется изменениями симпатoadренэргической иннервации. Преобладание симпатического тонуса при СН отражает блокаду бета-адренэргических рецепторов, индуцируемую снижением ВСР. Степень ее падения оказывается более чем двухкратной.

Снижение ВСР у больных СН обратно коррелирует с содержанием норадреналина в плазме крови, прямо коррелирует с уровнем уменьшения насосной функции сердца и никак не связано с ее причинами.

Целью работы явилось определение временных параметров variability сердечного ритма у здоровых женщин и пациенток с пороками сердца на поздних сроках гестации.

Материалы и методы. Обследовано 16 женщин на сроках гестации 35-39 недель в возрасте от 19 до 37 лет (средний возраст 28,3±9,4 года). У всех женщин был диагностирован врожденный или приобретенный (ревматический) порок сердца. Первую группу составили 8 женщин с I ФК СН, в основе которой лежали: дефект межпредсердной перегородки до 1 см в диаметре (2 больных), операция по поводу закрытия дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) в анамнезе (1 больная), умеренный стеноз легочной артерии (2 больных), ДМЖП до 5 мм в диаметре (3 пациентки). Во вторую группу вошло 8 женщин со II-III ФК СН (у 2 пациенток в анамнезе операция по поводу тетрады Фалло с сохраняющимся ДМЖП, у 3 — недостаточность митрального клапана 2-3 степени ревматической этиологии, у 2 — операции по поводу закрытия ДМЖП в анамнезе, у 1 — выраженный стеноз аортального клапана с градиентом давления 70 мм рт.ст.). Контрольную группу составили 8 здоровых беременных женщин.

Всем женщинам до родов и через 2-3 суток после проводили суточное мониторирование ритма сердца по Холтеру с использованием регистратора Meditech (Венгрия) и оценкой основных временных параметров ВСР. Полученные данные сравнивались с нормативными значениями.

Полученные результаты. У обследованных женщин до родов отмечалось снижение общей ВСР, показатели которой у здоровых пациенток и в первой группе находились на нижней границе нормативных значений (Табл.1).

Таблица 1. Временной анализ ВСР у беременных с СН.

	SDNN, мс	HRvi, ед.	SDANN, мс	RMSSD, мс
Норма	141±39	37±15	127±35	27±12
Контроль (n=8)	110,3±16,3	33±8,6 ед.	98,1±14,5	22,9±10,4
НК IФК (n=8)	108,2±17,5	31,8±6,1	90,2±71,3	35±29,7
НК II-IIIФК (n=8)	79,5±6,3*	25,3±2,4	67,5±8,4*	27±8,7

Примечание: \* -  $p < 0,05$  по сравнению с нормативными показателями, большими контрольной и первой группы; \* -  $p < 0,05$  по сравнению с нормативными показателями.

Во второй группе отмечено достоверное, как по отношению к нормативным показателям, так и к параметрам здоровых пациенток и больных первой группы, снижение общей ВСР (показатели SDNN и HRvi). Тенденция к снижению ВСР в контрольной и первой группах прослеживалась и в отношении показателя, характеризующего симпатическую активность — SDANN.

Временные параметры ВСР у здоровых женщин на 35-39 неделе гестации практически не изучены.

Беременность сопровождается существенным ростом содержания целого ряда гормонов, прежде всего эстрадиола, прогестерона и окситоцина. Действие эстрадиола на симпатическую нервную систему связано с модуляцией выработки норадреналина альфа2-адренорецепторами и облегчением его захвата. Кроме того, эстрадиол увеличивает выработку норадреналина в гипоталамусе и облегчает его нейротрансдукцию. Эстроиды вызывают увеличение числа альфа2-адренорецепторов и увеличение чувствительности альфа1-адренорецепторов без увеличения их числа, регулирует экспрессию альфа1-адренорецепторов на 33-34 неделе беременности через собственные рецепторы подтипа альфа. Окситоцин, уровень которого во время беременности также прогрессивно увеличивается, вызывает рост содержания внеклеточного норадреналина в вентромедиальной зоне гипоталамуса.

Таким образом, содержание различных гормонов, вырабатываемых при нормально протекающей беременности, может приводить к активации симпатической нервной системы или быть с ней связанным.

Во второй группе пациенток отмечалось достоверное по сравнению с нормативными показателями снижение SDANN (Табл.1), что свидетельствует об активации симпатической нервной системы, причем ее степень нарастает с увеличением тяжести СН.

У пациенток контрольной группы отмечались сниженные, по сравнению с нормативными, показатели RMSSD, отражающие уменьшение вагусных влияний на миокард во время беременности.

В послеродовом периоде отмечалась нормализация показателей BCP у пациенток контрольной и первой групп. У женщин второй группы на фоне сохраняющегося снижения общей BCP (SDNN -  $92,3 \pm 16,3$  мс и HRvi -  $23 \pm 8,5$  ед.) динамика со стороны показателя, отражающего активность симпатической нервной системы (SDANN), была различной и зависела от выраженности в послеродовом периоде симптомов СН. У 3 пациенток при сохранении II-III ФК СН (гепатомегалия, сохранение пастозности ног, стойкой тахикардией) показатель SDANN не менялся и составил  $63,4 \pm 6,7$ , а у остальных при уменьшении признаков СН -  $320,5 \pm 12,4$  мс;  $p < 0,01$ ).

Выводы. Исследование BCP показано у беременных с целью оценки общего функционального состояния организма и выраженности вегетативных расстройств. Снижение общей BCP и активации симпатической активности у пациенток второй группы в дородовом и послеродовом периодах, вероятно, является самостоятельным фактором риска усугубления СН, что делает актуальным использование корректирующей терапии с назначением малых доз  $\alpha$ -адреноблокаторов. Резкое снижение симпатико-адреналовой активности в послеродовом периоде у ряда пациенток второй группы свидетельствует о дисбалансе вегетативной нервной системы.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЮ ПЛОДА

**Петрухин В.А., Логутова Л.С., Ахведиани К.Н.,  
Мельников А.П., Капустина М.В., Коваленко Т.С.,  
Магилевская Е.В., Реброва Т.В.,**

*Россия. Москва. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии*

Влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы и вакуум-экстракция) всегда являлись неотъемлемой частью акушерства. Частота применения родоразрешающих операций в современном акушерстве значительной степени определяется с позиции перинатальной охраны плода и в связи с расширением показаний к кесареву сечению при плацентарной недостаточности (ПН), ЗВУР, гипотрофии и хронической гипоксии плода необходимость в применении акушерских щипцов или вакуум-экстрактора сведена к минимуму. Низкая частота применения этих родоразрешающих операций в нашей стране (акушерские щипцы 1,3% и вакуум-экстракция 0,004%) связана с мнением о высокой частоте травматизма, как для матери, так и для плода, и не всегда свидетельствует об отсутствии показаний к ним. Важным фактором снижения влагалищных операций является несовершенство инструментов и нередко квалификация акушеров, не владеющих техникой проведения указанных операций. Однако необходимо отметить, что и акушерские щипцы и вакуум-экстракция две разные оперативные техники и их проведения требуют определенных акушерских условий и показаний.

За последний год в нашем институте широко используется вакуум-экстрактор «KIWI».

По нашим данным, частота применения вакуум-экстрактора среди оперативных родов в 2006г составила 15%, в то время как частота наложения акушерских щипцов составила лишь 3,1%.

Целью нашей работы явилась оценка исходов родов для матери и плода после вакуум экстракции.

В МОНИАГЕ проведено оперативное родоразрешение через естественные родовые пути у 34 беременных в возрасте от 19 до 40 лет. Первородящих было 27 (79,4%), повторнородящих 7 (20,6%). Более 75% беременных имели экстрагенитальную патологию. Наи-

более частыми осложнениями беременности были: гестоз легкой степени у 12,4% пациенток, тяжелый гестоз наблюдался в одном случае, плацентарная недостаточность (ПН) и задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) у 20%.

Условием для наложения вакуум-экстрактора явились: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, живой плод, клиническое соответствие размеров головки плода и таза матери, расположение головки плода в полости или в плоскости выхода малого таза. Наложение вакуум-экстрактора производилось на головку плода, находящуюся в широкой части полости малого таза в 11 (32,4%) случаях, в узкой части — в 12 (35,2%), в выходе малого таза у 11 (32,4%) рожениц.

Показаниями к наложению вакуум-экстрактора явились: начавшейся гипоксия плода в 18 (52,9%) случаях, упорная вторичная слабость родовой деятельности и длительное стояние головки в одной плоскости у 10 (29,5%). При необходимости укорочение II-го периода родов вакуум-экстрактор применен у 6 (17,6%) рожениц (в трех случаях по поводу миопии высокой степени и по одному случаю по поводу тяжелого гестоза и патологии сердечно-сосудистой системы).

Удачное применение вакуум-экстрактора во многом определяется его расположением на головке плода: чашечка должна быть установлена на затылок по средней линии. Неправильное размещение чашечки на головке плода приводит к затрудненному ее рождению и является одной из проблем этой родоразрешающей операции — «срыва» чашечки. Тракции проводятся соответственно биомеханизму родов по оси таза роженицы.

При наложении вакуум-экстрактора, по литературным данным, наблюдаются различной степени выраженности повреждения мягких родовых путей, повышенная кровопотеря в родах. По нашим данным, медиолатеральная эпизиотомия произведена у 25 (73,5%) женщин, разрывов промежности не было, разрывы слизистой влагалища наблюдались в 6,7% случаях. Ни в одном случае кровопотеря не превышала физиологическую.

Родилось 35 детей (одна двойня). Из них в состоянии гипоксии родилось 17 детей (48,5%), в том числе 12 (34,2%) с оценкой по Апгар на 1 минуте 7 баллов, 5 (14,2%) — с оценкой 6 баллов. Во всех случаях, когда вакуум-экстракция применялась по поводу острой гипоксии плода, имела место патология пуповины: или абсолютная ее короткость или тугое обвитие короткой пуповиной шеи плода. Тяжелое состояние отмечено у одного новорожденного (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 5 баллов) было обусловлено с проявлениями синдрома дыхательных расстройств (СДР) на фоне внутриутробной инфекции (пневмонии), потребовавшее проведения пролонгированной ИВЛ. ЗВУР плода и гипотрофия плода наблюдались у 9 (25,7%) детей. Удовлетворительное состояние с момента рождения были у 18 детей (51,4%), средней тяжести — у 17 (48,5%), причем с третьих суток жизни у 14 (40%) детей оно также расценивалось как удовлетворительное. Средняя масса новорожденных составила  $3380 \pm 607,9$ г.

У 3 (8,5%) новорожденных в месте наложения чашечки вакуум-экстрактора выявлены кефалогематомы небольших размеров (до 4-5 см), не требующие пункции. У этих детей вакуум-экстрактор был наложен на головку стоящей в широкой части полости малого таза.

У 28 (80%) новорожденных проведено ультразвуковое исследование головного мозга, из них у 22 (78,5%) — доплерометрия кровотока в передних мозговых артериях. У одного ребенка, родившегося в тяжелом состоянии, выявлен диффузный гипоксический отек мозга. Периинтравентрикулярные кровоизлияния 1 степени (ПВК) в виде небольших (2-2,5 мм) субэпендимальных псевдокист определялись у двух детей (5,7%). У 6 новорожденных (17,1%) отмечалось небольшое повышение резистентности мозговых сосудов в 1-2 сутки жизни на фоне перенесенной интранатальной гипоксии (систола-диастолическое соотношение до 4,2-4,8, индекс резистентности до 0,76-0,78), к 5-6 суткам показатели мозгового кровотока у четырех из них не отличались от нормативных значений, у двух проявления ишемии сохранялись. У 20 (57,1%) детей патологических изменений головного мозга при нейросонографии не выявлено.

Из 35 детей 32 (91,4%) ребенка на 4-9 сутки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Перевод на этапное выхаживание потребовался двум детям с сохраняющейся неврологической симптоматикой после четырех суток жизни (один ребенок с церебральной ишемией и еще один с ПИВК 1ст.). В одном случае ребенок с внутриутробной пневмонией на ИВЛ переведен в отделение реанимации.

Таким образом, внедрение в практику акушерства новых моделей вакуум-экстрактора, усовершенствованных технологий его использования позволили применять данный инструмент чаще, чем акушерские щипцы. Использование вакуум-экстрактора расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути и, при соблюдении условий, показаний и техники наложения, не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода у новорожденных детей и безопасно для матери.

## **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ РОДИЛЬНИЦ СО СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕСТОЗА**

**Пиццелаури Е.Г.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава*

С целью изучения особенностей центральной и периферической гемодинамики и выбора обоснованной дифференцированной терапии нами проведено комплексное динамическое обследование 90 женщин со средне-тяжелыми и тяжелыми формами гестоза на 1, 3, 5, 9, 14 сутки и через 2 и 6 месяцев после родоразрешения с использованием, помимо клинико-лабораторного, эхокардиографического и доплерометрического методов исследования. 58 пациенткам осуществлялся дифференцированный подход к проведению гипотензивной терапии в зависимости от выявляемого типа центральной гемодинамики: при гипокинетическом типе (28 женщин) в комплексную терапию гестоза был включен ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) пролонгированного действия Диротон, в дозировке 20 мг/сут; при эукинетическом типе (30 женщин) назначался комбинированный препарат Логимакс, содержащий бета 1-селективный адреноблокатор — метопролол и вазоселективный блокатор кальциевых каналов — фелодипин в дозе 5/50 мг/сут. Длительность гипотензивной терапии составила от 14 до 60 суток.

При изучении центральной гемодинамики у пациенток со средне-тяжелыми и тяжелыми формами гестоза в первые сутки после родоразрешения нами было выявлено достоверно ( $p < 0,001$ ) более низкие, по сравнению с контрольной группой, показатели КДО, УИ и СИ и повышенные значения ОПСС, указывающие на выраженные нарушения компенсаторных возможностей центральной гемодинамики. Так, в 1 сутки после родоразрешения при средне-тяжелом течении гестоза в наибольшем проценте наблюдений (46,1%) определялся эукинетический тип кровообращения с относительно низкими объемными показателями, при тяжелом (68,4%) — гипокинетический. Проведенные нами исследования церебральной гемодинамики показали, что несмотря на проводимую терапию, отмечается сохранение повышенных значений периферической резистентности сосудов головного мозга после родоразрешения, при этом наиболее выраженные и длительные расстройства церебральной гемодинамики отмечены во внутренних сонных и глазных артериях. Так, у женщин, перенесших преэклампсию и эклампсию, сохранение резко повышенных значений ПИ во внутренней сонной ( $>1,6$ ) и глазной ( $>2,2$ ) артериях до 5 суток послеродового периода. Данный факт свидетельствует о крайне высоком периферическом сопротивлении внутримозговых сосудов при преэклампсии и эклампсии. К концу послеродового

периода данные нарушения отмечались только среди пациенток, перенесших тяжелые формы гестоза, при этом в 12,7% наблюдений после перенесенной эклампсии регистрация патологических скоростей кровотока в глазной артерии наблюдалась и через 6 месяцев после родоразрешения. Проведенные нами исследования почечной гемодинамики показали, что в послеродовом периоде наиболее выраженные и длительные изменения кровотока сохранялись в артериях паренхимы почек (I степень): значения СДО в данных сосудах при тяжелых формах гестоза оставались повышенными через 2 (у 21,1% родильниц) и 6 (в 10,5% наблюдений) месяцев после родоразрешения. При этом в клинической картине помимо артериальной гипертензии, в 77,8% наблюдений диагностировалась протеинурия, что свидетельствует о функциональных и морфологических изменениях в структурах клубочков почек в результате длительного расстройства их кровообращения. Проведенное исследование показало, что применение логимакса в качестве гипотензивного компонента комплексной терапии гестоза у пациенток с исходно эукинетическим типом кровообращения приводит к более выраженному и быстрому, по сравнению с общепринятой терапией, снижению артериального давления. Так, на 5 сутки послеродового периода параметры систолического, диастолического и среднего АД снижались на 21,8%, 17,2% и 18,9% соответственно (против 14,5%, 11,5% и 12,6% в группе сравнения). Кроме того, логимакс приводит к снижению периферической сосудистой резистентности. Доказательством периферической вазодилатации служит достоверно более выраженное, по сравнению с общепринятой терапией, снижение на 9 сутки послеродового периода ОПСС (на 24,6% против 15,8% в группе сравнения), а также суммарной резистентности церебральному (на 12,2% против 8,4%) и почечному (12,3% против 7,2%) кровотоку. Данный эффект обусловлен действием, входящего в состав логимакса, блокатора кальциевых каналов — фелодипина, отличающегося высокой вазоселективностью в отношении гладкой мускулатуры и приводящий к выраженному снижению периферического сосудистого сопротивления. Гипотензивный эффект логимакса также обусловлен уменьшением стимулирующего эффекта катехоламинов на миокард, обусловленное действием второго компонента комбинированного препарата — метопролола. Применение диротона в качестве гипотензивного компонента в комплексной терапии гестоза у пациенток с исходно гипокинетическим типом кровообращения приводило к более выраженному, по сравнению с общепринятой терапией, снижению АД. Так, на 5 сутки проводимого лечения систолическое АД снижалось на 23,1%, диастолическое — 18,4%, среднее — 20,3% по сравнению с исходными данными (против 17,1%, 13,5% и 14,9% соответственно в группе сравнения). При этом отмечалось достоверно более выраженное, по сравнению с общепринятой терапией, снижению общего периферического сосудистого сопротивления на 9 сутки послеродового периода (на 40,8%), что приводило к возрастанию венозного возврата к сердцу, отражением которого служило увеличение конечного диастолического объема левого желудочка максимально на 22,7% к 9 суткам терапии (против 14,7% с группе сравнения). Следствием возрастания сократимости миокарда являлось уменьшение конечного систолического объема левого желудочка (на 18,6% против 11,4% при общепринятой терапии). Снижение КСО левого желудочка и увеличение его КДО приводило к нарастанию УИ и СИ максимально на 56,8% и 31,9% к 9 суткам (против 36,1% и 19,5% в группе сравнения). К моменту выписки из стационара нами было отмечено, что на фоне приема логимакса и диротона у родильниц со средне-тяжелым течением гестоза гипокинетический тип кровообращения не определялся, нарушения церебральной гемодинамики отмечались в 6,7%, почечной — в 10,0% наблюдений; при тяжелых формах гестоза частота выявления данных нарушений снизилась в 2, 1,5 и 1,7 раза соответственно.

На основании полученных данных нами были установлены прогностически неблагоприятные признаки развития эклампсии в послеродовом периоде, а также длительного сохранения нарушений системной гемодинамики и клинических проявлений гестоза: - эукинетический с относительно низкими объемными показате-

лями (СИ от 2,4 до 3,5 л/мин/м<sup>2</sup>, УИ от 24,7 до 39,6 мл/м<sup>2</sup>) и гипокINETический (СИ менее 2,4 л/мин/м<sup>2</sup>, УИ менее 24,7 мл/м<sup>2</sup>) типы кровообращения;

- III степень нарушения почечной гемодинамики (увеличение сосудистого сопротивления во всех почечных сосудах более чем на 25%);  
- резко повышенные значения ПИ во внутренней сонной (>1,6) и глазной (ПИ>2,2) артериях.

Критериями эффективности проводимой терапии со стороны центральной гемодинамики на 5 сутки послеродового периода является снижение систолического АД на 20%, диастолического — на 17%, ОПСС — на 30%, возрастание УИ и СИ на 30% и 25% соответственно, снижение ПИ во внутренней и глазной артериях на 15%, СДО в почечных сосудах — на 12%.

Таким образом, оценка состояния центральной и регионарной гемодинамики с использованием современных неинвазивных методов исследования позволяет выявить характер нарушений системного кровообращения и при сопоставлении с клинической картиной, объективно оценить тяжесть гестоза, а также определить проведение дифференцированной патогенетически обоснованной терапии в послеродовом периоде, что приводит к более быстрой ликвидации проявлений гестоза и улучшению исходов заболевания для женщин.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ И ФАКТОРАМИ РИСКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ**

**Плужникова Т.А., Шляхтенко Т.Н., Алябьева Е.А.**

*Россия, Санкт-Петербург, Центр профилактики и лечения невынашивания беременности, родильный дом №1, ИАГ РАМН им. Д.О. Отта*

Актуальность: Генетические факторы, приводящие к возникновению наследственных тромбофилических состояний, являются ведущими причинами тяжелых акушерских осложнений, таких как синдром потери плода, синдром внутриутробной задержки развития плода и гестозов. Значительное количество генетических дефектов системы гемостаза являются скрытыми и лишь создают гиперкоагуляционный фон. При срыве адаптивных механизмов, под воздействием какого-либо фактора, появляются тромботические осложнения (Макацария А.Д., Саидова Р.А., 2004).

Цель: Проанализировать особенности течения беременности у женщин с невынашиванием в анамнезе имеющих наследственные факторы риска тромбозов.

Методы: Объектом исследования явились 51 женщина с невынашиванием в анамнезе, у которых при обследовании в Центре профилактики и лечения невынашивания беременности были выявлены наследственные факторы риска тромбозов. Все женщины получили прегравидарную подготовку и наблюдались в течение беременности в Центре. С целью выявления причин невынашивания беременности проводилось комплексное обследование, которое включало: осмотр гинеколога, бактериологическое и вирусологическое обследование, гормональное, ультразвуковое исследование матки и придатков, биопсию эндометрия и иммунологическое обследование (определение интерферонового статуса, алло- и аутоиммунных антител- антиспермальных, антифосфолипидных, антиовариальных, а так же аутоантител к эндометриальному антигену), уровня гомоцистеина. Кроме того, проводилось исследование системы гемостаза: коагулограмма, молекулярно-генетическое исследование наличия факторов риска тромбофилии (мутации в гене фактора V- Leiden, G20210A в гене протромбина, полиморфизм C677T в гене MTHFR, полиморфизм 4G/5G в гене PAI-1; полиморфизм PAI1/A2 в гене GrpIIIa, полиморфизм G/A 455 в гене фактора 1). Исследование проводилось на базе ФГУ РосНИИ гематологии и трансфузиологии.

Возраст пациенток варьировал от 23 до 40 лет. Из них привычным невынашиванием страдали 68,6%, преждевременные роды были в анамнезе у 11,8% женщин, у 5,9% пациенток была антенатальная гибель плода, 27,5% пациенток имели одну потерю беременности. У 36 женщин — 70,6% были выявлены два и более генетических дефекта, у 15 женщин — 29,4% был выявлен один фактор риска наследственных тромбофилий. Было выявлено, что при наличии двух и более генетических дефектов в системе гемостаза риск гиперкоагуляции возрастает в 3 раза и составляет 25% (в группе с одним дефектом -8,3%), тогда как в группе с одним дефектом в 3 раза чаще выявлена тромбоцитопения — 33,3% (10% в группе с двумя дефектами и более). У 57,8% женщин генетические дефекты были в гомозиготном состоянии, у 42,2% — в гетерозиготном. Анализ частоты выявления разновидностей наследственных факторов риска тромбофилии показал, что чаще всего выявлялись генетические дефекты, связанные с развитием гипергомоцистеинемии — 56,9% и гиперфибриногенемии — 54,9%. У 43,1% женщин была выявлена мутация связанная с повышенной активацией тромбоцитов, у 19,4% — с снижением активности фибринолиза. У 9,8% женщин был выявлен антифосфолипидный синдром. У каждой четвертой был выявлен повышенный уровень гомоцистеина — 25,5%, снижение которого корректировалось назначением фолатов.

Почти у всех женщин беременность протекала с осложнениями — 95,3%. У 79,4% женщин была угроза прерывания беременности до 12 недель. Среди других осложнений беременности первое место занимала анемия беременных -37,2%, гестоз (отечная форма) имел место у 18,6%, нефропатия у 4,7% беременных, у 13,9% — плацентарная недостаточность, задержка развития внутриутробного плода была у 6,9% женщин. У 41,3% женщин была выявлена во время беременности урогенитальная инфекция. Нарушения гемостаза по данным коагулограммы в первом триместре беременности были у 90,7% женщин. У 32,6% пациенток имела место тромбоцитопения, у 63,1% был заторможен фибринолиз, чаще всего была гиперагрегация тромбоцитов — 90,7%. У 27,9% женщин по данным коагулограммы были признаки гиперкоагуляции. С учетом выявленных нарушений гемостаза проводилась коррекционная терапия: при гиперагрегации тромбоцитов назначался тромбас, курантил, при гиперфибриногенемии терапия дополнялась вобэнзимом, при снижении активности фибринолиза — вессел — дуэф, омега-3, при появлении признаков гиперкоагуляции проводился курс фраксипарина. При необходимости проводилась гормональная коррекция, антибактериальная терапия, проводились курсы профилактики плацентарной недостаточности (в 12, 20 и 30 недель беременности). Данная тактика позволила довести беременность до родов у 84,3% женщин, из них преждевременные роды были у 5,9% женщин, все дети живы. У 15,7% женщин закончилась самопроизвольным выкидышем до 12 недель беременности.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о важной роли генетических факторов тромбофилии в генезе невынашивания беременности. Почти у всех женщин течение беременности осложняется нарушениями в системе гемостаза, особенно если есть два и более дефекта, что требует соответствующей коррекции в составе комплексной терапии.

## **К ВОПРОСУ О ПОИСКЕ ДОСТОВЕРНЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА**

**Поздняков И.М., Пекарев О.Г., Шубина В.И., Лузан О.Д.**

*Россия, Новосибирск, ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, МУЗ Новосибирский городской перинатальный центр*

Одним из наиболее частых осложнений беременности является гестоз, занимающий ведущее место среди проблем современного акушерства в связи с его широкой распространенностью, сложностью патогенеза, недостаточной эффективностью лечебно-про-

филактических мероприятий. Все выше указанное требует разработки и внедрения доступного, неинвазивного, объективного метода обследования, который позволил бы оценивать нарушения гомеостаза, характеризующиеся изменениями гемодинамики и тем самым контролировать эффективность проводимого лечения.

В этой связи нам представляется крайне перспективным внедрение в клиническую практику метода реолимфовазографии. Этот новый метод диагностики занимает особое место в обследовании пациентов с проблемами сосудистой и лимфатической системы. Он заключается в регистрации с помощью реографа и парных электродов и последующей оцифровки пульсовых электроимпедансометрических кривых, определении площади, заключенной между кривой реограммы и «нулевой» линией, которая затем по алгоритму «скрытых фаз» разбивается на три субфигуры. Реолимфовазография хорошо зарекомендовала себя в обследовании и в наблюдении за эффективностью проводимого лечения пациентов с лимфатическими отеками верхних конечностей. Однако, до настоящего времени метод не применялся при оценке состояния крово- и лимфообращения у женщин во время беременности и не использовался для оценки эффективности лечения гестоза.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациенток с беременностью, осложненной гестозом средней степени тяжести. Средний возраст составил 25,4+1,1 года, срок беременности 35,3+1,2 недели. Всем пациенткам запись реолимфовазографии проводилась при поступлении в стационар, до начала комплексного лечения и после проведенного лечения, перед выпиской. Контрольную группу составили 50 пациенток, с неосложненно протекающей беременностью. Средний возраст составил 27,3+1,4 года, срок беременности составлял 36,1+1,32 недели. Всем пациенткам запись реолимфовазографии проводилась на двух сегментах нижней конечности — на голени и стопе. На голени первая пара электродов накладывалась непосредственно под коленным суставом, вторая несколько проксимальнее голеностопного сустава, на стопе — несколько проксимальнее голеностопного сустава и на уровне первых пальцевых фаланг.

После проведенной традиционной комплексной терапии гестоза средней степени тяжести у пациенток основной группы, было выполнено повторное обследование и оценены повторно измеряемые реолимфовазографические параметры для оценки эффективности проводимого лечения. Оценивались как исходные данные, так и динамика измеряемых показателей, происходящая на фоне проводимого лечения.

Анализ результатов реолимфовазографии, проведенной в группе пациенток с беременностью, осложненной гестозом до и после проведенного лечения, относительно здоровых беременных, позволил выявить следующие критерии оценки эффективности лечения гестоза.

1. Уменьшение времени заполнения артериального русла на 16,5% (0,02 ± 0,02 сек)
2. Уменьшение времени опорожнения МКЦ и вен на 16,5% (0,07 ± 0,009 сек)
3. Повышение амплитуды подъема реограммы на 21% (0,0084 ± 0,02 Ом).
4. Повышение высоты начальной на 51,0% (0,014 ± 0,01 Ом) и максимальной на 50% (0,015 ± 0,02 Ом) дикротической волны.
5. Увеличение начальной на 28,0% (0,12 ± 0,02 Ом/сек) и конечной на 27,0% (0,13 ± 0,03 Ом/сек) скорости пульсовой волны.
6. Увеличение скорости артериальной рекуррентии на 35,6% (0,26 ± 0,5 Ом/сек).
7. Снижение скорости оттока в вены на 35,6% (0,26 ± 0,5 Ом/сек) и скорости лимфооттока на 70% (0,22 ± 0,21 Ом/сек).
8. Уменьшение объема притекающей жидкости на 19,3% (0,13 ± 0,2 Ом).
9. Увеличение объема рекуррентии в артерии на 32% (0,08 ± 0,1 Ом).
10. Снижение объема венозного оттока на 25% (0,1 ± 0,1 Ом).
11. Снижение сопротивления активному на 28,5% (0,44 ± 0,5 сек/Ом).
12. Снижение сопротивления артериальной рекуррентии на 42,3% (1,07 ± 0,7 сек/Ом).
13. Снижение сопротивления венозному оттоку на 16,3% (0,28 ± 0,5 сек/Ом).

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы: для оценки эффективности лечения гестоза целесообразно применение данного метода, позволяющего для каждого пульсового сокращения оценить объемы перемещения жидкости по сосудистым системам исследуемого сегмента конечности, скоростные и объемные характеристики этих перемещений, а также резистивные свойства различных звеньев сосудистой сети.

Реолимфовазография позволяет оценивать состояние крово- и лимфообращения как в норме, так и при различных заболеваниях, а также может использоваться для контроля за изменением гемодинамики и эффективностью проводимого лечения у пациенток с беременностью, осложненной гестозом.

## ВЛИЯНИЕ СИФИЛИСА НА БЕРЕМЕННОСТЬ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ

Полянская Р.Т., Степаненко О.В., Руппель Н.И.,  
Дудина А.Ю., Панова Г.В., Шпакова Е.А.

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, МУЗ родильный дом № 5, ж/к № 3 г. Красноярск

Последнее десятилетие во всем мире, в том числе и РФ, ознаменовано значительным ростом заболеваемости беременных ИППП. В настоящее время актуальной является проблема диагностики и лечения беременных и родильниц с заболеванием — сифилис.

Сифилис — общее инфекционное заболевание, склонное к хроническому рецидивирующему течению с характерной периодизацией клинических симптомов. Возбудитель сифилиса — бледная трепонема (*Treponema palladium*) [1]. При беременности, когда изменяются иммунные защитные силы организма, происходит реверсия бледных трепонем из L-, цист- форм в спиралевидные варианты со значительно большей вирулентностью. Бледная трепонема порождает иммунологически беззащитный развившийся плод, что и объясняет патологию плода у женщин, прошедших полный курс терапии [3,2].

При сифилитическом процессе изменения в плаценте характеризуются функциональной недостаточностью, при этом потребности плода обеспечиваются не адекватно, что может быть причиной задержки внутриутробного развития плода, перинатальной энцефалопатии, тяжелой внутриутробной гипоксии с реализацией в асфиксию новорожденного [5].

Нами проведен анализ амбулаторных карт и истории родов 95 беременных имеющих в анамнезе сифилис в возрасте от 18-39 лет. По материалам МУЗ женской консультации № 3 и родильного дома № 5 за 2006 год. Среди них 28,5% первородящие, у 57,8% женщин впервые выявлен сифилис при обращении в консультацию по поводу беременности. Вторичный рецидивный составил в 40%, вторичный свежий в 1,05% и скрытый ранний в 1,05% случаев. Из 95 беременных 60 (63,1%) прошли полный курс специфического и профилактического лечения, что и составило контрольную группу. 35 (36,8%) беременных не получали лечения — основная группа (таблица №1).

Таблица № 1. Формы сифилиса у беременных.

Форма сифилиса	Беременные, болеющие сифилисом					
	Всего		Из них			
	Абс.	%	Лечились до родов N=60 Абс.		Не лечились до родов n=35 %	
Первичный	55	57.8	24	40	31	88.5
Вторичный рецидивный	38	40	34	56.6	4	11.4
Вторичный свежий	1	1.05	1	1.6	-	-
Скрытый ранний	1	1.05	1	1.6	-	-



При анализе течения беременности и родов основной и контрольной групп выявлены следующие осложнения: угроза прерывания беременности до 20 нед. в контрольной группе 3 (5%), в основной группе 5 (14.2%), ( $p > 0,95$ ).

Во второй половине беременности угроза выкидыша составили в контрольной группе 2 (3.3%), преждевременные роды 3 (5%), в основной группе этот показатель составил 3 (8.5%) и 8 (22.8%) соответственно. (Таб.№2)

Таблица №2. Осложнения беременности в основной и контрольных группах.

Осложнения		Контрольная группа n=60		Основная группа n=35	
токсикоз	1 половина	2	3.3%	10	28.5%**
гестоз	2 половина	1	1.6%	7	20%**
Угроза прерывания беременности	1 половина	3	5%	5	14%
	2 половина	2	3.3%	3	8.5%
Прерывание по мед. показаниям		-	-	3	8.5%
Замершая беременность		-	-	1	2.8%
Преждевременные роды		3	5%	8	22.8%**
маловодие		-	-	2	5.7%
многоводие		2	3.3%	7	20%**
Преждевременное созревание плаценты		3	5%	8	22.8%**
Слабость родовой деятельности	первичная	4	6.6%	11	31.4%***
	вторичная	3	5%	8	22.8%**
Фетоплацентарная недостаточность	Воспалительного генеза	1	1.6%	21	60%
	Не воспалительного генеза	3	25%	12	34.2%**
Низкая плацентация		3	5%	6	17.1%*

Примечание. \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,01$  достоверные различия.

Таким образом, из таблицы видно: ФПН воспалительного генеза 21(60%), преждевременное созревание плаценты ( $p < 0,01$ ), низкая плацентация ( $p < 0,05$ ) в основной группе беременных диагностируется достоверно чаще.

При патоморфологическом исследовании последов основной группы были выявлены: повышенная плотность плаценты, е рыхлая консистенция, отечность и дряблость оболочек, недоразвитие и неравномерность просветов сосудов ворсин, пере- и эндovasкулит, децидуит, множественные ишемические инфаркты, в стенках сосудов отложение солей кальция. ФПН воспалительной этиологии диагностирована в 21 (60%) случае, не воспалительной этиологии в 12 (34.2%) случаях.

При исследовании последов контрольной группы выявлены: незрелость ворсин и их сосудов, отечность оболочек, Фетоплацентарная недостаточность 3 (25%) не воспалительной этиологии, и 1(1.6%) ФПН воспалительной этиологии.

Все перечисленные развившиеся морфологические изменения в плаценте привели к плацентарной недостаточности, и нарушению физиологического развития беременности.

При анализе истории новорожденных у женщин контрольной и основной группы диагностированы: В основной группе выявлено 9 (25.7%) детей с внутренними пороками развития (ВНР), ВНР в контрольной группе отсутствовали. Обнаруженные пороки развития: синдром Пьера-Робена 1 (2.8%), Беквита-Видемана 1 (2.8%), пиллоктазия 4 (11.4%), дисплазия тазобедренных суставов 1 (2.8%), атрезия ануса 2 (5.7%). (Таб. №3).

Таблица №3. Патология новорожденных в основной и контрольной группе.

Нозологические единицы	Контрольная группа		Основная группа	
ВНР	-	-	9	25.7%
Гипотрофия 1 степени	-	-	11	31.4%
Церебральная ишемия	1	1.6%	12	34.2%*
ЗВУР	3	5%	15	42.8%

Гипоксия	Острая	3	5%	4	11.4%
	хроническая	-	-	7	20%
Внутриутробное инфицирование		-	-	15	42.8%
Недоношенность		2	3.3%	8	22.8%*
Асфиксия новорожденных		-	-	3	8.5%
Врожденный сифилис		-	-	1	2.8%

Примечание. \* -  $p < 0,001$  — статистическая значимость различий показателей новорожденных.

Таким образом, проведенного анализа выявлено, что наиболее благоприятно протекает беременность и роды у женщин, получивших лечение по поводу сифилиса. Однако патогистологическое исследование плацент свидетельствует о сохранении и изменений в ее структуре и ФПН несмотря на проведенное лечение сифилиса, что статистически достоверно ( $p < 0,001$ ). Что и является результатом задержки внутриутробного развития и внутриутробного инфицирования.

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод о том, чем раньше диагностирован сифилис, раньше начато лечение, тем благоприятнее исход для новорожденных.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯВШИМСЯ АБОРТОМ

Попова Е.М., Яцук А.Г.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Независимая беременность является весьма актуальной проблемой в акушерско-гинекологической практике и представляет собой особую форму невынашивания беременности, характеризующуюся довольно длительным скрытым течением, что в значительной степени затрудняет ее своевременную диагностику. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достигает 10-20%.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-микробиологических особенностей при замершей беременности и эффективности применения внутриматочной фотомодификации крови в сочетанной терапии у женщин с несостоявшимся абортom.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 124 женщины в возрасте от 18 до 44 лет с независяющей беременностью. Комплекс обследования включал в себя применение клинических, бактериологических, бактериоскопических, эндоскопических, микробиологических, гистоморфологических методов, данные ультразвукового исследования.

Внутриутробная гибель плода наступила при сроке гестации до 12 недель у 86,2% женщин, 13-22 недели — у 13,8%. При изучении анамнеза было установлено, что каждая вторая пациентка имела очаги хронической инфекции (заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей, болезни органов мочевыделительной системы, органов пищеварения). 79,3% женщин имели хронические заболевания органов репродуктивной системы (хронический сальпинго-офорит, вагинит, цервицит, фоновые заболевания шейки матки). При анализе состояния микрофлоры в 16% был диагностирован вагинальный кандидоз, в 10,5% — уреоплазмоз, в 4,8% — хламидиоз, трихомоназ в 4%. В 61,2% наблюдений выявлялись ассоциации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

При гистоморфологическом исследовании у этой группы пациенток в 77% в хорионе и эндометрии наблюдались изменения в виде диффузного париетального и базального децидуита, хориального синцитита, хориоуденита, амнионита, везикулита, интервезикулита (воспалительный инфильтрат проникал в межворсинчатое пространство).

У каждой третьей беременной выявлена железодефицитная ане-

мия; в 5% случаев имелись признаки хронического ДВС синдрома. При исследовании системы гемостаза выявлены нарушения в тромбocyтарном, коагуляционном, фибринолитическом звеньях.

Морфологическим подтверждением таких проявлений в 23% является комплекс структурных нарушений в плаценте: слабая васкуляризация и склероз ворсин, наличие бессосудистых зон и кальцинатов, плацентарная ткань с участками инфарктов и кровоизлияний. При УЗ-контроле в данной группе выявлялась картина анэмбрионии, что свидетельствовало о раннем нарушении плацентации, поскольку без развивающегося зародыша или эмбриона отсутствует стимуляция ангиогенеза в строме мезенхимальных ворсин, окружающих пустой хориальный мешок. Морфологическая картина соскоба у обследуемой группы женщин объяснялась значительным количеством гинекологической патологии, преимущественно воспалительного генеза, что указывает на возможные причины, которые могут привести к остановке развития эмбриона.

Результаты и их обсуждение. После произведенного выскабливания полости матки были сформированы 2 группы (основная и сравнительная). В основной группе лечение проводилось с использованием внутриматочной фотомодификации крови (5-7сеансов с интервалом 1-2 суток) в сочетании с антибактериальными препаратами, иммунокорректорами, антиоксидантами, витаминотерапией. У пациенток основной группы после 4-5 сеансов наблюдались улучшения реологических свойств крови, нормализация СОЭ, отсутствие патогенной микрофлоры). Проведенный анализ показывает, что использование в комплексной терапии внутриматочной фотомодификации крови способствует более быстрому и полноценному купированию воспалительного процесса, увеличению неспецифической резистентности организма, устранению микроциркуляторных нарушений, ускорению санации очага воспаления.

Заключение. Таким образом, внутриматочная фотомодификация крови может быть рекомендована в качестве немедикаментозного метода в комплексной терапии у женщин с несостоявшимся абортom. Это позволит сократить не только сроки лечения, снизить число рецидивов и инфекционных осложнений, сократить сроки реабилитации, но и сохранить репродуктивную функцию женщины. Приведенные данные свидетельствуют о том, что неразвивающаяся беременность является мультифакторным заболеванием, в связи с чем возникает необходимость дальнейшего изучения причинных факторов НБ, поисков эффективных методов их диагностики и лечения, необходимость дальнейшего изучения причин гибели эмбриона, разработки принципов реабилитации и предгравидарной подготовки женщин перенесших замершую беременность.

## **СОДЕРЖАНИЕ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ В ПЛАЦЕНТЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Прокопенко В.М., Алешина Г. М.**

*ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия*

Важная роль плаценты в функционировании биологической системы мать-плацента-плод подтверждена многочисленными исследованиями. Участие плаценты в интеграции обменных процессов между матерью и плодом обуславливают интерес к изучению патогенетических механизмов, приводящих к такому распространенному осложнению в акушерской практике как невынашивание беременности. В исходе беременности существенную роль играют иммунологические взаимоотношения между зародышем-плодом и материнским организмом. Важную роль в процессах неспецифической резистентности организма, как известно, играют нейтрофильные лейкоциты, мощный гранулярный аппарат которых обладает бактерицидным действием. Доминирующая роль в биоцидном потенциале нейтрофилов принадлежит пероксидазам, в частности, миелопероксидазе (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-оксидоредуктаза, КФ 1.11.1.7). Активация

нейтрофилов сопровождается дегрануляцией и высвобождением миелопероксидазы (МПО), которая при наличии в среде H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> и ионов Cl<sup>-</sup> образует в физиологических условиях гипохлорит OCl<sup>-</sup>. Макрофагам фетоплацентарного комплекса до настоящего времени уделялось неоправданно мало внимания. Многие функции макрофагов плаценты предстоит выяснить, но уже сейчас макрофаги фетоплацентарного комплекса можно рассматривать в качестве регуляторного звена ряда репродуктивных процессов. Плацентарные макрофаги, участвуя в реализации и модуляции иммунного ответа, представляют первую линию защиты против инфекции, обеспечивая неспецифические иммунные реакции и продуцируя множество растворимых сигнальных молекул, влияющих на функции близлежащих клеток. Зрелые плацентарные макрофаги сами по себе практически лишены миелопероксидазной активности, но они способны захватывать экзогенную МПО путем эндоцитоза.

Целью данного исследования является изучение содержания МПО в плаценте при невынашивании беременности.

Материалом для исследования служили ткани плацент женщин, беременность которых самопроизвольно, преждевременно прерывалась до 36 недельного срока гестации. Параллельно исследовали содержание МПО в тканях плацент, полученных при проведении искусственных абортов (нежеланная беременность, 1 триместр), в плаценте у женщин, прервавших беременность во 2 триместре по социальным показателям методом интраамниального введения энзапроста (PG E<sub>2</sub>) и у женщин с физиологически протекающей беременностью, завершившейся родами в срок. У всех обследованных женщин отсутствовали экстрагенитальные заболевания и акушерские осложнения беременности. Образцы ткани готовили из центральной и периферической зон плаценты. Содержание МПО определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Активность пероксидаз — по убыли перекиси водорода. Белок определяли по методу Лоури.

Показано, что максимальное содержание МПО в плаценте наблюдается в первом триместре беременности как при физиологически протекающей беременности, так и при спонтанном прерывании беременности. В процессе гестации происходит уменьшение содержания МПО в тканях плаценты независимо от локализации фермента. Уровень содержания фермента в первом триместре в 4,5 раза, во втором триместре в 3 раза выше при самопроизвольном прерывании беременности, чем при неосложненном течении беременности. В третьем триместре наблюдается дальнейшее снижение уровня МПО. Причем уменьшение содержания МПО в тканях плаценты более интенсивно происходит при невынашивании беременности и достигает достоверно более низких значений (p < 0,05) по сравнению с неосложненной беременностью независимо от локализации фермента. Общая активность пероксидаз при невынашивании в поздние сроки беременности (28-36 недель) статистически достоверно превышает активность в центральной части плаценты при физиологически протекающей беременности, завершившейся родами в срок. Полученные нами результаты свидетельствуют о тесной взаимосвязи возможного исхода беременности и уровня содержания МПО в плаценте.

## **ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНЗАВИСИМОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ПРОГНОЗА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Прокопенко В.М., Павлова Н.Г., Парцалис Г.К.**

*Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия*

При плацентарной недостаточности, в том числе наблюдающейся на фоне повышения тонуса матки, развиваются различные

нарушения метаболизма плаценты. Немаловажную роль в патогенезе невынашивания беременности играет повышенное образование активных кислородных метаболитов, что может приводить к необратимым повреждениям многих клеточных структур. Избыток свободных радикалов способен вызывать нарушение синтеза белков, приводить к потере ферментами каталитически активных групп, повреждать молекулы ДНК, нередко вызывая неустраняемую поломку генома. Избыточному образованию активных форм кислорода противостоит многокомпонентная антиоксидантная система, которая обеспечивает связывание и модификацию радикалов, предупреждает образование перекисей и разрушает их. Ранее нами было показано, что при преждевременных родах в плаценте, наряду с усилением образования активных форм кислорода, наблюдается снижение уровня небелковых SH-содержащих соединений. Известно, что основным низкомолекулярным SH-соединением в организме является глутатион, на долю которого приходится до 90% всех тиоловых соединений. Клеточный пул глутатиона формируется в результате динамического равновесия процессов его биосинтеза и деградации. К ключевым ферментам, принимающим участие в метаболизме глутатиона и являющимися компонентами антиоксидантной системы клеток, относят глутатионпероксидазу (ГП), глутатионредуктазу (ГР), глутатион-S-трансферазу (ГТ).

Целью данной работы является изучение состояния глутатион-зависимой системы антиоксидантной защиты в тканях хориона и плаценты женщин при невынашивании беременности.

Материалом для исследования служили ткани хориона и плацент женщин, беременность которых самопроизвольно преждевременно прерывалась до 36 недель. Параллельно, у относительно здоровых беременных, исследовали активность ферментов в тканях хорионов, полученных при проведении искусственных абортов I триместре; в плаценте при прерывании беременности во II триместре по социальным показаниям методом интраамниального введения энзапроста (PG F<sub>2</sub>) и у женщин с физиологически протекающей беременностью, завершившейся родами в срок. Образцы ткани готовили из центральной и периферической зон плаценты. Активность ГП определяли с использованием гидроперекиси третичного бутила, ГР — по степени окисления восстановленного НАДФ, ГТ — по скорости образования GS-2,4-динитробензола

Показано, что активность селенсодержащей ГП в хорионе и плаценте при нормально протекающей беременности не изменялась. При самопроизвольном прерывании беременности уровень активности ГП достигает максимальной величины уже в первом триместре и лишь незначительно снижается во втором и третьем триместрах, превышая значения уровня активности фермента контрольной группы на протяжении всего срока беременности, более чем в 1,5 раза. Высокий уровень активности ГП коррелирует с частотой самопроизвольного прерывания беременности и может рассматриваться в качестве одного из биохимических маркеров патогенеза невынашивания беременности. Активность ГР — фермента, который восстанавливает окисленный глутатион, в двух исследуемых группах отличалась незначительно на протяжении всей беременности по сравнению с изменениями активности ГП что, в конечном итоге, приводит к дефициту пула восстановленного глутатиона. Уровень активности ГТ- фермента второго уровня антиоксидантной защиты, у женщин с физиологически протекающей беременностью увеличивается в зависимости от сроков гестации, с 24,04±8,11 мкМ ХДНБ/мин мг белка в первом триместре, достигая величин 55,85±6,44 и 55,98±5,07 мкМ ХДНБ/мин мг белка в центре и периферии плаценты соответственно в третьем триместре. Активность фермента в хорионе женщин с угрозой прерывания беременности не отличается в первом триместре беременности от активности ГТ контрольной группы и остается на низком уровне на протяжении всей беременности. Низкую активность ГТ при невынашивании беременности мы связываем с истощением пула SH-соединений.

Нами проведен линейный дискриминантный анализ, который позволил рассчитать прогностический индекс преждевременного прерывания беременности (ПИППБ):

$$\text{ПИППБ} = 0,093 \cdot \text{Г-S-Tц} - 0,028 \cdot \text{ГПц}$$

где: ПИППБ — прогностический индекс преждевременного прерывания беременности

Г-S-Tц — значение активности глутатион-S-трансферазы в центральной части плаценты

ГПц — значение активности глутатионпероксидазы в центральной части плаценты

Было рассчитано пороговое значение прогностического индекса преждевременного прерывания беременности 1,06. Абсолютное значение прогностического индекса обратно пропорционально риску развития прерывания беременности.

Снижение активности глутатионзависимой АОС в плацентах при невынашивании происходит вследствие нарушения баланса в процессах метаболизма глутатиона. В патогенезе этих нарушений лежит повышение активности ГП, использующей восстановленный глутатион, при отсутствии повышения активности ГР, превращающей окисленный глутатион в восстановленную форму. В этих условиях относительный дефицит восстановленного глутатиона приводит к ослаблению активности глутатион-S-трансферазы, что приводит к дальнейшим нарушениям в системе детоксикационной функции плаценты. Эти процессы можно считать одним из важных звеньев в патогенезе самопроизвольного прерывания беременности, приводящих к ослаблению уровня неспецифической антиоксидантной защиты в функциональной системе мать-плацента-плод. Снижение уровня ПИППБ ниже порогового значения свидетельствует об истощении детоксицирующей функции плаценты, приводящей к прерыванию беременности.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

**Прохорова В.С., Павлова Н.Г., Алексеева К.Е., Соловьева О.А.**  
*НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, РАМН, Санкт-Петербург*

В последние годы количество двоен продолжает увеличиваться в связи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий. Предыдущие наши исследования, показали, что течение беременности и родов, а также отдаленные неврологические результаты у детей из двоен зависят как от способа наступления беременности, так и от типа плацентации.

За последние три года в НИИ АГ им. Д.О. Отта родоразрешены 76 беременных двойней. Это составило около 1,5% от общего количества родов за этот период. Около 80% беременных двойней были первородящими, причем половина из них — первобеременными.

Большинство двоен были дихориальными (72,4%), что отражает общую тенденцию при многоплодии, неоднократно отмеченную в литературе. Среди монохориальных двоен абсолютное большинство составили диамниотические. Единственный случай моноамниотической двойни закончился антенатальной гибелью плодов при сроке 36 недель вследствие коллизии пуповин.

За исследуемый период около 40% беременностей двойней наступило в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ, индукция овуляции). Из них отмечено 4 случая монохориальной двойни (12,9%). При спонтанно наступившей беременности монохориальных двоен было 17 (31%). Сроки родоразрешения, количество новорожденных с гипотрофией и их средняя оценка по Апгар не отличались среди беременных после ЭКО от таковых среди всех пациенток с многоплодием.

Наиболее частыми осложнениями беременности при многоплодии были гестоз и хроническая плацентарная недостаточность. Гестоз легкой и средней степени тяжести развился в половине случаев, при этом тяжелые его формы (нефропатия III) — в трех случаях. Хроническая плацентарная недостаточность наблюдалась у 40% беременных. Среди других осложнений преобладали анемия беременных, варикозная болезнь, заболевания почек и урогенитальная инфекция.

Частота преждевременных родов составила 65,3%. Среди детей, родившихся преждевременно, около 40% были глубоко недоношенными, родившимися при сроке 32 недели и менее, с массой тела менее 2000 г.

Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) было принято в 65% случаев многоплодной беременности. Из них в экстренном порядке — 57,6% случаев. Наиболее частыми показаниями к плановому кесареву сечению были: тазовое или поперечное положение первого плода, наличие рубца на матке, нарастающие тяжести гестоза в совокупности с хронической плацентарной недостаточностью. Показаниями к экстренному оперативному родоразрешению являлись: гипоксия плодов, преждевременная отслойка плаценты, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии биологической готовности к родам.

Среди осложнений родов наблюдались: преждевременное излитие околоплодных вод (около половины случаев), кровотечение в раннем послеродовом периоде (10%), слабость родовой деятельности (7%), гипоксия плодов (9,5%).

Шесть новорожденных (3,9%) родилось с пороками развития: порок сердца (атрезия аорты и стеноз митрального клапана), поликистоз почек (2 случая), косополость, аномалия развития кисти. В одном случае имели место множественные пороки развития.

Более половины новорожденных родились с гипотрофией и задержкой внутриутробного развития. Частота гипотрофии у первого и второго плода достоверно не различалась.

Как известно из литературы, монохориальный тип плацентации при многоплодной беременности считается менее благоприятным в связи с большим количеством осложнений для плода. В связи с этим мы отдельно проанализировали течение беременности и родов, а также отдаленные исходы у двоен при различном типе плацентации.

Гипотрофия плодов у монохориальных и дихориальных двоен встречалась примерно с одинаковой частотой. Однако, при монохориальном типе плацентации значительно чаще развивались тяжелые степени гипотрофии. Половина из всех новорожденных с гипотрофией из монохориальных двоен имели третью ее степень. При этом две трети всех плодов с гипотрофией тяжелой степени были монохориальными. Среди дихориальных двоен более трети не имели гипотрофии ни одного из плодов, в то время как среди монохориальных таких было только 16%.

Относительно благоприятные исходы у обследованных нами монохориальных двоен, возможно, были связаны с отсутствием у них фето-фетального синдрома. Диссоциация развития плодов при монохориальном типе плацентации встречалась в два раза чаще, чем при дихориальном.

Средняя оценка по Апгар у новорожденных из монохориальных двоен составила 6,1 балл, при дихориальной двойне — 6,65 баллов. Примерно в половине случаев (52,4%) монохориальные двойни были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями для операции чаще всего были хроническая плацентарная недостаточность, гипоксия плода, тазовое предлежание первого плода и нарастание тяжести гестоза. В двух случаях экстренное оперативное родоразрешение выполнено в связи с нарастанием признаков гипоксии плода и централизацией плодового кровотока по данным доплерометрии.

Средний срок родоразрешения монохориальных двоен составил 33,6 недель, дихориальных двоен — 35 недель. При этом 38% плодов из монохориальных двоен родились глубоко недоношенными (до 32 недель). При дихориальной двойне таких было всего 9%. У новорожденных из монохориальных двоен по сравнению с таковыми из дихориальных, чаще были диагностированы нарушения мозгового кровообращения (47,5% и 35%, соответственно).

При опросе родителей детей из двоен, родившихся за период 2003-2005 гг., выяснилось, что большинство детей здоровы и развиваются соответственно возрасту. Однако многие из них состояли на учете у невропатолога в течение первого года жизни. 8 детей в возрасте 2-3 лет наблюдаются у невролога и в настоящее время

в связи с синдромом гипервозбудимости, гипертонусом, кривошеей. Практически все опрошенные родители отметили у детей легкие формы энуреза. Большинство детей из монохориальных двоен находится под наблюдением невропатолога до настоящего времени (возраст детей до 2 лет 8 мес.). Среди них 3 случая гидроцефального синдрома, один — пирамидной недостаточности, один — детский церебральный паралич, у двоих — отставание речевого развития. У новорожденных из дихориальных двоен отдаленных неврологических нарушений не наблюдалось.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высоком риске акушерских осложнений, как для матери, так и для плода при многоплодной беременности. Неврологические исходы у новорожденных из монохориальных двоен (в отсутствие синдрома фето-фетальной трансфузии) могут быть связаны с большей частотой преждевременных родов (особенно до 32 недель) и рождением глубоко недоношенных детей, особенно в сочетании с гипотрофией тяжелой степени, что требует дальнейших популяционных исследований.

## К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Пюрбева Е.Н., Зайнулина М.С., Зубжицкая Л.Б.**

*Россия, г. Санкт-Петербург. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова*

Актуальность. Высока частота перинатальных потерь, связанных с плацентарной недостаточностью (ПН), приводящей к развитию задержки внутриутробного развития плода (СЗВРП) и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

Целью нашего исследования явилось определения частоты врожденной тромбофилии (ВТ) при острой и хронической плацентарной недостаточности, ее взаимосвязи с микроциркуляторными и иммунопатологическими процессами в плаценте.

Материалы и методы. Обследовано 72 женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 35 женщин с СЗВРП (25 - с симметричной формой СЗВРП и 10 - с асимметричной формой СЗВРП) и 81 женщина с физиологическим течением беременности. Проводилось тестирование на врожденные дефекты системы гемостаза: мутацию FV Leiden, мутацию G20210-A в гене протромбина, полиморфизм 4G/5G в гене PAI-1, полиморфизм G/A в гене фактора I, полиморфизм A1/A2 в гене рецептора тромбоцитов гликопротеина GpIIIa, полиморфизм 2A/2B в гене рецептора тромбоцитов гликопротеина GpIb, полиморфизм T в гене рецептора тромбоцитов гликопротеина GpIa, полиморфизм H1/H2 в гене рецептора АДФ. Генотипирование полиморфизмов проводили на основе амплификации ДНК in vitro методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (Mullis K.B. and Faloopa F.A., 1987) с последующей обработкой ПЦР-продукта специфической эндонуклеазной рестрикции MspI. Для выявления иммунопатологических изменений в плаценте с выявлением фибриногена и других иммунологических депозитов у женщин с врожденной тромбофилией использовали метод прямой иммунофлюоресценции. Для исследования плаценты изготавливали криостатные срезы толщиной 5 мкм центральной и периферической части плаценты. Далее обрабатывали их по методу Cronenberger (1988) с применением специфических иммунных сывороток против фибриногена и С3 фракции комплемента человека, производство США (титр 1:50), а также моноклональных антител против глобулинов Ig A, Ig M, Ig G меченных ФИТЦ (титр 1:10), производство «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург.

Результаты. У женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты наблюдалась достоверно более высокая частота гетеро- и гомозиготной мутации C677-T в гене MTHFR — 44 женщины (62,3%) по сравнению с 23-мя (29,4%) у женщин контрольной группы) и частоты полиморфизма P1 A1/A2 в гене Gp

Ша – у 21 женщины (29,5%) по сравнению с 88-мью (10,7%) у обследованных контрольной группы. У женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты была выявлена более высокая частота полиморфизма 4G/5G в гене PAI-1-17 женщин (24,6%) с ПОНРП по сравнению с 38 женщинами (4,8%) контрольной группы.

В результате тестирования на врожденные дефекты гемостаза в группе женщин с СЗВРП нами было выявлено наличие у 32 (91,4%) генных мутаций и полиморфизмов. Так выявлено гомозиготное состояние генов PAI – 1 и фактора I у 28 женщин (80%), гетерозиготная мутация в гене фактора V (FV Leiden) – у 14 женщин (40%), гетерозиготное состояние полиморфизма в гене рецептора АДФ – у 21 женщины (60%), гомозиготные полиморфизмы в генах гликопротеина GpIa, GpIb, GpIIIa – у 7 женщин (20%). Следовательно, полученные данные позволяют говорить о наличии взаимосвязи между увеличенным содержанием в крови генных маркеров тромбофилии и осложненного СВЗРП и ПОНРП течения беременности. В результате исследования в биоптатах плаценты женщин с врожденной тромбофилией выявлен высокий процент фибриногена в центральном отделе плаценты в 100% и в периферическом – в 87,5% наблюдений. С3 фракция комплимента, как показатель патогенного процесса выявлена в 75% и в 62,5% соответственно. При идентификации классов иммуноглобулинов в наибольшем числе наблюдений выявлен Ig A – 100% и 87,5% соответственно; Ig M – в 75% в центре и на периферии; Ig G – в центре – 75% и в 62,5% на периферии. Патогенный иммунный комплекс (ПИК) обнаружен в 75% наблюдений. Локализация фибриногена и ПИК наблюдалась на мембранах синцитиотрофобласта и на мембранах эндотелия сосудов плацентарной ткани.

Заключение. Таким образом, при исследовании на врожденные дефекты гемостаза у женщин с СЗВРП и ПОНРП было выявлено повышенное содержание генных маркеров тромбофилии. Полученные иммуноморфологические данные показывают, что в плацентах женщин с врожденной тромбофилией наблюдается иммунопатологический процесс с выявлением фибриногена и ПИК в высоком проценте наблюдений на мембранных структурах плаценты. Результаты наших исследований позволяют разработать комплекс мер профилактики, плацентарной недостаточности, развившейся на фоне врожденной тромбофилии, что в свою очередь является одним из путей снижения перинатальной смертности.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ ПАНАВИР У БЕРЕМЕННЫХ**

**Рева Н.Л., Лекомцева В.А.**

*Россия, г. Киров, ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Кировский областной перинатальный центр*

Проблема ЦМВИ в акушерстве является чрезвычайно актуальной, что связано с высокой частотой этой инфекции в популяции и неблагоприятным исходом для беременности, плода и новорожденного. Наиболее частые осложнения при беременности – угроза прерывания (25%), многоводие (9,8%), хроническая гипоксия плода (14,1%), замершая беременность (5,4%), антенатальная гибель плода (10,9%), аномалии развития плода (13,6%), смерть новорожденных в раннем неонатальном периоде от внутриутробной гипоксии (14%), пневмонии (2,8%) (Сенчук А.Я. и соавт, 2005).

Изучение распространения ЦМВИ на основании серологических тестов показало присутствие специфических антител у 40-50% населения развитых и у 60-100% населения развивающихся стран (Фарбер Н.А. и др., 1985, Murph J.R. et al, 1989). Беременность часто способствует распространению и реактивации ЦМВИ (Козлова С.Н. и соавт. 2004). Первичное инфицирование у беременных женщин возникает в 0,7-4,1% случаев (Alford C.A. et al, 1990 Nelson C.T. et al, 1997) и приводит к внутриутробному инфицированию 30-

50% плодов (Фарбер Н.А., 1989). Реактивация инфекции с большей частотой наблюдается во 2 и 3 триместрах: 1 триместр – 1%, 2 триместр – 4%, 3 триместр – 12-14%. При реактивации инфекции в период беременности риск инфицирования плода не превышает 2%, однако у 5-17% детей при бессимптомном течении врожденной ЦМВИ в дальнейшем могут отмечаться различные нарушения здоровья (S. Stagno, 1991).

В целом, врожденная ЦМВИ диагностируется у 0,5-2,5% новорожденных. Во время родов и после родов инфицируется дополнительно от 5 до 30% новорожденных (Тоболин В.А., 1994), что может проявиться нарушением психомоторного развития, снижением слуха и зрения и др. осложнениями. Установлено, что интранатальная и ранняя неонатальная передача вируса происходит в 10 раз чаще, чем трансплацентарная. (Козлова С.Н. и соавт, 2005). В связи с этим, обследование и лечение женщин с хронической ЦМВИ является чрезвычайно актуальной и вместе с тем сложной задачей, поскольку специфических препаратов для элиминации вируса из организма не существует.

Цель исследования – изучить возможность применения препарата панавир при беременности и его безопасность для внутриутробного плода. Поскольку экспериментальные исследования показали отсутствие эмбриотоксического и тератогенного действия на плод при применении панавира, мы решили использовать его во время беременности у женщин с активной ЦМВИ во 2 триместре беременности с целью профилактики внутриутробного инфицирования плода и антенатальной гибели плода. Обязательным условием использования препарата было добровольное согласие женщины на применение панавира при беременности.

Под нашим наблюдением находились 16 женщин с хроническим носительством ЦМВИ в стадии реактивации. Все эти женщины были обследованы на инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, генитальный герпес, ЦМВИ, токсоплазмоз) в связи с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание или замершая беременность). Критериями отбора для лечения являлись отсутствие у женщин других урогенитальных инфекций, гормональной и соматической патологии. У всех этих женщин в анамнезе отмечалось осложненное течение предыдущих беременностей: пять женщин страдали привычным невынашиванием беременности, у 4-х отмечались замершие беременности в анамнезе в раннем сроке, у остальных имелось сочетание самопроизвольных выкидышей в различные сроки и замершей беременности. Эти женщины обратились в кабинет невынашивания беременности, где им было произведено обследование на хроническую урогенитальную инфекцию методом ПЦР (секрет из цервикального канала) и ИФА (кровь на антитела). У всех женщин в крови выявлены высокие титры Ig G к ЦМВИ (55, 8+ 7,9 Ед/мл при норме до 11 Ед/л), у 11 – определялись антигены цитомегаловируса в цервикальном канале. Все остальные инфекции отсутствовали. По результатам обследования было сделано заключение о связи привычного невынашивания и замершей беременности с ЦМВИ. Всем женщинам проведено 2 курса противовирусного лечения препаратом панавир. Первый курс был проведен вне беременности совместно с супругом. Панавир назначали внутривенно по 5 мл 5 инъекций по стандартной методике. Через 1, 3 и 6 мес. брали кровь на антитела к ЦМВИ и мазок из цервикального канала на цитомегаловирус (ПЦР). Через 1 мес отмечено повышение титра Ig G у всех женщин в 4-10 раз, что свидетельствовало об активации гуморального иммунного ответа и активной борьбе с инфекцией. Контрольное обследование через 3 и 6 мес показало снижение титров до диагностических, в связи с чем этим женщинам было разрешено наступление беременности. При наступившей беременности в сроки 12-20 недель всем женщинам проведен повторный курс лечения панавиром 5 инъекций с целью профилактики реактивации инфекции и внутриутробного инфицирования плода.

В течение беременности ни у одной женщины не зарегистрировано случаев много- или маловодия, признаков ВУИ плода, у 5 отмечалось развитие ФПН и гипотрофии плода 1 степени, в связи с чем им было проведено стационарное лечение.

В настоящее время все женщины родили в срок, 4-м проведено кесарево сечение по акушерским показаниям со стороны матери (аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз). Вес детей — 3268±85,9 г. Оценка по Апгар 7.5±0.1 баллов. Все дети родились в удовлетворительном состоянии без признаков асфиксии, внутриутробного инфицирования и видимых пороков развития. Гемоглобин крови при рождении составил 181 ± 6,5 г/л, эритроциты 3,8±0.1 ×10<sup>9</sup> л, тромбоциты 252.4 ± 13.8 10<sup>6</sup>/л. Ранний неонатальный период протекал без осложнений. Все дети выписаны вместе с матерью на 5-8 сутки в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у педиатра по месту жительства.

Таким образом, панавир является высокоэффективным средством профилактики и лечения ЦМВИ и внутриутробного инфицирования плода. При использовании препарата во время беременности в сроки более 12 нед отрицательного влияния на плод и новорожденного не выявлено.

## ОСНОВНЫЕ ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

**Рудаева Е.В.**

*Россия, Кемерово, ГОУ ВПР Кемеровская государственная медицинская академия. Кафедра акушерства и гинекологии №1*

В последние годы увеличилось абсолютное число и доля в популяции беременных женщин с дефицитом массы тела. Известно, что масса тела является одним из важных показателей соматического и репродуктивного здоровья женщины, а беременность и роды у женщин с дефицитом массы тела характеризуются большей частотой акушерских и перинатальных осложнений. Патогенез акушерских и перинатальных осложнений у беременных с дефицитом массы тела недостаточно изучен. Возможно, одним из механизмов их развития являются нарушения метаболических процессов.

Целью настоящего исследования явилось изучение основных обменных процессов у беременных с дефицитом массы тела.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 беременных женщин. Основную группу (I группа) составили 50 беременных с дефицитом массы тела. Группу сравнения (II группа) составили 50 беременных с нормальной массой тела.

Диагноз дефицита массы тела устанавливался по оценке индекса массы тела (ИМТ) на основании расчета индекса Кетле (вес / рост (в метрах)).

Определение общего белка и белковых фракций сыворотки крови проводилось методом электрофореза на ацетатцеллюлозной пленке, аппарат УЭФ-01-«Астра» (Россия).

Определение холестерина, триглицеридов, -холестерина проводилось ферментным способом, набор производства Нитан (Германия), анализатор Экспресс 560, другие показатели липидограммы рассчитывались математически.

Определение уровня лептина в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов «DSL» (USA).

Определение уровня глюкозы в сыворотке крови проводилось глюкозооксидационным методом, автомат анализатор глюкозы Эксан «ГМ» (Литва).

Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования.

Индекс Кетле у беременных женщин с дефицитом массы тела был статистически значимо ниже, чем у беременных с нормальной массой тела и составил 19,08±0,37 при гипотрофии I степени и 18,01±0,49 при гипотрофии II степени, у женщин с нормальной массой тела — 24,02±0,42, p<0,001.

Практически у всех беременных с дефицитом массы тела была выявлена белковая недостаточность, имела место тенденция к снижению общего белка в сыворотке крови — 55,9±0,6 г/л (60,9±1,06

г/л, p<0,001) и альбуминовой фракции — 53,4±1,3% (55,8±1,6%, p<0,001). Уровень основных глобулиновых фракций крови не имел значимых отличий от показателей у беременных с нормальной массой тела и составил: альфа1-глобулины — 5,1±0,82% (5,2±0,73%, p=0,521), альфа2-глобулины — 9,2±1,62% (9,7±1,41%, p=0,102), бета-глобулины — 12,8±1,24% (12,3±1,53%, p=0,071). Однако содержание гамма-глобулинов имело статистически значимые отличия и было выше у беременных с дефицитом массы тела — 18,5±0,53% (16,02±0,69%, p<0,001).

Характер липидного спектра крови у исследуемых групп женщин также характеризовался физиологическими для состояния беременности изменениями, но у беременных с дефицитом массы тела отмечались более низкие показатели холестерина — 5,8±0,16 ммоль/л (6,2±1,1 ммоль/л, p=0,0125), триглицеридов — 2,92±0,12 ммоль/л (3,31±0,14 ммоль/л, p<0,001), липопротеидов высокой плотности — 1,78±0,03 ммоль/л (1,85±0,15 ммоль/л, p=0,0017), липопротеидов низкой плотности — 2,25±0,19 ммоль/л (2,57±0,21 ммоль/л, p<0,001) и КА — 2,4±0,19 (2,61±0,20, p<0,001).

Уровень лептина у беременных с дефицитом массы тела колебался в широких пределах: от 3,45-17,65 ng/ml, в среднем 9,3±1,0 ng/ml, в группе сравнения в пределах 12,1-26,7 ng/ml, в среднем 21,45±2,2 ng/ml, p<0,001.

Уровень гликемии у беременных с дефицитом и нормальной массой тела был в пределах нормы, тем не менее показатели у женщин основной группы были статистически значимо ниже, чем у группы сравнения и составили соответственно — 4,2±0,07 ммоль/л и 4,46±0,13 ммоль/л, p<0,001.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования белков крови позволили выявить белковую недостаточность за счет снижения показателей общего белка и альбуминовой фракции.

Для беременных с дефицитом массы тела были характерны физиологические для гестационного периода изменения липидного обмена, но тем не менее отмечались статистически значимо более низкие показатели, что указывало на истощение адаптационных систем и энергетических ресурсов материнского организма.

Содержание лептина у беременных с дефицитом массы тела определялось степенью гипотрофии и было статистически значимо ниже, чем у беременных с нормальной массой тела.

Были выявлены статистически значимые отличия между уровнем гликемии у беременных с дефицитом массы тела и нормальной массой тела.

На основании полученных данных, можно предположить, что имеющиеся у беременных с дефицитом массы тела нарушения основных обменных процессов могут способствовать возникновению акушерских и перинатальных осложнений через нарушения процессов регуляции и адаптации, так как последние тесно связаны с метаболическими процессами

## КАРДИОТОКОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ ПРИ НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

**Рудыка В.Н., Горин В.С., Лапицкий Д.А.**

*Россия, Новокузнецк*

Кардиотокография (КТГ) — один из ведущих и распространенных в настоящее время методов оценки состояния плода в интранатальном периоде. КТГ позволяет синхронно производить запись сердцебиения плода и маточных сокращений, что позволяет оценить характер сердечной деятельности плода и активность матки у матери. Визуальная и баль-ная оценка КТГ позволяет выявить наличие или отсутствие нарушений состояния плода с точностью 68-76%. Математический анализ КТГ позволяет диагностировать в 86% наблюдений отсутствие патологии, в 87%- нарушение его

состояния, а в 75% случаев дифференцировать состояние плода (Кулаков В.И., Голубев В.А., 1990; Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В., 1991; Anceschi M.M., Piazze J.J., Maranghi L. et al., 1999).

С целью изучения влияния различных методов терапии на сократительную деятельность матки и состояние плода при патологическом прелиминарном периоде (ППП) произведена запись КТГ у 82 женщин в сроке гестации 38-40 недель. Исследование проводилось в положении лежа на спине или на левом боку. Наружный ультразвуковой датчик помещали на переднюю брюшную стенку матери в месте наилучшего выслушивания сердечных тонов плода. Датчик для регистрации маточных сокращений помещали на правый угол матки или же дно матки. При записи КТГ изучены следующие параметры: базальный тонус, амплитуда схватки, продолжительность схватки, частота схваток, маточная активность в единицах Монтевидео, вид схваток.

Запись КТГ произведена у 40 женщин первой группы (контрольная), которым для лечения ППП проводился лечебный акушерский наркоз (промедол 2%-1,0; атропин 0,01%-1,0; димедрол 1%-1,0; ГОМК 20%-20,0 мл). Вторая группа (основная) - 42 женщины, которым с целью лечения ППП произведена регионарная анестезия по оригинальной методике (патент на изобретение №2241498 от 12 мая 2003 «Способ лечения дискоординации родовой деятельности», Соколовский В.С., Старинский С.Ф., Горин В.С.). Данный способ лечения дискоординации родовой деятельности включает в себя блокаду пояснично-крестцового сплетения, для чего устанавливается катетер в перинеуральную клетчатку среднего этажа малого таза между крестцово-остистой связкой и грушевидной мышцей. В последующем, вводят первую дозу анестетика в объеме 20-25 мл 1% раствора лидокаина, затем повторные дозы через 1,5-2 ч до достижения лечебного эффекта, не превышая суммарную дозу лидокаина 1% в 80 мл.

Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту и паритету. Обращало на себя внимание то, что у 59,1% женщин обеих групп в анамнезе имели место в детстве перенесенные инфекционные заболевания. Из перенесенных соматических заболеваний у беременных обеих групп чаще встречались болезни сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения. Правильный характер становления менархе имели 75,6% женщин. В первой группе у 17% женщин менархе было поздним, а во второй группе позднее менархе было у 19,5% женщин. Нарушенный менструальный цикл был у 12,8% женщин. Отмечена высокая частота гинекологических заболеваний в обеих группах — от 76,8% до 80,5%. Среди обследуемых женщин высок процент первородящих, но повторнобеременных (в 1-й группе - 39,0%; во 2-й - 34,1%). В анамнезе значительное место занимали искусственные аборты (1-я группа - 34,1%, 2-я группа - 43,9%). Из заболеваний, выявляемых в период беременности в 1-й группе у 47,6% встречалась железодефицитная анемия, во 2-й группе — у 54,9% женщин. Эссенциальная гипертензия выявлялась у 26,8% женщин 2-й группы и 29,3% женщин 1-й группы. Данные обследования у женщин с ППП свидетельствовали о высокой частоте наличия у них экстрагенитальной патологии. При анализе частоты осложнений выявлено, что в 91,4% случаев беременность протекала с различными осложнениями. Угроза прерывания в 1-м триместре отмечалась достаточно часто — от 18,3% в 1-й группе, до 19,5% во 2-й группе. В последующие сроки беременности угроза прерывания встречалась чаще во 2-й группе (25,6%). В обеих группах отмечена высокая частота хронической гипоксии плода (41,9% во 2-й группе и 51,2% в 1-й группе).

При поступлении в клинику все женщины имели проявления ППП: длительные (от 6 час до 3-х суток), болезненные, нерегулярные, монотонные, не возрастающие по силе и частоте сокращения. Поведение женщины (активное или пассивное) не оказывало влияния на характер сократительной деятельности матки, что лишило ее сна и покоя. При этом нарушалось ее психоэмоциональное состояние: появлялась плаксивость, раздражительность. При оценке степени «зрелости шейки матки» использована шкала Е.Н. Bishop, в модификации J.E. Burnett. При оценке «зрелости шейки матки» у 46,9% женщин выявлена «недостаточная зрелость шейки матки», т.е. практически у каждой второй женщины отмечалась неготовность

организма к родам. После медикаментозного лечения «зрелость шейки матки» у 64,6% стала в 9-10 баллов, из них у 34,1% развилась родовая деятельность. У женщин обследуемой группы, после проведения регионарной анальгезии значительно уменьшилось количество женщин со « зрелостью шейки матки» от 4 до 8 баллов. Число же женщин со « зрелостью шейки матки» 9-10 баллов увеличилось незначительно (до 53,6%) Однако у 68,3% % женщин 2-й группы развилась регулярная родовая деятельность, что достоверно выше чем в 1-й группе. В 1-й группе регулярная родовая деятельность развилась у 42,7%. Частота родовозбуждения была практически одинакова в обеих группах. Течение родового акта у женщин 2-й группы в 64,6% случаев было неосложненным, а в 1-й группе - у 48,8% женщин. В первой группе женщин аномалии родовой деятельности (АРД) встречались у 24,4% женщин, во второй группе - в 2,5 раза реже. Из АРД чаще всего встречалась дискоординация родовой деятельности (1-я группа - 15,8%; 2-я группа - 9,7%). Родоразрешены путем кесарева сечения (КС) 17,3% женщин 1-й группы и 18,3% женщин 2-й группы. Значительное место в структуре показаний к КС занимает неэффективность лечения АРД. Средняя длительность родов у женщин 1-й группы была достоверно выше (7 час 43±12 мин, 2-я группа - 6 час 36 мин±11 мин). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 мин была достоверно выше во 2-й группе и составила 7,84±0,07 балла, в 1-й — 7,14±0,1 балла.

При анализе КТГ за норму взяты данные, приведенные И.С. Сидоровой (2000). Повышенный базальный тонус матки до лечения имел место у 42,5% женщин 1-й группы и у 38,1% женщин 2-й группы. Нормальные маточные циклы были не более чем у 25% женщин. В то время как дискоординированные маточные сокращения были у большинства женщин с ППП (от 66,7% до 72,5%). Амплитуда маточных сокращений была ниже физиологических значений в обеих группах. После лечения ППП в обеих группах снизились показатели базального тонуса, более выраженные и частые во 2-й группе. Если у 37,5% женщин 1-й группы нормализовался вид схваток, то во 2-й группе нормализация маточных циклов произошла в 73,8% случаев. Произошло и увеличение амплитуды схваток в обеих обследуемых группах, однако оно было более выраженным во 2-й группе. Частота схваток приобрела физиологический характер у женщин 2-й группы и не отличалась от частоты при физиологических родах. Отмечено увеличение маточной активности, более выраженное во 2-й группе и соответствующее физиологическим показателям.

Таким образом, приведенные данные показывают, что ППП сопровождается нарушением сократительной активности матки (повышенный базальный тонус миометрия, изменение вида схваток и амплитуды схваток, частоты сокращений). Лечение ППП с применением только медикаментозной терапии приводит к некоторому улучшению показателей сократительной деятельности матки. Проведенное лечение ППП с использованием регионарной анальгезии в большей степени нормализует базальный тонус миометрия, на фоне которого происходит дальнейшее развитие координированной родовой деятельности.

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

**Савельева Г.М., Панина О.Б.**

*Россия, Москва, Российский Государственный медицинский университет, МГУ им. М.В. Ломоносова*

К кесареву сечению (КС) приковано внимание акушеров всех развитых стран мира, так как, несмотря на поиски путей снижения частоты КС, она продолжает неуклонно увеличиваться. По существу КС является основной акушерской операцией, призванной улучшить перинатальные исходы и, нередко, — сохранить жизнь и здоровье матери. В то же время, как любая операция, КС далеко не безопасно для здоровья женщины как в ближайшее время после ее проведения (кровотечение, перитонит), так и в последующем при наступлении беременности (рубец на матке).

Основой настоящего сообщения явился опыт работы Московского Центра планирования семьи и репродукции (ЦПСИР) за последние 5 лет (36 359 родов, 7037 КС), а также анализ некоторых показателей акушерской деятельности РФ, Москвы и 15 родильных домов Москвы, не являющихся специализированными. Обсуждению подверглись следующие вопросы: 1) частота КС в сопоставлении с перинатальной смертностью (ПС) и перинатальной заболеваемостью (ПЗ); 2) показания к КС; 3) техника операции; 4) обезболивание при КС.

Частота КС во многих странах мира достаточно высока: в США (2004 г.) — 29,1 %, Канаде (2003 г.) — 24 %, Италии (2003 г.) — 32,9 %. В нашей стране частота КС неуклонно возрастает: в РФ в 2001 году частота КС составляла 14,8 %, в 2005 г. — 17,9 %; в Москве за тот же период — 18,3 % и 20,8 % соответственно. Одновременно во всех странах мира и, особенно, в РФ необоснованно снижается частота операций наложения акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода.

Увеличение частоты КС как в РФ, так и в Москве, за последние 5 лет сочетается со снижением ПС: в РФ с 18,8 ‰ до 10,2 ‰, в Москве с 11,3 ‰ до 7,9 ‰.

В 15 родильных учреждениях Москвы частота КС сопоставлена как с ПС, так и с рождением доношенных детей в состоянии асфиксии после самопроизвольных родов и КС. Выявлено, что, если частота КС не превышает 16 %, то и ПС и ПЗ выше, чем в тех родильных домах, где частота КС более 16-18 %. Однако даже при чрезмерно высокой частоте КС (28 %) перинатальные исходы среди доношенных детей не могут быть признаны удовлетворительными.

Среди показаний к КС как в Москве, так и в ЦПСИР, на первом месте находится рубец на матке после предшествующей операции на матке. Далее в порядке убывания следуют: аномалии родовой деятельности; показания, условно, «отягощенный акушерский анамнез» (длительное бесплодие, ЭКО, гибель или инвалидизация детей в анамнезе); миопия высокой степени с изменениями на глазном дне; тяжелый гестоз; преждевременные роды и др.

Для определения возможности снижения частоты КС необходим тщательный анализ показаний к операции. Ведение родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке существенного влияния на частоту КС не оказывает. По данным ЦПСИР, только у 5,6-6,7 % пациенток при наличии рубца на матке удается провести роды через естественные родовые пути, так как у большинства либо сохраняются показания, явившиеся таковыми к первому оперативному вмешательству, либо обнаруживается несостоятельность рубца.

Нарушения сократительной деятельности матки нередко возникают на фоне преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ). По нашим данным при этом не оправдано раннее начало активации родовой деятельности. При выжидательной тактике в 4 раза снижается частота КС и рождения детей в асфиксии, почти в 2 раза — частота церебральных дисфункций у новорожденных.

Снизить частоту КС у женщин с так называемым «отягощенным акушерским анамнезом» также довольно сложно. По нашим данным процент КС у пациенток после ЭКО на протяжении 5 лет колеблется от 64,9 до 81,8 %.

При тяжелых формах гестоза, не поддающихся терапии, частота КС достигает 80 %, что определяется либо угрозой здоровью матери, либо ребенку.

При необходимости родоразрешения до 32 недель КС не предотвращает поражения ЦНС, но способствует снижению тяжести мозговых дисфункций у детей с малой и экстремально малой массой тела.

В настоящее время дискуссии подвергается вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании плода. В ЦПСИР частота КС при тазовом предлежании за последние 5 лет колебалась в пределах 62,5-83,2 %. При этом ПС составляла 6,1-31,4 %, но она не коррелировала с частотой КС и не определялась способом родоразрешения, будучи обусловленной глубокой недоношенностью, пороками развития, отечной формой гемолитической болезни и т.д.

Заключение. Определить оптимальную частоту КС для каждого учреждения возможно только при аналитическом сопоставлении ее как с ПС, так и с ПЗ доношенных детей.

## ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

Салий М.Г., Логинова Н.Ф., Селина Е.Г.

Россия, Астрахань, Астраханская государственная медицинская академия

Перинатальная охрана плода, снижение перинатальной заболеваемости и смертности являются одними из приоритетных вопросов акушерства на современном этапе. Невынашивание беременности остается наиболее частым осложнением гестационного периода и обуславливает значительное повышение показателей перинатальной заболеваемости и смертности. В Астраханской области невынашивание беременности среди женщин, наблюдавшихся в женской консультации, составляет 3,3%, тогда как в родовспомогательных учреждениях области родилось 7,2% недоношенных детей. Нарастание числа пациенток с этой акушерской патологией является препятствием естественного прироста населения, неблагоприятно сказывается на здоровье оставшихся в живых недоношенных детей и на детородной функции женщины в последующем. Особенно велика частота неврологических расстройств у тех недоношенных детей, которые в период внутриутробного развития подвергались длительному воздействию неблагоприятных факторов, одним из которых может служить дефицит железа в организме матери.

Недостаток железа в организме матери обуславливает нарушение окислительно-восстановительных процессов в органах и тканях, приводит к кислородному голоданию плода и самопроизвольным выкидышам.

На долю железодефицитных состояний у беременных Астраханской области приходится 51,2% от общего числа женщин, состоявших на «Д» учете в женских консультациях в 2006 году.

При изучении вопроса о генезе дефицита железа нельзя не учитывать тот факт, что кроветворная ткань эмбрионально тесно связана с тканями и органами, синтезирующими протеины. Недостаток белка тотчас отражается на количестве и составе сывороточных протеинов, которые являются не только пластическим материалом, но и участвуют в обмене веществ. Расстройства белкового обмена приводят к развитию тяжелых форм дефицита железа, а дефицит образования белка в плаценте к самопроизвольным выкидышам. От выраженности нарушений белкового обмена при невынашивании беременности и дефиците железа зависит рождение детей с низкой массой тела и различной перинатальной патологией.

Целью настоящего исследования явилось изучение фрагментов белкового обмена у женщин Астраханской области при невынашивании беременности и их детей на фоне дефицита железа.

Материалы и методы. Изучено состояние гемопоэтических факторов (сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки крови, сывороточный ферритин, гемоглобин) и фрагментов белкового обмена (общий белок и его фракции) у 127 женщин с невынашиванием беременности в возрасте от 19 до 40 лет со сроками от 21 до 38 недель, проживающих в Астраханской области и их 82 ребенка. В акушерском анамнезе у 48% пациенток было 1-2 самопроизвольных выкидыша, у 38% — 3-5 выкидышей, у 7%-5, и у 7%-не только самопроизвольные выкидыши, но и преждевременные роды. Гинекологические заболевания в виде хронических сальпингоофоритов, метроэндометриков, эндоцервикозов и кольпитов отмечены у 47,8% обследованных. Экстрагенитальная патология представлена небольшим количеством нозологических форм, не влияющих на обмен железа в организме у 33,3% беременных. Концентрацию сывороточного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки крови определяли батофенантролиновым методом Генри (наборы фирмы «Лахема», Чехо-Словакия), концентрацию ферритина-иммунорадиометрическим методом С125 (наборы «ИРМО-ферритин» института био-



органической химии АН Беларуси), концентрацию гемоглобина в периферической крови — фотоэлектроколориметрическим методом. Для определения общего белка использовалась биуретовая реакция, белковых фракций-метод электрофореза.

Результаты исследований. В зависимости от уровня метаболизма железа выделены 2 группы беременных: в первую включены 56 женщин с манифестным дефицитом железа, во вторую — 71 беременная, имеющая латентный дефицит железа. Нарушения белкового обмена в обеих группах были одноплановыми и выражались в следующем: на фоне снижения количества общего белка в сыворотке крови беременных ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ) происходило уменьшение количества альбумина ( $p < 0,05$ ), статистически недостоверное понижение  $\alpha$ -глобулинов ( $p > 0,05$ ), снижение  $\beta$ -глобулинов ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ),  $\gamma$ -глобулинов ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ) и на этом фоне повышение  $\delta$ -глобулинов ( $p > 0,05$ ). Наиболее выраженные изменения фракционного состава белка отмечены при анемии.

В пуповинной крови новорожденных детей снижение количества общего белка ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ) происходило на фоне уменьшения альбуминовой фракции ( $p < 0,01$ ),  $\alpha$ -глобулинов ( $p > 0,05$ ),  $\beta$ -глобулинов ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ) и  $\gamma$ -глобулинов ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ), увеличение  $\delta$ -глобулинов ( $p < 0,05$ ) с тенденцией к выраженной диспротеинемии в условиях манифестного дефицита железа.

Кроме того, в процессе работы нами была найдена сильная корреляционная зависимость между содержанием общего белка в сыворотке крови беременных и гемоглобином. Влияние дефицита белка у матери на рост и развитие плода выразилось в виде прямой корреляции между содержанием общего белка в сыворотке крови матери и массой плода при рождении. Количество общего белка в пуповинной крови также коррелировало с массой новорожденного. Найдена сильная прямая корреляционная зависимость между содержанием сывороточного железа и  $\alpha$ -глобулиновой фракцией у беременных, сывороточным железом, ферритином у матери и массой плода.

По мере прогрессирования дефицита железа уменьшается содержание белка в околоплодных водах ( $p < 0,05$ ) при одновременном снижении массы плода, что нашло отражение в сильной прямой корреляции между количеством общего белка в околоплодных водах и массой новорожденного.

Выводы. 1. У женщин Астраханской области при невынашивании беременности и их детей на фоне дефицита железа обнаружена гипо- и диспротеинемия, что требует включения в алгоритм обследования этой категории беременных количественное определение общего белка и его фракций в сыворотке крови и коррекцию данного нарушения в комплексной терапии невынашивания и дефицита железа.

2. В сыворотке крови беременных с невынашиванием по мере прогрессирования дефицита железа на половину снижается содержание  $\beta$ -глобулинов, что может быть следствием пониженного метаболизма в системе мать-плацента-плод и компенсаторно-приспособительной реакции на это нарушение.

3. Повышение  $\alpha$ -глобулинов в сыворотке крови матери, по-видимому, происходит за счет активизации процессов иммуногенеза, учитывая связь невынашивания беременности и дефицита железа с возникающим при этом иммунопатологическим процессом.

4. Уменьшение  $\gamma$ -глобулинов в сыворотке крови беременных обусловлено снижением трансферрина при дефиците железа.

5. Снижение фракций  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов в пуповинной крови отражает состояние дисфункции фетоплацентарной системы, что способствует развитию внутриутробной гипотрофии плода. Это связано с недостаточным синтезом белков указанных фракций с одной стороны и уменьшением сывороточного железа у плода с другой, так как на фоне плацентарной дисфункции происходит истощение депо железа в плаценте.

6. Наиболее ранние нарушения в белковом обмене между матерью и плодом наблюдаются в составе околоплодных вод и прослеживаются в содержании общего белка. Закономерный характер чрезамниального транспорта продуктов белкового обмена подтверждается наличием прямой зависимости от массы плода.

## КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Самородинова Л.А., Яцухно Л.В., Уквальберг М.Е., Вальдман С.Ф., Носова Г.С.

Россия, Карелия, Петрозаводск, РПЦ, кафедра акушерства и гинекологии

Понятие «клинически или функционально узкий таз» вошло в акушерскую практику только в прошлом веке. К клинически узкому тазу следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и тазом роженицы, возникающие в процессе родов. Клинически узкий таз по данным литературы встречается в 1,3-1,7% случаев по отношению ко всем родам. По данным РПЦ частота его за последние 5 лет (2001-2006) составляет 2-2,5%. В настоящее время преобладает первая степень анатомически суженного таза при различных формах его сужения. Клинические наблюдения показывают, что данную патологию нередко просматривают или выявляют поздно, нередко принимая клинически узкий таз за аномалию родовой деятельности. Значительное расширение частоты операции кесарева сечения существенно снизило опытность врачей в своевременной диагностике диспропорции между размерами головки плода и таза матери. Если посмотреть статистику осложнений родов у матери и плода, то мы увидим, что до 80% из них связаны с клинически узким тазом. Поэтому так важна своевременная диагностика диспропорции таза и головки плода в родах для снижения травматизма матери и новорожденного.

Цель исследования — проследить частоту клинически узкого таза, проанализировать течение родов, своевременность диагностики, определить причины формирования клинически узкого таза и характер осложнений для матери и плода при этой патологии.

Материал и методы исследования. По материалам республиканского перинатального центра был проведен ретроспективный анализ 130 историй родов женщин, у которых показанием к кесареву сечению явился клинически узкий таз.

Результаты исследования. По данным РПЦ с 2001-2006 гг. клинически узкий таз наблюдался у 2-2,5% всех родов. Частота операции кесарева сечения за эти годы увеличилась с 17,5 до 24%. Срочные операции кесарева сечения колебались от 47 до 53% всех родов. Основными показаниями к срочному оперативному родоразрешению были: клинически узкий таз с колебаниями от 24 до 16%; аномалии родовой деятельности — от 18 до 11%; гипоксия внутриутробного плода — от 13 до 10%; отсутствие эффекта от родовозбуждающей терапии — от 12 до 7,4%; остальные показания были вариabильны и по частоте выявлялись реже.

Из срочных показаний за последние 5 лет первое место занимал клинически узкий таз. Среди обследованных женщин первородящие составили 81,5%. Среди них первородящих старшего возраста было 16,1%, юных первородящих — 1,6%. Женщин низкого роста (до 155 см) было 15 (24,2%). Анатомическое сужение таза выявлено у 24,2% рожениц, причем преобладал общеравномерносуженный таз 1 ст. (73,3%), в остальных случаях был поперечносуженный таз 1 ст (26,7%). Все женщины имели ту или иную соматическую патологию, причем у большинства беременных было их сочетание. У 46,8% женщин отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Все беременные наблюдались в женской консультации, большинство из них (87%) имели первую явку до 12 недель. УЗ-скрининг выполнен всем беременным. 80,6% беременных были госпитализированы досрочно, обследованы в стационаре, выработан консервативный план ведения родов с функциональной оценкой таза, 19,4% поступили в роды. У 95,5% пациенток роды были срочные, в остальных случаях — запоздалые. Почти четвертая часть всех родов (33) были программными — вследствие склонности к перенашиванию.

Родостимуляция окситоцином в 1 периоде родов проводилась у 69,3%, во 2 периоде — у 4,8% рожениц. Продолжительность 2-го периода родов была до 30 мин у 9,7% рожениц, до 1 часа — у 46,8%,

до 2-х часов — у 40,3% рожениц. Анализируя эти данные, следует отметить, что у большинства рожениц показания к операции кесарева сечения были поставлены с опозданием. В настоящее время имеется четкая тенденция к более ранней постановке диагноза: клинически узкий таз. Все симптомы этого осложнения родов можно выявить в конце 1-го периода родов. Очень важно грамотно оценивать развивающиеся в родах аномалии сократительной активности матки. Как уже указывалось, стимуляция внутривенным введением окситоцина в 1-м периоде родов проводилась у 69,3% рожениц, а во 2-м периоде — у 4,8% рожениц. Следовательно, слабость родовой деятельности расценивалась не с позиций клинически узкого таза.

Кроме того, не анализируется по партограмме Фридмана соответствие степени открытия маточного зева и поступательного продвижения головки, т.е. возникающие при этом ножницы. Признак Вастена отрицательный у 40,3%, ровень — у 25,8%, положительный — у 4,8% рожениц, у 29,1% — не указан.

Как правило, не отмечается причина развития клинически узкого таза. Анатомически узкий таз 1-ой степени сужения имел место у 24,2% рожениц. Крупный плод родился у 33,9% рожениц, с массой тела от 3800,0 до 3999,0 — у 14,5% рожениц. Патологическое вставление головки, которое устанавливалось ретроспективно по локализации родовой опухоли, ее выраженности, по конфигурации головки, выявлено у 65% рожениц (клиновидное вставление головки — биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе, асинклитическое вставление головки, переднеголовное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва, задний вид затылочного вставления).

Таким образом, имелось достаточно признаков, указывающих на формирование клинически узкого таза, чтобы произвести оперативное родоразрешение в конце 1-го периода родов. Технические особенности в ходе операции имели место у 17,7% рожениц: перерастяжение нижнего сегмента (12,9%), извлечение за ножку при головном вставлении в 3,2%, дополнительный гемостаз на матку в 1,6%. Эти клинические данные можно оценивать как относящиеся к угрожающему разрыву матки. Кровопотеря во время операции в 85,5% случаях была менее 1000 мл, причем в 56,5% — менее 600 мл и лишь в 14,5% случаях — 1000-1200 мл. 3,2% новорожденных извлечены в состоянии легкой асфиксии, продолжительность 2-го периода родов при этом была более 2-х часов, 96,8% новорожденных извлечены в удовлетворительном состоянии без асфиксии. случаев перинатальной смертности не было.

На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы: диагноз клинически узкого таза должен ставиться в конце первого периода, оперативное родоразрешение проводится в начале второго периода родов; больше ориентироваться на признаки характерные для клинически узкого таза, данные партограммы Фридмана.

Таким образом, клиническое использование методов диагностики диспропорции головки плода и таза роженицы позволит уменьшить длительность 2-го периода родов и максимально снизить риск осложнений для матери и плода.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Сатышева И.В.**

*Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава*

В структуре невынашивания во втором и третьем триместрах беременности на долю истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), по данным разных авторов, приходится от 14,3 до 42,7% (Сидельникова В.М., 2001, Серов О.Ф. и соавт., 1999, Ледина А.В., Абуд И.Ю., 1997 и др.).

Для устранения ИЦН предложено много методов хирургического лечения во время беременности. Цель их сводится к устранению зияния внутреннего зева. Альтернативой хирургическому лечению

является простой, бескровный метод коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего пессария, применяемого даже в амбулаторных условиях. Суммарное воздействие пессария приводит к замыканию шейки матки, лучшему формированию укороченной и частично открытой шейки матки (Журавлев А.Ю. и соавт., 1997)

Цель настоящего исследования изучить клиническую характеристику у беременных с ИЦН. Нами был произведен ретроспективный анализ 218 (10%) историй родов у женщин с диагнозом ИЦН, находившихся на родоразрешении в родильном доме № 2 г. Томска за 2004-2005гг. Распределение женщин по возрасту выглядит следующим образом: до 20 лет — 14,2%, 21-25 лет — 48,6%, 26-30 лет — 24,8%, 31-35 лет — 8,7%, 36-40 лет — 2,8%, женщины старше 41 года — 1%.

Городских жительниц было — 91,3%, сельских — 8,7%. Учащихся и студентов было 9,6%, служащих — 32,6%, рабочих — 15,1%, занимающихся частным предпринимательством — 4,1%, домашним хозяйством — 38,5%.

Из анамнеза установлено, что возраст менархе в 85,3% случаях соответствовал 11-14 годам, в 15 лет и позднее в 14,7%. Нерегулярный менструальный цикл выявлен у 6% обследованных. У 6,4% женщин менструации протекали обильно, у 0,5% скудно, 16,5% имели болезненные менструации. Половую жизнь начали до 16 лет — 6,4% обследованных, в возрасте 16-17 лет — 39,9%, 18-19 лет — 40,8%, в 20 лет и позднее — 12,4%.

Настоящая беременность была первой у 29,8%, повторной у 70,2% женщин, из них 3 и более беременности имели 54,9%. Наличие в анамнезе 1 аборта выявлено в 35,3% случаях, 2-9,8%, 3 и более — 16,3%. В 7,2% случаев аборт протекал с осложнениями (постбортный эндометрит, полип, кровотечение). Выкидыши были у 19,6% женщин, замершая беременность у 7,2%. Срочные роды имело 51,6% обследованных: 1 — 44,4%, 2 — 5,2%, 3 и более родов — 2%; преждевременные роды — 4,6%. Интраамниальное прерывание беременности в прошлом отмечено в 5,2% случаев (50% по социальным показателям и 50% по медицинским). По поводу внематочной беременности оперировано 3,3% женщин, наличие в анамнезе трофобластической болезни в 0,5%.

Различные детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа, гепатит А) были выявлены в 68,9% случаях. Сопутствующую соматическую патологию имело 78% обследуемых: хронические заболевания органов пищеварения, ЛОР-органов, дыхательных путей, мочевыделительных путей, лабильность сердечно-сосудистой системы, патология щитовидной железы и др. Наличие оперативного вмешательства отмечено у 19,3% женщин (аппендэктомия, тонзилэктомия). Воспалительные заболевания органов малого таза были у 22,9% женщин, ИППП у 12,8%, функциональные кисты яичников у 5,1%, миома матки у 2,9%. Эрозия шейки матки выявлена у 27,4% обследуемых, из них диатермоэлектрокоагуляция была проведена 6,9%.

Всем пациенткам на основании влагалищного исследования, данным ультразвукового исследования был поставлен диагноз ИЦН на различных сроках беременности: 13-15 недель в 9,6%, 16-20 — 41,3%, 21-30 — 43,1%, после 31 в 6%.

Данные влагалищного исследования при постановке диагноза ИЦН выглядят следующим образом: в 13-15 недель укорочения шейки матки до 2,0 см. и более в 32,4% случаев, до 1,5 см — 38%, до 1 см — 14,3%. Наружный зев был закрыт в 38,1%, приоткрыт в 28,6%, проходим для одного поперечного пальца в 38,1% случаев. Размягчение шейки матки отмечено у 76,2% обследуемых. Результаты УЗИ подтверждают признаки ИЦН в 47,6% (пролабирование плодного пузыря, расширение цервикального канала, укорочение шейки матки).

При сроке беременности 16-20 нед. диагноз ИЦН был поставлен по данным влагалищного исследования: укорочение шейки матки до 2,0 см. и более в 48,9% случаев, до 1,5 см — 48,9%, до 1 см — 11,1%. Наружный зев был закрыт в 21,1%, приоткрыт в 40%, проходим для одного поперечного пальца в 15,5% случаев. Внутренний зев в 89% был закрыт. Размягчение шейки матки отмечено у 41,1% обследуемых. Результаты УЗИ подтверждают признаки ИЦН в 24,3% (пролабирование плодного пузыря, расширение цервикального канала, укорочение шейки матки).

При сроке 21-30 нед. беременности при влагалищном исследовании укорочение шейки матки до 2,0 см. и более отмечено в 35,1% случаев, до 1,5 см — 46,8%, до 1 см — 17%. Наружный зев был закрыт в 6,4%, приоткрыт в 29,8%, проходим для одного поперечного пальца в 44,7% случаев. Внутренний зев в 39,4% был закрыт. Размягчение шейки матки отмечено у 67% обследуемых. Результаты УЗИ подтверждают признаки ИЦН в 18% (пролабирование плодного пузыря, расширение цервикального канала, укорочение шейки матки).

В 87,2% случаях с согласия женщины была произведена коррекция ИЦН: из них разгружающим пессарием у 85,8% женщин, швы на шейку матки у 1,4%. Коррекция проводилась в амбулаторных (32,1%) и стационарных (56,4%) условиях. Коррекция не была проведена в 12,4% случаев.

Дополнительно к общеклиническому обследованию во время беременности часть женщины обследованы на мужские половые гормоны (тестостерон, ДГА-с) и ИППП (хламидиоз, мико-, уреоплазмоз, токсоплазмоз, ЦМВИ и ВПГ). Повышенный уровень гормонов имели 21,8% обследованных, ИППП — 33,5%.

Особенности течения беременности у обследуемых: угроза прерывания беременности на разных сроках в 83,5% случаев, при этом частота госпитализации составила 1 раз — 34,7%, 2 раза — 22,4%, 3 и более раз — 19,4%. Не были госпитализированы в стационар и получали лечение угрозы прерывания беременности амбулаторно 23,5% женщин. Другие осложнения: пиелонефрит — 6,1% случаев, ФПН — 35%, кольпит — 18,8%.

Беременность доносили до срока все пациентки. Осложнения в родах были следующими: родовое излитие вод в 21,2% случаев (у этих женщин в 29,9% потребовалось родовозбуждение), раннее излитие вод — 8,3%, аномалия родовой деятельности в виде первичной, вторичной слабости, слабости потуг — 14,5%.

У первородящих нормальная продолжительность родов была у 42,6% женщин, быстрые у 15,2%, стремительные у 2,9%, затяжные у 0,5%. Соответственно у повторнородящих нормальная продолжительность родов была в 30,7% случаев, быстрые в 6,9%, стремительные в 0,9% и затяжные в 0,5%.

Все дети родились доношенными. ЗВУР 1-3 ст. по гипотрофическому типу имело 19,8% детей.

На основании выше приведенных данных можно сделать следующие выводы: частота ИЦН составляет 10%. Для женщин с ИЦН характерно раннее начало половой жизни,отягощенный акушерский анамнез. ИЦН чаще проявляется в сроке 16-30 недель и проявляется структурными изменениями в шейке матки и сопровождается угрозой прерывания беременности. Проведение коррекции ИЦН позволяет доносить беременность до срока, однако отсутствие преждевременных родов в группе обследуемых позволяет предположить гипердиагностику данной патологии.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОКОЛЬПОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Свердлова Е.С., Кулинич С.И., Черкашин В.Н.**

*Россия, Иркутск, ГОУ ДПО ИГИУВ*

Урогенитальные инфекции — одна из причин угрозы прерывания беременности в ее первой половине. Для выявления инфекционных агентов используются лабораторные методы, которые рекомендуются еще на прегравидарном этапе, но далеко не все женщины представляют значимость данной диагностики, несмотря на осложнения беременности и проблемы у детей, вызываемые различными микроорганизмами. Одним из факторов, повышающих комплаентность пациенток в обследовании на УГИ является проведение видеокольпоскопии. Обсуждение с пациенткой кольпоскопических символов, отражающих воспалительный процесс на шейке матки (эктопия с возвышающимися призматическими

клетками, кровотокающие сосуды, открытые железы со слизистым секретом, закрытые железы с гнойным содержимым) настраивают женщину не только на лабораторные исследования, но и на лечение выявленных заболеваний. Если ранее в 2000-2005 гг. после кольпоскопии только 60% беременных обследовались на ИППП, то в 2006 г. при использовании видеокольпоскопа этот процент увеличился до 80%. Нами осмотрены 920 беременных и определены кольпоскопические особенности различных инфекций.

Кольпоскопические картины при трихомониазе весьма разнообразны. Точечные сосуды, как бы взрыхляющие МПЭ, придают шейке вид «спелой клубники». Множество лимфоидных фолликулов значительно увеличивают влагалищную порцию шейки матки. В III зоне экзоцервикса располагаются точечные включения типа «манной крупы» и вокруг наружного зева имеются крупные ЗЖ с гнойным содержимым. Возможно появление толстой лейкоплакии и других отклоняющихся от нормы состояний эпителия и сосудов (пунктации, мозаики). При продуктивном цервиците формируются истинные полипы шейки матки, которые подлежат удалению в наиболее оптимальные сроки (16-18 недель беременности). Обработка 5% раствором уксуса не изменяет внешний вид ЗЖ, но сокращаются капилляры, в результате чего экзоцервикс бледнеет, и на этом фоне более четко выступают белые точки в III зоне. Возможны изменения сосудов — они смотрятся в виде отдельных точек, без анастомозов. Шиллер-тест: «леопардовость» шейки после пробы с йодом (проводится до 12 недель беременности).

При хламидийной инфекции основной клинической формой заболевания является цервицит. При простой кольпоскопии стык МПЭ и ЦЭ располагается на видимой части экзоцервикса, чаще на границе первой и второй зоны. ЦЭ выглядит как столбики (сосочки) красного цвета длиной 1-2 мм и шириной 0,5-1 мм. При расширенной кольпоскопии после обработки 5% раствором уксуса через 20 с верхушки сосочков ЦЭ становятся белыми и кажутся более возвышающимися над поверхностью. На верхушке каждого сосочка виден мелкий пузырек воздуха. По периферии эктопии появляются тонкая лейкоплакия, нежная мозаика и пунктация. При проведении пробы Шиллера (до 12 недель беременности) участки цилиндрического эпителия и зоны трансформации йод негативны.

При кандидозном поражении перед кольпоскопией необходимо промыть влагалище 3% раствором перекиси водорода и хлоргексидином, поскольку белый налет значительно затрудняет осмотр. После удаления выделений шейка матки сохраняет яркую гиперемию с явлениями лихенизации, может кровоточить. На экзоцервиксе множество поверхностных дефектов МПЭ, между которыми белые вкрапления. При большем увеличении (в 15-20 раз) определяется, что основу белого вкрапления составляет тот же субстрат из грибов, но проникающий внутрь эпителия. Обработка 5% уксусом не изменяет вид язвочек и белых включений, МПЭ бледнеет за счет сосудистой реакции. Проба Шиллера дает пятнистую окраску.

Для поражения ВПЧ эпителия шейки матки характерны следующие кольпоскопические картины: типичные экзофитные кондиломы в виде «цветной капусты» или «петушиного гребня»; участки АБЭ, выявляемые после уксусной пробы; зоны лейкоплакии с прозрачными пузырьками на поверхности; участки пунктации или мозаики разной степени выраженности (от нежной до грубой); йод-негативные зоны.

При констатации на мониторе отклоняющихся от нормы кольпоскопических картин (толстой лейкоплакии, грубой мозаики) для исключения дисплазии врач должен выполнить морфологическое исследование, невзирая на наличие беременности. Женщины относятся к данной манипуляции весьма настороженно, несмотря на проведение протекторной сохраняющей терапии, но, увидев изменения на шейке матки, все беременные, которым была показана морфологическая диагностика, согласились на нее. Из 39 биопсий в 2 случаях (5,1%) в сроках 9 и 11 недель беременности обнаружен рак шейки матки 0 стадии; при беременности опухолевого процесса не было, кесарево сечение в срок родов, а радиоволновая эксцизия шейки матки выполнена через 2 месяца после родоразрешения.

Таким образом, использование видеокольпоскопа повышает мотивацию женщин при обследовании на УГИ, способствует своевременной диагностике, терапии и эффективности санирующих мероприятий, направленных на снижение риска заболеваний плода и новорожденного.

## **ВАГИНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Себастьян Кен-Амоа**

*Россия, Волгоград. Кафедра акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета*

Цель исследования — повышение эффективности лечения эндометрита после кесарева сечения путем влагалищной рефлексотерапии с использованием комплекса электро-лазерно-магнитной терапии.

Материалы и методы: Обследовано 128 родильниц с факторами риска по возникновению послеродовых гнойно-септических осложнений, родоразрешенных операцией кесарева сечения. Родильницы методом случайной выборки разделены на две клинические группы: группа сравнения (56 пациенток), в которой в послеоперационном периоде проводилось традиционное профилактическое лечение и основная группа (72 родильницы), в которой лечение дополнялось комплексом электро-лазерно-магнитной терапии. В качестве источника указанных мультиквантовых факторов применяли аппарат КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», генерирующий низкоинтенсивный инфракрасный лазерный луч в импульсном режиме, постоянное магнитное поле и электрические импульсы. Метод заключается в одновременном комбинированном воздействии на акупунктурные точки влагалищной части шейки матки (вагинальная лазеропунктура) и на кожно в проекции матки на передней брюшной стенке в точках акупунктуры R 12.

Критерием эффективности предложенного метода служили общеклинические показатели, состояние иммунного статуса, данные микробиологического и ультразвукового исследований и оценки некоторых вегетативных показателей.

Всем родильницам перечисленные исследования проводили дважды: на 2-е и 6-е сутки после операции.

Результаты:

Средний возраст беременных группы сравнения составил 27+2,46 лет; основной группы — 28+1,7 лет. По основным анамнестическим показателям, паритету, социальным характеристикам группы были идентичными. В обеих группах выполнялись преимущественно экстренные операции — 55,4% в группе сравнения и 58,3% — в основной.

У 37,5% родильниц группы сравнения в послеоперационном периоде отмечалась лихорадка. Число послеоперационных осложнений отмечено у 16 (28%) пациенток, из них эндометрит — у 3 (5,4%), лохиометра — у 8 (14,3%), гематометра — у 1 (1,8%), инфекция послеоперационной раны (серозит) — у 2 (3,6%). Исследования ВНС свидетельствовали о сохранении у этих родильниц длительной парасимпатикотонии в виде устойчивого красного дермагрофизма, асимметрии электропунктурных показателей до 35-40%. Отмечено, что все указанные показатели сохранялись до 6-х суток послеродового периода и не имели тенденции к нормализации.

Иммунологические показатели характеризовались дефицитом по основным изучаемым параметрам (лейкоцитоз до  $10,1 \times 10^9$ , снижение IgG до  $5,12 \pm 0,18$  г/л, повышение IgM до  $1,82 \pm 0,25$  г/л при  $p < 0,05$ ), снижение фагоцитарной активности нейтрофилов к 6-м суткам на 3%, что свидетельствует об устойчивом иммунодефицитном состоянии и замедленном восстановлении иммунологической реактивности.

В основной группе число родильниц с гипертермией было в 3,2 раза меньше, число инфекционных осложнений — в 6,9 раза, а эндометритов — в 3,8 раза меньше, чем в группе сравнения. Случаев раневой инфекции при ЭЛМ терапии было также 2, что составило

2,8%. Исследование ВНС и иммунной систем обнаружило более заметную нормализацию основных иммунологических показателей, особенно повышение фагоцитарной активности нейтрофилов и снижение ЦИК ( $p < 0,01$ ), а также менее выраженную асимметрию показателей электропунктометрии. Это позволило сократить послеоперационный койко-день в среднем на  $2,5 \pm 0,3$  дня.

Выводы. Таким образом, применение комплекса ЭЛМ-терапии у родильниц после кесарева сечения обеспечивает быстрое восстановление иммунной реактивности и ликвидирует вегетативную дистонию, что способствует более благоприятному клиническому течению послеродового послеоперационного периода и сокращению послеоперационного койко-дня.

## **УРОВЕНЬ ЭНДОТОКСИНА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У РОДИЛЬНИЦ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

**Селихова М.С.**

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы послеродовых инфекционных заболеваний обусловлена сохраняющейся высокой (1-26%) частотой встречаемости данной патологии.

В последние годы термин гнойно-септические заболевания трансформировался в синдром эндогенной интоксикации, основным пусковым агентом которого является микробный эндотоксин. Под воздействием бактериальных эндотоксинов клетки моноцитарно-макрофагальной системы активируются и начинают продуцировать провоспалительные цитокины (ИЛ-1, ИЛ-6, TNF), которые в свою очередь являются мощными модификаторами воспалительной и иммунной реакций. Таким образом, определение уровня эндотоксина и показателей провоспалительных цитокинов в сыворотке крови может отражать начальные этапы реакции организма на внедрение инфекционного агента, а также тяжесть воспалительного процесса.

Целью исследования явилась оценка прогностического значения определения

содержания эндотоксина и провоспалительных цитокинов в сыворотке крови клинически здоровых родильниц и матерей с послеродовыми инфекционными осложнениями.

Для достижения поставленной цели были обследованы 32 клинически здоровые родильницы (контрольная группа) и 57 пациенток с осложненным течением послеродового периода (основная группа). Диагноз заболевания устанавливался на основании общепринятых клинических и лабораторных данных. Здоровые родильницы проходили обследование на 3-4 сутки послеродового периода при наличии письменного согласия.

Уровень эндотоксина в сыворотке крови определялся методом активированных частиц (МАЧ) с помощью стандартных наборов, разработанных в Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН (решение комитета по новым медицинским технологиям МЗ РФ от 24.03.2003г.). Чувствительность метода — до 14 пг/мл, специфичность — 97,4-98,3%. Определение цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6 и TNF проводилось с помощью тест-системы производства ООО «Цитокины» (Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Проведенные исследования показали, что эндотоксин отсутствует в сыворотке крови у здоровых родильниц в большинстве случаев. Только у 5 (14,3%) из них эндотоксин выявлен в концентрации 7,5-30 пг/мл, что соответствует 2 степени активированных частиц. Более детальный анализ данных анамнеза этих родильниц показал, что все они имели хронические очаги инфекции и осложненное течение беременности: у двух из них беременность про-

текала на фоне рецидивирующего неспецифического кольпита, у одной пациентки был диагностирован гестационный пиелонефрит. Кроме того, обращает на себя внимание наличие гестоза легкой степени у всех пяти пациенток данной группы, по поводу чего они находились в отделении патологии беременных до родов. В послеродовом периоде ни у одной из данных матерей воспалительная реакция не была реализована в виде клинических проявлений, что позволило отнести их к контрольной группе.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при физиологическом течении послеродового периода эндотоксин в сыворотке крови у родильниц не определяется. Обнаружение эндотоксина в сыворотке крови у 5 родильниц контрольной группы мы расценили как доклинический этап воспалительной реакции, которая не была реализована в силу адекватной защитной реакции организма.

У подавляющего большинства (85,3%) родильниц с инфекционными осложнениями послеродового периода в сыворотке крови эндотоксин был выявлен, при этом прослеживалась прямая корреляционная зависимость между степенью тяжести воспалительного процесса и уровнем эндотоксина в сыворотке крови. Наиболее высокие (30-125 пг/мл) концентрации были выявлены у родильниц с эндометритом после оперативного родоразрешения.

Определение содержания интерлейкинов в сыворотке крови у здоровых родильниц указывает, что показатели всех провоспалительных цитокинов находились на минимальном уровне. На фоне инфекционных осложнений уровень цитокинов достоверно возрастал, наиболее выраженные изменения были TNF, содержание которого увеличивалось параллельно содержанию эндотоксина.

**Заключение:**

Результаты проведенных исследований указывают, что в сыворотке крови у матерей с физиологическим течением послеродового периода эндотоксин не определяется. Наличие эндотоксина в сыворотке крови у родильниц следует рассматривать как маркер воспалительной реакции. Уровень эндотоксина в сыворотке крови соответствует тяжести воспалительного процесса, что может быть использовано в диагностике стертых форм эндометрита. Увеличение концентрации провоспалительных цитокинов имеет прямую корреляционную связь с наличием и содержанием эндотоксина. На фоне инфекционных осложнений уровень цитокинов достоверно возрастал, наиболее выраженные изменения выявлены в содержании TNF.

## **НОВЫЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ГИПОЛАКТИИ У РОДИЛЬНИЦ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

**Селихова М.С., Костенко Т.И.**

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет*

Гиполактация является одной из наиболее сложных проблем, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей становления лактации у родильниц с послеродовыми инфекционными осложнениями и поиск новых возможностей ее коррекции.

Для достижения цели нами было проведено обследование 234 родильниц, у 48 из которых наблюдалось физиологическое течение послеродового периода (контрольная группа), у 186 матерей были диагностированы послеродовые инфекционные осложнения (группа сравнения).

Исследование лактационной функции проводилось путем определения объема секреторного молока в первые 5-10 суток послеродового периода и длительности кормления. При определении объема лактации учитывалось молоко, потребляемое новорожденным, с помощью контрольного взвешивания до и после кормления, а также учитывалась динамика веса новорожденного за время пребывания в родильном доме. Длительность лактации оценивалась

на основании изучения карт развития новорожденных матерей обследуемых групп в детских поликлиниках, данные амбулаторных карт женских консультаций, а также проводилось анкетирование пациенток. В анкету включались вопросы, касающиеся продолжительности кормления грудью (до трех месяцев, до 6 месяцев, до 8-10 месяцев, год и более), с какого возраста требовался докорм. Степень недостаточности лактации оценивали по классификации предложенной Л.Н.Гранатом (1967г.)

Проведенные исследования свидетельствуют, что становление лактации у 58% родильниц с инфекционными послеродовыми осложнениями происходило на 3-4 сутки после родов (в контрольной группе — 62,5%), на 2 сутки — только у 19% матерей (25% в контрольной группе), а на 5-6 сутки — у 23% женщин (в контрольной группе — 12,5%). Показатели динамики веса новорожденных, а также результаты контрольного взвешивания указывают на недостаточную лактацию у 14,6% клинически здоровых матерей и 22,58% родильниц с осложненным течением послеродового периода. По степени выраженности гиполактации родильницы группы сравнения распределились следующим образом: 1 степень нарушения лактации диагностировалась у 15,59% обследуемых женщин, 2 степень — у 4,83% матерей и 3 степень гиполактации была диагностирована у 2,15% родильниц этой группы, в то же время только у одной обследованной контрольной группы выявлена гиполактация 2 степени. Анализ клинических данных выявил прямую корреляционную зависимость между степенью тяжести воспалительного процесса родильниц и степенью снижения лактации. Инфицированные швы промежности и эндометрит без выраженной интоксикации не оказывали влияния на сроки начала лактации и количество вырабатываемого молока. Гиполактация 1 степени наблюдалась у родильниц, течение послеродового периода у которых осложняло развитие эндометрита с сохраняющимся лихорадящим состоянием в течение 3-5 суток. Подавляющее большинство матерей с выраженным снижением лактации были родоразрешены путем операции кесарева сечения и имели осложненное течение послеоперационного периода.

Изучение длительности лактации показало, что все новорожденные клинически здоровых матерей находились на грудном вскармливании не менее 6 месяцев, а в большинстве случаев более года. Докорма в первые месяцы жизни требовали только 7 детей данной группы в связи с недостаточной лактацией у матерей. 5,76% родильницам группы сравнения гиполактация не позволила продолжать грудное вскармливание более 3 месяцев и 13,46% более 6 месяцев, в течение 8-10 месяцев лактация сохранялась у 29,81% родильниц этой группы. Год и более на естественном вскармливании находились дети только у 41,5% пациенток с осложненным послеродовым периодом.

С целью коррекции нарушений лактации у родильниц с инфекционными осложнениями послеродового периода мы использовали новый отечественный препарат «Дибикор», в основе действия которого лежат физиологические и биохимические эффекты таурина — жизненно необходимой сульфаминокислоты. Исследователи обратили внимание, что при рождении ребенок получает большую дозу таурина с молоком матери, так как сразу после родов его концентрация в молоке увеличивается в несколько раз. Положительные эффекты и полная безопасность таурина позволили японским специалистам включить его в программу оздоровления нации. Он добавляется в витаминные комплексы как для взрослых, так и для детей, а также в детские молочные смеси. Препарат назначался по стандартной методике. Клиническая апробация показала его высокую клиническую эффективность.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что инфекционные осложнения послеродового периода оказывают негативное влияние на становление функции лактации, что проявляется в достоверном увеличении частоты развития гиполактации. Степень выраженности нарушений лактации зависит от тяжести воспалительного процесса. Осложненное течение послеоперационного периода приводит к возникновению тяжелых степеней гиполактации. Назначение препарата «Дибикор» родильницам с осложненным течением послеродового периода способствовало

достоверному снижению у них частоты выраженной гипоплазии, а также обеспечивало длительность грудного вскармливания сопоставимую с таковой у клинически здоровых матерей.

## ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

**Сельский А.С., Агаркова Л.А., Куприянова И.Е., Габитова Н.А.**

*Россия, Томск, ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук; ГУ Научно-исследовательский психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*

Невынашивание беременности — одна из основных проблем современной репродуктологии. Частота невынашивания беременности на сегодняшний день составляет 15-27%. Эндокринные факторы занимают второе место среди причин самопроизвольных выкидышей после генетических аномалий и составляют, по литературным данным, до 30-40% (Дедов И.И., 2003; Levine L.S., 2000). Среди эндокринных причин невынашивания 32-48% обусловлены избыточной продукцией андрогенов в надпочечниках (А.Т.Раисова, 1990; Р.А.Абдурахманова, 2002).

Потеря желанной беременности является для женщины тяжелой психотравмирующей ситуацией и нередко сопровождается депрессией (Петухова О.К., Golard R. и соавт., 1995). Тревога относится к числу наиболее частых неспецифических феноменов, входящих в структуру как психопатологических, так и различных соматических расстройств (Нуллер Ю.Л., 1980; Александровский Ю.А., 2000; May R., 2001).

Для определения уровня психоэмоционального состояния нами обследовано 30 женщин с гиперандрогенией, находившихся на лечении в отделении патологии беременности ГУ НИИ АиП ТНЦ СО РАМН по поводу угрозы прерывания беременности и угрозы преждевременных родов. Определялся уровень тревоги с помощью шкалы тревоги Гамильтона, с выделением психической, соматической и нейровегетативной форм тревоги.

Общий уровень тревоги у данных пациенток составил  $11,3 \pm 0,89$  баллов. Психическая тревога составляла  $6,5 \pm 0,58$  баллов, соматическая  $4,05 \pm 0,43$  балла, нейровегетативная  $0,7 \pm 0,1$  балла. Среди симптомов психической тревоги наиболее высокие баллы зарегистрированы по параметру «напряжение»  $1,56 \pm 0,18$  баллов; низкие значения зарегистрированы по категории «страх»  $0,46 \pm 0,16$  баллов. Соматическая тревога преимущественно проявлялась симптомами напряжения желудочно-кишечного тракта —  $1,2 \pm 0,6$  баллов, не зарегистрировано симптомов тревоги со стороны урогенитальной, легочной и сердечно-сосудистой системы.

Выявлены статистически достоверные корреляции между симптомами тревоги, так общий уровень тревоги коррелирует с симптомами «собственно тревога», «Напряжение» при  $r=0,57$ ; с проявлениями вегетативной тревоги при  $r=0,71$ .

Группа женщин с гиперандрогенией не являлась однородной по психоэмоциональному напряжению, так у 7 пациенток (23%) общий уровень тревоги составлял более 15 баллов.

Таким образом, у пациенток в гиперандрогенией выявлена психоэмоциональная нестабильность, коррекция этих симптомов оптимизирует терапию и реабилитацию данной группы больных.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

**Силиванова Н.Б., Ермоленко Л.Л., Бова О.С., Новикова О.Н.**

*Россия, Кемерово, ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского, родильный дом №1, ГОУ ВПО КеГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии №1*

По данным большинства авторов, роды у юных женщин моложе 18 лет сопровождаются большим количеством осложнений по срав-

нению с группой женщин в возрасте 19-25 лет. Высокими остаются показатели как перинатальной заболеваемости и смертности, так и частота осложнений родового акта, оперативных вмешательств во время беременности и родов в этой группе женщин.

Вследствие функциональной незрелости организма у юной первородящей течение беременности в большем проценте случаев осложняется ранним токсикозом, гестозом, угрожающим прерыванием беременности и преждевременным ее прерыванием, фетоплацентарной недостаточностью и гипоксией плода. В родах чаще встречаются такие осложнения как аномалии родовой деятельности, функционально узкий таз, гипоксия плода, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде, инфекционные заболевания (Г.М. Савельева, 2000; Э.К. Айламазян, 2003).

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родового акта у женщин в возрасте до 18 лет.

Материалы исследования. Проведен анализ историй родов 234 пациенток, родоразрешенных в условиях родильного дома №1 г. Кемерово за период 2005-2006 гг. В зависимости от возраста на момент родоразрешения женщины были разделены на группы. Первую группу (основную) составили 134 женщины в возрасте до 18 лет, в том числе среди них в возрасте 14 лет было 3 (2,24%), 15 лет — 6 (4,48%), в возрасте 16 лет — 26 (19,40%), в возрасте 17 лет — 99 (73,88%). Средний возраст юных первородящих составил  $16,6 \pm 2,4$  года. Вторую группу (сравнения) составили 100 первобеременных женщин (методом сплошной выборки) в возрасте 19-25 лет. Средний возраст женщин составил  $23,4 \pm 4,5$  лет.

Результаты исследования. В анамнезе юных первородящих достоверно ниже частота соматической патологии к моменту наступления беременности (в основной группе 33,6% (n= 45), в группе сравнения — 68% (n= 68)); выше частота ИППП (соответственно 58,95 (n= 79) и 42% (n= 42)), воспалительных заболеваний гениталий (23,88 (n= 32) и 16% (n=16)), эрозии шейки матки (28,36 (n= 38) и 18% (n= 18)).

Течение настоящей беременности в основной группе достоверно чаще осложнялось угрозой ее прерывания (в основной группе у 76 пациенток (56,7%), в группе сравнения у 38 (38%)); формированием первичной фетоплацентарной недостаточности (соответственно 107 (79,25%) и 38 (38%)).

Средняя продолжительность родов в основной группе составила  $512 \pm 234$  мин, в группе сравнения  $498 \pm 156$  мин, что не имеет достоверных отличий. Частота встречаемости быстрых и стремительных родов в основной группе и группе сравнения также не имеет достоверных отличий. Частота быстрых родов (4-6 часов) в основной группе составила 11,2% (n= 12), в группе сравнения — 9% (n= 9). Соответственно частота стремительных родов составила 4,7% (n= 5) и 4% (n=4)/

Частота первичной дискоординации родовой деятельности отмечалась в группе юных женщин у 47 пациенток (35%), в группе сравнения — у 19 пациенток (19%). Дородовое излитие околоплодных вод примерно с одинаковой частотой встречалось как в основной группе (n= 33; 24,6%), так и в группе сравнения (n= 23; 23%).

Частота кесарева сечения в основной группе составила 20,1% (n= 27), что значимо не отличалось от группы сравнения, где родоразрешение путем операции кесарева сечение было отмечено в 17% (n= 17). Показаниями к родоразрешению путем операции кесарева сечение в основной группе явились: первичная дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции (66,6%; n= 18); дородовое излитие околоплодных вод с отсутствием эффекта от родовозбуждения (25,9%; n= 7); клинически узкий таз (7,4%; n= 2). Показаниями к абдоминальному родоразрешению в группе сравнения явились: дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся коррекции (41,1%; n= 7); симфизит (11,8%; n= 2); клинически узкий таз (5,9%; n= 1); другие причины (миопия высокой степени с периферической дегенерацией сетчатки, декомпенсация сердечной деятельности плода в родах и т.д.).

Течение третьего периода родов в группе сравнения не сопровождалось какими-либо осложнениями, а в группе юных женщин в 10,3% (n= 11) отмечалось превышение уровня допустимой кровото-

потери в пределах 500 мл, а в 2,8% (n= 3) наблюдалось частичное плотное прикрепление плаценты с последующим ручным отделением плаценты и выделением последа.

В основной группе масса новорожденных варьировала от 2850г до 3850г. У всех новорожденных имелось перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, у 87 (64,9%) имело место внутриутробное инфицирование, реализовавшееся клинически у 23 детей (17,1%); у 17 детей (12,7%) отмечалась гипоконъюгационная желтуха; у 9 (6,7%)- внутриутробная задержка развития первой степени. Случаев перинатальной смертности не было.

В группе сравнения масса новорожденных варьировала от 2980г до 4010г. У 94% новорожденных имелось перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, различия с основной группой не достоверно. Достоверные отличия наблюдались в частоте встречаемости внутриутробного инфицирования, гипоконъюгационной желтухи и задержки внутриутробного развития плода: соответственно 9 (9%), 5 (5%) и 2 (2%). Случаев перинатальной смертности также не было.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного нами исследования отмечено, что у юных первородящих в анамнезе имеют место ИППП и воспалительные заболевания внутренних половых органов, а также эрозии шейки матки; преобладающими осложнениями беременности являются угрожающий выкидыш и первичная фетоплацентарная недостаточность. В родах ведущим осложнением у юных является дискоординация родовой деятельности, которая явилась основным показанием к операции кесарева сечения в этой группе женщин. У подростков чаще, чем у рожениц в возрасте 19-25 лет отмечается патология прикрепления последа и превышение допустимой кровопотери вследствие наличия элементов гипотонии матки. Новорожденные от матерей-подростков характеризуются морфо-функциональной незрелостью.

Проведенное исследование подтвердило литературные данные о патологическом течении беременности и родов у данной возрастной категории женщин. Отягощающими моментами, по-видимому, является физиологическая незрелость всего организма в целом и репродуктивной системы в частности. Эти пациентки составляют группу повышенного риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, что необходимо учитывать при ведении их в женской консультации, и, особенно, в решении вопроса о месте, сроке и методе родоразрешения.

## **НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС- СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ**

**Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Конопляников А.Г.,  
Найденова И.Е., Евтеев В.Б.**

*Россия, Москва, Российский Государственный медицинский университет, Московский Государственный университет им. М.В. Ломоносова*

До настоящего времени проблема иммуноконфликтной беременности остается актуальной. Тактика ведения беременности, осложненной резус-сенсibilизацией, основывается на традиционных протоколах: определение титра антирезус антител, выявление ультразвуковых признаков гемолитической болезни плода (ГБП), определение оптической плотности билирубина в околоплодных водах при амниоцентезе. Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать ГБП на основании выявления анемии у плода, является кордоцентез с исследованием уровней гемоглобина и гематокрита в плодовой крови. Однако, диагностический кордоцентез, так же, как и амниоцентез, являясь инвазивной процедурой, сопряжен с повышенным риском таких осложнений как инфицирование, прерывание беременности, преждевременное излитие вод, отслойка плаценты, тромбоз сосудов пуповины, внутриутробная гибель плода. Риск осложнений после амнио- и кордоцентеза составляет

1-2%. В последние годы в попытке минимизировать число инвазивных диагностических процедур для определения необходимости и сроков внутриутробного переливания крови плоду или досрочного родоразрешения предлагаются альтернативные неинвазивные методы. Последним достижением в тактике ведения беременных с резус-сенсibilизацией явилось определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода для выявления анемии. Наличие корреляции между степенью анемии у плода и скоростью кровотока в средней мозговой артерии обосновывается снижением вязкости крови при ГБП, периферической вазодилатацией и увеличением сердечного выброса у плода.

Целью настоящего исследования явилось определение значимости максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии в диагностике анемии у плода.

Нами обследовано 94 беременных с резус-сенсibilизацией в сроки гестации 22-35 недель. Допплерометрические исследования проводились непосредственно перед диагностическим кордоцентезом. Показаниями к кордоцентезу являлись отягощенный анамнез (рождение детей с гемолитической болезнью), высокий титр антител, утолщение плаценты, гепатомегалия, многоводие по данным ультразвукового исследования. Показатели кровотока в средней мозговой артерии плода интерпретировались согласно шкале G. Mari (1995). Во всех наблюдениях показатели максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода сопоставлялись с уровнем гемоглобина плодовой крови.

Показатели максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии, соответствующие зоне С по шкале G. Mari, были выявлены в 65 наблюдениях (1 группа), что указывало на отсутствие или легкую степень анемии у плода. У 29 плодов отмечалось выраженное увеличение максимальной скорости кровотока, причем у 10 показателей доплерометрии находились в зоне В (2 группа), у 19 — в зоне А (3 группа). При исследовании крови у плодов 1 группы у 63 уровень гемоглобина соответствовал гестационной норме, и лишь у двух плодов снижение гемоглобина указывало на легкую форму анемии. У 28 из 29 плодов 2 и 3 групп отмечалось выраженное снижение уровня гемоглобина, соответствующее средне-тяжелой и тяжелой степени анемии. В одном наблюдении (в 32 недели) был получен ложноположительный результат: высокий показатель максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии — 61 см/с, свидетельствующий о тяжелой анемии, не коррелировал с уровнем гемоглобина 105 г/л (легкая степень анемии).

Наиболее выраженная корреляция уровня гемоглобина плодовой крови была выявлена с показателями максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии в зоне А (тяжелая форма анемии) — 74%. Во всех этих наблюдениях было проведено внутриутробное переливание крови.

Таким образом, наши исследования еще раз убедительно показали достоверную разницу показателей максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии у здоровых плодов и плодов с анемией различной выраженности, особенно при средней и тяжелой степени. Выявленная четкая корреляция между показателями максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода и уровнем гемоглобина плодовой крови позволяет рассматривать доплерометрию в качестве альтернативного метода диагностики ГБП, позволяющего снизить частоту инвазивных диагностических вмешательств, сопряженных с риском для плода.

## **СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ В ПРОГНОЗЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Сонголова Е.Н., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Коваленко А.Е.**

*Россия, Москва, Российский Государственный медицинский университет, Московский Государственный университет им. М.В. Ломоносова*

Частота переносимости беременности составляет от 3,5 до 16% и не имеет тенденции к снижению. Неблагоприятные перинаталь-

ные исходы при перенашивании возрастают с увеличением срока гестации. При этом перинатальная смертность в 6 раз превышает таковую при доношенной беременности, что обусловлено низкой устойчивостью головного мозга зрелого плода к гипоксии. Перинатальные поражения ЦНС у переношенных детей определяют высокую частоту неврологических нарушений. В связи с вышесказанным, важное значение приобретает выбор оптимального срока и метода родоразрешения пациенток с переношенной беременностью, что определяется степенью готовности шейки матки к родам и состоянием плода. Широко применяемый бимануальный метод оценки состояния шейки матки при влагалищном исследовании, являясь субъективным, не позволяет в полной мере оценить длину шейки матки и состояние внутреннего зева. В связи с этим в настоящее время большое значение придается эхографической оценке состояния шейки матки при трансвагинальном ультразвуковом исследовании.

Целью явилось определение особенностей состояния шейки матки у беременных со сроком гестации более 41 недели при трансвагинальной эхографии.

Нами было проведено комплексное проспективное обследование 119 беременных со сроком гестации более 41 недели (287 дней). Из исследования были исключены пациентки с рубцом на матке, многоплодной беременностью, неправильным положением, тазовым предлежанием плода, беременность у которых наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий. Срок гестации рассчитывали по первому дню последней менструации (формула Негеле) с учетом данных ультразвукового сканирования, выполненного в сроки от 7 до 20 недель беременности. При определении степени зрелости шейки матки использовали бальную шкалу, предложенную E. Bishop. При трансвагинальной эхографии измеряли длину шейки матки, состояние внутреннего зева и цервикального канала. У пациенток с открытием внутреннего зева оценивали также форму углубления (V, Y, U – образная) и степень открытия. При необходимости подготовки шейки матки к родам использовали интрацервикальное введение ламинарий (22), простагландины E<sub>2</sub> (27) или их сочетание (23). У остальных пациенток родовая деятельность развивалась самостоятельно. В зависимости от длины шейки матки при трансвагинальной эхографии (10-20 мм, 21-30 мм, 31-40 мм, более 40 мм) обследованные беременные были разделены на 4 группы.

При длине шейки матки 10-20 мм все пациентки родили через естественные родовые пути. Спонтанное начало родовой деятельности отмечалось у 4 беременных, амниотомия была произведена двум, введение простагландинового геля – восьми пациенткам.

Среди пациенток второй группы (длина шейки матки 21-30 мм) роды через естественные родовые пути произошли у 90%. При этом у 35% родовая деятельность развивалась самопроизвольно. Кесарево сечение в экстренном порядке было проведено у 4 пациенток после использования в качестве подготовки к родам ламинарий и простагландинового геля. Показаниями к кесареву сечению явились клинически узкий таз (2), хроническая гипоксия плода (2).

В группе пациенток, у которых при трансвагинальной эхографии длина шейки матки составляла 31-40 мм, частота кесарева сечения была значительно выше, чем во второй группе, и достигала 27,5%. При этом из 11 кесаревых сечений 10 было проведено в экстренном порядке в связи с клинически узким тазом, слабостью родовой деятельности, хронической гипоксией плода. Родовая деятельность у всех пациенток, родоразрешенных оперативным путем, развивалась на фоне использования ламинарий и простагландинового геля.

Наибольшая частота кесарева сечения отмечалась среди пациенток 4-ой группы, у которых длина шейки матки по данным трансвагинальной эхографии превышала 40 мм, – 44%. Для данной группы пациенток была характерна одинаковая частота планового и экстренного абдоминального родоразрешения. Показанием к плановому кесареву сечению явился срок беременности 42 недели и более и неподготовленность родовых путей. Показанием к экстренному кесареву сечению явилась слабость родовой деятельности.

Таким образом, длина шейки матки при перенашивании во многом отражает готовность беременной к родам. Состояние шейки

матки, оцененное с помощью трансвагинальной эхографии, необходимо учитывать при определении акушерской тактики у пациенток с переношенной беременностью.

## ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Старцева Н.В., Нургалева И.В., Майтесян К.Ю.

ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им.  
акад. Е.А. Вагнера Росздрава. Пермь

Среди причин массивных акушерских кровотечений, наряду с патологией плаценты: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежанием и вращением ее, рассматривают гипотонию матки, как следствие затяжных родов, перерастяжения ввиду многоплодия или крупного плода, а также травмы мягких родовых путей (H.A.Mousa, S. Walkinshaw, 2001). В настоящее время с целью уменьшения послеродовой кровопотери практикуется активное ведение третьего периода родов, включающее введение 10 ЕД окситоцина в/м и контролируемые тракции за пуповину (S. Campbell, K. Lees/ Пер. с англ. под ред. В.Н. Серова, 2004). Частота ранних послеродовых кровотечений составляет от 3% до 10%. Особого внимания заслуживают массивные акушерские кровотечения, частота которых значительно колеблется (0,5-1,0%) в зависимости от уровня перинатального центра. Проведен анализ 97 случаев ранних послеродовых кровотечений, которые по объему кровопотери разделены на 4 группы: 1-я группа – 25 человек с кровопотерей до 500,0 мл (475,0+23,8); 2-я – 25 человек с кровопотерей от 500,0 до 1000,0 (672,0+23,2); 3-я – 12 чел. с кровопотерей более 1000,0 до 4000,0 (1556,7+118,8); 4-ю группу составили 35 родильниц после экстренного кесарева сечения с кровопотерей более 1000,0 (1217,0+102,3). Кровопотерю свыше 400,0 рассматривали как патологическую, так как у всех родильниц, включая 1-ю группу, при нормальных показателях крови перед родами, наблюдалась постгеморрагическая анемия, причем уровень Hb (80-88г/л) к выписке не восстановился. К факторам риска во время беременности и в начале родов можно было отнести поздний гестоз (30%), ХУГИ (42%), ФПН (20%), ПОНРП (от 20% до 42% в группах), преждевременные роды (23,7%). Отягощающими факторами в родах были слабость родовой деятельности (19,6%), потребовавшая родоусиления – амниотомия (33%) и окситоцин (22%). Именно ПОНРП, преждевременные роды и дистресс плода были показаниями для экстренного оперативного родоразрешения. Однако обращает на себя внимание 3-я группа родивших *per vias naturales*, с массивной кровопотерей (1566,7+118,8; +628,9 мл). Среди этих женщин были первородящими до 20 и после 30 лет, из отягощающих факторов отмечен только поздний гестоз (33%). Ни у одной не зафиксированы ХУГИ, не отмечено отслойки плаценты, преждевременных родов, слабость родовой деятельности наблюдалась только в одном случае. Тем не менее, отмечено значительное укорочение продолжительности родов, включая первородящих, с 9,0+1,5 в 1-й гр. до 7,9+0,8 – во 2-й и до 6,7+0,5 ч. в 3-й группе. В этой группе наибольший вклад в патологическую кровопотерю внесли: преждевременное излитие ОПВ (23%), ранняя амниотомия (25%), быстрые роды, дефект последа (16%). На форсирование родов в этой группе указывает высокий родовой травматизм (частота разрывов мягких тканей родовых путей – 69,1%, превышающая в 2-3 раза частоту разрывов в остальных группах). Следует отметить, что при активном ведении послеродового периода во всех группах объем «кровопотери с последом» не различался (284+27 мл; 252+26 мл; 305+57 мл), и она не превышала допустимую, рассчитываемую по массе тела (363,3+14,5). Однако форсирование родов, в том числе и третьего периода (продолжительность соответственно: 9,0+1,8; 8,0+1,5; 10,5+3 мин.) может стать причиной продолжающегося массивного кровотечения после родов у особого контингента женщин, среди которых – юные и возрастные первородящие, имеющие высшее образование, занимающиеся умственным трудом, не



имеющие оптимального типа гестационной доминанты. В этих случаях недостаточная своевременность и последовательность действий медицинского персонала будет способствовать усилению кровотечения. Так, частота ручного обследования полости матки в группах, независимо от объема кровопотери, не отличалась, как и суммарная доза инъекций окситоцина, применяемых в послеродовом периоде.

Таким образом, можно выделить ряд дополнительных факторов, усугубляющих кровопотерю после родов:

- Гестоз.
- Первые роды у юных и возрастных первородящих женщин
- Ранняя амниотомия.
- Форсированные роды.
- Отсутствие дифференцированного подхода к оказанию медицинской помощи при кровопотере, превышающей 400 мл (Игнорирование операции ручного обследования полости матки).
- Тактика повторных инъекций окситоцина, усыпляющая бдительность врача, способствующая задержке частей плаценты и позднему акушерскому кровотечению.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Стольников А. И., Каргаполов А. В., Егорова И. В.**

*г. Тверь*

Ожирение у беременных — важная медико-социальная проблема (Чернуха Е.А., Шехтман Н.Н.). Частота такого осложнения беременности как гестоз у беременных с ожирением очень высока. В связи с этим, разработка новых эффективных методов прогнозирования гестоза у этих пациенток остается достаточно актуальной.

Инфракрасная спектроскопия (ИК) относится к фундаментальным методам исследования химического состава природных многокомпонентных систем. Она позволяет изучить строение молекул, характер межмолекулярных и внутримолекулярных взаимодействий.

Вместе с тем, ИК-спектроскопия является ведущим методом в изучении структурной организации водной основы тканей организма — одного из определяющих факторов нормальной жизнедеятельности всего живого. В настоящее время доказана возможность использования ИК спектроскопии как качественного, так и для количественного определения компонентов крови. Высокая информативность данного метода в диагностике и прогнозированию течения ряда заболеваний таких как, сахарный диабет, синдром поликистозных яичников, предраковые и опухолевые заболевания репродуктивных органов у женщин.

Цель: использовать ИК спектр сыворотки крови у беременных с ожирением, выявить прогностическую значимость данного метода для прогнозирования гестоза.

Методы: мы проводили ИК-спектроскопию образцов сыворотки крови, взятой натощак у обследуемых беременных с помощью аппаратно-программного комплекса «ИКАР», работающего в диапазоне длин волн от 2,86 до 10,42 мкм (3500-960 см<sup>-1</sup>) (Сертификат об утверждении типа средств измерений №5745 от 20.11.98). Спектральный диапазон определен девятью дискретными полосовыми фильтрами. В процессе анализа в кювету помещали 30 мкл исследуемой жидкости. Затем, в течение необходимого времени проводили спектрометрию. Дальнейшая обработка и визуализация данных проводилась с помощью программного пакета MATLAB (лицензия №146229). При работе на аппаратно-программной системе «ИКАР» на выходе мы получали матрицу значений коэффициентов пропускания, которая несет в себе всю информацию об исследуемом веществе, которую можно получить с помощью метода ИК-спектроскопии.

Обследовано 100 беременных соматически здоровых и 200 беременных с ожирением. Сформирована контрольная группа (1-ая), (средний возраст 23,5±5,9), в нее вошли пациентки с нор-

мальной массой тела, здоровые с физиологическим течением беременности. Беременные, у которых выявлено ожирение, составили основные группы. 2-ая — беременные с ожирением, течение беременности у которых не осложнилось развитием гестоза (24,2±6,7). 3-ья — беременные с ожирением, течение беременности у которых осложнилось развитием гестоза (26,3±7,3). Выделена группа сравнения (4-ая), в которую вошли беременные с нормальной массой тела, процесс гестации у которых осложнился развитием гестоза (27,5±5,8). Данные представлены ретроспективно.

Проведен сравнительный анализ показателей поглощения в диапазоне ИК спектра в I триместре беременности. Прослежена общая тенденция преобладания коэффициентов пропускания по всем 9-каналам у беременных 3-ей группы. Вероятно, это связано со значительным вовлечением большого количества функциональных групп химических соединений в процессы изменений метаболизма в случае ожирения у беременных ( $p > 0,05$ ). В этой связи можно предположить, что уже с первого триместра беременности в этой группе отмечается значительные изменения организменного водного компонента, видимо, играющие определенную роль в особенностях клинического течения ожирения в предгипертензионный период.

Напротив наличие только одного ожирения (2-ая группа) сопровождается некоторым уменьшением значений коэффициентов пропускания при сравнении со всеми другими группами. Это наиболее выражено при сравнении с 3-ей группой при достоверных различиях по всем каналам ( $p < 0,05$ ). Примечательно, что при сравнении с контрольной группой по 1-ому каналу ИК спектра (длина волны 3085-2732 см<sup>-1</sup>) во 2-ой группе плотность пропускания также оказалась более низкой ( $p < 0,05$ ). При сравнительном анализе данных ИК спектра у пациенток 4-ой группы между группой контроля и в ходе межгруппового сравнения достоверных различий не отмечено.

Нами прослежена динамика КП плазмы крови в ИК-диапазоне спектра в II триместре беременности. В этом периоде наибольшая плотность анализируемых образцов сыворотки крови также отмечена у пациенток 3-ей группы. Такая тенденция сохранилась относительно всех каналов, однако достоверное превышение значений над показателями в других группах отмечено лишь относительно 1-го (3500-3100 см<sup>-1</sup>) и 6-ого каналов (1543-1396 см<sup>-1</sup>) для 1-ой и 2-ой группы ( $p < 0,05$ ).

Отмечается, что при сравнении двух групп пациенток с гестозом КП были несколько выше в 3-ей группе, чем в 4-ой группе. Причем, по 1-ому каналу отмечена достоверная разница результатов ( $p < 0,05$ ). Кроме того, именно по этому каналу в 3-ей группе отмечается наибольший прирост показателей при сравнении с первым триместром ( $p < 0,05$ ). Во 2-ой группе КП по всем каналам оказались наименьшими среди всех анализируемых групп ( $p > 0,05$ ). У беременных 4-ой группы при сравнении с контролем отмечено снижение значений ИК спектра плазмы сыворотки крови ( $p > 0,05$ ).

В III триместре беременности нормальному течению беременности свойственны наибольшие результаты ИК-спектроскопии при сравнении с другими группами. Тогда как для всех групп пациенток с ожирением отмечалось некоторое уменьшение этих показателей по всем 9-ти каналам. Несколько более значительным это явление отмечено в 3-ей группе, что обеспечило значимые различия показателей при сравнении с 1-ой группой по 1,5,6 каналам ( $p < 0,05$ ). В целом же наличие гестоза на фоне ожирения сопровождалось наименьшими значениями КП при сравнении с другими группами в III триместре.

В результате сравнения данных ИК- спектроскопии в группах беременных с гестозом установлено, что КП ниже у пациенток с ожирением ( $p < 0,05$ ) по 1 и 6 каналам. Причем, эти различия выглядят более убедительными, чем данные, полученные в I и II триместрах беременности.

Нами проанализирована внутргрупповая динамика показателей значений ИК спектра плазмы крови. Так показатели КП в 1-ой группе несколько уменьшались от I к II триместру беременности ( $p > 0,05$ ). Однако уже в III показатели ИК спектра оказались наибольшими за весь гестационный период. Причем по 2,4,6,9 каналов разница достоверна.

Во 2-ой группе КП имел иной характер динамики. Так наибольшие значения получены в I триместре беременности. От II к III триместру они закономерно снижались, причем подобная тенденция сохранялась относительно всех каналов ИК спектра ( $p > 0,05$ ). В III отмечено значительное уменьшение значений ИК спектра плазмы крови. Причем относительно всех характеристических каналов получены значимые различия ( $p < 0,05$ ).

В группе сравнения с возникновением гестоза данные ИК-спектроскопии претерпели значительные изменения. Так если в I триместре у них, как и в других группах, мы отметили наибольшие показатели, то в II и III триместрах мы не регистрировали. Тогда как в III триместре беременности мы не наблюдали столь значительного уменьшения этих показателей, как у пациенток 3-ей группы.

Таким образом, метод ИК-спектроскопии достаточно перспективный и может быть использован как один из методов прогнозирования гестоза у беременных с ожирением.

## **ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

**Стрижаков А.Н., Малиновская В.В., Буданов П.В.,  
Асланов А.Г.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава*

В структуре инфекционных заболеваний половых органов у женщин вирусные инфекции встречаются у каждой пятой женщины. За последние пять лет заболеваемость инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, в России увеличилась на 37,5%. В этиологии инфекционных заболеваний гениталий преобладают смешанные инфекции. В их составе частота вирусных агентов и их ассоциаций достигает 50%. Среди инфекционных причин антенатальной смертности вирусные и смешанные — вирусно-бактериальные инфекции составляют 75%. В России подтвержденная частота перинатальной смертности в результате инфекционно-воспалительных процессов составляет около 10,1%, уступая только внутриутробной асфиксии, респираторным расстройствам и врожденным аномалиям. В акушерстве и гинекологии наибольшее значение имеют не только заболевания половых органов, но и инфекции с преобладанием экстрагенитальных поражений: генитальный герпес, папилломавирусная инфекция и цитомегаловирусная инфекция. Следует отметить, что первичное инфицирование сексуально-трансмиссивными вирусными агентами, как правило, происходит в пубертатном периоде. Среди всех женщин, контаминированных вирусами, более 60% приходится на лиц репродуктивного возраста (20-25 лет). Таким образом, к общим, типичным для всех вирусных генитальных инфекций, особенностям эпидемиологии следует отнести наиболее высокую заболеваемость в репродуктивном возрасте, высокую частоту смешанных инфекций, частую утрату трудоспособности, нарушение общего физического и нервно-психического состояния, что приводит к снижению качества жизни, ухудшению социального статуса и конфликтам в семье. При внутриутробном инфицировании резко увеличивается частота ассоциированных с вирусными поражениями осложнений беременности. Преобладают потери беременности и плацентарная недостаточность.

Цель: изучить возможности профилактического использования рекомбинантного человеческого интерферона — виферона для профилактики рецидивов генитального герпеса и цитомегалии у беременных с целью снижения частоты осложнений гестации, ассоциированных с вирусным поражением, кесарева сечения, связанного с рецидивом генитального герпеса накануне родоразрешения и внутриутробных инфекций.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 78 женщин с генитальным герпесом и 52 женщин с цитомегаловирусной инфекцией, диагностированными более чем за год до наступления

беременности. Группы сравнения составили 25 женщин с рецидивирующим генитальным герпесом, получавшие системную терапию ацикловиром только во время обострений и 20 женщин с положительным уровнем IgG и сероконверсией IgM к цитомегаловирусу в третьем триместре беременности. Частота рецидивов генитального герпеса до наступления беременности в среднем составляла  $6,23 \pm 2,1$  в год, во время беременности —  $4,88 \pm 3,05$ . Основной противовирусный курс виферонотерапии назначали в 28-30 недель. Назначали виферон-2 по 1 свече через 12 ч (20 свечей), затем по 1 свече через 12 ч 2 раза в неделю (10 свечей).

Результаты: положительная динамика показателей интерфероновой статусы сопровождалась снижением частоты репликативных форм ВПГ-инфекции с 79,3% до 45%. Частота рецидивов генитального герпеса, преимущественно за счет типичной его формы, тяжелого и среднетяжелого течения, сократилась в 2 раза. Отмечены устойчивые значения уровня специфических антицитомегаловирусных иммуноглобулинов класса G. Во всех наблюдениях не было ни одной сероконверсии IgM, что позволяет утверждать об отсутствии рецидивов ЦМВ-инфекции на фоне терапии вифероном. Уменьшилась частота рецидивов бактериального вагиноза у беременных, инфицированных микоплазмами и уреоплазмами — с 51 до 28,8%. В целом снизилось общее число осложнений беременности, таких как угроза прерывания беременности с 62 до 31,9%; многоводия с 30,3 до 10%; маловодия с 28,4 до 9% и гестоза с 40 до 16,7%. Уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса накануне родоразрешения и акушерских осложнений, ассоциированных с инфекционным процессом, привело к снижению частоты оперативного родоразрешения до 16,15%. При этом общая перинатальная заболеваемость не превышала 261,54%, а доля инфекционной заболеваемости новорожденных составила 12,4% (32,4%).

Выводы: в лечении больных с цитомегалией эффективны специфические и неспецифические варианты иммунной терапии. Наибольшую эффективность при любой форме инфекции оказывают специфические антицитомегаловирусные иммуноглобулины и интерфероны. При острых герпесвирусных заболеваниях первоочередной задачей является подавление репродукции вирусов, а при рецидивирующих — повышение иммунного ответа.

При использовании современного рекомбинантного интерферона-виферона осложнений и побочных эффектов не установлено, форма в виде ректальных суппозиторий является наиболее удобной, так как не вызывает затруднений при введении, а быстрое всасывание препарата позволяет получить терапевтический эффект сразу после введения.

При цитомегаловирусной инфекции интерферонотерапия позволяет сохранить стойкое напряжение специфического иммунитета, избежать рецидивов ЦМВ-инфекции. При профилактике генитального герпеса у беременных целесообразно использование интерферонов в комплексе с антиоксидантами, что присуще виферону, который имеет ряд преимуществ по сравнению с другими препаратами интерферона. Применение интерферонов в качестве профилактики ассоциированных с вирусными инфекциями осложнений в сроке гестации 28 недель позволяет снизить вероятность рецидивов генитального герпеса в 2 раза, уменьшить частоту оперативного родоразрешения и избежать тяжелых перинатальных поражений.

## **АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕСТОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Стрижаков А.Н., Мусаев З.М.**

*Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава*

Тяжелый гестоз — грозное акушерское осложнение, нередко приводящее к инвалидизации беременной и высоким перинатальным потерям. Частота фетоплацентарной недостаточности при тяже-

лых формах гестоза достигает 50-70%, а перинатальные потери — 20-30%. Декомпенсированная плацентарная недостаточность является одной из наиболее частых причин нарушений адаптации новорожденных в неонатальном периоде, высокой перинатальной и младенческой заболеваемости, задержки психомоторного развития детей. Общеизвестно, что наличие фетоплацентарной недостаточности является критерием длительно протекающего заболевания, однако до настоящего времени отмечаются случаи неоправданного пролонгирования беременности, что приводит к развитию таких осложнений, как преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия и эклампсия, синдрому задержки роста плода и его антенатальной гибели.

В связи с этим целью нашего исследования явилась разработка современной системы диагностики и акушерской тактики у беременных с гестозом и декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности.

Всего было обследовано 36 беременных и родильниц с гестозом и декомпенсированной фетоплацентарной недостаточностью. Средний возраст пациенток составил  $29,3 \pm 1,2$  года. Соматический анамнез был отягощен у 29 (80,1%) беременных. Осложненное течение первой половины данной беременности (ранний токсикоз, угроза выкидыша) отмечалось у 26 (72,2%).

Методы исследования: общеклиническое обследование, исследование центральной материнской гемодинамики методом эхокардиографии с вычислением ударного (УИ), сердечного (СИ) индексов и ОПСС, ультразвуковое и исследование, доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод.

Все беременные поступали на плановую госпитализацию с диагнозом «Гестоз, фетоплацентарная недостаточность. При поступлении состояние большинства пациенток было расценено как удовлетворительное. Субъективных жалоб не предъявляла ни одна пациентка. При детальном сборе анамнеза было установлено, что первые клинические проявления гестоза отмечались у беременных в среднем за  $3,4 \pm 0,6$  (от 3 до 5) недель до поступления и проявлялись в однократного повышения артериального давления, патологической прибавки массы тела, переходящей протеинурии и трактовались врачами женской консультации как «транзиторная гипертензия», «водянка беременных», «НЦД по гипертоническому типу». Обращает особое внимание раннее начало плацентарной недостаточности, причем у 19 (52,8%) пациенток синдром задержки роста плода, выявленный при объективном и подтвержденный при ультразвуковом исследовании, являлся первым клиническим симптомом гестоза.

При объективном исследовании было установлено, что тахикардия отмечалась только у 5 (13,8%). Средние численные значения систолического АД составили  $138 \pm 8$  мм рт. ст., однако отмечалось значительное повышение средних численных значений диастолического АД ( $103 \pm 5$  мм рт. ст.). Отечный синдром I степени был выявлен только у 19 (52,8%) беременных, протеинурия — у 16 (41,7%). Классической триады симптомов не было ни у одной пациентки. У всех беременных было выявлено выраженное отставание размеров окружности живота и высоты стояния дна матки от гестационного срока.

Таким образом, несмотря на отсутствие жалоб, комплексное общеклиническое обследование позволило установить у всех пациенток наличие длительно текущей (более 3 недель) нефропатии.

Наиболее важные данные были получены при исследовании центральной материнской гемодинамики. У беременных с гестозом превалировал гипокинетический тип материнской гемодинамики — 31 наблюдение (86,1%) и только у 5 (13,9%) — эукинетический. Гиперкинетический тип ЦМГ не был выявлен ни в одном наблюдении. Средние численные значения ОПСС составили  $2787 \pm 124$  дин, что в 2,5 раза превышает аналогичный показатель при неосложненной беременности.

При ультразвуковом исследовании у 21 (58,3%) беременной была выявлена внутриутробная задержка роста плода II степени, у 15 (41,7%) — III степени. При доплерометрическом исследовании у всех пациенток было диагностировано критическое состояние плодово-плацентарного кровообращения: у 24 (66,7%) — отсутствие диастолического компонента кровотока в артерии пуповины, у 12

(23,3%) — ретроградный ток крови в конце диастолы. Таким образом у всех беременных была диагностирована декомпенсированная плацентарная недостаточность. Особого внимания заслуживает тот факт, что нарушения маточно-плацентарного кровотока было диагностировано в 100% наблюдений, в том числе у 32 (88,9%) — двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях.

Таким образом, применение комплексного ультразвукового, эхокардиографического и доплерометрического обследования позволило выявить объективные критерии тяжелого течения гестоза.

Все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном и срочном порядке. Показанием к операции являлось сочетание тяжелого гестоза с декомпенсированной фетоплацентарной недостаточностью. Средний срок родоразрешения составил  $33,4 \pm 1,7$  нед (от 29 до 36 нед). Средняя масса новорожденных составила  $1450 \pm 207$  г. С признаками ВЗРП родились все дети, причем преобладала II и III степени тяжести синдрома (7 и 11 детей соответственно). Все новорожденные нуждались в проведении реанимационных мероприятий с последующим переводом в отделение детской реанимации.

Тяжесть течения гестоза объективно подтверждают особенности течения послеродового периода. В послеоперационном периоде у всех родильниц отмечалась поздняя регрессия клинических симптомов гестоза, что потребовало их пребывания в палате интенсивной терапии (в среднем  $2,3 \pm 0,6$  дней). Только у 3 (8,3%) пациенток нормализация гемодинамических показателей (ЧСС, АД) произошла на 4-5 сутки, у 14 (38,9%) — на 7-8 сутки и у 19 (52,8%) — на 9-10 сутки. Нормализация ОПСС наблюдалась в среднем только на 9-11 сутки послеродового периода.

Таким образом, беременных с фетоплацентарной недостаточностью необходимо рассматривать как пациенток группы высокого риска возникновения гестоза. В данном случае для адекватной оценки степени тяжести гестоза и фетоплацентарной недостаточности необходимо проводить исследование ЦМГ и состояния фетоплацентарного комплекса. Особое внимание следует уделять исходному типу ЦМГ, численным показателям ОПСС и степени тяжести фетоплацентарной недостаточности. Сочетание длительно текущего гестоза с фетоплацентарной недостаточностью является четким диагностическим признаком тяжелого течения гестоза и является показанием к досрочному родоразрешению.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАНИЙ И ЧАСТОТА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Тимохина Т.Ф., Рыбин М.В., Мартиросова А.Л.

Россия, Москва, ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, Городская клиническая больница № 7

В последние годы в России отмечается устойчивая тенденция роста частоты операции кесарева сечения, что сочетается с уменьшением показателей материнской и перинатальной смертности. В то же время зависимость между увеличением числа операций кесарева сечения и снижением показателей смертности не является прямо пропорциональной, сохраняется достаточно высокий уровень перинатальной заболеваемости, что обусловлено влиянием более широкого круга факторов, связанных со здоровьем матерей.

На протяжении последних лет главными причинами материнской смертности в России остаются кровотечения и гестоз, в Москве в последние годы значительно вырос удельный вес экстрагенитальной патологии (Курцер М.А., 2004; Фролова О.Г., 2004). Основной причиной перинатальной смертности является внутриутробная гипоксия и асфиксия плода в родах, на долю которой приходится более 70% репродуктивных потерь (Бурдули Г.М. и соавт., 1997). При этом наиболее часто гибнут недоношенные, перенесенные дети, а также крупные доношенные с неблагоприятными вариантами предлежания (задний вид головного, тазовое предлежание) (Стрижаков А.Н. и соавт., 2000).

Наиболее высокий процент женщин с экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями беременности отмечается в родильных отделениях при многопрофильных больницах, которые обладают необходимым медицинским оборудованием и штатом консультантов по смежным с акушерством специальностям. В связи с этим является актуальной оценка роста частоты операции кесарева сечения с учетом изменений в структуре показаний по данным родильного дома при многопрофильной больнице.

В последние годы кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ ВПО ММА имени И.М.Сеченова на базе родильного дома ГКБ №7 г. Москвы разрабатывались пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, которые, кроме организационных мероприятий, улучшения качества дородового наблюдения и интранатального ведения, включали изменение подходов к определению сроков и методов родоразрешения.

В основу были положены принципы выбора метода родоразрешения, основанные на снижении риска перинатальной и материнской заболеваемости и смертности на основе объективных критериев, получаемых в результате применения современных дополнительных методов диагностики, а также расширения показаний к плановому кесареву сечению у женщин группы высокого риска (тазовое предлежание плода, отягощенный акушерский анамнез в сочетании с другой акушерской или экстрагенитальной патологией и др.).

Для оценки изменений структуры показаний и частоты кесарева сечения проведен ретроспективный анализ данных об оперативном родоразрешении в родильном доме при ГКБ №7 за последние 7 лет. Анализ проведен по 1986 историям родов женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения.

В течение изученного периода частота операции кесарева сечения увеличилась на 4 процента и составила 25,9%.

Как показал анализ структуры показаний к оперативному родоразрешению, в 1998 году наиболее часто кесарево сечение производили у женщин с рубцом на матке (18,3%). В настоящее время число женщин с данным показанием к абдоминальному родоразрешению фактически не изменилось (17,5%). Отмечено увеличение количества операций производимых в связи с наличием дистресса плода (10,5% против 12,8%), тазового предлежания (9,3% против 12,4%), также незначительно (с 15,7% до 16,7%) возрос процент операций производимых в связи наличием отягощенного акушерского анамнеза (возрастные первородящие, с бесплодием, невынашиванием беременности, экстракорпоральным оплодотворением и др.).

Изменение подходов к дородовому наблюдению женщин группы риска, внедрение современных технологий к ведению женщин с гестозом, невынашиванием и перенашиванием беременности позволило снизить процент операций по поводу аномалий расположения и преждевременной отслойки плаценты (с 7,2% до 5,1%), тяжелых форм гестоза (с 10,5 до 5,6%), а также аномалий родовой деятельности (с 12,5% до 5,1%).

В то же время заметно увеличилось количество женщин, которым абдоминальное родоразрешение было показано в связи с наличием экстрагенитальной патологии. Первое место в этой группе на протяжении последних лет стабильно занимает миопия высокой степени с изменениями на глазном дне. В настоящее время на их долю приходится 8,1% операций кесарева сечения. Однако в последние время в структуре показаний к абдоминальному родоразрешению прогрессивно увеличивается количество женщин с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, на которых приходится 7,7% операций. Среди показаний из этой группы в последнее время встречались: артериовенозные мальформации сосудов головного мозга, киста головного мозга, посттравматическая энцефалопатия, синдром ликворной гипертензии, разрыв лонного сочленения и др. Учитывая высокую частоту экстрагенитальной патологии сочетанной с другими акушерскими осложнениями (острый лейкоз или прогрессирующая тяжелая анемия и гестоз и/или фетоплацентарная недостаточность, острый пиелонефрит и инфекционно-токсический шок и др.), когда оперативное родоразрешение производили досрочно по тяжести состояния

беременной, общее количество операций производимых у женщин с экстрагенитальной патологией приближается к 18% и выходит на одно из первых мест в структуре.

Следует заметить, что при снижении материнской и перинатальной смертности, не наблюдается адекватного уменьшения показателей перинатальной заболеваемости. Необходимость досрочного родоразрешения беременных с тяжелыми формами экстрагенитальной патологии, гестоза, фетоплацентарной недостаточности закономерно сочетается с увеличением количества недоношенных детей, нуждающихся в интенсивной терапии и длительном выхаживании. Для решения этой проблемы необходим комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, которые необходимо осуществлять в группе риска уже на стадии предгравидарной подготовки и ранних сроков беременности, что позволит снизить частоту гестационных осложнений и показаний к досрочному родоразрешению.

Таким образом, в последние годы рост частоты операции кесарева сечения обусловлен, как улучшением качества дородовой диагностики нарушений состояния плода и матери, позволяющим своевременно предупредить развитие тяжелых осложнений путем своевременного и бережного родоразрешения, так и объективным увеличением количества женщин с тяжелой соматической патологией, которым противопоказаны роды через естественные родовые пути.

## **ЗНАЧЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГЕМОДИНАМИКИ В СОСУДАХ ВЕРТЕБРАЛЬНО- БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ОТЯГОЩЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ВЫБОРЕ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ**

**Стрижаков А.Н. \*, Игнатко И.В. \*, Гасангаджиева Г.А. \*\*,  
Ефимов М.С. \*\*, Ватолин К.В. \*\*, Кунешко Н.**

*Россия, Москва, \* ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, \*\*  
Российская медицинская академия постдипломного образования*

С целью выявления закономерностей становления кровообращения в вертебрально-базиллярной системе у плода в различных сроках гестации и оценки их зависимости от характера течения беременности проведено комплексное динамическое ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока плода у 71 беременной женщины. Было обследовано 46 (67,6%) женщин из консультативно-диагностического центра и 25 (32,4%) женщин из отделения патологии беременности родильного дома при ГКБ № 7 г. Москвы. Исследование проводилось трёхкратно, в сроке гестации от 26 до 32 недель, от 32 до 37 недель, после 37 недель.

Материалы и методы. Неосложненное течение беременности отмечено у 25 (35,2%) женщин — контрольная группа. Основную группу составили 46 беременных с отягощенным течением гестационного процесса. Из них у 21 (29,6%) женщины течение беременности было отягощено угрозой преждевременных родов (1 подгруппа), у 25 (35,2%) — гестозом различной степени тяжести (отёки, протеинурия, гипертензия) (2 подгруппа). ФПН на разных сроках гестации была диагностирована у 19 (41,3%) беременных: у 7 (33%) женщин 1 подгруппы и 12 (48%) 2-й подгруппы основной группы. Развитие СЗРП выявлено в 3 (14%) и 5 (20%) наблюдениях соответственно, что в целом составило 17,4% всех женщин с отягощенным течением беременности. У всех обследованных женщин диагностировано головное предлежание плода. Исследование кровотока методом доплерографии в церебральных сосудах плода проводилось в ходе традиционного ультразвукового исследования беременных женщин. Ультразвуковое исследование включало

фетометрию, плацентографию, оценку количества околоплодных вод. Исследования проводили на ультразвуковых диагностических аппаратах Aloka SSD-2000, Logiq-400, Acuson 128/XP10 секторным датчиком 3,5 МГц, в режиме энергетического доплера и цветового доплеровского картирования. Кровоток изучался при косом поперечном сканировании верхней части живота беременной. Исследовалась гемодинамика в артерии пуповины (АП), маточных артериях (МА), средних мозговых артериях (СМА) и сосудах вертебрально-базиллярной системы плода — базиллярной артерии (БА) и позвоночных артериях (ПА). Средний возраст женщин контрольной группы составил  $23,6 \pm 3,8$ ; основной группы 1 подгруппы (с угрозой преждевременных родов) —  $25,6 \pm 4,5$ ; 2 подгруппы (с гестозом разной степени тяжести) —  $28,8 \pm 5,2$  лет. Заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной систем у беременных контрольной группы выявлено не было. Отягощенный соматический анамнез (патология органов мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, респираторного тракта, эндокринной системы, ВСД по гипо/гипертензивному типу, ревматизм, варикозная болезнь вен нижних конечностей) отмечен у 15 (71,4%) из 1 подгруппы и у 18 (72%) из 2 подгруппы основной группы. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (хронические воспалительные заболевания, инфекции, передающиеся половым путем, нарушения менструальной функции, прерывания беременности в анамнезе) выявлены в контрольной группе у 7 (28%), в 1 подгруппе основной группы — у 18 (85,7%), во 2 подгруппе — у 13 (52%) женщин. Среди особенностей анамнеза стоит отметить высокую частоту ИППП, выявленных до беременности. В 1 подгруппе они встречались у 11 (52,3%) женщин, что в 2,2 и 1,8 раза выше, чем в контрольной и в группе женщин, у которых беременность осложнилась гестозом — 5 (20%) и 7 (28%) пациенток соответственно.

Результаты. Анализ кровотока во всех исследуемых сосудах вертебрально-базиллярной системы и средней мозговой артерии плода при неосложненной беременности выявил характерный для артериальной системы спектр скоростей, отличающийся двухфазностью, а также достоверное снижение СДО, ИР и ПИ на протяжении триместра. Связано это с увеличением диаметра кровеносных сосудов, повышением скоростных показателей кровотока, формированием капиллярной сети. Ко времени рождения у плода созревают основные механизмы регуляции сердечной деятельности, системного и регионарного кровообращения, дыхания и др. Именно к этому времени сосудистая система головного мозга плода считается подготовленной к перегрузкам, неизбежным в процессе прохождения по родовым путям. Кроме того, к доношенному сроку гестации включаются механизмы ауторегуляции, позволяющей адаптироваться к условиям внеутробного существования. При гестозе развивается генерализованный спазм (преимущественно в артериальном звене кровообращения). В том числе маточных и спиральных артерий, что способствует нарушению маточно-плацентарного кровообращения, которое в свою очередь вызывает нарушение плодового и плодово-плацентарного кровотока. Возникающие гемодинамические нарушения приводят к хронической гипоксии и СЗРП. Тяжесть нарушений МПП гемодинамики находится в прямой зависимости от степени тяжести и длительности течения гестоза. Доплерографически выявляется значительное снижение диастолической скорости кровотока вплоть до нулевых значений, появление дикротической выемки в фазу ранней диастолы с одновременным повышением индекса сопротивления. Наиболее прогностически неблагоприятным признаком является появление ретроградного кровотока в фазу диастолы, что не было отмечено ни в одном из наблюдений. Нами были выявлены 5 (20%) наблюдений нарушений гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе плода у беременных с гестозом. Все указанные изменения возникали на фоне выраженных нарушений маточно-плацентарно-плодовой (2 степень) или плодово-плацентарной гемодинамики (повышение СДО в артерии пуповины более 4,0). При этом нарушения выявлялись одновременно в позвоночных артериях и базиллярной артерии. В церебральных сосудах (средней мозговой артерии) нарушения носят,

как правило, вторичный характер, при развитии гипоксии плода. В нашем исследовании в 4 (16%) наблюдениях было отмечено повышение снижения диастолического компонента кровотока в СМА. Причем в 3 наблюдениях указанные изменения не сочетались с нарушениями кровотока в вертебрально-базиллярной системе плода, а отмечались при наличии признаков гипоксии по данным кардиотокографии. Во всех церебральных сосудах плода при неотягощенном течении беременности выявлено увеличение скоростных показателей с преимущественным повышением диастолического компонента с одновременным равномерным снижением ИР, ИП и СДО. Диагностическими признаками плацентарной недостаточности являются не только изменения плодово-плацентарной и маточно-плацентарной гемодинамики, но и плодового кровотока, в том числе нарушений кровотока в вертебрально-базиллярной системе плода. К показателям, характеризующим нарушения кровотока в позвоночных артериях, относятся симметричное или асимметричное повышение СДО более 4,0, ПИ более 1,7; в базиллярной артерии — повышение СДО более 4,2, ПИ — более 1,8.

Выводы. При угрозе прерывания беременности нарушения гемодинамики более выражены в плодово-плацентарном звене и регионарных сосудах плода, в том числе и в вертебрально-базиллярной системе, однако при раннем начале терапии указанного осложнения беременности и плацентарной недостаточности в динамике характеризуются нормализацией. При гестозе нарушения определяются степенью тяжести плацентарной недостаточности, наличием гипоксии плода и формированием СЗРП. Нарушения плодового кровотока возникают на фоне выраженных нарушений маточно-плацентарной гемодинамики, а нарушения мозгового кровотока зависят не столько от нарушений кровотока в вертебрально-базиллярной системе плода, сколько от выраженности гипоксии.

Полученные данные позволяют своевременно оценить церебральную гемодинамику и кровоток в вертебрально-базиллярной системе плода, рационально подходить к терапии плацентарной недостаточности, а также дифференцировать их от нарушений, возникших в постнатальном периоде.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Субботина О.Ю., Абрамченко В.В., Панкратова В.В.

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

Нами проанализировано 179 случаев преждевременных родов. Из них: родоразрешены через естественные родовые пути 99 (55,3%) пациенток, путем операции кесарева сечения — 80 (44,7%) пациенток.

Результаты исследования. Наиболее значимыми среди факторов, связанных с развитием преждевременных родов, являлись следующие:

1. Гинекологические заболевания в анамнезе, большей частью воспалительной природы, которые наблюдались у 89 (49,7%) женщин.
  2. Нарушение менструального цикла у 104 (58,1%) женщин.
  3. Среди экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались: хронический пиелонефрит у 49 (27,4%) и сахарный диабет у 34 (19%) женщин.
  4. Возраст женщин до 20 лет — 22 (12,3%) и старше 30 лет — 50 (29%) пациенток.
  5. Преждевременные роды в анамнезе у 54 (30,2%) женщин.
  6. Осложнение текущей беременности в виде позднего гестоза у 46 (25,7%), т.е. у каждой четвертой пациентки.
  7. Преждевременный разрыв плодных оболочек у 69 (38,5%) женщин.
- Анализ времени начала преждевременного разрыва плодных оболочек показал, что преждевременное излитие околоплодных вод чаще происходит в ночные часы, а раннее излитие вод — в утренние часы.

Большое значение в выборе тактики ведения преждевременных родов занимает подготовленность мягких родовых путей к родам,

в частности, раскрытие маточного зева. В исследованной группе женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, при поступлении у 59 (59,6%), из них у 28 (28,3%) зев был закрыт, у 31 (31,3%) раскрытие маточного зева составило 1-2 см и было возможно устранение сократительной деятельности матки на сутки и более при помощи медикаментозных средств. В качестве сохраняющей терапии использовался медикаментозный сон-отдых (фентанил, реланиум, димедрол, дроперидол) у 49 (49,5%) женщин и -адреномиметики (партусистен, гинипрал) у 29 (29,3%) женщин. Кроме вышеуказанных препаратов, в родах использовались следующие лекарственные средства: спазмолитики (но-шпа, баралгин) у 61 (61,6%), у 66 (66,7%) создавался гормонально-глюкозо-витамино-кальциевый фон. С целью профилактики дистресс-синдрома плода применялся сигетин у 49 (43,4%); женщин и дексаметазон у 30 (30,3%) женщин.

Родовозбуждение по схеме хинин-окситоцин применялось у 35 (35,4%) женщин, при этом регулярная родовая деятельность развивалась у 21 (60%) женщин, а в остальных 40% проводилась родостимуляция путем внутривенного капельного введения простагландинов.

В группе исследованных женщин отмечалась тенденция к слабости родовой деятельности:

1. Регулярные схватки, слабые по силе — у каждой пятой роженицы.
2. Регулярные схватки, по продолжительности менее 40 секунд — у 48 (48,5%) рожениц.
3. Регулярные схватки, с интервалом более 5 минут — у 28 (28,2%) рожениц.

Родостимуляция проводилась 35 (35,4%) роженицам.

При анализе продолжительности преждевременных родов у 66 (66,6%) женщин роды были нормальными, у 24 (24,3%) — быстрыми, у 9 (9,1%) — стремительными.

Общая продолжительность родов у первородящих составила  $9,2 \pm 0,5$  часа, у повторнородящих  $6,05 \pm 0,2$  часа. Длительность родов при применении родовозбуждения по схеме хинин-окситоцин составила у первородящих женщин  $11,0 \pm 0,6$  часа, у повторнородящих  $6,9 \pm 0,9$  часа, длительность родов при родостимуляции у первородящих женщин составила  $10,1 \pm 0,1$  часа, у повторнородящих  $6,5 \pm 0,2$  часа.

Обращает на себя внимание высокий процент женщин — 80 (44,7%), родоразрешенных путем операции кесарева сечения, при этом, почти в половине случаев оно производилось в плановом порядке.

Основными показаниями к оперативному родоразрешению являлись:

1. Отсутствие эффекта от терапии, направленной на ликвидацию гестоза — 31 (38,8%).
2. Развитие острой гипоксии плода — 15 (18,8%).
3. Первичная слабость родовой деятельности — 8 (10%).
4. Длительный безводный промежуток — 8 (10%).
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 7 (8,7%).
6. Предлежание плаценты — 4 (5%).
7. Несостоятельность рубца на матке — 1 (1,2%).
8. Тяжелые экстрагенитальные заболевания, одним из которых являлся сахарный диабет — 6 (7,5%).

По нашим данным, сахарный диабет встречается у 19 (23,8%) женщин, родоразрешенных абдоминальным путем, и у 15 (15,2%), родивших самостоятельно.

Показаниями к кесареву сечению при сахарном диабете являлись: хроническая фетоплацентарная недостаточность, диабетическая фетопатия, исключение родовой деятельности у женщин с нарастанием явлений позднего гестоза на фоне тяжелого и длительного течения некомпенсированного сахарного диабета.

При оценке по шкале Апгар 78 (78,8%) новорожденных, родившихся через естественные пути, и 57 (71,1%) новорожденных, родившихся в результате операции кесарева сечения, были оценены от 7 до 9 баллов, оценку в 4-6 баллов получили 8 (8,1%) и 15 (18,8%) соответственно, в тяжелой асфиксии родилось 6 (6%) и 5 (6,3%) детей.

Мертворожденных детей при кесаревом сечении было 2 (2,5%), при родоразрешении через естественные родовые пути — 8 (8,1%).

Данные кардиотокограммы, проведенные перед родами, выявили начальные признаки страдания плода, что свидетельствует о начальной стадии гипоксии.

Данные о росте (средний рост  $44,2 \pm 1,04$  см) и весе (средний вес  $2482 \pm 170$  г) новорожденных соответствуют сроку гестации около 36 недель, что совпадает в 60% случаев сроку преждевременных родов в исследованной группе женщин, и свидетельствует о более или менее выраженном соответствии развития плода сроку гестации.

Факт потери массы тела в первые дни жизни новорожденного, величиной в среднем 7,1% от исходной, а также восстановление первоначального веса к моменту выписки отмечен всего лишь у 47 (26,3%) детей, что свидетельствует о недостаточности компенсаторных и приспособительных возможностей организма новорожденного.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА ХОФИТОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

**Субханкулова С.Ф., Габидуллина Р.И., Субханкулова А.Ф.**

*Казанская Государственная медицинская академия, кафедра терапии и семейной медицины; Казанский Государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Казань.*

Цель исследования: изучение уровня системной эндотоксинемии у беременных, страдающих запорами, и оценка эффективности желчегонного препарата Хофитол при их лечении.

Материалы и методы: Обследованы 35 беременных женщины, средний возраст составил  $25 \pm 1,2$  лет, на различных сроках гестации (I-III триместры). Запорами до беременности страдали 18 женщин (51,4%), хроническим гастроуденитом 9 (25,7%), хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей — 7 (20%). У всех пациенток экстрагенитальные заболевания были в стадии ремиссии, некоторые женщины имели в анамнезе сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний. Женщинам проводилось УЗИ для оценки моторной функции желчевыводящих путей натощак и через 40 мин. после пищевой нагрузки. Изучались биохимические показатели и уровень эндотоксинемии сыворотки крови до и после лечения, а также состав микрофлоры кишечника (анализ кала на дисбактериоз). Беременным проведен курс лечения Хофитолом в дозировке 1 таблетка 2-3 раза в день в течение 1 месяца.

В результате обследования беременных с запорами было выявлено замедленное опорожнение желчного пузыря и снижение двигательной функции. Биохимические показатели (билирубин, общий белок, холестерин, трансаминазы) у обследуемых беременных оказались в пределах нормы. Уровень эндотоксинемии составил от 0,4 до 1,8 Ед/мл (среднее значение —  $1,21 \pm 0,15$  Ед/мл). Бактериологическое исследование кала выявило дефицит нормальной микрофлоры — бифидобактерий до 107-108, лактобацилл <105-106, молочнокислого стрептококка < 105.

Хорошего клинического эффекта лечения удалось достичь у 24 беременных (68,6%). У них полностью купировались запоры, исчезло вздутие живота и чувство неполного опорожнения. У 11 пациенток (31,4%) запоры сохранялись, несмотря на увеличение дозы препарата до 2 таблеток 3 раза в день. У этих пациенток был хронический запор с детства, 5 из них постоянно пользовались очистительными клизмами, а 6 — раздражающими слабительными (препаратами сенны и бисакодилом). Попытка лечения этих пациенток с помощью лактулозы (препарат дюфалак) также не увенчалась успехом.

По данным УЗИ моторная функция желчного пузыря у всех пациенток осталась сниженной, что обусловлено холеретическим, а не холекинетическим эффектом хофитола. Биохимические

показатели практически не изменились. Уровень эндотоксинемии достоверно снизился у 23 пациенток (65,7%) — среднее значение составило  $0,64 \pm 0,13$  Ед/мл. У этих пациенток возросло или нормализовалось количество бифидум и лактобактерий в анализе кала. У 12 пациенток (34,3%) уровень эндотоксинемии вырос до  $1,69 \pm 0,48$  Ед/мл, соответственно у них сохранился и дефицит нормальной микрофлоры. В эту группу входили 11 женщин, у которых не удалось ликвидировать запоры с помощью Хофитола. В последующем пациенткам назначался поддерживающий курс лечения Хофитолом по 1-2 недели в сочетании с диетой, богатой клетчаткой (овощи, фрукты, пшеничные отруби и т.д.) до конца беременности.

Заключение: Таким образом, у беременных, страдающих запорами на фоне дискинезии ЖВП, происходит нарушение нормального состава микрофлоры и поступление эндотоксинов в системный кровоток, что создаёт порочный круг, ключевым звеном которого является желчевыделительная функция печени. При воздействии на это звено препаратом Хофитол нами получен положительный эффект, выражавшийся в снижении уровня сывороточного эндотоксина, нормализации кишечной микрофлоры (в первую очередь нормофлоры) и ликвидации запоров у большинства беременных. У 11 беременных при сохранении запоров на фоне приема Хофитола, не произошло нормализации микрофлоры кишечника и не выявлено уменьшения уровня сывороточного эндотоксина. По всей видимости, эти беременные требуют дополнительных методов лечения.

## НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

**Сысоев Д.А., Прохоров В.Н., Кононова И.Н. Коротовских Л.И.**  
*Россия, Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета*

Нарушения сосудистого тонуса, центральной гемодинамики и микроциркуляции являются фактором риска развития осложненной беременности и родов, увеличения перинатальной заболеваемости и смертности. Артериальная гипертензия, гипотензия и вегетососудистая дистония требуют ранней диагностики и адекватной оценки тяжести состояния.

Цель исследования: на основании изучения адаптационного процесса вегетативной нервной системы у беременных с синдромом вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу и у здоровых беременных сделать заключение о влиянии вегетативной дисфункции на течение беременности и ее роли в возникновении акушерских и перинатальных осложнений.

Материалы и методы: комплексно было обследовано 116 беременных женщин с синдромом вегетососудистой дистонии (ВСД) по гипотоническому типу (основная группа) и 38 здоровых женщин с неосложненным течением беременности (контрольная группа) в сроках от 20 до 28 недель. Обследование включало в себя:

Математический анализ ритма сердца — кардиоинтервалография по Баевскому Р.М. (анализ 300 кардиоинтервалов) с расчетом следующих показателей: мода (Мо, с.) — наиболее часто встречающаяся продолжительность кардиоинтервала; амплитуда моды (Амо, %) — вероятность моды; вариационный размах (Х, с.) — разница между максимальным и минимальным кардиоинтервалом, индекс напряжения Баевского (ИН, усл.ед.), индекс вегетативного равновесия (ИВР, усл.ед.).

Тетраполярная реография по Cubicek W. (РПГ2-02) с определением ударного объема (УО, мл), минутного объема крови (МОК, л/мин.), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС,  $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$ ), а также измерение среднего артериального давления

(САД, мм. рт. ст.) и частоты сердечных сокращений (ЧСС, мин-1).

Оценка функционального состояния фетоплацентарного комплекса: ультразвуковая фетометрия и доплерометрия, уровень трофобластического -гликопротеина.

Математический анализ ритма сердца позволяет определить состояние вегетативного гомеостаза и является методом оценки степени напряжения регуляторных механизмов, позволяет охарактеризовать различные состояния организма, обусловленные изменениями вегетативной нервной системы (ВНС), установить тип регуляции ритма сердца: нормо-, ваго- или симпатикотонический.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин в группах составлял  $24,7 \pm 1,6$  года и  $23,3 \pm 1,9$  года соответственно. Течение беременности в основной группе осложнилось ранним токсикозом у 76 женщин (65,5%), угрозой прерывания беременности у 42 пациенток (36,2%), ранней манифестацией первичной плацентарной недостаточности у 23 пациенток (19,8%). Симптомокомплекс ВСД был выявлен до беременности: слабость, головокружение, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, появление “мушек” перед глазами при переходе в ортостаз, плохой сон, ортостатическая гипотензия. Артериальное давление (АД) у всех женщин основной группы до 28 недели беременности не поднималась выше 100/60 мм. рт. ст. Изменения, наблюдаемые в ВНС у здоровых беременных к концу второго триместра известны: снижается Мо, Х, умеренно увеличивается ИН; повышается активность симпатического отдела ВНС, происходит перестройка функционирования трофотропных образований ВНС. Эти изменения можно охарактеризовать как напряжение адаптационных механизмов организма беременной женщины.

Результаты математического анализа ритма сердца в основной группе указывают на явления нарушения адаптационных систем при ВСД: состояние перенапряжения-истощения регуляторных механизмов — одновременная активация автономных и центральных звеньев управления, снижение активности симпатoadреналовой системы, усиление активности парасимпатической системы, рассогласование различных звеньев системы управления (Мо  $0,69 \pm 0,03$  с., Х  $0,21 \pm 0,01$  с., ИН  $112,5 \pm 5,8$  усл.ед., ИВР  $155,2 \pm 7,1$  усл.ед.).

Подобное напряжение вегетативных регуляторных механизмов на фоне ВСД отражает неадекватную системную ответную реакцию на беременность, что воплощается в возникновении и прогрессировании осложнений беременности, патогенетически связанных с дисфункцией регуляторных систем (токсикозы беременных, угроза прерывания беременности, нарушения гемореологии и микроциркуляции).

Гемодинамические параметры основной группы отражают изменения вегетативной регуляции при ВСД. В основной группе просматривается тенденция к формированию гипокинетического типа кровообращения (УО  $53,1 \pm 3,5$  мл, МОК  $4,19 \pm 0,31$  л/мин, ОПСС  $131-8,2 \pm 29,2$   $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$  при среднем АД 72,2 мм. рт. ст. и пульсовом давлении 36,5 мм. рт. ст.). Раннее формирование гипокинетического типа центральной гемодинамики на фоне ВСД осложняет течение беременности развитием акушерской и перинатальной патологии: у пациенток данной группы в 88,6 % случаев наблюдается осложненное течение беременности. При этом акушерская патология имеет затяжной характер, трудно поддается лечению. Так, токсикозы первой половины беременности в 43,9 % случаев протекали в форме средней степени тяжести или тяжелой форме, отмечалось длительное их течение, стандартные лечебные мероприятия были не всегда эффективны. Проявления первичной плацентарной недостаточности наблюдались у беременных с ВСД к 20-23 неделе. Так, 23,5 % плодов имели значение среднего диаметра живота ниже 25 перцентилей по данным УЗИ, уровень трофобластического -гликопротеина в данной подгруппе был ниже на 28,7 %, чем у женщин с неосложненным течением беременности в тех же сроках. Изменения кровотока в маточных артериях не достигали критических значений, достоверных различий в значениях СДО в группах не выявлено. Клинически отмечались: более позднее начало шевелений плода в обеих подгруппах с ВСД, меньшая двигательная активность плодов.

Уровень функционирования системной гемодинамики в значительной степени зависит от регулирующего влияния вегетативной нервной системы. На фоне наблюдаемой ситуации выраженного отклонения от вегетативной эйтонии, неадекватного функционирования адаптационных механизмов, реализующегося в превалировании парасимпатической активности в интегративных системах, регулирующих ритм сердца. Такая ситуация клинически проявляется в относительно большем количестве ранних токсикозов беременности и более частом развитии первичной плацентарной недостаточности и синдрома задержки внутриутробного развития плода (по данным ультразвуковой биометрии и оценки белково-синтетической функции плаценты).

Примечательно, что формирование гипокINETического типа гемодинамики, при котором выявляется максимальное количество осложнений беременности, происходит на фоне состояния перенапряжения-истощения (астенизации) регуляторных механизмов: снижения активности симпатoadреналовой системы, усиления активности парасимпатической системы, рассогласования функционирования основных звеньев системы управления, то есть происходит при вегетативной дисфункции.

Заключение. Беременность, отягощенная синдромом ВСД, протекает на фоне нарушения адаптационных механизмов организма матери. Вегетативная дисфункция является одним из определяющих факторов развития осложнений беременности при синдроме ВСД. Одним из патогенетических механизмов развития осложнений беременности являются гемодинамические нарушения, развивающиеся на фоне и вследствие вегетативной дисфункции, в частности — раннее формирование гипокINETического типа кровообращения.

## **РОЛЬ СКРЫТЫХ ФОРМ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Таджиева В.Д., Тетерина Н.Г., Измайлова Ф.А.,  
Ниязмухамедова М.Б., Албутова М.Л.**

*Россия, Ульяновск, Ульяновский государственный университет*

Проблема СД и беременности находится в центре внимания акушеров, эндокринологов и неонатологов, так как эта патология связана с большим числом акушерских осложнений, в том числе и с невынашиванием.

У женщин с СД повышена частота невынашивания беременности, при СД1 типа она составляет 28,6%, при этом четко прослеживается связь с плохой компенсацией СД и гипергликемией.

Для получения данных о частоте различных форм нарушений углеводного обмена, невынашивания беременности, оценки исходов беременностей и родов нами проведен анализ 8240 историй родов женщин, поступивших на лечение и родоразрешение в Ульяновскую областную клиническую больницу в 1995-2005 годах, углубленному обследованию подверглись 281 женщина, из которых 30 здоровых беременных и 251 с нарушением углеводного обмена.

Исследования показали, что частота нарушений углеводного обмена имела тенденцию к увеличению от 1,6% в 1995 году до 5,7% в 2005 году и в среднем составила 3,1%. В течении этих лет изменилась структура нарушений углеводного обмена. Заслуживает внимания, что в 1995 году СД1 типа занимал 12,5%, основную долю составили женщины с гестационным сахарным диабетом (ГСД) — 62,5% и только 25% имели нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или неуточненный СД. В каждый последующий год четко прослеживалась тенденция к уменьшению частоты ГСД от 62,5% до 22,4%, и увеличение встречаемости скрытых форм (НТГ) от 25% до 67%, СД1 типа варьировал в пределах от 5,2% до 20,4%.

В связи с изменениями структуры диабета представляло особый интерес изучение возможного влияния ГСД и НТГ на невынашивание беременности.

Обследованных женщин мы разделили на 4 группы: I группу составили 30 здоровых беременных, II группу — 40 беременных с

СД1 типа, III группу составили 89 женщин с ГСД и IV группа — 122 беременных с НТГ.

Частота самопроизвольных абортов в анамнезе при явных нарушениях углеводного обмена (СД1 типа) и при скрытых формах (НТГ, ГСД) почти равна (20,0% и 22,8%), частота ранних абортов даже на 3% превышает при НТГ (15,2%), а поздние — встречаются с равной частотой (7,5%).

Преждевременные роды имели в анамнезе в 4 раза чаще в группе СД1 типа, из них 2/3 пришлись на сроки 35-36 недель. При скрытых формах нарушения углеводного обмена преждевременные роды были у 3,3%, и все они пришлись на те же сроки.

Все обследованные женщины наблюдались до завершения беременности. В контрольной группе все беременности закончились срочными родами.

В течении настоящей беременности угроза прерывания наблюдалась у 1/3 женщин с СД1 типа и у почти половины беременных с ГСД и НТГ (43,8% и 45,9%), и во всех группах с одинаковой частотой (29-30%) — в поздние сроки.

При выявлении ГСД и НТГ, а также всем беременным с СД назначалось лечение. Основой лечения являлась диета, инсулинотерапия (СД1 типа и ГСД), Дюфостон по схеме и показаниям, ангио-, липопротекторы, магне В6, витаминотерапия, оксигенотерапия, ЛФК. Медикаментозная терапия проводилась курсами по 10-14 дней, не менее 3-4 курсов за беременность.

Своевременная коррекция гипергликемии, неблагоприятных осложнений нарушений углеводного обмена привела к следующим исходам беременности: в группах ГСД и НТГ было по 1 случаю самопроизвольных абортов в поздние сроки. В группе СД1 типа не было случаев абортов, однако в 9,3% случаев беременность закончилась преждевременными родами за счет тяжести СД и присоединившегося гестоза. В группах ГСД и НТГ преждевременные роды были в единичных случаях (1,1% и 0,8%). Во всех остальных случаях роды закончились срочными родами.

Таким образом, за последнее время отмечен рост нарушений углеводного обмена при беременности в 3,6 раза. В структуре нарушений углеводного обмена доля НТГ выросла с 25% до 67%. Частота невынашивания в анамнезе отмечена почти с равной частотой (20%, 22,8%) при СД1 типа и НТГ. Частота недонашивания составила 11,3% при СД1 типа и 3,3% при скрытых формах СД (НТГ). После проведенной коррекции нарушений углеводного обмена во всех группах, отмечено улучшение исходов беременности, в единичных случаях отмечены самопроизвольные аборты и преждевременные роды в группах ГСД и НТГ, однако остается высоким процент преждевременных родов при явных формах нарушений углеводного обмена (СД1 типа).

## **ВЛИЯНИЯ ПЕРФТОРАНА НА ГАЗОТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ У РОДИЛЬНИЦ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ**

**Тажиудинова Р.И., Нурмагомедова С.С.**

*Россия, г.Махачкала, ДНЦ РАМН*

Одним из основных механизмов патогенеза синдрома острой массивной кровопотери является снижение количества эритроцитов в циркуляции, т.е. дефицит кислородоносителя и развитие кислородного голодания (гипоксемии) с неизбежным накоплением недоокисленных продуктов в тканях (гипоксии).

Целью исследования явилось изучение влияния перфторана на газообмен крови при массивной кровопотере.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели нами было обследовано 160 родильниц с массивной кровопотерей. Из них 110 женщин — основная группа — в комплексной терапии которых использовался перфторан. Контрольную группу составили 50 родильниц, получивших традиционную терапию кровотечения. Средний возраст обследованных составил  $28,3 \pm 0,6$  лет.



Определяли рО<sub>2</sub> и рСО<sub>2</sub> в артериальной и венозной крови; SAT ; индекс кислородного потока и абсолютное содержание О<sub>2</sub> в крови по оригинальной методике В.А.Бурлева.

Результаты исследования. С началом инфузии перфторана пациенткам с массивной кровопотерей даже при низкой концентрации гемоглобина, выявлено достоверно больше повышение напряжения кислорода в артериальной крови, чем при обычной ИТТ. Так, РаО<sub>2</sub> в основной группе повысился с 86,4±0,3 мм рт.ст. до 171,2±0,7 мм рт.ст. через 6 часов после инфузии перфтораном. В контрольной группе, даже на фоне трансфузии донорских эритроцитов РаО<sub>2</sub> возросло с 83,1±0,9 мм рт.ст. до 97,3±2,8 мм рт.ст.

Полученные данные свидетельствуют о насыщении артериальной крови кислородом и лучших условиях оксигенации тканей при применении перфторана.

В основной группе показатели SAT и О<sub>2</sub> ст достоверно превышают таковые в контроле. Так, SAT при переливании перфторана увеличился с 93,9±0,56 % до 96,8±0,84% в основной группе и с 94,1±0,63 % до 95,2±0,8% в контроле. О<sub>2</sub> ст возрос с 15,36±0,42 мл/100мл до 17,94±0,53% в группе перфторана и достоверно не изменился в контроле — 14,98±0,4 мл/100мл и 15,63±0,4 мл/100мл.

Полученные данные свидетельствуют об улучшении кислород-транспортной функции у пациенток после инфузии перфторана.

Объемный транспорт кислорода является ключевым в общей оценке кислородного баланса организма.

У пациенток основной группы отмечается достоверное увеличение КП с 934,6±24,8 мл/мин до 1143,6±78,5 мл/мин и ИКП с 501,4±78,5 мл/мин м2 до 577,3±41,2 мл/мин м2 соответственно.

Напряжение кислорода в венозной крови (РвО<sub>2</sub>) в основной группе увеличилось с 33,1±0,7 мм рт.ст. до 46,4±1,2 мм рт.ст.; в контроле эти показатели составили 27,2±0,4 мм рт.ст. и 42,2±0,1 мм рт.ст.

Боле полное извлечение тканями кислорода при переливании перфторана обеспечивается за счет ускоренной диффузии и облегчения дезоксигенации гемоглобина за счет снижения сродства Нб к кислороду в силу увеличения РвСО<sub>2</sub> крови. При нормальном условии только 50-60% кислорода, имеющегося в крови, извлекается тканями. В основной группе эта величина достигает 90%.

Показатель РвО<sub>2</sub> в основной группе через 6 часов после начала лечения достоверно превышает таковой в контроле: 34,5±0,6 мм рт.ст. против 30,5±0,7 мм рт.ст.

Полученные данные свидетельствуют о положительном действии перфторана в вымывании углекислоты из тканей и транспорте её к легким. Частицы эмульсии перфторана увеличивают скорость доставки кислорода к тканям и способствуют быстрой элиминации углекислоты.

Выводы. Таким образом, перфторан увеличивает доставку кислорода к тканям и ускоряет его диффузию из эритроцитов, увеличивая его потребление тканями. Перфторан ускоряет диффузию углекислоты из тканей и ее элиминацию, что приводит к увеличению напряжения СО<sub>2</sub> в крови. Вследствие такого участия перфторана в транспортировке О<sub>2</sub> и СО<sub>2</sub> наблюдается оптимизация газообмена в условиях высокой кислородной задолженности организма.

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ**

**Тажидинова Р.И., Нурмагомедова С.С.**

*Россия, г. Махачкала, ДНЦ РАМН*

Одним из важнейших компонентов гомеостаза, тесно связанным с характером метаболизма и кислородного обеспечения тканей является кислотно-основное состояние организма (КОС). Выраженные изменения КОС развиваются при массивной кровопотере и приводят к возникновению синдрома полиорганной недостаточности.

Цель исследования: изучение влияния перфторана на кислотно-основное состояние крови у родильниц, перенесших массивную кровопотерю.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели было обследовано 160 родильниц с массивной кровопотерей. Основную группу составили 110 родильниц, перенесших массивную кровопотерю (более 1% от массы тела), в лечении которых использовался перфторан. В группу контроля вошли 50 родильниц, получивших традиционное лечение кровопотери. Для определения КОС и газов крови использовали капиллярную кровь из ногтевой фаланги. Взятие крови производили в гепаринизованные капилляры, прилагаемые к прибору «Микроастроб» (Дания). Определяли рН, рО<sub>2</sub>, уровень дефицита оснований и бикарбонат плазмы.

Результаты исследования. У всех обследованных беременных с массивными акушерскими кровотечениями установлено наличие метаболического ацидоза разной степени выраженности. Исходные показатели КОС в обеих группах исследования существенно не отличались друг от друга.

Так, рН крови составил 7,26±0,04 в основной группе и 7,25±0,1 — в контрольной. Уровень дефицита оснований (ВЕ) составил — 11,5±0,3 ммоль/л и 11,01±0,05 ммоль/л; уровень бикарбоната плазмы — 10,8±0,6 ммоль/л и 10,3±0,4 ммоль/л соответственно.

С началом переливания перфторана отмечено достоверное увеличение рН крови до 7,39±0,01 против 7,32±0,06 в контроле.

Дефицит буферных оснований снижился в основной группе значительно быстрее, чем в контроле. Так, у пациенток, которым переливали перфторан, ВЕ с —11,5±0,3 ммоль/л снизился до —8,4±0,6 ммоль/л. В группе пациенток, получавших стандартную ИТТ ВЕ снизился с —11,01±0,5 ммоль/л до —10,2±0,7 ммоль/л.

Бикарбонат плазмы достоверно повышался по сравнению с исходным уровнем в обеих группах исследования. Однако, в основной группе бикарбонат увеличился с 10,2±0,6 ммоль/л до 14,1 ±0,2 ммоль/л, а в контрольной — с 10,3±0,4 ммоль/л до 12,0 ±0,2 ммоль/л.

Выводы. Таким образом, при проведении стандартной ИТТ отмечено ухудшение показателей КОС, что может быть связано с воздействием цитрата натрия при переливании донорских эритроцитов, секвестрацией крови и нарушением микроциркуляции в органах, чего не наблюдается при переливании перфторана. Использование перфторана значительно улучшает кислотно-основное состояние и способствует быстрой ликвидации развивающегося при массивных кровотечениях ацидоза.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Тамазаева Х.Н.**

*Россия, Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН, Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА*

Ведущую роль в развитии гипертонической болезни (ГБ) играют нарушения гемодинамики, начинающиеся с центральных сосудов и заканчивающиеся микроциркуляторным руслом, что влечет за собой недостаточную перфузию микрососудистой сети и, в конечном счете, приводит к развитию гипоксии. Осложненное резус-сенсibilизацией течение беременности нередко становится причиной гипоксических состояний плода различной степени тяжести, как вследствие анемии и метаболических нарушений, развивающихся при гемолитической болезни, так и выраженных изменений в плаценте.

Целью исследования являлась оценка состояния кровотока в системе мать-плацента-плод у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови и ГБ.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 69 беременных с Rh-отрицательной принадлежностью крови в сочетании с ГБ (Rh(-)+ГБ). В 1 группу сравнения объединены 60 пациенток с Rh-отрицательной принадлежностью крови (Rh(-)), во

2 группу сравнения — 60 беременных с гипертонической болезнью (ГБ), 50 здоровых беременных женщин были обследованы в качестве контрольной группы.

Нами производилась доплерометрическая оценка кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии. Согласно классификации нарушений маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного кровотока (ППК) А.Н. Стрижакова и соавт. (1992), выделялись три степени тяжести гемодинамических нарушений.

Результаты и их обсуждение. При обследовании женщин, выявлено, что у женщин с Rh-отрицательной принадлежностью крови и ГБ происходит повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины плода. Однако оно менее выражено, чем в 1 группе сравнения, в которой иммунологическая несовместимость по Rh-фактору не осложнена сопутствующей гипертензией. Установлено, что в группе с Rh-отрицательной принадлежностью крови и гипертонической болезнью фетоплацентарная недостаточность развивается как по типу первоначальных изменений плодово-плацентарного кровотока, так и по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс пуповины и аорты плода.

Так, среди 60,9% обследованных в основной группе с выявленными изменениями показателей кривых скоростей кровотока (КСК) той или иной степени, гемодинамические нарушения с первичным вовлечением плодово-плацентарного звена кровотока наблюдались у 14,6% беременных, тогда как первоначальные изменения гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне обнаруживались у 30,4%. В 1 группе сравнения, наоборот, из 51,7% беременных с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) соответствующие изменения кровотока наблюдались в 33,4% и 8,3% случаев. Таким образом, при наличии гипертонической болезни, в большинстве случаев, изменения гемодинамики в МППК начинаются с нарушений в маточно-плацентарном бассейне, при резус-конфликтной беременности без ГБ — по типу первоначальных изменений плодово-плацентарного кровотока.

Но в 12,2% случаев изменения кровотока не соответствовали тяжести заболевания в основной группе. Фактором, объясняющим нормальные показатели КСК при ГБП, является изменение состава крови плода (анемия, гипопропротеинемия, снижение вязкости), что облегчает ее пассаж через сосуды.

Наибольшую диагностическую ценность имеет доплерометрическая оценка кровотока в средней мозговой артерии плода, и именно она является решающей в тактике перехода от неинвазивных методов оценки степени тяжести ГБП к инвазивным. В основной группе отмечается значительное повышение скорости кровотока в средней мозговой артерии плода, которая коррелирует с тяжестью анемии при ГБП. У 4,9% в основной группе, а также у 3,3% в 1 группе сравнения при проведении доплерометрического исследования выявлено снижение индексов сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии. Это говорит о сниженной плацентарной перфузии вследствие тяжелой гипоксии. Новорожденные от этих пациенток были рождены со среднетяжелой и тяжелой степенью ГБП, с задержкой внутриутробного развития плода 1-2 степени.

Заключение. Нами выявлено, что при беременности у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови в сочетании с ГБ происходит повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины плода, то есть имеются нарушения как в маточно-плацентарном, так и в плодово-плацентарном кровотоке. Наиболее выраженные нарушения плодово-плацентарного кровообращения, свидетельствующие о декомпенсированной плацентарной недостаточности, отмечены у женщин с резус-конфликтной беременностью в сочетании с ГБ II стадии.

## ВЕССЕЛ ДУЭ Ф В КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСОКОГО РИСКА

Тараленко С.В., Агаркова Л.А., Дикке Г.Б., Белова Н.Г.,  
Федоренко О.А., Габитова Н.А., Холопов А.В.,  
Холопова Т.С., Григоренко О.И.  
Россия, Томск, ГУ НИИ АГУП ТНЦ СО РАМ

Цель исследования: изучить действие гликозаминогликана Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) на структурно-функциональные свойства эндотелия при беременности, осложненной фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) на фоне гипертонической болезни (ГБ), гестационной гипертензии (ГТ), антифосфолипидного синдрома (АФС).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 94 женщины, у которых беременность осложнилась развитием ФПН на фоне ГБ, ГТ и АФС. Программа лабораторного обследования включала общеклинические методы исследования, исследование агрегационной способности тромбоцитов в крови: спонтанной и стимулированной АДФ, адреналином и коллагеном, гемовязкозиметрия. Для оценки состояния сосудистого эндотелия проводилось определение маркера эндотелиальной дисфункции — уровня фактора Виллебранда (ФВб) в плазме крови. С целью диагностики ФПН проводилось определение гормональной регуляции плаценты (содержание эстриола, плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, -фетопротейна), определение трофобластического -1-гликопротеида в сыворотке крови, определение щелочной фосфатазы, УЗИ плода и ультразвуковая плацентометрия, доплерометрия. Для функциональной оценки состояния плода использовалась наружная кардиотокография (КТГ). Всем беременным с подозрением на АФС для выявления антикоагулянтов волчаночного типа (ВА) использовали набор реагентов «Люпус-тест» (фирма «Технология-стандарт», Россия). Анализ проводился в два этапа: 1—скрининговый, 2—подтверждающие тесты. Наличие ВА было подтверждено пробами с добавлением нормальной плазмы и пробами с тромбоцитами. Антитела к кардиолипину классов IgG и IgM и антитела к фосфолипидам были обнаружены у всех пациенток с выявленным ВА.

Вессел Дуэ Ф применялся в виде внутримышечных инъекций по 600 ЛЕ (липосемических единиц) 1 раз в сутки в течение 10 дней. Наряду с этим все беременные получали традиционную терапию ФПН.

Результаты исследования: возраст беременных составил от 18 до 38 лет (в среднем  $26,5 \pm 3,7$  лет). Из них, у 40 женщин беременность осложнилась развитием ФПН на фоне ГБ (42,6%), у 40 — ФПН на фоне ГТ (42,6%), у 14 — развитием ФПН на фоне АФС (14,8%). Исходные цифры АД у беременных с ГБ и ГТ составили  $151,0/100,0 \pm 3,9/2,6$  и  $142,1/91,5 \pm 4,1/2,7$  соответственно. Показатели системы гемостаза у беременных с ГБ и ГТ существенно отличались от показателей у женщин с физиологическим течением беременности — выявлена повышенная агрегация тромбоцитов ( $28,1 \pm 1,98$  и  $27,4 \pm 2,05\%$  соответственно), повышение уровня фибриногена ( $5,22 \pm 0,37$  и  $5,15 \pm 0,21$  г/л), повышение уровня ФВб ( $159,8 \pm 49,4$  и  $161,2 \pm 50,9\%$ ), укорочение АЧТВ ( $29,1 \pm 0,18$  и  $28,6 \pm 1,12$  сек). Во всех обследуемых группах отмечалась структурная и хронометрическая гиперкоагуляция по тромбозластограмме. Повышение систолического отношения (СДО) кривых скоростей кровотока в артерии пуповины выявлены у 45% обследуемых беременных с ГБ, у 50% беременных с ГТ и у 57% беременных с АФС. На фоне проведения комплексной терапии с Вессел Дуэ Ф в обследуемых группах с ГБ и ГТ, АД снизилось от  $151,0/100,0 \pm 3,9/2,6$  до  $126,8/90,1 \pm 2,5/2,7$  мм.рт.ст. и от  $142,1/91,5 \pm 4,1/2,7$  до  $119,8/85,6 \pm 3,5/2,9$  мм.рт.ст. соответственно; выявлена нормализация показателей трофобластического -1-гликопротеида, гормонов и щелочной фосфатазы соответственно срокам гестации; выявлено достоверное уменьшение агрегационной способности тромбоцитов от  $28,1 \pm$

1,98 до 17,6±1,7% ( $p<0,05$ ) и от 27,4 ±2,05 до 19,3±1,9% ( $p<0,05$ ) соответственно, уменьшение уровня фибриногена от 5,22±0,37 до 4,6±0,24г/л ( $p<0,05$ ) и от 5,15±0,21 до 4,4±0,19г/л ( $p<0,05$ ) соответственно; снижение уровня фВБ от 159,8±49,4 до 109,1±47,6% ( $p<0,05$ ) и от 161,2±50,9 до 117,4±40,1% ( $p<0,05$ ) соответственно. Нормализовались показатели тромбозаграмм. У женщин с АФС хронометрическая и структурная гиперкоагуляция после лечения переведена в изокоагуляцию (50%), либо — в гипокоагуляцию (50%), у всех наблюдаемых женщин с АФС произошло снижение уровня антифосфолипидных антител. Во всех группах пролеченных женщин отмечалось улучшение плацентарного кровотока по данным доплерометрии — достоверное снижение СДО кривых скоростей кровотока в маточных артериях и в артерии пуповины. По данным КТГ плода отмечено достоверное увеличение осцилляций. У всех женщин беременность завершилась срочными родами, с оценкой новорождённых по шкале Апгар 7-9 баллов. Ни у одной роженицы кровопотеря в родах не превысила физиологическую.

Выводы: Весел Дуэ Ф способствует восстановлению функции и тромборезистентного потенциала эндотелия и стенок микрососудов, воздействует на реологические свойства крови, повышает фибринолиз, является патогенетически обоснованным и высокоэффективным средством при лечении ФПН, развившейся при ГБ, ГГ, АФС.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Тарасова Н.С.

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

Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХПН), диагностируемая клиническими методами у 16,7% — 71,9% беременных подростков, является серьёзным осложнением беременности. В этой связи необходимы поиски клинико-лабораторных маркеров дисфункции фетоплацентарного комплекса для своевременного и адекватного лечения ХПН. Патоморфологическое изучение последа позволило определить те сроки беременности, в которые рационально проводить профилактическое лечение дисфункции плаценты.

Цель исследования. Оптимизация ведения беременности и родов на основании клинико-морфологических особенностей плацент у юных первородящих.

Материалы и методы исследования. Комплексное проспективное обследование проведено у 81 женщины с доношенным сроком беременности. Все обследованные женщины были разделены на две группы: 50 юных первородящих женщин в возрасте от 14 до 17 лет (основная группа); 31 женщина с доношенным сроком беременности в возрасте от 18 до 25 лет (группа сравнения).

Клиническое обследование проводилось в акушерских отделениях городской клинической больницы № 29 им. Н.Э. Баумана (г. Москва).

Для определения концентрации эндометриальных и плацентарных белков: плацентарный-1-микроглобулин (ПАМГ), трофобластический -глобулин (ТБГ), плацентарный лактоген человека (ПЛЧ) в сыворотке крови женщин до начала родов, использовали твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА), «сэндвич» — вариант, на основе моноклональных антител.

Ультразвуковые исследования (УЗИ) фетоплацентарного комплекса проводили при помощи сканеров, работающих в реальном масштабе времени по принципу серой шкалы.

Плаценты исследовались по стандартизированной схеме, включающей макроскопический анализ, вырезку материала и трехэтапное гистологическое исследование: I этап — диагностика морфологической зрелости плаценты; II этап — полуколичественная оценка степени выраженности ряда структурных показателей плаценты (от 1 до 3х баллов); III этап заключался в определении степени ХПН на основании данных массы плода, плаценты, степени зрелости ворсин, активности компенсаторных реакций и инволютивных изменений.

Результаты исследований и их обсуждение. У беременных подростков имеются серьезные предпосылки (соматические и гинекологические заболевания), которые реализуются в течении беременности в значительный объем акушерских осложнений на протяжении I, II и, особенно, III триместра. В целях их профилактики важно выбрать те клинико-лабораторные маркеры, которые позволят осуществить своевременную диагностику и превентивное лечение осложнений беременности. Этому в максимальной степени соответствуют ультразвуковая плацентометрия и определение концентрации плацентарных и эндометриальных белков в сыворотке крови юных матерей. Так, у 1/3 юных первородящих в доношенном сроке выявлена II вместо III степени зрелости плаценты, которая при дальнейшем морфологическом исследовании характеризовалась преобладанием патологических вариантов и уменьшением терминальных специализированных ворсин, в то время как у большинства женщин в группе сравнения ворсинчатое дерево соответствовало доношенному сроку.

Изучение концентрации ТБГ и ПЛЧ выявило тенденцию к снижению ТБГ ( $p>0,05$ ) у юных первородящих и достоверное уменьшение ПЛЧ ( $p<0,001$ ) в конце беременности. У юных беременных морфологически выявлено снижение активности синцитиотрофобласта ворсин — основного продуцента ТБГ и ПЛЧ. Концентрация ПАМГ оказалась достоверно выше ( $p<0,01$ ) в конце беременности у юных первородящих, что логично связать с выявленным сужением просвета маточно-плацентарных артерий в базальной пластинке плацент у юных матерей в сравнении с полной их перестройкой у взрослых женщин. Следовательно, можно утверждать, что снижение концентрации ТБГ, ПЛЧ и повышение ПАМГ в конце беременности у юных первородящих является объективным маркером ХПН.

Клиническими методами ХПН диагностирована в группе сравнения у 6,7% женщин, а в группе юных первородящих — в 32,5% наблюдений. При патогистологическом анализе плацент в группе сравнения I степень ХПН диагностирована в 16,2% случаев, а в плацентах у юных матерей ХПН выявлена в 83,9%, то есть в 2,5 раза чаще, чем клиническими методами. При этом у подростков I степень ХПН регистрировалась в 65,4% случаев, а II степень — в 34,6%.

Новым элементом стало обнаружение вариантов патологической незрелости ворсинчатого дерева в плацентах юных матерей. Чаще всего морфологически выявляется вариант патологической незрелости — преобладание промежуточных дифференцированных ворсин, который по структуре ворсинчатого дерева схож с гистогенезом плаценты на 21-32 недели беременности. При другом варианте патологической незрелости — доминировании хаотичных склерозированных ворсин — нет прямых аналогий с гистогенезом плаценты. Этот вариант образуется примерно на 25-30 неделях в результате дисхроноза в формировании мелких ворсин и явного отставания развития их капиллярного русла. У большинства беременных подростков был диагностирован вариант относительной незрелости — диссоциированное развитие котиледонов (58,0%), при этом в группе сравнения данный вариант отмечался в 25,8% случаев. Неравномерность созревания котиледонов чаще всего формируется в последний месяц беременности.

Следовательно, подобное распределение вариантов относительной и патологической незрелости плацент у юных матерей свидетельствует о явном неблагополучии течения беременности во II и, особенно, в III триместре, что хронологически совпадает с временем возникновения большинства осложнений беременности. Полуколичественный анализ основных компонентов плацент подтвердил явное уменьшение числа специализированных терминальных ворсин, которые формируются, начиная с 34-35 недели нормальной беременности. Если масса плаценты в последние 4 недели беременности увеличивается всего на 10-15 г, то масса плода возрастает на 900-1000 г. Столь выраженное увеличение массы плода объясняется трансформацией мелких терминальных ворсин в специализированные их формы с образованием синцитио-капиллярных мембран, то есть самых тонких участков плацентарного барьера. У юных первородящих терминальные специализированные ворсины встречаются достоверно реже, чем

у взрослых женщин. Этим объясняется и регистрируемое достоверное уменьшение массы новорожденных у юных матерей.

Таким образом, на основании выявленного достоверного снижения компенсаторного ангиоматоза и количества терминальных специализированных ворсин следует говорить о пределе компенсаторных возможностей плацент на рубеже 34-36 недель и отсутствии таковых вплоть до конца беременности у юных первородящих.

Выводы.

Ультразвуковая диагностика у юных первородящих выявила II степень зрелости плаценты при доношенной беременности (35,3%), то есть в три раза чаще, чем у женщин среднего репродуктивного возраста (10,7%). У юных беременных регистрируются низкие значения ТВГ и ПЛЧ в конце беременности, в то время как эндометриальный белок ПАМГ напротив характеризуется большей концентрацией, чем у взрослых женщин.

Структурной основой хронической плацентарной недостаточности у матерей-подростков служат два патогенетических механизма: 1) неблагоприятное соотношение вариантов морфологической незрелости ворсин, в частности диссоциированного развития котиледонов (9,6%), промежуточных дифференцированных ворсин (22,7%), хаотичных склерозированных ворсин (12,9%) и ворсин соответствующих доношенному сроку (54,8%); 2) достоверное уменьшение масс плацент, количества терминальных специализированных ворсин (дефицит синцитио-капиллярных мембран) свидетельствует о пределе компенсаторных возможностей ворсинчатого дерева на рубеже 34-36 недель и объясняет снижение масс новорожденных.

## ОЦЕНКА ПРИЧИН И ТЕЧЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Тетелютин Ф.К., Уракова Н.А., Газизова А.С.**  
*Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО «ИГМА»*

Цель исследования: Проследить причинно-следственные связи, динамику уровня и репродуктивную судьбу женщин после неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы исходы 4662 беременностей женщин, поступивших под наблюдение в женскую консультацию МУЗ «Роддом №3» за период с 2003 по 2005 годы. Из них неразвивающиеся беременности составили 163 случая (3,4%). Нами проанализировано 65 индивидуальных карт женщин с «замершей» беременностью, отобранных методом случайной выборки.

Результаты исследования и их обсуждение: На протяжении последних пяти лет наблюдается рост числа неразвивающихся беременностей. Среди всех беременностей, закончившихся родами, неразвивающаяся беременность в 2003 году составила 45 (3,37%), в 2004 — 55 (4,167)%, в 2005 — 63 (5,122)%, за 9 месяцев 2006 года — 44 (5,4%). В структуре всех исходов неразвивающаяся беременность соответственно составила 3%, 3,7%, 4,4%.

Возраст женщин колебался от 18 до 41 года. Распределение по возрастным группам следующее: до 20 лет — 12,3%, 21-25 года — 40%, 26-30 лет — 24,6%, 31-35 года — 13,8%, 36-40 лет — 6,2%, более 40 лет — 3,1%.

Все пациентки встали на учет по беременности до 12 недель. Состояли в браке 49,0% женщин, 51,0% — имели половую жизнь вне брака.

Анализируя профессиональную занятость, установлено, что умственным трудом, сопряженным с эмоциональными нагрузками были заняты 67,7%, физическим трудом — 20,0%, домохозяйки составили 10,8%, 1,5% пациенток имели инвалидность.

Большая часть женщин (73,8%) имели экстрагенитальную патологию. Обращает внимание в 24,6% заболевание выявлено впервые во время данной беременности. В структуре экстрагенитальной патологии заболевания желудочно-кишечного тракта составили 21,5%, дыхательной системы — 1,5%, почек и мочевыводящих путей — 20,0%, сердечно-сосудистые заболевания — 26,2%, хронические

очаги инфекции имелись у 23,1% (хр. тонзиллиты, риносинуситы, кариес), 6,2% женщин имели гиперплазию щитовидной железы, гиперпролактинемия обнаружена у 1,5%.

Гинекологические заболевания выявлены в анамнезе у 70,8%. Из них эрозия шейки матки у 36,9%, хронический сальпингоофорит у 27,7%, киста яичника — 9,2%, пороки развития матки — 1,5%, 12,3% женщин имели сочетание хронических воспалительных процессов и эрозии шейки матки.

Следует отметить, что до беременности у 23,0% женщин выявлены ИППП.

При оценке менструальной функции из анамнеза дисменорея имелась в 44,6%.

Первые роды предстояли у 46 пациенток (70,8%). Особо следует отметить, что только каждая вторая из них была первобеременная, что составило 44,6% наблюдений.

В анамнезе 14 больных (21,5%) имели 1 искусственный аборт, 2 аборта — 6 пациенток (6,2%), 3 аборта и более — 7 (10,8%). У 4 женщин (6,2%) замершая беременность была повторной. У одной пациентки (1,5%) была внематочная беременность. ВПР плода в предыдущую беременность наблюдалось у 1 женщины (1,5%).

Анализ течения настоящей беременности показал, что практически у всех пациенток беременность протекала с осложнениями (95,4%). В структуре осложнений преобладали угроза прерывания беременности (35,4%), гестоз (3,1%), бактериальный вагиноз (18,8%), впервые выявленные ИППП (18,8%). Перенесли ОРЗ, грипп (12,3%), анемия (6,2%), прививка от дифтерии в раннем сроке беременности (1,5%), плацентоцентез (1,5%).

По данным гистологического исследования вероятной причиной гибели плода у 45,6% женщин явилось инфекционное поражение. Хромосомные изменения установлены морфологически в 18,2%. Признаки гормональной недостаточности выявлены в 13,6%, пузырный занос в 4,5%. В 18,2% патологических признаков при гистологическом исследовании не найдено.

Проследить репродуктивную судьбу у всех женщин не удалось, так как часть женщин (27,3%) не посещали женскую консультацию после замершей беременности.

Из группы женщин с прослеженной репродуктивной судьбой в 61,0% наступила беременность, из них в первый год после замершей беременности — 38,8%, во второй год — 22,2%, из них в 1% вновь повторилась неразвивающаяся беременность, остальные беременности закончились нормальными родами.

Выводы: Прослеживается рост неразвивающейся беременности среди всех беременностей с 3,0% (2003) до 4,4% (2005) и за 9 месяцев 2006 года этот показатель составил — 4,7%. Большинство пациенток имели неразвивающуюся беременность в возрасте 20-29 лет. Для 70,8% женщин предстояли первые роды. Однако каждая третья первородящая в анамнезе имела искусственные аборты. Одним из ведущих факторов нам видится характер выполняемой работы, т.к. 67,7% женщин были заняты умственным трудом с высокими эмоциональными нагрузками. Для женщин с неразвивающейся беременностью характерны высокие уровни экстрагенитальной патологии, осложнений беременности. Высока роль инфекционного фактора в гибели плода, что подтверждается гистологическими результатами.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

**Ткаченко Л.В., Пугачева Т.К.**

*Россия, Волгоград, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета*

Цель исследования: показать анатомо-физиологическую и патогенетическую обоснованность применения передней кольпотомии во время операции кесарево сечение у женщин группы риска по возникновению гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы положен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 100 больных после операции КС. Критерием включения в исследование являлось наличие предрасполагающих факторов возникновения ГСО.

В исследование не были включены случаи операции КС по поводу тромбогеморрагических осложнений; тяжелой экстрагенитальной патологии; ГСО при криминальных родах; случаи с клиническими признаками генерализованной инфекции (перитонит, сепсис).

В соответствии с целью и задачами работы, все женщины были разделены на 2 клинические группы. 50 женщин, у которых во время операции присутствовали факторы риска ГСО, а в послеоперационном периоде клинические признаки инфекции и которым не производилась передняя кольпотомия во время операции.

Такое же количество женщин, которым производилась передняя кольпотомия во время операции КС (30 больных) (учитывая совокупность факторов риска); либо передняя кольпотомия в послеоперационном периоде (20 больных), при появлении клинических симптомов послеоперационного эндомиометрита, составили основную группу.

Общеклиническое исследование выполнялось согласно единому протоколу.

Проведено выявление факторов риска, провоцирующих гнойно-септические осложнения после операции кесарево сечение.

Результаты исследований. В возрастном отношении группы не имели достоверных различий между собой. Выявлено, что самым существенным фактором риска возникновения ГСО в послеоперационном периоде при проведении операции КС является экстренность проведения операции (76-86%), что соответствует литературным данным.

ГСО после операции КС чаще возникают у повторно беременных (64%), имеющих в анамнезе медицинские и самопроизвольные аборты (до 66%); бесплодие в анамнезе (8%); воспалительные заболевания женской половой сферы (10-14%); выявленную во время беременности ИППП (19-28%).

Из экстрагенитальных факторов выявлено наличие хронических очагов инфекции (26%), особенно мочеполевой сферы (пиелонефрит 16-24%). Наличие анемии (60-62%) и нарушение жирового обмена (22-24%) способствуют снижению защитно-приспособительных возможностей родильницы.

Повторные госпитализации во время беременности (14%) и госпитализация более 3-х дней перед операцией КС (29-31%) способствуют инфицированию больной госпитальными штаммами инфекций.

Из акушерских факторов наибольшее значение имеют: затяжное течение родов (76%); «безводный» промежуток более 6 часов (64%); наличие тяжелого гестоза (22%). Проведение операции КС в конце I или во II-ом периоде родов (76%), в условиях резкого истончения нижнего сегмента, способствует интраоперационным осложнениям: продолжению разреза на матке (76%); повышенной кровоточивости тканей (44%); патологической кровопотере (до 34%); образованию гематом, что резко увеличивает возможность несостоятельности швов на матке.

Анализируя исход гнойно-септических осложнений в интраоперационном и послеоперационном периодах после операции КС, в основной группе отмечены убедительные цифры благоприятного течения послеоперационного эндомиометрита: отсутствуют повторные курсы антибактериальной терапии (в группе сравнения 72%); снижается средняя продолжительность антибактериальной и медикаментозной терапии с 12 до 7 дней; снижается средняя продолжительность пребывания в стационаре (с 13,72 к/дн до 9,45 к/дн). Дополнение операции КС передней кольпотомией позволило в основной группе избежать гистерэктомий по поводу ГСО в родах и послеоперационном периоде (в группе сравнения 16%), в основной группе релапаротомия с последующей гистерэктомией не производилась.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА АГРЕГАЦИЮ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Трошкина Н.А., Циркин В.И., Дворянский С.А., Ивашкина Е.П.  
Россия, Киров, ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»; ФГО «Кировский НИИГ и ПК Росздрава»

В настоящее время в акушерской практике достаточно широко применяются адренергические вещества: альфа- и бета-адреномиметики и блокаторы для лечения экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений (Абрамченко В.В. и др. 2000; Шехтман М.М., 2003; Абрамченко В.В. и др., 2004). Известно (Sundgust J. et al., 1992; Norga J.F. et al., 2000), что мембрана эритроцитов человека содержит все подтипы адренорецепторов (АР). Адренергические вещества (АРВ) в крови, связываясь с мембранными рецепторами эритроцитов с участием цАМФ, Са<sup>2+</sup>, ИФ<sub>3</sub>, протеинкиназы и других вторичных посредников изменяет функциональное состояние эритроцитов, которое можно определить по изменению агрегационной способности клеток (Авакян А.Э. и др., 2003; Ткачук В.А., и др., 2003; Муравьев А.В. и др. 2005). Ранее, оценивая бета-адренозависимую СОЭ, было показано, что при физиологической беременности бета-адренореактивность эритроцитов увеличивается и еще в большей степени она возрастает при гестозе (Гусева Е.В. и соавт. 1998). В связи с этим оценка адренореактивности эритроцитов может служить критерием подбора гипотензивных средств и прогноза течения родов (Гусева Е.В., 1998; Адамян Л.В. и др. 2006).

Цель данной работы — изучить адренореактивность эритроцитов венозной крови здоровых небеременных (группа 1, n=50) и беременных женщин (группа 2, n=61; 36,1±0,4 нед.) и беременных с гестозом легкой (группа 3, n=52; 35,8±0,3 нед.) и средней (группа 4, n=50, 35,8±0,5 нед.) степени тяжести по влиянию различных адренергических веществ на агрегацию эритроцитов. Группы не различались по возрасту, наличию экстрагенитальной патологии и сроку беременности. Адренореактивность эритроцитов определяли по методу Спасова А.А. и др. (2000) в нашей модификации (Ивашкина Е.П. и др., 2006) на лазерном агрегометре 230-2 LA НФП «Биола» (Россия) с использованием в качестве индуктора агрегации алцианового голубого (2 мг/мл). Оценку степени агрегации эритроцитов оценивали по изменению максимального светопропускания (МС), %. После трехкратного отмывания эритроцитов их суспензию (300 мкл) инкубировали 30 минут при 18-20°С в 1 мл физиологическом растворе в присутствии одного из адренергических средств — адреналина, пропранолола или ницерголина в конечных концентрациях 10<sup>-9</sup>, ..., 10<sup>-6</sup> г/мл, либо их последовательно инкубировали 30 минут с блокатором (пропранолол или цинриголин, 10<sup>-9</sup>, ..., 10<sup>-6</sup> г/мл), а затем еще 5 минут совместно с адреналином (10<sup>-6</sup> г/мл). Контрольная проба инкубировалась при тех же условиях в течение 30 минут только с физиологическим раствором. Статистическую обработку результатов исследования проводили параметрическим методом (в тексте результаты представлены в виде M±m), а различия оценивали по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони для множественных сравнений и считали их достоверными при p < 0,05. Установлено, что МС в группе 1 составило 20,8±0,5%, группе 2 — 38,1±1,1%, в группе 3 — 52,0±1,1%, группе 4 — 74,8±2,5%. (все межгрупповые различия достоверны, p < 0,05). Это означает, что в III триместре беременности степень агрегации эритроцитов выше, чем у небеременных женщин, что согласуется с данными литературы (Pribush A. et al., 2000; Корнеева Н.В. и др., 2002; Neilmann L. et al., 2004). При гестозе она существенно возрастает, особенно, при средней степени тяжести, что отмечено и другими авторами (Pribush A. et al., 2000; Сидорова И.С., 2003; Neilmann L. et al., 2004). Установлено, что адреналин, пропранолол и ницерголин, как правило, дозозависимо снижают индуцированную агрегацию эритроцитов

женщин во всех группах. Так, МС эритроцитов небеременных женщин под влиянием адреналина в концентрациях 10-9, 10-8, 10-7 и 10-6 г/мл составила соответственно 57,8±4,0%, 47,3±4,1%, 41,9±4,0% и 33,0±3,2% от уровня контроля, а МС здоровых беременных — соответственно 56,3±4,1%, 56,1±4,2%, 42,5±2,8% и 35,0±2,8%. Эти результаты согласуются с данными литературы (Минеев В.Н., 1993; Геворкян Н.А., 1995; Гусева Е.В., 1998; Рабик Ю.Д., 2006) и позволяют утверждать, что адреналин проявляет антиагрегационные свойства по отношению эритроцитов небеременных и беременных женщины, а также беременных с гестозом.

При исследовании способности неселективного блокатора альфа-АР ницерголина (10-9-10-6г/мл) препятствовать антиагрегантному действию адреналина (10-6 г/мл) было установлено, что в группе 1 он не влиял на эффект адреналина. В группе 2, где адреналин сам по себе снижал МС до 35,0±2,8%, ницерголин в концентрациях 10-9 и 10-8 г/мл достоверно снижал эффект адреналина (МС составило соответственно 65,2±5,7% и 62,7±5,3 % от контроля), а в концентрациях 10-7 и 10-6 г/мл не влиял на эффект адреналина (МС составило соответственно 34,2±3,0% и 32,0±3,3%). В группе 3, где адреналин сам по себе снижал МС до 42,3±3,6%, ницерголин в концентрациях 10-9 г/мл достоверно снижал эффект адреналина (МС = 60,2±4,8%) и не влиял в концентрациях 10-8, 10-7 и 10-6 г/мл. В группе 4, где адреналин снижал МС до 32,0±2,8%, ницерголин в концентрациях 10-9 и 10-8, 10-7 г/мл достоверно снижал эффект адреналина (соответственно МС составило 95,1±6,8%, 73,0±6,0% и 60,0±5,5% от контроля) и не влиял в концентрациях 10-6 (29,1±24). Эти данные, полученные нами впервые, указывают на то, что 1) способность адреналина оказывать антиагрегантное действие в отношении эритроцитов беременных частично обусловлено активацией альфа-АР; 2) при гестозе средней степени тяжести значение альфа-АР для проявления антиагрегантного действия адреналина возрастает. При исследовании способности неселективного блокатора бета-АР пропранолола (10-9-10-6г/мл) препятствовать антиагрегантному действию адреналина (10-6 г/мл) было установлено, что в группе 1, подобно ницерголину, он не влиял на эффект адреналина. В группе 2 он в концентрациях 10-9 и 10-8 г/мл достоверно снижал эффект адреналина (МС составило соответственно 56,0±5,0% и 52,0±4,8 % от контроля), а в концентрациях 10-7 и 10-6 г/мл не влиял на эффект адреналина (МС составило соответственно 40,0±4,0% и 36,6±3,5%). В группе 3 пропранолол в концентрациях 10-9, и 10-8 г/мл не влиял на эффект адреналина, а в концентрациях 10-7 и 10-6 г/мл усиливал его (МС составила соответственно 22,0±2,1% и 17,0±1,8% от контроля). В группе 4 пропранолол во всех концентрациях не влиял на эффект адреналина. Эти данные указывают на то, что 1) способность адреналина оказывать антиагрегантное действие в отношении эритроцитов здоровых беременных женщин частично обусловлено активацией бета-АР; 2) при гестозе легкой и средней степени тяжести роль бета-АР для проявления антиагрегационного действия адреналина существенно снижается. В целом, результаты исследования дают основание считать, что в III триместре неоложненной беременности эритроциты содержат альфа-АР и бета-АР, активация которых адреналином снижает индуцированную аллиановым голубым агрегацию. При гестозе легкой и, особенно, средней степени тяжести вклад бета-АР в антиагрегантный эффект адреналина резко уменьшается (соответственно, увеличивается вклад альфа-АР), что, очевидно, связано с уменьшением числа бета-АР в эритроцитах или снижением эффективности их активации. Наши данные согласуются с результатами Яговкиной Н.В. (2006), полученными при исследовании влияния адреналина на агрегацию тромбоцитов беременных женщин. Неспособность высоких концентраций ницерголина и пропранолола (10-7, 10-6 г/мл) снижать эффект адреналина мы объясняем тем, что в этих концентрациях эти блокаторы проявляют соответственно альфа- и бета-адреномиметический эффект. Подобное явление описано в отношении пропранолола (Strader C.D. et. al., 1989). В связи с этим считаем целесообразным при изучении адренореактивности эритроцитов применять адреноблокаторы в низких концентрациях (10-9 г/мл). Отсутствие влияния ницерголина и пропранолола на

эффекты адреналина в опытах с эритроцитами небеременных женщин указывают на то, что либо их альфа-АР и бета-АР обладают очень высоким сродством к адреналину (при беременности оно должно снижаться), либо даже в очень низких концентрациях (10-9 г/мл) ницерголин и пропранолол выступают как соответствующие адреномиметики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Красникова М.Б., Михайлова Г.Н.  
Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить влияние перенесенного в подростковом возрасте первого медицинского аборта на течение беременности, родов и психоэмоциональное состояние женщины при последующей желанной пролонгированной беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 120 женщин, перенесших в подростковом возрасте прерывание первой беременности медицинским абортom. Методы исследования: клинические, лабораторные, ультразвуковые, экспериментально-психологическое обследование (многофакторная личностная методика Р. Кеттла, модифицированный восьмичувствительный тест Люшера, шкала депрессии Цунга).

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 24,9 года. По социальному статусу наибольшее число составили работающие (61,0%). В анамнезе все женщины имели экстрагенитальные заболевания. Из гинекологических заболеваний наибольшее число представлено вагинитами, фоновыми заболеваниями шейки матки и сальпингоофоритами. При комплексном обследовании женщин во время наступившей желанной беременности диагностированы в фазе ремиссии хронический тонзиллит (35,8%), бронхит (13,3%), пиелонефрит (11,6%), гастрит (10,8%), вагиниты различной этиологии (70,1%), фоновые заболевания шейки матки (18,3%). По данным анкетирования установлены причины первого аборта: не состояли в браке, учеба, низкий уровень материального обеспечения. Временной промежуток от прерывания первой беременности до наступления настоящей составил от 6 месяцев до 4 лет. На момент обследования все женщины не имели детей. Реакция женщин на наступившую беременность выражалась в следующем: чувство радости (102 — 85%), страх потерять беременность (12 — 10%), тревога за исход родов, здоровье ребенка (6 — 5%). В благоприятном исходе беременности были уверены 30% пациенток.

Экспериментально-психологическое исследование выявило следующее. При использовании цветового теста Люшера у 79 (65,8%) женщин были выявлены признаки эмоциональной напряженности: 39 (32,5%) пациенток испытывали ситуационную тревогу, 40 (33,3%) находились в состоянии стресса различной выраженности. У остальных 41 (34,2%) признаки тревоги отсутствовали. Результаты анализа основных признаков эмоционального состояния (по схеме Бояршиновой Т.М.) показали преобладание положительных эмоций у 60 (50%) обследованных женщин. У 42 (35%) пациенток обнаруживались как отрицательные, так и положительные эмоциональные переживания с преобладанием последних. Только отрицательные эмоции были обнаружены у 18 (15%) женщин. Процессы саморегуляции, контроля над эмоциями и поведением были сохранены у 45 (37,5%) женщин, ослаблены — у 40 (33,3%), резко снижены или утрачены — у 35 (29,2%) пациенток. При обследовании с использованием шкалы Цунга были обнаружены признаки депрессии у 40 (33,3%): легкая депрессия ситуационного или невротического генеза (27), субдепрессивное состояние или маскированная

депрессия (13). У остальных 80 (66,7%) женщин признаков депрессии не наблюдалось. При анализе индивидуальных профилей личности, проведенных по методике Р. Кеттелла, предрасположенность личности к эмоциональной неустойчивости выявлена у 79 (65,8%) женщин. При оценке совокупности данных, полученных при проведении теста Люшера, шкалы для самооценки депрессии Цунга, у 34,2% пациенток были выявлены легкие тревожно-депрессивные нарушения, у 32,5% — средней степени тяжести и у 33,3% — нарушения тяжелой степени. Беременность у женщин с отягощенным акушерским анамнезом протекала со следующими осложнениями: угроза прерывания беременности (34,2%), ранние и поздние гестозы (51,7%), ЖДА (41,6%). Осложнения в родах представлены аномалиями родовой деятельности (24,2%), разрывами мягких родовых путей (35,8%). Оперативные вмешательства в родах: эпизиотомия (25%), ручное обследование полости матки (10%), кесарские сечения (16,6%). Послеродовой период осложнился эндометритом (7,5%), нагноением раны промежности (3,3%), гипогалактией (2,5%).

Проведенным исследованием установлен высокий удельный вес осложнений беременности и родов и наличие психоэмоциональных нарушений у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе и не имеющих детей, что является научным обоснованием для разработки лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с курацией женщин данной группы психотерапевтом.

## ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Трубникова Л.И., Киселева Л.М., Иглина М.А.,  
Ибрагимов Л.Э.

Россия, Ульяновск, Ульяновский государственный университет

За последние 5 лет число ВИЧ-инфицированных беременных возросло почти в 25 раз. В случае возникновения беременности женщина стоит перед выбором — сохранять или прерывать беременность. Число родов у ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось в 6,8 раз. С 1999 года по настоящее время на территории Ульяновской области от ВИЧ-инфицированных женщин родились 768 детей. Иммунный статус (показатели CD 4) их мам на момент беременности соответствовал IА (279 женщин), III (378 женщин), IVА (111 женщин) стадиям ВИЧ-инфекции. Среди родившихся детей 23 мертворожденных, диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден 45 детям (двое из которых умерли от СПИДа), снято с учета 312 детей по достижении полутора лет и отрицательных лабораторных маркерах, 379 ребенка находятся на учете в областном Центре-СПИД до установления диагноза.

Цель настоящего исследования: провести анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных Ульяновской области и эффективности профилактики вертикальной передачи и организации акушерско-гинекологической помощи данной категории женщин при беременности и в родах.

Проведены ретроспективный анализ и клиническое наблюдение 303 ВИЧ-инфицированных женщин на разных сроках беременности, эпидемиологическая оценка путей заражения и распространения инфекции. У всех женщин ВИЧ-статус подтвержден методом иммуноблотта, проводилось определение иммунного статуса (количественное соотношение CD4, CD8) методом магнитного сепарирования, определение вирусной нагрузки. Исследования проводились в динамике профилактического лечения каждые 4 недели — консультирование, оценка физического и лабораторного статуса (общий анализ крови с лейкоформулой и определением тромбоцитов, биохимический спектр, уровень CD4-лимфоцитов). Результаты эпидемиологического исследования показали, что в начале эпидемии конец 1999 г.—2000 г. в Ульяновской области заражение женщин происходило в основном при в/в введении наркотиков. С 2002 г. начинает преобладать половой путь передачи, который с 2004 г. является основным. ВИЧ-инфицирован-

ные женщины представляют различные социальные группы: 35,2% — работающие, 17% — студентки и учащиеся, 12,5% — женщины, находящиеся или побывавшие в местах лишения свободы. Среди ВИЧ-инфицированных 66 человек (3,4%) — девочки 14-16 лет, из которых 60% использовали внутривенные наркотические препараты и имели и половой контакт с наркоманами. Количество ВИЧ-инфицированных беременных постоянно увеличивается, в 2006 г. число их возросло на 17,5%, по сравнению с 2005 г. Почти у 1/3 — 83 беременных женщин (27,1%) выявлены гепатиты В, С, В+С, что безусловно ухудшает течение ВИЧ-инфекции. Соотношение родов от абортов в 2006 году составило 2,5:1. Зарегистрировано 170 родов от ВИЧ-инфицированных женщин, что составляет 65,6%, 71 женщина (27,4%) прервала беременность в малом сроке (до 12 недель беременности), 13 женщин (5%) прервали беременность по решению абортной комиссии в сроке до 27 недель, у 4 женщин (1,54%) произошел самопроизвольный выкидыш, 1 женщина (0,39%) была прооперирована по поводу внематочной беременности. 44 женщины пролонгируют беременность в 2007 г. Инфицированным беременным женщинам, пролонгирующим беременность, проводилась профилактика вертикальной передачи вируса в 3 этапа:

- химиопрофилактику во время беременности получили 143 женщины (84%) — из них монотерапия с 28 нед. проведена 115 беременным (82,1%) 36 нед. — 25 женщинам (17,9%); тригертапия с 14 нед. — 3 беременным женщинам (2%). С учетом эффективности использовались схемы для монотерапии: азидотимидин (тимазид, ретровир) перорально по 100 мг 5 раз в день, ежедневно до родов — получили 93 беременных (65%); фосфазид (никавир) перорально по 200 мг каждые 8 часов до родов — получили 43 беременных (33%). ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) — комбинация 3-х противовирусных препаратов назначалась трижды (2%); по поводу многоплодной беременности (в двух случаях), по клиническим показаниям со стороны матери (CD4- лимфоцитов ниже 0,3 млрд/л).

- химиопрофилактика во время родов. Роды женщин с положительным ВИЧ-статусом проводились на базе специализированного отделения — Обсервации 2 ГКБ№1. Химиопрофилактика проводилась 100% женщин с подтвержденным ВИЧ-статусом, с сомнительным статусом, при необходимости проводилась дополнительная экспресс-диагностика. Ретровир с началом родовой деятельности 0,2 мг/кг в течение первого часа, затем по 0,1 мг/кг; либо вирамун 0,2 г перорально однократно с началом родовой деятельности. В 3,53% случаев (у 6 женщин) проведена интранатальная профилактика без предшествующего -го этапа. 21 инфицированная женщина (12,35%) не получили профилактического лечения ни во время беременности, ни в родах в силу различных причин: скрыли свой статус, из отдаленных районов Ульяновской области в силу различных причин не посещали Центр-СПИД, не обследовались.

- химиопрофилактика новорожденному. С целью противоретровирусной профилактики новорожденному применяли жидкие пероральные формы азидотимидина и/или невирапина: AZT (ретровир) в форме сиропа через 8 часов после рождения по 0,2 мг/кг каждые 8 часов в течение 6 недель, невирапин в форме суспензии 0,2 мг/кг 1 раз в день через 24 часа №3. Из 173 родившихся детей трое умерло (1 интранатальная и 2 постнатальных гибели плода), 170 находятся на «Д» учете в центре СПИД до установки диагноза.

Несмотря на централизованные программы по улучшению качества амбулаторной помощи, внедрение федеральной программы «Здоровье» в регионах, не удастся охватить профилактической помощью все 100% ВИЧ-инфицированных беременных, вследствие нежелания самих женщин обследоваться, признавать свой ВИЧ-статус, боязни побочных эффектов противоретровирусной терапии, неадекватной оценкой риска для плода. Особой проблемой является обеспечение регионов противоретровирусными препаратами. Способность противоретровирусных препаратов проникать через плацентарный барьер значительно варьирует. При проведении монотерапии она составляет для AZT (тимазид) - 85%, для ddC (хивид) - 30-50%, для ddI (видекс) — 50%, для 3ТС (эпивир) - 100%,

для невирапина 100%. В Ульяновской области, на сегодняшний день, эта проблеме решена: в рамках национального проекта все нуждающиеся беременные женщины получают монотерапию эффективными противовирусным препаратом. Необходимо учитывать, что 1/3 (34%) ВИЧ-инфицированных беременных живут с различными ко-инфекциями, которые повышают риск вертикальной передачи в 2 и более раз. Необходимо, чтобы будущая мама получала терапию от всех этих персистирующих инфекций, что значительно повышает стоимость и продолжительность лечения. Несмотря на то, что современные методы профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции позволяют снизить риск внутриутробного инфицирования с 28-50% до 1-3%, существует другая опасность. Согласно исследованиям вирусологов из Стенфордского Университета, монотерапия (в частности азидотимидином, невирапином) в 49-65% случаев становится причиной выработки вирусом резистентности к дальнейшему лечению. С другой стороны, если во время беременности начинать комбинированную противоретровирусную терапию, это может иметь тератогенный эффект, особенно в первом триместре беременности.

Таким образом, беременность занимает первое место среди причин физиологической иммуносупрессии. Особенности беременности таковы, что у всех женщин иммунный статус снижается и восстанавливается через 6-8 недель после родов. В случае беременности на фоне приобретенного иммунодефицита, снижение иммунитета далеко не всегда носит обратимый характер и CD4 не возвращаются к исходному уровню, несмотря на профилактическую противовирусную терапию. Это приводит к прогрессированию ВИЧ-инфекции впоследствии и возникновению не только медицинских, но и социальных проблем: Снижение качества и продолжительности жизни, сиротство при ранней смерти родителей, дискриминация и формирование стигм в неадаптированной социальной среде, при оформлении ВИЧ-инфицированных детей в детские дошкольные учреждения и школы.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Трубникова Л.И., Корнилова Т.Ю.**

*Россия, Ульяновск, Ульяновский государственный университет*

Несмотря на большое количество исследований, проблема невынашивания беременности остается актуальной до настоящего времени. Приблизительно 10-15% всех первых беременностей терпит неудачу, при этом большинство прерываний происходит в I триместре. Этиология невынашивания беременности разнообразна и зависит от многих факторов.

В последние годы появились данные о роли прогестерона в иммунных взаимодействиях матери и эмбриона: прогестерон, воздействуя на иммунокомпетентные клетки, заставляет их вырабатывать ПИБФ; этот протеин, воздействуя на естественные киллеры, превращает их в большие гранулярные лимфоциты, которые изменяют ответ матери через хелперы 2 типа; хелперы 2 типа продуцируют большое количество регуляторных цитокинов, т.е. факторов роста, которые обеспечивают развитие трофобласта; в том случае, если прогестерона мало и очень много естественных киллеров, то не хватает ПИБФ, дабы обеспечить благоприятный иммунный ответ; и ответ будет идти через лимфокиноактивированные лимфоциты, которые вырабатывают провоспалительные цитокины, обладающие эмбриотоксическим действием; они ограничивают рост и развитие трофобласта, активизируют протромбиназу; в результате страдает развитие трофобласта, нередко поражается эмбрион, часто наблюдаются тромбозы, отслойка плаценты и хориона, выкидыши.

Эти данные получены при исследовании механизма действия препарата дидрогестерона (Дюфастон), который имеет тот же механизм действия, что и прогестерон.

Под нашим наблюдением находилось 69 женщин с невынашиванием беременности. Пациентки составили 3 клинические группы:

I группа (n = 25) — пациентки (средний возраст 27 лет) с угрожающим самопроизвольным абортom, получавшие гормональную поддержку беременности Дюфастоном;

II группа (n = 10) — пациентки (средний возраст 29 лет) с угрожающим самопроизвольным абортom, получавшие гормональную поддержку беременности Утрожестаном;

III группа (n = 34) — пациентки (средний возраст 24 года) с угрожающими или начавшимся абортom, не получавшие гормональную поддержку беременности.

При распределении по возрасту среди пациенток I и II клинических групп в 1,5-2 раза чаще встречались женщины 30 лет и старше. Среди пациенток III группы, не получавших гормональную поддержку беременности, в 3 раза чаще встречались женщины моложе 20 лет.

Анализ репродуктивной функции показал, что 80% женщин, получавших гормональную поддержку, были повторнороберменными. Более половины (56%) женщин III группы были первоберменными.

Привычное невынашивание в 6-6,5 раз чаще встречалось у женщин, получавших гормональную поддержку беременности.

У пациенток I и II клинических групп ведущими причинами невынашивания беременности были эндокринные. У беременных III клинической группы — инфекционные.

Начало гормональной терапии в I и II клинических группах было приблизительно одинаковым.

Дозировка препаратов: Дюфастон по 1 таблетке 2 раза в день до 16-20 нед беременности; Утрожестан по 1 капсуле перорально 2 раза в день до 16-20 нед беременности.

Осложнения течения беременности, характерные для III клинической группы (анэмбриония, замершая беременность), не встречались в I и II клинических группах. Сравнивая осложнения течения беременности у женщин, получавших гормональную поддержку, заметили, что анемия и нефропатия беременных I ст. почти в 2 раза чаще наблюдались у пациенток II клинической группы, получавших Утрожестан. В 2,5 раза чаще у них же диагностировалось многоводие.

Все пациентки I и II клинических групп родили в срок живых и доношенных детей. Средний вес новорожденных в I группе составил 3360 г, во II-ой — 3340 г.

У всех пациенток III клинической группы беременность завершилась самопроизвольным абортom, кровотечением и дальнейшим инструментальным опорожнением полости матки.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы:

- лечение невынашивания беременности может быть назначено только после четкого диагноза и понимания механизмов прерывания беременности;

- гормоны способствуют развитию разнообразных адаптационных реакций, необходимых для нормального развития и роста плода, для благополучного завершения беременности;

- Дюфастон является препаратом выбора в случаях угрожающего или привычного выкидыша, благодаря отсутствию неблагоприятного воздействия на плод.

## ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

**Тютюнник В.Л.**

*Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН,  
Москва, Россия*

Плацентарная недостаточность — это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями, возникающий в результате сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма. В его основе лежат патологические изменения в фетоплацентарном комплексе, нару-



шения его компенсаторно-приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. При этом наблюдаются нарушения транспортной, трофической, эндокринной, метаболической, антиоксидантной функций плаценты, лежащие в основе патологии плода и новорожденного. Общеизвестно, что плацентарная недостаточность — это симптомокомплекс, сопровождающий практически все осложнения беременности. Согласно литературным данным ее частота у пациенток с вирусной и бактериальной инфекцией составляет в среднем 50-60%.

С целью выявления факторов риска развития плацентарной недостаточности при инфекции проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения гестационного периода, родов и послеродового периода у 253 женщин, у которых отмечалось обострение инфекционного процесса при настоящей беременности. В зависимости от наличия признаков хронической плацентарной недостаточности и/или инфекции пациентки были разделены по группам: группа 1 (основная группа) — 139 беременных с хронической плацентарной недостаточностью и обострением инфекции; группа 2 (группа сравнения) — 114 пациенток с обострением различной инфекционной патологии без признаков хронической плацентарной недостаточности. Проанализирован характер течения инфекционного процесса во время беременности с учетом вида возбудителя и их комбинаций, формы заболевания (типичная, атипичная, субклиническая) и характера его течения (частоты и длительности рецидивов), времени обострения по триместрам беременности. Выявлены факторы риска, характерные непосредственно для изучаемого нами контингента женщин, которые подтверждаются как при анализе клинического течения гестационного периода и перинатальных исходов, так и при морфологическом исследовании последов. К ним относятся:

Тяжелое (с частыми рецидивами) течение генитальной герпетической, цитомегаловирусной, хламидийной инфекций до наступления беременности. Вышеуказанные инфекции являются одними из самых распространенных на сегодняшний день и представляют серьезную угрозу для репродуктивного здоровья населения. Частота встречаемости этих возбудителей по данным нашего исследования составила: вируса простого герпеса — 37,4%, цитомегаловируса — 23,1%, хламидий — 14,4%;

Отсутствие патогенетически обоснованного курса подготовки к беременности. Среди женщин с обострением инфекции, у которых беременность осложнилась плацентарной недостаточностью, были подготовлены к беременности лишь 4,3%, в то время как в группе, где признаки хронической плацентарной недостаточности отсутствовали, таких больных было 48,3%;

Тяжелое течение инфекции с частыми и длительными рецидивами при беременности. У 70,2% беременных группы сравнения (без плацентарной недостаточности) обострение инфекции имело место 1 раз за беременность, в то время как в основной группе (с плацентарной недостаточностью) у 89,9% женщин активный инфекционный процесс наблюдался 2 и более раз. Длительность рецидивов составила в среднем 3-5 дней, более продолжительные рецидивы достоверно чаще наблюдались в основной группе (17,9% случаев), чем в группе сравнения (6,1% пациенток). Наши исследования указывают на ту роль, которую играет временной фактор, так как при повторном и длительном инфицировании хроническая плацентарная недостаточность развивается в 2-3 раза чаще;

Сочетание 2-х и более инфекционных факторов (вирусно-вирусных или вирусно-бактериальных). В современных условиях особенностью бактериальных и вирусных заболеваний стало преимущественное участие в их развитии различных аэробных, аэробно-анаэробных и вирусных ассоциаций, что нашло свое отражение в этиологической структуре инфекционной патологии матери, плода и новорожденного. У беременных основной группы (с плацентарной недостаточностью) в 84,2% случаев выявлялось одновременное сочетание нескольких инфекционных факторов, в то время как в группе сравнения — в 56,1% наблюдений;

Обострение инфекции в I и II триместрах беременности. Обострения в I (25,3%) и II (55,1%) триместрах гестации встречались

достоверно чаще в основной группе, в то время как рецидивы инфекции в III триместре (49,4%) с большей частотой имели место в группе сравнения;

Преобладание атипичных форм инфекционных заболеваний. Атипичное течение инфекции отмечалось в 48,0% случаев в группе с развившейся плацентарной недостаточностью, в то время как в группе сравнения — в 21,8% наблюдений;

Наличие первичного инфицирования во время данной беременности. При сборе анамнеза у обследованных пациенток было выявлено, что в 5 случаях имело место прерывание беременности по медицинским показаниям из-за наличия аномалий развития плода, что было обусловлено перенесенной в I триместре беременности острой вирусной инфекцией (в 2 случаях — грипп, в 3 случаях — первичный эпизод генитального герпеса). Вышеуказанное еще раз доказывает роль первичного инфицирования в период гестации. Кроме того, в подвергшихся анализу перинатальных потерях более половины связаны с первичным инфицированием при данной беременности (64,7%);

Отсутствие своевременной, комплексной, адекватной, специфической противовоспалительной терапии во время беременности. При позднем обращении или несвоевременной диагностике инфекции развитие плацентарной недостаточности отмечено в 94,1% наблюдений.

Таким образом, на основании проведенного всестороннего изучения одного из наиболее актуальных вопросов современного акушерства доказана правомочность выделения единого симптомокомплекса инфекция и плацентарная недостаточность, характеризующегося определенными клиническими, лабораторно-функциональными и морфологическими особенностями.

Накопленный опыт позволил оптимизировать патогенетически обоснованные подходы к прогнозированию, диагностике, профилактике и лечению хронической плацентарной недостаточности, обусловленной вирусно-бактериальной инфекцией, а также снизить частоту осложнений беременности, родов, послеродового периода, перинатальной заболеваемости и смертности.

## **РОЛЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Майсурадзе В.М.**

*ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия*

Одной из современных тенденций клинической медицины является изменение спектра и характера инфекционных заболеваний, существенное увеличение доли оппортунистических инфекций, развитие которых возможно лишь в условиях иммунодефицита. Среди них важное место принадлежит герпес-вирусам, заболеваемость которыми среди взрослых и детей возрастает из года в год. Очевидно, поэтому Европейским региональным бюро ВОЗ герпетическая и цитомегаловирусная инфекции отнесены в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии.

Герпес-вирусы являются одними из основных возбудителей внутриутробной и перинатальной инфекций. Исследования последних лет убедительно доказали связь между герпетической и цитомегаловирусной инфекцией и неразвивающейся беременностью, самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами, а также антенатальной гибелью и пороками развития плода.

Среди причин физиологической иммуносупрессии первое место занимает беременность. В период гестации создаются реальные условия для реактивации инфекции, что связано с особенностями функционирования иммунной системы. Для снижения риска отторжения наполовину генетически чужеродного плода у матери изменяются функции Т-системы иммунитета, трофобласт плаценты вырабатывает местные иммунодепрессанты,

уменьшается количество антигенов гистосовместимости 1-го и 2-го классов, что в совокупности создает состояние физиологической иммуносупрессии.

Цель исследования — оценка эффективности иммунокоррекции в комплексной терапии хронической плацентарной недостаточности у пациенток с герпес-вирусной инфекцией (вирус простого герпеса, цитомегаловирус).

Под наблюдением находилось 107 беременных, имевших обострение вирусного заболевания (48 пациенток) или его бессимптомное течение с активным выделением вирусов (59 пациенток).

Проводилось клинико-лабораторное обследование, оценка фето-плацентарного комплекса, морфологическое исследование последа с применением иммуногистохимического метода для определения антигенов вируса. Выявление вируса простого герпеса в слизи цервикального канала проводили методами флюоресцирующих антител, иммунофлюоресцентного анализа, ДНК-гибридизации. Определялось наличие в крови специфических антител к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу классов IgG и IgM. Состояние иммунной системы оценивали по концентрации иммуноглобулинов трех основных классов А, М, G и содержанию различных субпопуляций лимфоцитов до и после лечения.

При субпопуляционном анализе лимфоцитов периферической крови у женщин до лечения выявлены статистически достоверные различия в относительном и абсолютном содержании Т-хелперов (CD4+) и В-клеток (CD19+) по сравнению с их содержанием у здоровых женщин. По содержанию основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови достоверных различий в их концентрации по сравнению с лабораторными стандартами не выявлено. Для беременных с герпес-вирусной инфекцией характерно снижение абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), по-видимому за счет значительного снижения Т-хелперов (CD4+) и увеличения содержания В-лимфоцитов.

67 (62,6 %) пациенток, у которых в крови были выявлены специфические антитела к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу класса IgM, имели клинические (угроза прерывания) и ультразвуковые (много- или маловодие, снижение фето- или маточно-плацентарного кровотока, преждевременное «старение» плаценты, плацентит) признаки хронической плацентарной недостаточности. Наличие у данных беременных нарушений в иммунном и интерфероновом статусе позволили обосновать введение в комплекс лечения иммуномодулирующих средств — нормального человеческого иммуноглобулина и человеческого рекомбинантного интерферона (виферон, кипферон).

Имуноглобулин назначали по 250 мг на 1 кг массы тела беременной внутривенно капельно, через день 3 раза. Всего проводили 3 аналогичных курса иммуноглобулинотерапии в I, II триместрах гестации и за 10-14 дней до предполагаемого срока родов. С 24-ой недели беременности применяли также виферон или кипферон по 2 ректальные свечи в сутки ежедневно в течение 7-10 дней. Лечение проводили курсами с перерывом между ними 7-10 дней.

После проведенной терапии у большинства больных (64 – 95,5% из числа леченных) улучшилось общее состояние, исчезла угроза прерывания беременности, нормализовались показатели иммунного статуса (отмечалась четкая тенденция к увеличению Т-лимфоцитов (CD3+), за счет увеличения содержания Т-хелперов (CD4+)). Кроме того, своевременно проведенная иммунокоррекция способствовала более полной реализации компенсаторно-приспособительных возможностей последа. Это обусловлено частичной нейтрализацией цитопатогенного действия вирусов. Причем, это касается не только герпес-вирусов, но и ассоциирующих с ним вирусов и бактерий.

Таким образом, установлено, что применение иммуномодулирующей терапии приводит к стойкой нормализации показателей иммунного и интерферонового статуса беременных, позволяет снизить осложнения гестационного периода, повышает эффективность комплексного лечения хронической плацентарной недостаточности, улучшает прогноз для плода и новорожденного у беременных с герпес-вирусной инфекцией.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗА

Уразаева Ф.А., Хамадьянов У.Р.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время ведущее значение в патогенезе гестоза придается развитию синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) (М.Я.Малахова, 1995; В.В.Ветров, 1995; В.Н.Серов, 2005).

Целью исследования явилось оценка эффективности лечения гестоза путем применения энтеросорбции (ЭС) и эндоваскулярного лазерного облучения крови (ЭЛОК).

Проведено комплексное изучение влияния энтеросорбции и ЭЛОК на состояние центральной и периферической гемодинамики, процессы перекисного окисления липидов, эндогенной интоксикации, биохимические и гемореологические показатели, состояние плода у 150 беременных с гестозом в сроки от 28 до 39 недель.

75 беременных с гестозом, в комплексное лечение которых были включены полифепан с ЭЛОК составили первую (основную) группу, вторую группу (сравнения) — 75 беременных с гестозом, лечение которых проводилось традиционным способом.

Комплексное обследование включало изучение анамнеза, определение соматического и акушерского статуса, оценка степени тяжести гестоза, консультации уролога, терапевта, невропатолога, окулиста и других специалистов по показаниям, лабораторные методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, анализы мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга-Тареева). Проводились также следующие методы исследования: гормональные (определение концентраций эстриола, альфа-фетопротейна, хорионического гонадотропина), биохимические (определение уровня молекул низкой и средней молекулярной массы, олигопептидов, продуктов перекисного окисления липидов, показателей антиоксидантной активности); инструментальные (электрокардиография, кардиотокография, ультразвуковое исследование с доплерометрией), гистоморфологическое исследование последов.

В качестве энтеросорбента нами выбран препарат полифепан, который применялся по 0,5 г/кг массы тела три-четыре раза в день в течение 10-12 дней. Производителем данного препарата является ЗАО «САЙНТЕК» г.С-Петербурга. ЭЛОК проводили на аппарате АЛОК-1 по 30 минут ежедневно, 5-6 сеансов на курс лечения.

Гестоз развился в среднем с 32 недель. Средняя прибавка в массе тела в первой группе составила 12,4±0,33 кг, во второй группе — 12,5±0,34 кг. В основной группе водянка диагностирована у 32 (42,7%) женщин, нефропатия I степени — у 27 (36%), нефропатия II степени — у 16 (21,3%) пациенток, в группе сравнения — у 33 (44%), у 29 (38,7%), у 13 (17,3%) соответственно. Отмечалось снижение суточного диуреза в обеих группах: до 776,4±18,21 мл в основной группе и до 787,21 мл в группе сравнения.

Данные о нарастании эндогенной интоксикации при гестозе заслужили особого внимания. В основной группе содержание МСМ на длине волны спектрофотометра 254 нм составило 0,344±0,01 усл.ед., на длине волны спектрофотометра 280 нм — 0,405±0,015 усл.ед., в группе сравнения — 0,344±0,012 усл.ед. и 0,395±0,011 усл.ед. соответственно. Выявлены также нарушения функции печени: в основной группе отмечалось повышение количества щелочной фосфатазы до 327±3,88 ед/л и ЛДГ до 519,7±2,86 ед/л., в группе сравнения до 326,1±1,9 и 515, 5±2,9 ед/л.

Терапия сочетанным применением ЭЛОК и ЭС оказала положительное влияние на клинико-лабораторные показатели при гестозе, общее состояние, сон, аппетит, артериальное давление, диурез. Диурез в основной группе увеличился до 1152,8±17,1 мл, в группе сравнения — до 934,9±15,85 мл. Выявлено достоверное уменьшение концентрации креатинина в 1,25 раза, общего билиру-

бина в 1,48 раза, мочевины в 1,34 раза. Протеинурия снизилась до  $0,2\pm 0,03$  г/л в основной группе, до  $0,3\pm 0,05$  г/л в группе сравнения. В основной группе после лечения отмечалось снижение содержания МСМ на волне спектрофотометра 280 нм до  $0,26\pm 0,007$  усл.ед. и на волне спектрофотометра 254 нм — до  $0,226\pm 0,0057$  усл.ед., в группе сравнения — до  $0,375\pm 0,004$  усл.ед. и  $0,325\pm 0,0086$  усл.ед. соответственно. Концентрация щелочной и кислой фосфатаз, ЛДГ в основной группе после лечения составили  $242,65\pm 2,2$  ед/л,  $4,41\pm 0,076$  ед/л и  $398,9\pm 9,7$  ед/л, в группе сравнения —  $322,2\pm 2,1$  ед/л,  $7,28\pm 0,05$  ед/л,  $452,2\pm 4,7$  ед/л соответственно. Уменьшение степени эндогенной интоксикации положительно отразилось и на состоянии плода. ПСП улучшился и после лечения в основной группе составил  $0,7\pm 0,01$ , в группе сравнения —  $1,05\pm 0,038$ . В основной группе удалось пролонгировать беременность до  $38,8\pm 0,1$  недель. В группе сравнения срок родоразрешения составил  $36,6\pm 0,22$  недель ( $p < 0,05$ ). Срочных родов в основной группе было достоверно выше — 92%, чем в группе сравнения — 78,6%. Сочетанное применение ЭЛОК и энтеросорбции способствовало рождению детей с большей массой тела —  $3085,24\pm 47,75$  грамм, чем в группе сравнения —  $2512,3\pm 35,3$  грамм. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах в первой группе была достоверно выше, чем во второй группе. Выписка родильниц в основной группе производилась на  $7,5\pm 0,6$  сутки, в группе сравнения — на  $11,4\pm 0,8$  сутки ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что при гестозах имеет место эндогенная интоксикация у всех обследованных беременных, страдающих гестозом. Включение в базисную терапию ЭЛОК и энтеросорбента полифепана позволяет пролонгировать беременность, снизить частоту абдоминального родоразрешения, обеспечить благоприятный исход для матери и плода.

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ**

**Усанов В.Д., Архипова Т.В.**

*Россия, Пенза, ГОУВПО, Пензенский государственный университет, медицинский институт*

В настоящее время частота оперативного родоразрешения возросла, и, главным образом, это связано с расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода и увеличением повторнородящих с рубцом на матке. Многие достигнута в усовершенствовании техники операции, широко используется синтетический шовный материал. Главным методом профилактики гнойно-септических осложнений (ГСО) в пуэрперии является превентивное назначение антибактериальных препаратов. Но продолжают идти споры о том, как часто, с какой кратностью вводить антибиотики родильницам в послеоперационном периоде. Предполагаются различные методы антибиотикопрофилактики после кесарева сечения: 1) однократное струйное введение антибиотика после пережатия пуповины; 2) пери-операционное введение антибиотиков — однократное введение антибиотика после пережатия пуповины и дополнительное введение 1-2 доз после завершения операции; 3) периоперационное в/в введение антибиотика с последующим его в/м введением в течение 3-5 дней.

Цель исследования: оценить эффективность антибиотикопрофилактики цефалоспорины II и III поколений по развитию ГСО в зависимости от внегенитального и генитального инфекционных индексов (ИИ).

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проведён анализ 134 историй родов, закончившихся путём операции кесарева сечения за период с октября 2005 года по март 2006 года. Критерии отбора: 1) срочные роды, 2) безводный промежуток

менее 16 часов, 3) отсутствие дородового кровотечения, 4) операция кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, 5) восстановление целостности матки проводилось однорядным непрерывным обвивным слизисто-мышечным швом с использованием полисорба, 6) используемые анти-биотики — цефалоспорины II и III поколений.

В послеоперационном периоде контроль за инволюцией матки осуществляли при помощи трансабдоминального ультразвукового исследования и бимануального исследования по истечении 6 суток. Контроль общего состояния: показатели гемодинамики, температурные реакции, клинический общий анализ крови.

Все пациентки были разделены на три группы. I группу составили 68 родильниц, которые получали с целью профилактики ГСО антибиотики интраоперационно однократно после пережатия пуповины внутривенно. II группу составили 46 родильниц, которым антибиотики вводили двух- трёхкратно в течение первых суток в зависимости от фармакокинетики и фармакодинамики препарата. III группу составили 20 родильниц, которые получали длительную антибиотикотерапию до пяти суток и более. Результаты исследования обрабатывали с использованием программ STATISTICA 6.0, Microsoft Excel — 98. Рассчитывали средние величины, их ошибки, коэффициенты вариабельности. Исходно группы беременных существенно не отличались по возрасту, характеру заболеваний экстрагенитальной и половой сферы, по количеству родов, аборт, самопроизвольных выкидышей, по наличию инфекционных осложнений во время настоящей беременности; все они относились к группе среднего или высокого инфекционного риска.

Результаты исследования. Мы оценивали имеющиеся в анамнезе и при данной беременности внегенитальные и генитальные инфекции в каждой из исследованных групп, рассчитывали инфекционный индекс (ИИ). Получены следующие результаты: I группа: внегенитальный ИИ — 0,89; генитальный ИИ — 0,51. II группа: соответственно — 0,8 и 0,91. III группа: внегенитальный ИИ — 1,0; генитальный ИИ — 1,0. При сопоставлении внегенитального индекса между 1 и 2 группами ( $p_{1-2} > 0,05$ ) различия не достоверны, тогда как по генитальному индексу различия достоверны ( $p_{1-2} < 0,05$ ). Различия ИИ между 2 и 3 группами достоверны ( $p_{2-3} < 0,05$ ) — как по внегенитальному так и генитальному. Таким образом, пациентки II и III группы имели ту или иную инфекционную настроенность.

Длительность безводного промежутка сопоставима во всех анализируемых группах. Показания к кесареву сечению по группам не имели какой-то строгой закономерности, тем не менее, они более сопоставимы между I и III группами, чем со II группой.

Доступ в брюшную полость в I группе: лапаротомия по Джоэл-Кохену 85% (58 пациенток), по Пфанненштилю 15% (10 пациенток). Во II группе соответственно: 74% (34 пациентки) и 26% (12 пациенток). В III группе: лапаротомия по Джоэл-Кохену 65% (13 пациенток), по Пфанненштилю 35% (7 пациенток). При лапаротомии по Джоэл-Кохену кесарево сечение в 87% случаев выполнено по Stark. Продолжительность операции в модификации по Stark в среднем  $27,17\pm 1,02$  мин., тогда как при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом  $38,4\pm 4,6$  мин. Время от начала операции до извлечения плода составило  $3,04\pm 0,15$  мин. Ни в одной группе после операции по методу Stark не было случая открывшейся раны, заживление было путем первичного натяжения. Новорожденные после операции, проведённой по методике Stark по шкале Апгар оценены были на 8-9 баллов, без наркотической депрессии, тогда как при операции традиционным способом на 6-8 баллов в 75% случаев, среди таких детей выше процент наркотической депрессии. Регулярное грудное вскармливание начинали через 6-12 часов при операции по Stark, при операции в нижнем маточном сегменте через 12 часов и более.

При анализе течения послеоперационного периода выявлено, что у 88% пациенток из I группы температура на всём протяжении оставалась нормальной и лишь в 12% случаев доходила до  $37,20$  С. У всех пациенток из II группы наблюдалось кратковременное (первые сутки после операции) повышение температуры до субфебрильных цифр, затем температура нормализовывалась. В III группе у всех

пациенток отмечено повышение температуры от 37,90 С до 38,20 С на протяжении 2-ух суток после операции с последующим снижением до нормы. Восстановление стула у пациенток всех групп происходило не позднее конца 2-ых суток. Следует оговориться, что все пациентки получали с первых суток после операции фор-лакс. Кроме того пациенткам III группы помимо длительного курса антибиотикопрофилактики проводили инфузионную терапию, направленную на нормализацию КОС и водно-электролитного баланса. Ультразвуковое исследование матки, выполняемое на 6 сутки послеродового периода, показало, что инволюция матки соответствует норме у пациенток I, II групп. У пациенток III группы значительно отставала и отмечалось расширение полости матки с анэхогенными включениями вплоть до 8-ых суток послеоперационного периода.

Осложнённое течение послеоперационного периода отмечено лишь в III группе: у 3 пациенток — инфильтрат послеоперационного шва передней брюшной стенки, у 1 — нагноение швов передней брюшной стенки, у 1 пациентки выставлен диагноз послеоперационного эндометрита.

Среднее пребывание в акушерском стационаре по группам выглядит следующим образом: I группа — 6,7±-1,1сут.; II группа — 7,2±-1,1сут.; III группа — 10,3±-1,3 сут. Отличия в сроках пребывания достоверны ( $p_1-2=0,0018$ ;  $p_2-3=0,0001$ ;  $p_1-3=0,0001$ ).

Заключение. Одноразовая и периоперационная антибиотикопрофилактика ГСО после кесарева сечения цефалоспоридами II-III поколения является эффективной при среднем или высоком по одному показателю (генитальному или внегенитальному) инфекционному индексу. Эффективность антибиотикотерапии в III группе при высоком инфекционном риске по сочетанному показателю (генитальному и внегенитальному) снижена или сомнительна и требует дальнейшего уточнения роли этих факторов в выборе рационального лечения.

## КОРТИКО-КАТЕХОЛАМИНОВЫЕ ГОРМОНЫ ПЛОДА В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ушакова Г.А., Рец Ю.В., Шрайбер С.А.

Россия, Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

На состояние гравидарного гомеостаза существенное влияние оказывают кортико-катехоламиновые гормоны плода — кортизол, адреналин и норадреналин. Кортизол, являясь гормоном «хронического стресса» обладает разнообразными функциями, способствующими сохранить жизнеспособность системы мать-плацента-плод через обеспечение формообразовательных процессов. Адреналин и норадреналин — гормоны «острого стресса», обеспечивают сохранение системы через экстренное улучшение энергообеспечения (увеличение содержания сахара в крови) и непосредственную стимуляцию кардиомиоцитов, обеспечивая эффективность циркуляторно-метаболических процессов, прежде всего в зоне плацентарного барьера (Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2006).

Цель настоящего исследования — определение значения кортико-катехоламиновых гормонов плода в патогенезе хронической кардиоплацентарной недостаточности (ХКПН).

Материалы и методы исследования. Обследовано 47 женщин с доношенной беременностью и естественным родоразрешением живым плодом. Содержание кортизола и адреналина в пуповинной крови новорожденных исследовано стандартной иммуноферментной методикой. Морфометрические исследования плаценты проведены на парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином с использованием компьютерной программы «Видеотест». В каждом наблюдении определялась удельная площадь вор-

син хориона (УПТВХ), показатель кровенаполнения ворсин хориона (ЛКВХ), удельная площадь синцитиальных узелков (УПСУ). Корреляция между содержанием кортизола, адреналина и морфометрическими показателями плаценты исследованы при физиологических морфологических изменениях плаценты III триместра беременности (группа сравнения,  $n=14$ ), хронической компенсированной плацентарной недостаточности (ПНХк,  $n=15$ ), хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности (ПНХс,  $n=11$ ), хронической декомпенсированной плацентарной недостаточности (ПНХд,  $n=7$ ).

Статистическая обработка. Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Результаты сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, анализ силы связи количественных признаков проводили с использованием коэффициента корреляции Спирмена.

Полученные результаты. Использование морфометрических показателей плаценты позволили получить информацию о формообразовательных процессах в терминальных отделах виллезного дерева и степени их функциональной нагрузки в различные стадии развития ХФПН. Удельная площадь терминальных ворсин хориона ( $P \pm r, \%$ ) составила: группа сравнения —  $44,3 \pm 2,2$ ; ХФПНк —  $59,9 \pm 2,7$ ; ХФПНс  $61,6 \pm 3,1$ ; ХФПНд  $74,9 \pm 3,2$ . Показатель кровенаполнения ворсин хориона ( $P \pm r, \%$ ) в исследованных группах соответственно составил:  $8,85 \pm 0,43$ ;  $15,06 \pm 0,7$ ;  $6,14 \pm 0,32$ ;  $3,24 \pm 0,21$ . Удельная площадь синцитиальных узелков ( $P \pm r, \%$ ) имела следующие величины в выше названных группах:  $1,75 \pm 0,06$ ;  $1,34 \pm 0,05$ ;  $3,77 \pm 0,11$ ;  $0,52 \pm 0,03$ .

Полученные данные свидетельствуют о том, что компенсаторные изменения плаценты осуществляются, главным образом, за счёт увеличения ёмкости терминального сосудистого русла и гиперплазии терминальных ворсин хориона в сочетании с формированием дополнительного сосудистого русла и гиперплазии терминальных ворсин хориона в сочетании с формированием дополнительных синцитиокапиллярных мембран, о чём свидетельствует нарастание доли синцитиальных узелков. Истощение компенсаторных резервов документируется агрегацией эритроцитов и нарастающим малокровием терминальных ворсин с закономерным уменьшением доли синцитиальных узелков. Всё это в совокупности может служить морфологическим эквивалентом необратимого угнетения циркуляторно-метаболических процессов в периферических отделах кардио-плацентарного круга кровообращения при утяжелении степени ХФПН.

Сопоставление показателей морфогистиограммы плаценты с уровнем кортизола и адреналина выявило высокую положительную корреляцию уровня адреналина с показателем кровенаполнения ворсин хориона, как при компенсированной ( $r=0,97$ ,  $p<0,001$ ), так и при декомпенсированных формах ХФПН ( $r=0,98$ ,  $p<0,001$ ). Отмечена обратная, средняя, статистически значимая корреляция ( $r = -0,67$ ;  $p<0,001$ ) концентрации адреналина с удельной площадью синцитиальных узелков. Корреляция кортизола с морфогистиограммой плаценты имела другую структурно-функциональную ориентацию, так как характеризовалась высокими показателями коэффициента корреляции и удельной площадью синцитиальных узелков при всех формах ХФПН ( $r=0,82$  и  $r=0,89$ ). Полученные результаты корреляционного анализа отражают определённые различия в регуляторном влиянии адреналина и кортизола плода на морфологию плаценты. Адреналин, в основном, чутко реагирует на степень кровенаполнения терминальных капилляров ворсинчатого дерева, кортизол обеспечивает формообразовательные процессы — гиперпластические изменения терминальных ворсин хориона и появление дополнительных синцитиальных мембран. При концентрации адреналина приходится на стадию компенсации, кортизола — субкомпенсации, а критическое снижение — на стадию декомпенсации. Таким образом, надпочечники плода имеют прямое отношение к развитию компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте. Это может быть использовано для косвенной ретроспективной оценки уровня секреции кортикостероидных и катехоламиновых гормонов у плода во время беремен-

ности. Патоморфологическая верификация декомпенсированной ХФПН должна быть учтена при оценке возможности развития надпочечниковой недостаточности новорожденных.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ

**Фадеев С.В.**

*Россия, Красноярск, МУЗ родильный дом №5*

Актуальность: Своевременно полученные данные об инфекционных процессах у беременных женщин, в последующем осложнившиеся реализацией внутриутробной инфекции у новорожденных, позволяют прогнозировать и предупреждать различные осложнения в неонатальном периоде. Нередко инфекция матери способна привести к тяжелым перинатальным поражениям и даже смерти новорожденного. В тоже время до сих пор остается не решенным и спорным вопрос о возможности пренатальной диагностики внутриутробного инфицирования при помощи эхографии.

Целью нашего исследования явилось определение диагностической и прогностической значимости ультразвуковых маркеров внутриутробного инфицирования (ВУИ) для осуществления своевременной и адекватной дальнейшей помощи новорожденным.

Материалы и методы исследования:

Нами был проведен ретроспективный анализ 234 историй родов и историй развития детей, родившихся в 2004 году в МУЗ «Родильный дом №5» города Красноярск, а также результатов ультразвуковых исследований этих женщин в период беременности. У всех 234 женщин, вошедших в основную группу исследования, во время беременности были выявлены различные инфекции TORCH- комплекса, которые впоследствии были подтверждены и у новорожденных, при этом преобладали хламидийная, цитомегаловирусная, герпетическая и сифилитическая инфекции. Ультразвуковые исследования выполнялись в общепринятые скрининговые сроки. Исследования осуществлялись при помощи сканера «Loqiy PRO Series 700» (Германия) с использованием широкополосных электронных мультимодальных триплексных датчиков.

Результаты исследования и их обсуждение.

У большинства беременных этой группы имелись те или иные маркеры внутриутробных инфекций, выявленные при ультразвуковых исследованиях. Так многоводие или маловодие при втором скрининговом исследовании (в 20-24 нед.) встретилось в 14,9% случаев, а при третьем скрининговом исследовании (в 30-34 нед.) в 29,9% случаев. Эхографические признаки задержки внутриутробного развития плода наблюдались в 5,1% случаев. Такие ультразвуковые маркеры как пиелоктазия плода и пограничные размеры боковых желудочков головного мозга встретились соответственно в 9,8% и 8,9% случаев. Преждевременное созревание плаценты по данным эхографии наблюдалось в 20,1% случаев, а «амниотические перегородки» в 5,1% случаев. По данным доплерометрии гемодинамические нарушения в маточных артериях во время второго скринингового исследования встретились в 25,1% случаев, в то время как во время третьего исследования — в 20,1% случаев.

Для дальнейшего лечения в другие стационары в 2004 году было переведено 635 детей, из них 234 ребенка, были переведены с клинико-лабораторными признаками реализации различных внутриутробных инфекций. Доля таких детей составила 36,85%, то есть фактически каждый третий ребенок был переведен в стационар с ВУИ.

В группе новорожденных с ВУИ, переведенных в другие стационары, в диагнозе при переводе отмечались характерные для таких детей различные патологические состояния: церебральная ишемия (85,04%), морфофункциональная незрелость (17,5%), недоношенность (17,5%), врожденная гипотрофия (17,5%), синдром ЗВРП (5,1%), РДС синдром (2,6%) Следует отметить, что в большинстве случаев отмечалось сочетание приведенных патологических состояний новорожденных.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что углубленное обследование беременных с выявленными эхографическими маркерами ВУИ, позволяют не только диагностировать внутриутробную инфекцию, но с высокой долей вероятности прогнозировать инфекционное поражение плода, что требует правильного планирования лечебно-профилактических мероприятий не только по отношению к беременной женщине, но и к родившемуся ребенку. В ходе проведенного исследования установлена высокая диагностическая значимость вышеперечисленных ультразвуковых маркеров в случаях внутриутробного инфекционного поражения плода.

## ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

**Фаткуллин И.Ф.**

*Россия, г.Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии №2*

Высокая оперативная активность акушеров вызывает оправданное беспокойство и широко обсуждается в медицинской литературе. В настоящее время в мире путем кесарева сечения рождается каждый третий ребенок в Латинской Америке, каждый четвертый в США, каждый пятый в Англии и Канаде, каждый шестой в России. Отражением обеспокоенности этой проблемой является решение Департамента здоровья США о снижении частоты КС как национального показателя до 15% к общему числу родов.

В настоящей работе представлены на обсуждение акушерские ситуации, при которых часто стоит выбор между родами через естественные пути и кесаревым сечением (КС), а именно вопросы родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, при аномалиях родовой деятельности и при преждевременных родах.

Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. Свыше 30% женщины, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды.

Сегодня признается, что само по себе на наличие рубца на матке после КС, выполненного в нижнем сегменте не является показанием для повторной операции. При наличии профессиональных знаний и возможностей при данной клинической ситуации роды допустимы и возможны через естественный родовой пути в 25-70% случаях. Выбор способа родоразрешения определяется с учетом следующих факторов: состояния рубца, желания женщины, наличия повторяющихся или появления новых показаний к КС.

Оценка состояния рубца на матке ключевая и сложная задача. В нашей клинике предложены следующие методы его оценки. До беременности — проведение соноконтрастной ультразвуковой гистероскопии для визуализации внутренних контуров матки, а так же по показаниям диагностической гистероскопии или трансвезикальной биопсии рубца на матке с иммуногистологическим исследованием биоптатов на предмет завершенности репаративных процессов и качества рубца (преобладание нормального миометрия или соединительной ткани).

Во время беременности — детальное изучение анамнеза (особенности первой операции, течение послеоперационного периода, наличие аборт, особенно в первый год после операции), исследование состояния стенки матки в проекции рубца путем проведения ультразвукового исследования — эндовагинальной эхографии при наполненном мочевом пузыре на сроках 20-24 недели беременности в общем протоколе УЗИ и дополнительно после 36 недель (период формирования нижнего сегмента) и далее при необходимости в динамике каждые 5-7 дней.

В родах — наблюдение за клиническими признаками несостоятельности рубца на матке, ультразвуковой контроль за состоянием рубца по методике МОНИИАГ (отсутствие изменений толщины нижнего сегмента матки при открытии маточного зева не менее 3 см).

Согласие беременной является необходимым условием для самопроизвольных родов. Определяющим является тот настрой, который женщина приобретает за время наблюдения в женской консультации. Профессиональная убежденность врача женской консультации в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей мамой должны сделать выбор тактики родоразрешения позволяют вселить женщине оптимизм и уверенность в благополучном исходе родов, оградить от лишних и неоправданно завышенных страхов перед разрывом матки по рубцу.

Данные нашей клиники показывают, что роды через естественные родовые пути могут быть рекомендованы каждой второй беременной, с учетом ее желания они планируются у каждой третьей и у 75% из них завершаются самопроизвольными родами с благоприятным исходом.

Слабость родовой деятельности. В современном акушерстве слабость родовой деятельности (СРД) является одним из самых частых показаний к абдоминальному родоразрешению. Вместе с тем, частота КС при этом осложнении по нашему мнению существенно завышена. Резервы ее снижения заключаются в проведении мероприятий по профилактике аномалий родовой деятельности и назначении терапии с использованием амниотомии, инфузионной терапии, утеротоников и эпидуральной анестезии.

Особый интерес представляет использование растворов гидроксизилированного крахмала в комплексном лечении СРД. Методика основана на предположении, высказанном Савицким Г.А., что патогенез данного осложнения родов связан с недостаточностью объема крови, депонируемого в сосудистых резервуарах тела и шейки матки, а также нарушениями микроциркуляции в миометрии.

За период с 2002 по 2005 годы в нашей клинике было достигнуто снижение частоты операции КС при СРД с 25,4% до 10,0% при общем снижении перинатальной смертности с 10,80 до 2,06 %.

Преждевременные роды. Дискуссионными остаются вопросы выбора метода родоразрешения при преждевременных родах. В нашей клинике, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Российского государственного университета Дружбы народов была внедрена методика операции кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре. Суть данного метода заключается в предупреждении травматизации шейного отдела позвоночника плода при извлечении его из полости матки благодаря созданию гидравлической защиты из околоплодных вод. Предварительные результаты работы подтверждают перспективность дальнейших исследований в части определения показаний и условий для выполнения данной модификации операции КС с учетом массы плода, срока гестации и степени перинатального риска.

## К ВОПРОСУ О МОНИТОРИНГЕ ГЕМОДИНАМИКИ БЕРЕМЕННЫХ И ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА

**Фаткуллин И.Ф., Юпатов Е.Ю.\***

*Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра акушерства и гинекологии №2, \*МУЗ «Клинический родильный дом №1»*

Актуальность: Гестоз относится к наиболее сложному разделу акушерской практики. В основе патогенеза гестоза лежит генерализованный спазм сосудов, отражением которого является артериальная гипертензия и изменение объемных показателей центральной гемодинамики. Для оценки состояния гемодинамики сегодня применяются как инвазивные, так и косвенные методы. Учитывая особенности акушерской специальности метод должен быть неинвазивным, мобильным, простым в использовании и позволяющим проводить мониторинг состояния гемодинамики беременной.

Целью настоящего исследования стало улучшение исходов беременности, осложненной гестозом, путем внедрения метода

объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) для контроля эффективности дифференцированной терапии с учетом гемодинамических нарушений.

Материалы и методы: Обследовано 128 беременных на сроках от 28 до 41 недели. Основную группу составили 93 беременные с гестозом различной степени тяжести. Из них гестоз легкой степени диагностировался у 32 пациенток (I основная группа), гестоз средней степени у 44 пациенток (II основная группа) и гестоз тяжелой степени выявлялся у 17 пациенток (III основная группа). Контрольную группу сформировали 35 пациенток с беременностью неосложненной гестозом. В работе была использована классификация гестоза, предложенная Г.М.Савельевой.

Мониторинг гемодинамики проводился методом ОКО, с использованием анализатора параметров кровообращения «АПКО-8-РИЦ» (ООО «Экология. Здоровье. Жизнь»). В ходе исследования фиксировались следующие параметры гемодинамики: показатели артериального давления — диастолическое давление (ДАД), среднее давление (СрАД), боковое давление (БАД), систолическое давление (САД), ударное давление (АДуд), пульсовое давление (АДп); показатели, характеризующие сердечную деятельность: сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ), ударный объем (УО), ударный индекс (УИ), частота сердечных сокращений (ЧСС); сосудистые показатели: податливость плечевой артерии (Парт), линейная скорость кровотока (СК), скорость пульсовой волны (СПВ), податливость сосудистой системы (ПСС) или системная податливость, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), удельное периферическое сопротивление фактическое (УПСС).

Терапия беременных с гестозом включала создание лечебно-охранительного режима, применение седативных средств, магнезиальной терапии, проведение инфузионной терапии. Ключевой позицией являлась дифференцированная гипотензивная терапия, основанная на определении типа гемодинамики методом ОКО. При гиперкинетическом типе гемодинамики применялся блокатор кальциевых каналов верапамил. Для поддержания гипотензивного эффекта, у 5-и беременных мы применяли В-адреноблокатор (анаприлин). При эукинетическом типе применялось сочетание А-адреноблокатора допегита с блокатором кальциевых каналов верапамилом. При гипокинетическом типе гемодинамики применялось внутривенное введение сульфата магния путем подбора среднесуточной дозы сульфата магния в зависимости от уровня СрАД, массы тела беременной и индивидуальной чувствительности к препарату. Внутривенное введение сульфата магния проводилось под контролем частоты дыхательных движений (ЧДД), почасового диуреза, активности коленных рефлексов, параметров гемодинамики.

Для изучения эффективности терапии с применением различных инфузионных сред мы разделили группы с гестозом средней и тяжелой степени на подгруппы. 26 беременных с гестозом средней степени тяжести, у которых в составе комплексной терапии гестоза применялись растворы ГЭК и 18 беременных с гестозом средней степени тяжести, получавших в составе ИТ изотонический раствор хлорида натрия составили соответственно Ia и Ib подгруппы. По такому же принципу были разделены и беременные с гестозом тяжелой степени — 9 пациенток сформировали IIIa и 8 пациенток — IIIb подгруппы соответственно. Инфузионную терапию проводили в соответствии с рекомендациями В.Н.Серова, выбирая среднюю скорость инфузии не более 150 мл/ч, и объем вводимых сред 400-800 мл для изотонического раствора хлорида натрия и 500 мл для 6% раствора ГЭК [7].

Исследование функционального состояния новорожденного проводилось по шкале Сильверман и Апгар с оценкой состояния новорожденного на 1-ой и 5-ой минуте жизни.

Исследование плаценты включало визуальную оценку и органографию плаценты тотчас после родов. Оценивались масса плаценты, определялся плодово-плацентарный коэффициент (ППК). Исследование препаратов проводилось с использованием микроскопа NIKON eclipse E400 с видеосистемой.

Полученные результаты: В результате мониторинга гемодинамики беременных женщин методом ОКО, выявлено, что при

гестозе происходило достоверное, по сравнению с физиологически протекающей беременностью, увеличение значений АД, САД и ДАД, СрАД, БАД, АДп, АДуд. Компенсаторно снижались параметры сердечной деятельности по мере нарастания тяжести гестоза. Параметры СВ, при тяжелом гестозе были меньше чем при беременности неосложненной гестозом. С утяжелением гестоза изменялись показатели, характеризующие состояние сосудистой стенки: показатели периферической сосудистой резистентности увеличивались, а показатели, характеризующие пропускную способность сосудистого русла достоверно снижались. В результате лечения у пациенток с гестозом легкой степени все параметры АД достоверно снижались и приближались к таковым при беременности, протекающей без гестоза. Индивидуально подобранная терапия пациенток с гестозом средней степени тяжести позволила улучшить основные гемодинамические показатели беременных в данной группе. Более существенный эффект был отмечен в тех случаях, где в состав комплексной терапии были включены растворы ГЭК. При гестозе тяжелой степени, в результате проведенного лечения показатели артериального давления достоверно снижались, а сосудистые показатели были достоверно ниже при использовании растворов ГЭК, чем при использовании физиологического раствора. Главным результатом терапии, проводимой под мониторингом показателей гемодинамики беременной женщины, явилась возможность максимально пролонгировать беременность, подготавливая плод к родоразрешению при стабильном состоянии матери. В соответствии с задачами исследования было проведено морфологическое исследование 25 последов от родильниц с гестозом легкой, средней и тяжелой степени.

Выводы: Метод ОКО позволяет определить типы гемодинамических нарушений при гестозе, осуществлять мониторинг гемодинамики беременных и контролировать эффективность терапии у беременных с гестозом легкой, средней и тяжелой степени. Дифференцированная терапия позволила пролонгировать беременность и провести родоразрешение на доношенных сроках у пациенток с гестозом легкой степени тяжести в 90,6% случаев, у беременных с гестозом средней степени тяжести в 59% наблюдений, а среди пациенток с тяжелым гестозом в 23,5% случаев, снизить частоту оперативных родов до 26% и 45% при гестозе средней и тяжелой степени соответственно. Адекватная гипотензивная и инфузионная терапия гестоза средней и тяжелой степени с применением препаратов ГЭК оказывала позитивное влияние на морфофункциональное состояние плаценты.

## К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

**Фаткуллин Ф.И.**

*Россия, г. Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»*

Актуальной является проблема выбора метода родоразрешения при преждевременных родах и методики операции кесарева сечения применительно к сроку гестации и массе плода. На кафедре акушерства и гинекологии №2 Казанского государственного медицинского университета, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Российского государственного университета Дружбы народов была внедрена методика операции кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре. Цель исследования: изучение исходов беременности и родов для маловесных новорожденных и младенцев, рожденных путём операции кесарева сечения при извлечении плода в целом плодном пузыре.

Методика операции заключается в следующем: Матка вскрывается разрезом по Дерфлёру, не нарушая целостности плодного пузыря. Далее хирург вводит руку в разрез на матке и отслаивает плодный пузырь от её стенок, с учётом расположения плаценты, затем подводит головку плода к ране и плод выводится из полости

матки. Плодный пузырь надрезается и новорожденный выкладывается на акушерский поднос. Следует отметить, что новорожденного необходимо выводить в целом плодном пузыре только до плечевого пояса, чтобы не вызвать отслойки плаценты.

Суть данного метода заключается в предупреждении травмы шейного отдела позвоночника плода при извлечении его из полости матки благодаря созданию гидравлической защиты из околоплодных вод.

По данной методике выполнено 11 операций кесарева сечения на сроке гестации 28-30 недель — 4 женщины, на сроке 31-34 недели — 5 женщин, на сроке 35-37 недель — 2 женщины. Показаниями для операции служили: гестоз тяжелой, средней степени, прогрессирующая отслойка плаценты, несостоятельность рубца на матке, хроническая прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. Было проанализировано 30 историй родов и историй развития новорожденного при традиционных разрезах на матке. В результате проведенного нами исследования было установлено, что длительность пребывания новорожденного в стационаре как на первом этапе выхаживания, так и на втором меньше у детей, извлечённых из полости матки в целом плодном пузыре.

Отдалённые результаты изучаются.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ ФОРМУЛЫ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДАТЫ РОДОВ, УЧИТЫВАЮЩЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЖЕНЩИНЫ В СРАВНЕНИИ С ФОРМУЛОЙ НЕГЕЛЕ

**Федорович О.К., Ичмелян А.М.**

*Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет*

Существующие в настоящее время методы определения даты родов являются предположительными и не могут удовлетворять современного практикующего врача. Многие факторы, от которых зависит точность определения сроков родов, еще недостаточно известны.

Наступление беременности может не совпадать по времени с датой предположительного зачатия. Это связано со многими факторами: временем овуляции, длительностью оплодотворяющей способности сперматозоидов и жизнеспособности яйцеклетки. При различной продолжительности менструального цикла дата овуляции приходится на разные дни.

Считается, что фолликулярная фаза цикла более вариабельна, чем лютеиновая, поэтому примерную дату овуляции рассчитывают за 2 недели до предположительной менструации. Как полагают Peters и соавторы, 1975; Gougeon, 1986; Erickson, 1986 и другие, фолликулогенез начинается в позднюю лютеиновую фазу предшествующего цикла и завершается созреванием фолликула и овуляцией. Длительность I фазы определяется временем выбора доминантного фолликула [Сидельникова В.М. 2002 г.].

Исходя из вышеизложенного, мы предположили, что расчёт срока родов по дате первого дня последних месячных перед зачатием, для всех женщин, независимо от длительности их менструального цикла, будет ошибочным.

Для повышения точности определения срока родов мы решили создать формулу, в которой учитывались бы особенности длительности индивидуального менструального цикла каждой беременной (заявка на изобретение № 2006137855 от 26.10.2006 года).

За ближайший аналог была взята формула Негеле: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней.

Др. = Дата 1д.п.м.-3к.м.+7дней, где

Др. — дата родов

Дата 1 д.п.м. — дата 1-ого дня последних месячных

3 к.м. — временной интервал 3-х предшествующих календарных месяцев

Сущностью предлагаемого способа является то, что дополнительно учитывают разницу между длительностью менструального цикла в днях у данной беременной и средней длительностью менструального цикла равной 28 дням, и определяют дату родов по формуле:

Др.=Дата 1 д.п.м.-3 к.м.+7 дней+(N-28) дней, где

Др. — дата родов

Дата 1 д.п.м. — дата 1-ого дня последних месячных

3 к.м. — временной интервал 3-х предшествующих календарных месяцев

N -длительность менструального цикла в днях у данной беременной

Целью исследования является оценка эффективности определения даты родов по формуле, учитывающей длительность менструального цикла женщины в сравнении с формулой Негеле.

Материалы и методы: Для проверки эффективности новой формулы, нами ретроспективно было проанализировано 437 историй родов женщин родивших за период 2002-2004года в родильном доме №5 г. Краснодара. Анализу подверглись только карты историй родов женщин с физиологическим течением беременности. Средний возраст рожениц  $25 \pm 4$  лет. Из общего количества обследованных первородящих женщин 260 (60%), повторнородящих 177 (40%). Особое внимание уделялось точной дате последних месячных перед наступлением беременности, длительности менструального цикла и дате родов.

Результаты исследования: Предполагаемая дата родов рассчитывалась 2-мя способами: по формуле Негеле и по предлагаемой нами формуле, учитывающей длительность индивидуального менструального цикла женщины. После вычисления предполагаемых сроков родов, они сравнивались с истинной их датой по историям родов.

При определении даты родов по формуле Негеле, точно в срок родило 3,4%, с разницей до 7 дней — 47,8%, от 7 до 14 дней — 29,8%, от 15 до 20 дней — 11,7%, от 20 до 30 дней — 9,8% женщин. Роды с разницей свыше 30 дней были у 1% женщин.

При определении даты родов по предлагаемому нами методу, родило точно в срок 7,55%, с разницей до 7 дней 58,6%, от 7 до 14 дней — 26,5%, от 15 до 20 дней — 9,1%, от 20 до 30 дней — 5,7% женщин. Ошибок свыше 30 дней не было.

Таким образом, при использовании предлагаемой нами формулы точно в срок и с разницей  $\pm 14$  дней родило (85,1%) женщин, что достоверно больше ( $p < 0,005$ ), чем при использовании формулы Негеле — (77,6%)

Выводы: Техническим результатом способа является повышение точности определения даты родов за счёт повышения информативности применяемой формулы, в которой учитывается дополнительный критерий — длительность оварийно-менструального цикла каждой беременной.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.

ГУ НЦАГиП РАМН, Москва, Россия, директор- академик РАМН, Кулаков В.И.

В настоящее время одним из дискуссионных является вопрос о роли микоплазм в развитии патологии репродуктивной сферы. Ряд исследователей не относят микоплазм к патогенам, другие считают микоплазмы условно-патогенной микрофлорой, некоторые авторы указывают на непосредственную тесную связь микоплазм с развитием патологических процессов урогенитального тракта. Тем не менее, накоплены многочисленные данные о связи урогенитальных микоплазм с патологией мочевыделительной системы, воспалительными заболеваниями органов малого таза, осложнени-

ями беременности и родов, патологией плода и новорожденного. Патогенез вызываемых урогенитальными микоплазмами осложненный гестационного процесса остается недостаточно изученным.

Обследовано 200 пациенток репродуктивного возраста вне беременности, при обследовании которых в цервикальном канале были выявлены урогенитальные микоплазмы (*U.urealyticum* и/или *M.hominis*) методом ПЦР и культуральным методом. Пациенткам также было проведено бактериологическое исследование содержимого цервикального канала на наличие другой условно-патогенной микрофлоры.

Из 200 пациенток были выделены 80 (40%) женщин, при обследовании которых были выявлены урогенитальные микоплазмы в качестве монокультуры, другой патогенной или условно-патогенной микрофлоры выявлено не было. В остальных случаях ( $n=120$ ; 60%) урогенитальные микоплазмы определялись в ассоциациях с другой условно-патогенной микрофлорой: гемолитические стрептококки, энтерококки, гарднереллы, *Pravulus*, *E. Coli*, *Staphylococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus viridans* в титре 104-5КОЕ/мл.

В группе женщин с мономикоплазменной инфекцией ( $n=80$ ) частота выделения *U.urealyticum* в титре 104 КОЕ/мл составила 62,5%, *M.hominis*-10%, *U.urealyticum*+ *M.hominis*-18,75%. *U.urealyticum* в титре 104 КОЕ/мл была выявлена у 4 (5%) пациенток, *M.hominis*- у 1 (1,25%), *U.urealyticum*+ *M.hominis*- у 2 (2,5%). Таким образом, частота выделения урогенитальных микоплазм в титре 104 КОЕ/мл в качестве монокультуры составила 8,75%.

Учитывая хронический персистирующий характер процесса, отягощенный акушерский (самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, пороки развития плода, перинатальные потери) и гинекологический анамнез (рецидивирующий хронический воспалительный процесс органов малого таза, дисфункция яичников, миомы матки, эндометриоз органов малого таза), проведено определение интерферронового статуса, уровня содержания стероидов в суточной моче.

Исследование интерферронового статуса пациенток с урогенитальными микоплазмами в цервикальном канале показало, что в 78% случаев имеется выраженное, а в 14%-умеренное снижение выработки и -интерферронов. В 8% случаев интерферроновый статус был не изменен (группа пациенток, у которых урогенитальные микоплазмы были выявлены в титре 104 КОЕ/мл).

При определении уровня содержания стероидов в суточной моче (суммарные 17-кетостероиды и дегидроэпиандростерон-сульфат) было отмечено, что в целом в группе обследуемых ( $n=200$ ) в 124 (62%) случаях был выявлен повышенный уровень выделения андрогенов с суточной мочой. Повышение уровня 17-КС было отмечено в 41 случае (33,06%), повышенный уровень ДЭА-S был отмечен в 60 случаях (48,4%), сочетанное повышение было отмечено 23 случаях (18,6%). Средний уровень содержания 17-КС в суточной моче на 5-7 день менструального цикла составил  $49,8 \pm 4,7$  мг/сут (норма 21-41,6 мг/сут), уровень содержания ДЭА-S  $3138 \pm 187$  нмоль/л (норма 500-2000 нмоль/л). В группе пациенток с мономикоплазменной инфекцией наблюдались те же закономерности: повышение уровня 17-КС отмечено у 12 (15%), повышение уровня ДЭА-S- у 41 (51,25%), сочетанное повышение- у 11 (13,75%) пациенток. Средний уровень содержания 17КС составил  $44,12 \pm 1,6$  мг/сут, ДЭА-S  $2767 \pm 326$  нмоль/л. В группе пациенток, у которых урогенитальные микоплазмы были выявлены в титре 104 КОЕ/мл средний уровень содержания 17-КС составил  $42,86 \pm 1,3$  мг/сут, ДЭА-S-  $2452 \pm 173$  нмоль/л.

После проведения этиопатогенетической антибактериальной и иммуномодулирующей терапии, в результате которой достигнута элиминация возбудителя (76%) или снижение титра до 104 КОЕ/мл (24%) отмечено, что выраженное снижение выработки и интерферронов выявлено в 37%, умеренное снижение -12%, в остальных случаях (51%) -незначительные изменения показателей интерферронового статуса.

Повторное определение уровня 17-КС и ДЭА-S в суточное моче после лечения показало, что отмечается тенденция к нормализа-



ции этих показателей: в целом в группе обследованных женщин (n=200) средний уровень 17КС составил-  $43,4 \pm 3,12$  мг/сут., ДЭА-S-2367  $\pm$  173 нмоль/л., в группе пациенток с микоплазменной моноинфекцией средний уровень 17-КС составил  $41,8 \pm 1,87$  мг/сут, ДЭА-S -2174  $\pm$  285 нмоль/л.

Таким образом, выявлено, что в группе обследованных пациенток с моно- и микст-микоплазменной инфекцией определяются изменения, характеризующееся снижением интерферронового статуса и усилением выработки глюкокортикоидов, в основном, надпочечникового происхождения. Эти изменения являются характерными для хронического воспалительного процесса, приводящего к состоянию хронического стресса. Этиопатогенетическая противовоспалительная терапия приводит к нормализации уровня выделения стероидов, что позволяет оптимизировать лечебную тактику у пациенток вне и во время беременности.

## ДИНАМИКА СЛУЧАЕВ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

**Фролов А.Л., Сыртланов И.Р., Фролова Е.В.**

*Россия, Уфа, Республиканский перинатальный центр*

При современном уровне рождаемости проблема невынашивания беременности становится еще более актуальной. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся аборт (замершая или неразвивающаяся беременность), т.е. гибель эмбриона или раннего плода с длительной задержкой его в полости матки.

Частота данной патологии беременности в структуре репродуктивных потерь достигает 15-20 %. Наиболее частыми причинами неразвивающейся беременности являются генетические, эндокринные, иммунные, инфекционные (Кулаков В.И., Сидельникова В.М., 1996 г.). В последние годы среди причин этой акушерской патологии стали рассматривать тромбофилические расстройства и генетические тромбофилии (Макацария А.Д., Бицадзе В.О., 2006 г.). Нередко случаются повторные случаи этой акушерской патологии. Одним из путей снижения частоты случаев неразвивающейся беременности является проведение предгравидарной подготовки направленной на устранение возможных этиологических факторов.

С целью оценки частоты и структуры неразвивающейся беременности в Республике Башкортостан был проведен анализ реестров Республиканского филиала РФОМС за 2000-2005 годы. Проведенный анализ показал, что в целом по республике в 2000-2003 гг. отмечался ежегодный прирост случаев неразвивающейся беременности в среднем на 7%, а в количественном выражении увеличение с 2094 до 2606 случаев. В последующие 2004-2005 годы с целью профилактики повторных случаев этой патологии широко внедрялись меры предгравидарной подготовки и рациональная тактика ведения беременности у женщин, перенесших несостоявшийся аборт. Итогом проводимой работы стало прекращение роста количества случаев данной патологии в 2004 г. (2076 случаев), а в 2005 г. вновь наметилась тенденция к их увеличению (2411 случаев). Данная патология беременности встречалась у женщин от 17 до 47 лет, а в среднем возраст составил 29 лет и не менялся за весь указанный период.

Определенный интерес имеет структура выявления неразвивающейся беременности в зависимости от срока беременности. Так в 2000-2003 гг. прирост случаев этой патологии в основном происходил за счет выявления их до 12 недель беременности, что составляло от 76 до 81% всех случаев. В последующие 2 года выявление случаев неразвивающейся беременности до 12 недель беременности составляло 84 %.

Проведен анализ встречаемости замершей беременности по территориям РБ, что позволило выявить 4 из них, где эта патология встречается наиболее часто. Однако эти районы не были равнозначны как по степени загрязнения окружающей среды, так и по численности проживающего населения и другим факторам.

Таким образом, в целом по РБ установилась тенденция к стабилизации частоты случаев невынашивания беременности, в частности одной из ее форм — несостоявшегося аборта. Увеличение количества случаев в 2005 г. можно объяснить за счет выявления этой акушерской патологии первично. В структуре этой патологии доминируют случаи гибели эмбриона до 12 недель беременности, что характерно для всех территорий Республики Башкортостан. На прекращение роста частоты данной патологии беременности оказало влияние как проведение профилактических мероприятий перед планируемой беременностью (санация очагов хронической инфекции, коррекция гормональных нарушений, выявление и купирование гемостазиологических расстройств и др.), так и рациональное ведение беременности в зависимости от выявленных ранее причин невынашивания беременности.

## ПРИЧИНЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАНИХ СРОКОВ

**Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Жукова К. Ю., Ивандеева О.И.**

*ГУ НЦ АГ и П РАМН, г. Москва, Россия; Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия*

Репродуктивные потери остаются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства, в связи со снижением рождаемости и ухудшением здоровья населения. Сложность решения проблемы невынашивания беременности обусловлена многочисленностью причин, несовершенством методов диагностики и лечения.

Цель исследования: изучить особенности репродуктивных потерь на ранних сроках гестации.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 360 женщин репродуктивного возраста. Применялись: клинико-статистические, бактериологические, цитологические, гистологические, УЗИ методы исследования.

Результаты и их обсуждение: Подавляющее большинство (52,2%) женщин с невынашиванием беременности были в возрасте от 21-29 лет (средний возраст  $27 \pm 0,39$  лет). По социальному статусу преобладали служащие (48,6%), из них состояло в браке 43,9% женщин. У 73,1% женщин соматический анамнез отягощался перенесенными ОРВИ, что создавало благоприятный фон для возникновения во время беременности рецидивов хронических инфекционных заболеваний. При настоящей беременности ОРВИ отмечено в 25,3% случаев. Инфекционные гепатиты в анамнезе были у 10,3% женщин: наиболее часто обнаруживались серологические маркеры вирусных гепатитов А и С. Так, видоспецифические IgG к вирусному гепатиту А выявлены в 5,8%, видоспецифические IgG к HBs Ag, HBe Ag и Hbc Ag — 1,7%, серологические маркеры гепатита С — 2,5%, маркеры гепатитов В+С у 1 женщины (0,3%), у 1 женщины (0,3%) обнаружен Вирус Иммунодефицита Человека, сифилис у 6 (1,7%). Экстрагенитальные заболевания имели 45,8% женщин: сердечно-сосудистые заболевания — 16,6%, заболевания органов дыхания — 10,3%, желудочно-кишечного тракта — 10,3% и почек — 8,6%. У 44,7% женщин были воспалительные заболевания органов малого таза, а доброкачественные опухоли матки и яичников выявлены в 9,1% случаев. ХУГИ (ЦМВ, ВПГ, уреоплазмоз, хламидиоз, трихомоноз, гарднереллез) наблюдались лишь у 6,1% беременных женщин. Внутритрубноное инфицирование и последующее за ним прерывание беременности можно объяснить инфицированием плодных оболочек, что и было подтверждено гистологически. У 11 женщин (3%) имели место нарушения в свертывающей системе крови. По мнению многих современных авторов, именно синдром гиперкоагуляции мог быть причиной невынашивания беременности. Из 360 обследованных женщин первобеременные составили 32,5%, повторнобеременные — 67,5%. При анализе анамнестических данных выявлено, что 1 аборт в анамнезе перед предстоящей беременностью был отмечен в 21,4% случаев, 2-3 аборта — 17,5%; выкидыши — у 25,3% женщин, неразвивающаяся беременность

— 2,2%, интранатальная гибель плода — 2,2%. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой невынашивания у 56,7% женщин, начавшимся самопроизвольным выкидышем — 37,5%, развивающейся беременностью — 5,8%. В 48% случаев срок гестации у пациенток был от 5-8 недель. Беременность прервалась у 32,5% женщин, поступивших в стационар, которым проведено выскабливание полости матки, а повторное выскабливание по поводу задержки элементов плодного яйца у 7,2%. Причём, в 1 случае произведена ампутация матки без придатков, в связи с наличием многоузловой миомы матки больших размеров и высокого риска кровотечения.

При бактериологическом обследовании женщин с невынашиванием беременности выявлено, что состав вагинальной микрофлоры был следующим: кандидозный и трихомонадный кольпит диагностирован у 12,5%, патогенная флора — 4,7%, условно-патогенная флора — 33,3%. У 49,5% пациенток с невынашиванием беременности на фоне большого количества лейкоцитов роста флоры не обнаружено. Нами детально обследована 91 женщина с привычной потерей беременности I триместра (2 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе). У данной группы пациенток исследовалась ткань эндометрия для гистологической верификации эндометрита и выявления персистенции бактериальной и вирусной инфекции. У 47,5% женщин гистологически верифицирован диагноз хронического эндометрита. Персистенция инфекции в эндометрии обнаружена в 25,3% случаев, преимущественно вирусно-бактериальной этиологии. Обнаружено, что при хроническом эндометрите значительно изменяются структурно-функциональные характеристики эндометрия, что приводит к нарушению рецептивности ткани и является неблагоприятным фактором для успешного прогрессирования беременности. В связи с чем, при выявлении хронического эндометрита, бактериально-вирусной инфекции эндометрия, помимо терапии, направленной на пролонгирование беременности, нами проведена антибактериальная терапия с учётом чувствительности к антибиотикам.

Выводы: проведённый клинико-статистический анализ позволил выявить наиболее значимые факторы риска невынашивания беременности: 1) наличие первичной или смешанной вагинальной микрофлоры и ХУГИ; 2) острые или частые рецидивы хронических инфекционных заболеваний в период гестации; 3) отягощённый гинекологический или акушерский анамнез (вирусоносительство, ЗОМТ, нарушение менструальной функции, неразвивающаяся беременность и т.д.). Следует учитывать, что повторные самопроизвольные аборт опасны поражением базального слоя эндометрия, развитием воспалительных процессов внутренних половых органов, нарушением менструального цикла и дальнейшим ухудшением репродуктивной функции женщин.

## **РОЛЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ МОЗГА В ПРОРЫВЕ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Хайруллина Г.Р., Габидуллина Р.И.**

*Россия, Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»*

Проблема профилактики и лечения невынашивания беременности относится к числу первоочередных в современной акушерско-гинекологической науке. Невынашивание беременности является одной из причин перинатальной патологии и приводит к нарушениям различных органов и систем плода, в том числе ЦНС, имеющей первостепенное значение в дифференцировке, созревании и функционировании развивающегося организма. Распознавание патологических процессов в нервной системе плода и новорожденного открывает пути их предупреждения и эффективной ранней реабилитации.

Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является изучения нейроспецифических белков мозга (НСБ) в сыворотке крови, поступающих в кровотоки при нарушении функции гематоэнцефалического барьера (ГЭБ)

Целью исследования явилось определение в сыворотке крови нейроспецифических белков (НСБ), поступающих в кровотоки при нарушении функции гематоэнцефалического барьера (ГЭБ).

Проведены клинические иммунохимические исследования 78 пациенток при невынашивании беременности и их 35 новорожденным. Критериями включения женщин в группу явились наличие клиники угрозы прерывания беременности в I, II и III триместрах, самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов. Контрольную группу составили 55 беременных с физиологическим течением беременности и их 22 здоровых новорожденных.

Сравнение женщин основных групп по возрасту, общесоматическому статусу, акушерско-гинекологическому анамнезу и исходу предыдущих беременностей достоверных отличий не было выявлено.

Лечение угрозы прерывания беременности проводилось в условиях стационара по общепринятой методике.

Исследование состояния кровотока в системе мать-плацента-плод осуществляли методом ультразвуковой доплерометрии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Для оценки внутриутробного состояния плода проводили кардиотокографию у 78 беременных

Для оценки проницаемости гематоэнцефалического барьера в сыворотке крови беременных и плодов определяли содержание нейроспецифических белков  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$ -глобулинов мозга ( $\alpha_1$ -BG и  $\alpha_2$ -BG). Исследования проводились методом твердофазного иммуноферментного анализа в лаборатории иммунохимии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (руководитель — чл.корр.РАМН, д.м.н., проф.В.П.Чехонин).

Было выявлено, что у здоровых беременных, рожениц и их новорожденных  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$ -глобулины в сыворотке крови не определяются, что свидетельствует о том, что в норме ГЭБ непроницаем для этих нейроспецифических белков.

При наличии клинических признаков угрозы прерывания беременности в сыворотке крови женщин на всех сроках наблюдения были выявлены нейроспецифические белки. Так в I триместре беременности уровень исследуемых НСБ в 1 основной группе составил для  $\alpha_1$  глобулинов  $36,6 \pm 0,2$ ,  $\alpha_2$   $63,7 \pm 0,1$  пг/мл. Рост уровня белков происходил с увеличением срока беременности и максимальных значений достигал в III триместре.

Снижение уровней нейроспецифических белков мозга в сыворотке крови беременных определяли на 6-7 сутки от начала лечения у тех пациенток, у которых беременность была сохранена. Происходило достоверное снижение уровня  $\alpha_1$ -Bg и их концентрации приближались к значению контрольной группы. Наиболее выраженный эффект лечения наблюдали в III триместре беременности — уровень белков снижался в 21 раз. Концентрация  $\alpha_1$  глобулина мозга на фоне лечения также достоверно снижалась, однако контрольных значений не достигала и составила в I триместре —  $22,7 \pm 0,1$ , во II —  $15,1 \pm 0,1$  и в III —  $7,3 \pm 0,2$  пг/мл.

У рожениц, в анамнезе имевших угрозу прерывания беременности на различных сроках, прошедших курс лечения и доносивших беременность, в сыворотке крови, взятой во время срочных родов, уровень  $\alpha_1$ -BG и  $\alpha_2$ -BG превышал контрольные значения. Концентрация  $\alpha_1$ -BG составила  $25,5 \pm 0,8$  пг/мл,  $\alpha_2$ -BG —  $22,5 \pm 0,2$  пг/мл.

В тех случаях, когда беременность сохранить не удавалось, уровень нейроспецифических белков мозга в крови достоверно выше. Концентрация НСБ в крови беременных при угрожающем аборте составила  $\alpha_1$   $6,6 \pm 0,2$  пг/мл,  $\alpha_2$   $63,7 \pm 0,1$  пг/мл. При клинической картине начавшегося аборта уровень белка достоверно увеличился  $\alpha_1$  до  $209,1 \pm 2,3$  пг/мл,  $\alpha_2$   $220,1 \pm 2,3$  пг/мл ( $p < 0,001$ ). Максимальная концентрация НСБ была определена в тех случаях, когда беременность сохранить не удавалось, и она прерывалась. В случаях преждевременных родов концентрация НСБ также достоверно возрастала и достигала  $411,6 \pm 2,7$  и  $359,2 \pm 2,5$  пг/мл.

В сыворотке крови из пуповины у здоровых новорожденных кон-

трольной группы  $\text{C}_1$ -BG и  $\text{C}_2$ -BG не были обнаружены. Уровни НСБ у детей определялись сроком гестации и наличием или отсутствием поражения центральной нервной системы у новорожденных. У недоношенных детей были выявлены высокие уровни НСБ, достоверно превышающие значения у доношенных новорожденных ( $p < 0,001$ ).

В основной группе у 3 доношенных и у 8 недоношенных новорожденных были выявлены признаки перинатальных поражений ЦНС, при этом уровень НСБ достоверно возростал.

Таким образом, у здоровых беременных и их новорожденных гематоэнцефалический барьер непроницаем для НСБ мозга  $\text{C}_1$  и  $\text{C}_2$ -глобулинов. Высокие концентрации исследуемых белков в пуповинной крови новорожденных, особенно при клинически выраженной симптоматике перинатальных поражений ЦНС, свидетельствуют о наличии феномена прорыва ГЭБ, что обуславливается неблагоприятным внутриутробным состоянием плода при невынашивании беременности. Появление НСБ у женщин с беременностью, осложненной угрозой прерывания и их снижение при успешной терапии может служить контролем внутриутробного состояния плода и эффективности проводимой терапии.

## МЕСТО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОТБОРЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕФЕКТНЫХ ПЛОДОВ

**Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б., Эсетов А.М.**

*Республиканский центр планирования семьи и репродукции г.  
Махачкала, Россия*

В структуре перинатальной смертности по данным Министерства Здравоохранения Республики Дагестан треть место занимают врожденные пороки развития плода. В целях раннего выявления врожденной и наследственной патологии плода нами применялись инвазивные методы исследования: трансабдоминальная аспирация ворсин хориона у 132 женщин, трансцервикальная аспирация ворсин хориона у 108, амниоцентез у 38 и у 6 кордоцентез.

Показаниями для проведения инвазивной диагностики были: возраст матери старше 35 лет — 66 случая, хромосомная аномалии у предыдущих детей — 26, моногенные заболевания в семье — 18, транслокация у родителей — 18, данные эхографии — 40, определение пола — 94 и сочетанные показания — 24.

В 67% случаев инвазивные исследования были применены по медицинским показаниям, среди которых преобладали возраст матери (34,7%) и данные эхографии (21,0%).

Аномалии хромосом были диагностированы в 18 случаях: синдром Дауна — 8, синдром Эдвардса — 2, синдром Тернера — 2, синдром Клайнфельтера — 2 и аберрантный клон клеток — 4.

Хромосомная патология у пациенток старше 35 лет составила 9%, а в группе, исследованных по данным эхографии — 10%.

По результатам проведенных исследований у 9,0% женщин беременность была прервана по медицинским показаниям.

Только в 4 случаях произошло прерывание беременности, которое было расценено как осложнение инвазивных вмешательств. Явления угрозы прерывания беременности имели место в 8 и хориоамнионит в 2 случаях.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности инвазивных методов исследования, и они должны быть использованы для диагностики врожденной и наследственной патологии.

## ЗНАЧЕНИЕ САМПУЛОБАКТЕР FETUS В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

**Хасанов А.А., Минуллина Н.К., Федорова Ж.П.**

*г. Казань*

Цель: Определить роль *Campylobacter fetus* в развитии осложнений послеродового периода, оценить значимость инфицирования для оптимизации методов диагностики и лечения.

Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания пред-

ставляют собой актуальную проблему современного акушерства, что обусловлено их высокой частотой (5-26%) и ролью в структуре материнской смертности.

В этиологии эндометрита и других послеродовых осложнений у рожениц наряду с традиционными этиологическими агентами важное значение приобретает условно-патогенная микрофлора, которая ранее не была значима. Из представителей УПФ наибольший интерес, по нашему мнению, представляет *Campylobacter fetus*.

На наличие *Campylobacter fetus* нами было обследовано 50 (100%) рожениц, а также рожениц на 4-6-й день послеродового периода. Средний возраст пациенток — 25 лет.

Исследование проводилось на базе родильного отделения Клиники Медицинского Университета.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили мазки из цервикального канала шейки матки, околоплодные воды, взятые трансцервикально в родах, интраоперационная биопсия эндометрия, вакуум-аспират содержимого полости матки, соскоб эндометрия на 4-6-й день послеродового периода.

Для выявления *Campylobacter fetus* использовались методы:

- микроскопия фиксированных мазков с окраской 1% водным раствором фуксина;

- микробиологический метод (посев на питательные среды);

- микроскопический метод — типирование *Campylobacter fetus* с определением его количественного состава.

Все пациентки предварительно были обследованы на ИППП.

Результаты: в результате обследования на *Campylobacter fetus* положительный результат был получен у 17 (34%) пациенток.

Из них: у 15 (88,2%) женщин *Campylobacter fetus* был обнаружен в цервикальном канале, в том числе:

- в цервикальном канале и полости матки — 9 (53%);

- в цервикальном канале и интраоперационно из полости матки — у 1 (5,9%);

- только в цервикальном канале — у 5 (29,4%);

- только в околоплодных водах — у 2 (11,8%).

У 12 (70,6%) пациенток на *Campylobacter fetus* был выделен в виде монокультуры, у 3 (17,6%) — ассоциация *Campylobacter fetus* с уреоплазмами, у 2 (11,8%) — сочетание с ЦМВ и ВПГ.

В группе женщин с положительными результатами на *Campylobacter fetus* беременность осложнилась:

- хронической плацентарной недостаточностью (ХПН) — у 3 (17,6%), в том числе с развитием задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) — у 2 (11,8%), хронической внутриутробной гипоксией плода (ХВГП) — у 2 (11,8%), анемией I и II степени — у 15 (88,2%), угрозой прерывания беременности во II-III триместрах — у 5 (29,4%), обострением хронического пиелонефрита — у 4 (23,5%).

У 16 (94%) пациенток беременность завершилась родами через естественные родовые пути, из них: у 14 (88,3%) — родами в срок, у 2 (11,8%) — запоздалыми родами переносным плодом; у 1 (5,8%) — беременность завершилась плановой операцией кесарева сечения, показанием к которому явилась экстрагенитальная патология.

В родах отмечалось:

- преждевременное излитие околоплодных вод — у 10 (58,8%);

- слабость родовой деятельности — у 2 (11,8%);

- гипотоническое кровотечение — у 2 (11,8%);

- острая гипоксия плода — у 1 (5,9%);

- гормональные щипцы — у 1 (5,9%);

- маловодие — у 2 (11,8%);

- многоводие — у 1 (5,9%).

У всех пациенток с положительными результатами на *Campylobacter fetus* наблюдались осложнения в послеродовом периоде:

- субинволюция матки — у 6 (35,3%);

- эндометрит — у 4 (23,5%);

- лохиогематометра — у 9 (52,9%) с кюретажем полости матки на 5-6 день после родов;

- задержка оболочек — у 3 (17,6%).

В послеродовом периоде анемия I-II степени выявлена у 7 (41,2%), обострение хронического пиелонефрита — у 1 (5,9%).

Выводы: Таким образом, с учетом данных исследования нельзя

исключить значение *Campylobacter fetus* в развитии осложнений послеродового периода.

## РОЛЬ КАМПИЛОБАКТЕРА В ГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хасанов А.А., Миннуллина Н.К., Ибрагимова А.А.

г.Казань

Цель: установить роль кампилобактера в этиологии плацентарной недостаточности инфекционного генеза.

ХФПН — это острый или хронический клинико-морфологический симптомокомплекс, возникший как результат сочетанной реакции плаценты и плода на различные состояния материнского организма. Он диагностируется вначале по клиническим критериям (гормональные сдвиги, данные УЗИ, доплерометрии и т.д.), корректируется соответствующим лечением и проверяется последующим морфологическим анализом родившейся или оперативно удаленной плаценты в каждом конкретном случае. [Милованов А.П.]

Инфекционная этиология плацентарной недостаточности имеет большое значение. Среди всей акушерской патологии внутриутробное инфицирование составляет около 10%. Внутриутробные инфекции являются значимой причиной репродуктивных потерь. Частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при ВУИ колеблется от 5,3 до 27,4%, а мертворождаемость достигает 16,8%. Типичным проявлением ВУИ является невынашивание беременности. Причем в 70% случаев самопроизвольное прерывание беременности в поздние сроки и преждевременные роды начинаются с преждевременного разрыва плодных оболочек. Также одним из признаков ВУИ помимо других Стрижаков А.Н. (2000г.) считает многоводие и фетоплацентарную недостаточность независимо от степени тяжести.

В последние годы в генезе ВУИ возрастает роль грамотрицательных условно-патогенных микроорганизмов. Доля рождения детей с признаками бактериальных внутриутробных инфекций составляет 20-36%. Среди всех бактериальных ВУИ 10% — неясной этиологии. Мы предположили, что, возможно, одним из них может являться *Campylobacter fetus*.

Нами было обследовано 19 беременных женщин на сроке беременности от 20-21 до 38 нед беременности и рожениц на наличие *Campylobacter fetus*, а также на наличие плацентарной недостаточности. Для обнаружения *C. fetus* и постановки диагноза фетоплацентарной недостаточности мы использовали следующие методы исследования:

Микробиологический (посев на питательные среды)

Микроскопический (типирование *C. fetus*)

УЗИ плаценты (гипоплазия ворсин, проявляющаяся истончением хориона, снижением его эхогенности; плацентит, признаками которого являются отек и/или утолщение, размытость границ долек; преждевременное старение плаценты)

Измеряли количество околоплодных вод (многоводие и маловодие оценивалось нами как нарушение функции плаценты, и косвенно являются признаками ХФПН)

Исследовали плацентарное кровообращение, кровоток в сосудах пуповины и крупных сосудах плода.

Морфологическое исследование плаценты постнатально (признаки воспаления, отек, незрелость функциональных структур, отложение фибриноида и т.п.)

Также пациентки были обследованы на ИППП

Материалом для микробиологического исследования послужили: мазок из цервикального канала, мазок материнской части плаценты постнатально и околоплодные воды, взятые во время беременности трансабдоминально, а также соскоб эндометрия, взятый интраоперационно, всего 21 проба. Исследуемые были разделены на две группы, одна из которых состоит из 10 человек, — положительный результат на *C. fetus*, а другая — из 9 чел — *C. fetus* не обнаружен. У всех пациенток мы провели ретроспективный анализ акушерско-

гинекологического анамнеза, а также наблюдение течения настоящей беременности и родов.

В первой группе (из 10 чел.) 2 женщины имели поражение *C. fetus* в виде моноинфекции. У одной из них имелись признаки внутриутробного заражения плода (поражение печени, головного мозга, отек мягких тканей плода) и выраженные признаки плацентита (утолщена до 60 мм, повышенное содержание околоплодных вод), в течение беременности отмечалось два эпизода угрозы прерывания беременности. У второй отмечалась выраженная плацентарная недостаточность с проявлением в виде СЗРП 1-2 ст.

У пятерых пациенток с положительным результатом на *C. fetus* нет результатов обследования на ИППП. У 4-х из них в течение беременности диагностирована ХФПН, также у 4-х — имела анемия беременных, и отягощенный акушерский анамнез в виде медабортов, мертворождений на поздних сроках беременности, преждевременных родов и рождения маловесных детей; и также у 4-х имелись эпизоды угрозы прерывания в течение данной беременности.

У одной пациентки *C. fetus* сочетался с микоплазменной инфекцией. У нее отмечалась длительная угроза прерывания беременности с отхождением околоплодных вод на сроке 31-32 нед беременности и преждевременными родами; предыдущие беременности закончились выкидышем на позднем сроке и преждевременными родами с антенатальной гибелью плода.

У двух пациенток отмечалось сочетание *C. fetus* с ЦМВИ и ВПГ. У обеих отмечалось обострение хронического пиелонефрита во время данной беременности, а также анемия беременных II ст. У одной из них наблюдалась угроза прерывания беременности, а у другой — вторичное бесплодие. У обеих не выставлен диагноз ХФПН.

Из 9 человек, имевших отрицательный результат на *C. fetus* выявились следующие результаты: у 3-х из них результат на ИППП отрицательный. У двоих из этой группы отмечалась угроза прерывания беременности, у обеих не выставлен диагноз ХФПН;

а у одной — ХФПН, ВПР плода, и признаки ВУИ неясной этиологии. Три пациентки на ИППП не обследованы, диагноз ХФПН выставлен только у одной из них.

У оставшихся 3-х пациенток выявлены следующие результаты: микоплазмоз, микоплазмоз в сочетании с уреаплазмозом, трихомоноз. У пациентки с сочетанной инфекцией наблюдалась длительная угроза прерывания беременности, анемия беременных. У остальных двух вне зависимости от выявленной инфекции наблюдались лишь эпизоды угрозы прерывания на ранних сроках беременности. У всех троих нарушений функции плаценты не выявлено.

Таким образом, мы видим, что ХФПН возникает чаще у женщин с положительным результатом на *C. fetus*. И мы можем предположить, что заражение *C. fetus* является фактором риска возникновения фетоплацентарной недостаточности. Однако требуется дальнейшее и более глубокое изучение проблемы.

## ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Холопов А.В., Агаркова Л.А., Гнедько О.В.

Россия, Томск, НИИ АГиП ТНЦ СО РАМН

Фетоплацентарная недостаточность представляет собой одну из важнейших проблем современного акушерства и перинатологии. Частота данной патологии достаточно велика. Она выявляется у 3-4% здоровых женщин с неосложненным течением беременности, а при различной патологии — у 24-46%. Длительно существующая дисфункция плаценты приводит к нарушению гомеостаза в системе «мать-плацента-плод». В результате снижается поступление к плоду кислорода, что проявляется хронической гипоксией и задержкой внутриутробного развития плода, которые обуславливают резкое увеличение перинатальной смертности и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет

жизни являются причиной нарушений его физического и умственного развития, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости. Лечение хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) является актуальной проблемой в современном акушерстве. В настоящее время ведущая роль в лечении ХФПН принадлежит фармакотерапии и эфферентным методам, которые оказывают влияние на различные стороны патогенеза этого заболевания. Новым перспективным методом лечения ХФПН является лечебный наркоз ксененом. Ксенон повышает органный кровоток, в том числе маточно-плацентарный, улучшает метаболизм, вызывает стабилизацию клеточных мембран. Ксенон — инертный газ, не вступающий ни в какие биохимические процессы, и выделяется из организма через лёгкие в неизменённом виде. Он экологически чист и безопасен, не проявляет токсичности, владеет тератогенным и мутагенным эффектами, не имеет эмбриотоксического действия, лишен аллергенности и канцерогенности.

Целью нашего исследования является оценка эффективности использования ксенона в комплексном лечении беременных с ХФПН.

Исследование включено 50 беременных женщин. Все обследованные женщины были разделены на группы. Группу сравнения (n=15) составили беременные женщины с ХФПН, которым проводилась традиционная медикаментозная терапия. Основную группу (n=15) — беременные с ХФПН, в комплексе лечения которых применяли ксенон. Контролем служили 20 здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью. Беременные исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, сроку беременности и паритету.

Всем беременным проводилось акушерское обследование. Лабораторное обследование помимо общеклинических методов (общие анализы мочи и крови, биохимический анализ крови) включало исследование системы гемостаза (определение концентрации общего фибриногена, РФМК, антитромбина III, агрегационной активности тромбоцитов, АЧТВ) и состояния сосудистой стенки путём определения в сыворотке маркёров эндотелиальной дисфункции (тромбомодулина и фактора Виллибранда). Оценку состояния гемодинамических изменений в системе «мать—плацента—плод» проводили с помощью ультразвукового сканирования, доплерометрии кровотока в обеих маточных артериях, артерии пуповины. Внутриутробное состояние плода оценивалось по данным кардиотокографии. Гормонопродуцирующая функция фетоплацентарного комплекса изучалась по содержанию в периферической крови эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена и альфа-фетопротеина. Обследование всех беременных проводилось до лечения, на вторые сутки, середине и в конце лечения.

У всех беременных до начала лечения регистрировалось нарушение гемодинамики в маточно-плацентарно-плодовой системе. Почти у половины женщин обеих групп имела место асимметричная форма задержки развития плода, при кардиотокографическом исследовании имели место начальные признаки нарушения сердечной деятельности плода. Изучение гормонопродуцирующей функции фетоплацентарного комплекса показало снижение содержания эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена и альфа-фетопротеина в периферической крови. В процессе проведения комплексной терапии с использованием ксенона, наблюдалась нормализация кровотока в маточных артериях и сосудах пуповины уже на вторые сутки, и сохранялись в течение всего периода наблюдения, тогда как, в группе сравнения данные показатели нормализовались к концу лечения. Аналогичный положительный лечебный эффект этого метода лечения отмечен при оценке внутриутробного состояния плода и гормонопродуцирующей функции плаценты. Средний прирост концентрации исследуемых гормонов к концу лечения в основной группе в 1,5 раза превысил аналогичный показатель в группе сравнения. При ультразвуковой фетометрии плода прирост основных показателей в основной группе отмечался уже к середине лечения, тогда как, в группе сравнения только к концу лечения. К середине лечения на фоне проведения комплексной терапии с использованием ксенона наблюдалась отчётливая тенденция снижения концентрации тромбомодулина в сыворотке крови, что свидетельствовало о вос-

становлении функций эндотелия сосудов.

Таким образом, предлагаемый метод лечения позволяет значительно быстрее и эффективно нормализовать состояние фетоплацентарного комплекса, что подтверждается данными ультразвукового сканирования, доплерометрии и кардиотографии. Использование ксенона в комплексной терапии хронической фетоплацентарной недостаточности позволяет снизить частоту кесарева сечения, осложнений в родах, перинатальной заболеваемости и смертности.

## **ПРИЧИНЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА №2**

**Цаллагова Л.В., Попова Л.С., Гасиева М.А.**

*г. Владикавказ*

Акушерские кровотечения продолжают оставаться серьезной проблемой и занимают одно из первых мест среди причин материнской летальности (до 20%). Наиболее часто кровотечения во II половине беременности возникают вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, предлежания плаценты и низкого ее прикрепления.

Снижение частоты неблагоприятного исхода беременности и родов при вышеперечисленных состояниях возможно при условии совершенствования тактики и разработке эффективных мер по своевременной профилактике и адекватной терапии осложнений гестации с риском кровотечения.

Целью настоящего исследования явилась разработка тактики ведения беременности и рационального родоразрешения при акушерских кровотечениях по материалам родильного дома №2 города Владикавказ за 2005 год.

Проводился ретроспективный анализ 15 случаев кровотечений, возникших в сроки 28-40 недель беременности. Возраст беременных составил 20-40 лет. Первородных было 6 (40%), повторнородных 9 (60%). Из них в 13 случаях имела место преждевременная отслойка нормально (66%) и низко прикрепленной плаценты (20%), в 2 случаях частичное предлежание плаценты.

Особенностями анамнеза были: ОАА (медицинские и самопроизвольные аборты), воспалительные заболевания мочеполового тракта (хронический аднексит, хронический пиелонефрит). У одной беременной отслойка плаценты сочеталась с множественной миомой матки. В 92,3% случаев кровотечение возникло у больных с гестозом различной степени тяжести с преобладанием длительного его течения. У 61,5% пациенток отслойка произошла в стационаре на фоне проводимого лечения, у 38,5% до госпитализации. Во всех анализируемых случаях беременные были родоразрешены оперативным путем в объеме кесарева сечения с благоприятным исходом для матери. В одном случае возникла необходимость расширить объем операции до надвлагалищной ампутации матки без придатков ввиду апоплексии матки (матка Кувелера).

Исходы родоразрешения для плодов в 3 случаях были неблагоприятными: антенатальная гибель в одном случае произошла у пациентки с отслойкой III степени тяжести, один случай внутриутробной гибели плода объяснялся множественными врожденными пороками развития не совместимыми с жизнью и один плод, извлеченный в сроке 28-29 недель с задержкой внутриутробного развития и на фоне отслойки плаценты погиб в реанимационном отделении Детской Республиканской клинической больницы.

Новорожденные с удовлетворительным состоянием в момент родоразрешения в последующем находились в палате совместного пребывания «Мать-дитя», на естественном вскармливании. Остальные пятеро новорожденных нуждались в реабилитации, которая была проведена в отделении патологии новорожденных Детской

Республиканской клинической больницы, с последующей выпиской под наблюдение участкового педиатра.

Послеоперационное течение в 4 случаях из 15 осложнилось гипохромной анемией III степени тяжести, и в одном случае острым тромбозом нижней конечности, что потребовало комплексного лечения с благоприятным исходом.

Случаи благоприятного исхода для матери и плода (80%) объяснялись достаточно быстрым оперативным вмешательством с адекватной терапией, как во время операции, так и в послеоперационном периоде с включением в комплекс инфузионной терапии 6% инфузола — ГЭК в объеме не менее 400 мл.

Однако следует отметить, что оперативное вмешательство во всех случаях производилось не ранее, чем через 20-35 минут от момента постановки диагноза кровотечения. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложнившаяся апоплексией матки, своевременно не была диагностирована.

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

Необходимо дальнейшее совершенствование проведения принципов профилактики гестоза в группах риска развития данного осложнения беременности в условиях женской консультации.

Сроки консервативной тактики при лечении гестозов, в том числе и при вялом длительном течении заболевания, в условиях стационара следует сократить с 2-3 недель до 10 дней.

Время начала оперативного вмешательства при возникновении отслойки плаценты должно быть сокращено вдвое.

Заключение. Как правило, благоприятный исход родоразрешения при акушерских кровотечениях может быть обеспечен, только при условии активного и рационального ведения беременности и своевременного родоразрешения.

## ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

Цхай В.Б., Костарева О.В., Ильина М.Г., Гацких И.В., Артюхов И.П.

Россия, Красноярск, Красноярская государственная медицинская академия, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Актуальность. В последнее время отмечается снижение рождаемости в РФ и рост социальных факторов, влияющих на психо-эмоциональный фон беременных женщин. Как правило, это влияние имеет неблагоприятный характер и сказывается на течении беременности, родов и здоровье будущего ребенка. Таким образом, мы считаем актуальным вопрос изучения уровня социальной адаптации и степени стрессоустойчивости беременных женщин.

Цель. Изучить уровень социальной адаптации и стрессоустойчивости беременных женщин в третьем триместре беременности.

Материалы и методы. В проведенном исследовании участвовали 29 женщин в сроке 30-35 недель беременности, в возрасте от 20 до 35 лет. Обследование проводилось методом анкетирования с помощью опросника «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» и оценки состояния здоровья членов семьи (Капитонов В.Ф., 2004г).

Результаты. Было выявлено, что из 29 обследуемых женщин:

1) по состоянию здоровья (Капитонов В.Ф., 2004г):

84% находятся в состоянии риска,

8% имеют соматические заболевания разной степени выраженности,

8% соматически здоровы.

2) уровень стрессоустойчивости:

21% (6 человек) низкий уровень стрессоустойчивости,

27% (8 человек) пороговый уровень,

52% (18 человек) высокий уровень.

Выводы. Таким образом, определяется взаимосвязь между состо-

янием здоровья и уровнем стрессоустойчивости беременных женщин: уровень стрессоустойчивости снижается в случае наличия соматической патологии или имеющегося риска ее развития.

## СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чарторижская Н.Н., Дейкова Е.З., Белокрыницкая Т.Е.

Россия, Чита, Читинская государственная медицинская академия, Читинское областное патологоанатомическое бюро

Актуальность. Характер и значение проблемы дефицита йода в популяциях определяется не только числом лиц с явными клиническими проявлениями патологии щитовидной железы и сочетанных соматических заболеваний, но и скрытыми эффектами недостатка этого микроэлемента, к которым относятся снижение показателей репродукции, умственного развития и продолжительности жизни. Среди эндокринопатий заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают доминирующее место (Дедов И.И. и соавт., 2001-2003). Как показали исследования последних 10 лет, а Читинская область, не является исключением, патология ЩЖ характеризуется значительной распространенностью, в том числе и у женщин репродуктивного возраста, среди так называемых групп риска — беременные и лактирующие, течение беременности у которых характеризуется высокой частотой осложнений, а новорожденные формируют группу риска.

В Забайкалье ситуация с распространенностью и тяжестью йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) выглядит весьма тревожно, так как помимо природного очага, дефицитного по содержанию йода, свои негативные эффекты оказывают дисбаланс микроэлементов в биосфере, негативное антропогенное загрязнение окружающей среды, природные климатические условия, структура питания населения, особенно социально незащищенных групп (Иванов В.Н. и соавт., 1995-1998).

Целью данного исследования явилось изучение влияния патологии ЩЖ у матери на фетоплацентарный комплекс.

Материалы и методы. В работе использован клинический материал обследования пациенток с различными видами патологии ЩЖ и материал аутопсий (70). Выделены следующие группы: 1-я — эутиреоидное состояние (25), 2-я — гипертиреозы (диффузный токсический зоб, в том числе 1 рецидив после операции, — 8), 3-я — гипотиреозы (аутоиммунный тиреоидит — 6), 4-я группа — контрольная (31). Исследование плацент проводили по стандартизированной схеме: макроскопический анализ, вырезку материала (не менее 10 фрагментов) из различных частей (центральная, парацентральная, периферическая, плодные оболочки, пуповина), гистологическое изучение путем световой микроскопии (Милова-нов А.П., 1999).

Результаты исследования. Масса плацент у пациенток с патологией ЩЖ постепенно снижается от группы с диффузным эутиреоидным зобом ( $435,0 \pm 30,0$ г) к группе с тиреотоксикозом ( $420,0 \pm 30,0$  г) и гипотиреозом ( $400,0 \pm 20,0$  г) при показателях контрольной группы  $520,5 \pm 40,0$  г ( $p < 0,05$ ).

При микроскопическом исследовании плацент пациенток с диффузным эутиреоидным зобом отмечается явная тенденция к снижению массы плаценты и плода; объем макропатологии материнской поверхности последа увеличивается до 7%. Микропатология носила очаговый характер с вариантами задержки развития котиледонов плаценты (вариант диссоциированного развития; вариант промежуточных дифференцированных ворсин). Средний (очаговый) уровень компенсаторных реакций в виде выраженного полнокровия ворсин. Процессы дезадаптации проявлялись в виде увеличения полей отложения фибриноида на поверхности ворсин и сужения просвета сосудов, что соответствует хронической компенсированной плацентарной недостаточности.

При тиреотоксикозе объем макропатологии материнской

поверхности последа увеличился до 15%, процессы адаптации выражены менее, содержание склерозированных и фибриноидно-измененных ворсин увеличено, площадь ворсин уменьшена, характерные признаки нарушения кровообращения в виде сладжей и микротромбоза, участки инфарктов, что наблюдается при субкомпенсированной хронической плацентарной недостаточности.

Состояние гипотиреоза при аутоиммунном тиреоидите характеризовалось значительной по степени выраженности гипоплазией плаценты с гипотрофией, гибелью плода или новорожденного. Объем макропатологии материнской поверхности превышал 17-20%. Микропатология носила преимущественно диффузный характер с ранними вариантами патологической незрелости ворсин (эмбриональные; промежуточные незрелые ворсины) или преобладанием хаотичных склерозированных ворсин. Низкий (слабый) уровень компенсаторно-приспособительных реакций, чем в предыдущих группах, площадь фибриноида увеличена, склерозирование и облитерация сосудов, множественные инфаркты, что в целом соответствует хронической декомпенсированной плацентарной недостаточности.

Заключение. Таким образом, существует прямая причинно-следственная связь между характером патологии и степенью нарушения функции щитовидной железы матери и состоянием фетоплацентарного комплекса и степенью выраженности его компенсаторных реакций.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАЦЕРВИКАЛЬНОГО ГЕЛЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Шамсутдинова Л. Г.**

*Россия, Казань, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Кафедра акушерства и гинекологии № 2*

Характерной особенностью современного акушерства является высокая частота абдоминального родоразрешения, связанная с расширением показаний, как со стороны матери, так и плода. Поэтому проблема ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке не теряет своей актуальности. Роды через естественные родовые пути возможны у 30-70% беременных с рубцом с благоприятным исходом. Частота разрыва матки не превышает по данным различных авторов 3,5-5,0%, причем риск разрыва матки во время беременности выше, чем во время родов. Вместе с тем, серьезным препятствием для влагалищных родов является незрелость шейки матки. В последние годы появились публикации о возможности медикаментозной подготовки шейки матки у беременных с рубцом, в том числе простагландинами. Это связано с совершенствованием методов диагностики состояния рубца, накоплением опыта ведения родов через естественные родовые пути у женщин после кесарева сечения.

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения интрацервикального простагландина E2 в подготовке шейки матки к родам у беременных с рубцом после кесарева сечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клинического роддома №1 г. Казани. Проводился тщательный отбор беременных с рубцом на матке для самопроизвольных родов. Критериями отбора явились: кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом, благоприятное течение послеоперационного периода, отсутствие выскабливаний слизистой полости матки в течение года после операции, состоятельность рубца по клиническим и ультразвуковым данным. Очень большое значение имели психологический настрой и желание беременной на повторное родоразрешение через естественные родовые пути.

Эндовагинальное ультразвуковое исследование являлось обя-

зательным компонентом обследования беременных с рубцом на матке и проводилось эндовагинальным датчиком при наполненном мочевом пузыре на сканере HDI 1000 (ALT, США). В задачи УЗИ входило определение состояния нижнего сегмента матки в проекции рубца (толщина, равномерность, однородность, наличие дефектов в виде «ниш»), локализации плаценты.

Условиями для подготовки шейки матки простагландином E2 были: доношенный срок беременности, удовлетворительное состояние плода, одноплодная беременность, головное предлежание, целый плодный пузырь и информированное согласие беременных на введение препарата.

В исследование были включены 34 беременных женщин с состоятельным рубцом на матке на доношенном сроке беременности. Возраст женщин составил в среднем 28,8±3,8 лет (от 22 до 36). Интервал после абдоминального родоразрешения составил от 1 до 10 лет (в среднем-4,1±2,4 года). Показаниями к предыдущему кесареву сечению явились: отслойка нормально расположенной плаценты у 12 пациенток (35,3%), слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной терапии — у 12 (35,3%), тазовое предлежание плода при массе более 3600 г — у 3 (8,8%), крупный плод — у 4 (11,8%), дистресс плода — у 2 (5,9%), гестоз тяжелой степени — у 1 (2,9%). У 8 беременных (23,5%) в анамнезе были роды через естественные родовые пути.

Оценка зрелости шейки матки проводили по шкале Бишоп. У всех обследованных женщин исходное состояние шейки матки оценено как «незрелая» или «недостаточно зрелая». Незрелая шейка матки наблюдалась у 25 (73,5%) и недостаточно зрелая у 9 (26,5%) пациенток.

Оценка внутриутробного состояния плода проводилось доплерометрическим исследованием кровотока в системе мать – плацента - плод аппаратом HDI 1000 (ALT, США) и КТГ на аппарате Oxford (Великобритания).

Результаты исследования. Введение препарата с целью подготовки шейки матки к родам оказалось эффективным в 100% случаев. Спонтанная родовая деятельность развилась у 33 (97,1%) беременных. У одной пациентки — с целью родовозбуждения (2,9%) была произведена амниотомия. Амниотомия в родах была у 14 (41,2%) женщин. Раннее излитие околоплодных вод наблюдалось у 10 (29,4%).

После введения препарата у беременных с незрелой шейкой матки родовая деятельность началась в течение 3 часов у 15 (44,1%), в течение 6 часов у 2 (5,8%), в течение 12 часов у 5 (14,7%). У 3 пациенток, родовая деятельность через 12 часов не развилась. Однако при оценке состояния шейки матки был отмечен положительный эффект на 3 балла по шкале Бишоп. Из них у 1 спонтанная родовая деятельность развилась через 19 часов. Одной беременной потребовалось повторное введение препарата, после чего родовая деятельность началась через 20 часов, и еще в одном случае родовая деятельность началась после амниотомии.

У беременных с недостаточно зрелой шейкой матки родовая деятельность развилась в среднем через 28 мин., из них 5 женщин имели в анамнезе роды через естественные родовые пути.

Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности у 10 (29,4%) рожениц. С целью лечения слабости родовой деятельности роженицам проводилась родостимуляция окситоцином и энзапростом в индивидуально подобранной дозе. Терапия оказалась неэффективной у 3 (8,8%) рожениц, у них роды были завершены операцией кесарева сечения. На операции признаков несостоятельности рубца не было обнаружено.

У 3 (8,8%) пациенток произошли быстрые роды. Исходное состояние шейки матки у них было оценено как недостаточно зрелое, у 2 в анамнезе были роды через естественные родовые пути. Следует отметить, что этим роженицам родостимуляция не применялась.

Средняя масса новорожденных составила 3508 ± 401 г. Масса у 5 новорожденных была более 4000 г. Состояние новорожденных оценено по шкале Апгар на 1 минуте 7,9 ± 0,6 баллов, на 5 минуте 8,7 ± 0,6. В удовлетворительном состоянии родились 33 новорожденных, что составило 97,1%. Один ребенок родился в асфиксии средней

степени тяжести (по Апгар на 6 баллов на 1 минуте), что связано с тугим однократным обвитием пуповины вокруг шеи плода.

Признаков несостоятельности рубца на матке в родах ни в одном случае, ни клинически, ни по данным ультразвукового обследования, ни по данным обследования рубца в раннем послеродовом периоде обнаружено не было. Кровопотеря составила 250 мл + 50 мл.

Длительность пребывания в стационаре после родов составили  $5,6 + 0,9$  к/д.

Полученные данные позволяют допустить, что при состоятельном рубце на матке, удовлетворительном состоянии матери и плода, положительном настрое беременных на естественное родоразрешение для подготовки шейки матки возможно применение простагландина E2 в виде цервикального геля. При недостаточно зрелой шейке матки введение простагландина E2 приводило к созреванию шейки матки и индукции родов у 97,1% беременных. Высокую эффективность интрацервикального введения простагландина E2 можно объяснить тщательным отбором беременных на роды через естественные родовые пути: доношенный срок беременности, состоятельность рубца на матке. Родоразрешение беременных с рубцом на матке необходимо проводить в акушерских стационарах при наличии высококвалифицированных специалистов.

## ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ С НЕДОСТАТОЧНЫМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ

**Шахмаева А.Б., Низамова А.Ф., Глебова Н.Н., Трубина Т.Б.**

*Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния лактационной функции у женщин с недостаточным и избыточным питанием.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 76 родильниц с нарушением лактационной функции (гиполактацией). При обследовании применялись современные информативные методы: углубленное изучение анамнеза с акцентом на особенности социального статуса. Кроме клинических методов применялись лабораторные, ультразвуковые, метод гигиенической оценки питания, анкетно-опросный метод по системе Еврокодов, опросно-весовой расчетный, метод биохимической оценки, количественное определение грудного молока.

Результаты исследования. Женщины (59) с недостаточным питанием, имеющие гиполактацию, представлены преимущественно неработающими и учащимися, каждая третья из них не состояла в браке и имела плохие жилищно-бытовые условия. Каждая пятая во время беременности имела стрессовые ситуации. Все женщины в анамнезе имели экстрагенитальные заболевания. Ведущим экстрагенитальным заболеванием во время беременности была железодефицитная анемия (70,7%). Наиболее частыми осложнениями беременности были: гестоз (27,9%), ХФПН (32,9%), в родах — аномалии родовой деятельности (25,4%), травмы мягких тканей родовых путей (27,8%). Преждевременные роды были у 6,8%, кесарское сечение сделано у 10,1% женщин. При оценке фактического питания по системе Еврокодов и исследовании химического состава пищевого рациона установлено однообразие продуктов питания, недостаток белка, повышенное содержание жиров растительного происхождения и углеводов. Расчетным методом установлен недостаток витаминов В, С и минеральных веществ (кальция, железа, магния). Гиполактация I степени была в 72,5%, II степени — в 15,3%, III степени — в 12,2% наблюдений. Раннее прикладывание к груди проводилось только у 45% новорожденных в связи с наличием противопоказаний (тяжелая асфиксия, послеоперационное состояние матери). Средняя масса новорожденного составила 2650,0 г.

Женщины (17) с гиполактацией, имеющие избыточное питание, представлены преимущественно домохозяйками и служащими. Хорошие жилищно-бытовые условия имели все женщины данной под-

группы. Все пациентки имели в анамнезе детские инфекции и острые респираторные заболевания. Избыточную массу тела имела каждая вторая пациентка. Во время беременности 52,2% женщин имели железодефицитную анемию. Осложнения беременности представлены: гестозами (33,5%), ХФПН (39,5%). В родах имели место аномалии родовой деятельности (24,3%), акушерские травмы мягких родовых путей (22,3%). Отмечается высокий процент кесарских сечений (19,3%), произведенных по сочетанным показаниям (соматические заболевания, осложнения беременности и родов). Преждевременные роды были у 5,8% женщин. Средняя масса новорожденных — 3740,0.

При оценке фактического питания установлено разнообразие продуктов, высокая калорийность пищи, соответствие норме содержание белка, избыток жиров и углеводов. Вместе с тем установлен недостаток витаминов В, С, микроэлементов (железо, магний). Гиполактация I степени была у 82,3%, II степени — у 12,4%, III степени — у 5,3% родильниц. Раннее прикладывание к груди осуществлялось только у 47% родильниц в связи с противопоказаниями (тяжелое состояние новорожденных, противопоказания со стороны матери — оперативное родоразрешение).

Заключение. Изучение причин гиполактации показало их многофакторность. Высокая значимость состояния фактического питания беременной женщины и родильницы неоспорима, на что указывает высокий удельный вес ЖДА, низкая масса новорожденных, высокий процент гиполактации III степени в сравнительном аспекте у родильниц с недостаточным и избыточным питанием соответственно. Проведение исследования явилось обоснованием для разработки системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий по коррекции фактического питания беременных и родильниц, что позволит уменьшить частоту и тяжесть гиполактации, улучшить здоровье и качество жизни кормящих матерей.

## ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ И КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Шацкая О.Ю., Гурьев Д.Л.**

*Россия, Ярославль, ЯГМА Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию*

В настоящее время многих исследователей интересует возможность прогнозирования развития осложнений беременности. Выявленная неоднородность гемодинамических показателей при неблагоприятных исходах беременности диктует необходимость дальнейшего изучения особенностей кровообращения у беременных с определением гемодинамического профиля, сопоставлением с особенностями маточно-плацентарного кровообращения.

Цель исследования: определить особенности внутрисердечной гемодинамики матери и кровотока в маточных артериях при неблагоприятных исходах беременности и установить их взаимосвязь.

Материал и методы: нами обследовано в динамике 38 пациенток с осложненным течением и неблагоприятными исходами беременности. Обследование проводилось в сроки 7-9, 10-12, 13-20, 21-28, 29-36 недель. Динамическая оценка: доплерометрии в маточных артериях, импульсной доплер-эхокардиографии проводилась на аппарате LOGIQ 700 Medical Systems по общепринятым методикам с вычислением доплерометрических индексов и объёмных показателей центральной гемодинамики. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ STATISTICA for Windows v.6.0. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента. При проведении корреляционного анализа использовался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты оценивали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Результаты: при анализе исходов родов у обследованных бере-



менных были выделены группы:

1. Беременные с преждевременными родами-17 человек
2. Беременные с синдромом задержки роста плода, которые родоразрешились досрочно- 11 человек

Оценка объёмных показателей проводилась на основании вычисления сердечного выброса. Динамика показателей сердечного выброса (минутного объёма) в группе с преждевременными родами  $4,24-4,9^*-5,84^*-6,15-6,03$  л/мин соответственно в указанные сроки беременности (\* $p<0,05$ ). Обращает на себя внимание достоверное нарастание этого показателя по сравнению с исходными данными к 10-12 неделям беременности, в последующем он изменяется незначительно. Динамика средних значений сердечного выброса в группе с синдромом задержки роста плода  $3,92-4,04-4,96^*-5,21^*-5,07$  л/мин (\* $p<0,05$ ), достоверное нарастание этого показателя происходит лишь к 13-20 неделям беременности. Анализ данных свидетельствует, что показатели сердечного выброса и их прирост за беременность меньше в группе с синдромом задержки роста плода, чем в группе с преждевременными родами.

Для статистических расчётов изменения кровотока в маточных артериях использовались значения пульсационного индекса, систоли-диастолического отношения (ПИ, СДО). Установлено, что в обеих группах ПИ, СДО нарастают до 10 недели беременности, а к 21 неделе беременности происходило снижение сосудистого сопротивления в системе маточных артерий. В дальнейшем в группе с преждевременными родами доплерометрические индексы имели минимальные значения. В группе с синдромом задержки роста плода мониторинг показал, что после 21 недели беременности нормализация показателей кровотока наблюдалась у 7 (63,6%) пациенток, у 3 (27,2%) пациенток выявлено нарушение кровотока в правой маточной артерии, у 1 (0,09%) пациентки — нарушение кровотока в обеих маточных артериях. При проведении корреляционного анализа в группах выявлены статистически значимые выраженные прямая связь между величиной сердечного выброса и показателями кровотока в левой маточной артерии в сроках 7-9, 10-12 недель ( $r=0,8$ ,  $p<0,05$ ), умеренная обратная связь в 13-20 недель беременности ( $r=-0,67$ ,  $p<0,05$ ). Правая маточная артерия не имела аналогичной связи с показателями гемодинамики, что может определять её прогностические возможности с исходами беременности.

Выводы.

1. При беременности, осложнённой синдромом ЗРП, сердечный выброс и темпы его прироста снижены. Предварительные результаты говорят о возможной прогностической значимости исследования показателей центральной гемодинамики матери в отношении течения и исходов беременности.

2. Доплерометрия кровотока в маточных артериях позволяет выявить дополнительные диагностические критерии у беременных высокого риска, определяемого состоянием матери и плода.

3. Перспективным является изучение связей гемодинамики матери, маточно-плацентарного комплекса и состояния плода.

## ВОЗМОЖНОСТИ ХРОМАТО- МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Шевелёва Т. В., Скворцова М. Ю.

РМАПО, Москва

Ведущее место среди гнойно-септических заболеваний пуэрперия занимает послеродовой эндометрит (ПЭ), который в настоящее время характеризуется поздней манифестацией, скрытым, вялотекущим течением, что не уменьшает его роли в формировании отдаленных последствий перенесённого процесса. Сложность ранней диагностики ПЭ обуславливает цель исследования: поиск новых информативных методов исследования, позволяющих определить возможность развития послеродового эндометрита при субинволюции матки (СМ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе II аку-

шерского отделения родильного дома ГKB № 72 г. Москвы. Обследовано 149 родильниц в возрасте от 18 до 42 лет. Пациентки ретроспективно были разделены на 2 группы: I — основную, состоящую из 69 родильниц с нормальным течением пуэрперия и II — контрольную, в которую вошли 80 родильниц с СМ. Проводилось традиционное клинико-лабораторное обследование родильниц, а также углубленное лабораторно-инструментальное обследование (на 1, 3 и 5 сутки). Последнее включало в себя эхографию с измерением размеров матки и её полости, а также оценкой содержимого полости матки; доплерографию (ДГ) кровотока в маточных артериях (МА) и внутриорганных сосудах миометрия (аркуатных, радиальных и спиральных) с вычислением индексов сосудистой резистентности (ИР, ПИ и СДО). Наряду с вышеперечисленными методами, нами был использован метод газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ и МС) для определения в периферической крови и содержимом полости матки метаболитов, позволяющих верифицировать микрофлору, изучить фазы течения раневого процесса при заживлении внутренней поверхности полости матки и выявить обменные нарушения. При ГХ и МС определялись оксифенилкарбонные кислоты для оценки степени гипоксии тканей, углеводные компоненты — маркёры фаз течения раневого процесса, изопреноидные соединения — маркёры процесса созревания соединительной ткани, полиамины и ароматические амины — как индикаторы распада тканей. Для оценки инфекционного фактора исследовались маркёры анаэробных микроорганизмов — летучие жирные кислоты (ЛЖК) и токсические метаболиты (ТМ) группы фенолов и крезолов — диметилдизобутилфенол и м-крезол, а также маркёры септического процесса — фенилуксусная и фенилкарбонная кислоты и C14-C20-высшие жирные кислоты и их изомеры.

Результаты. Родильницы обеих групп были сопоставимы по данным соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Основные факторы риска нарушения инволюции матки нами были выявлены при анализе особенностей течения родов, которые включали аномалии родовой деятельности с проведением родостимуляции окситоцином, крупный плод, патологическое количество околоплодных вод, плотное прикрепление плаценты, контрольное ручное обследование полости матки и ручное отделение и выделение последа. Ультразвуковая органометрия показала, что в контрольной группе происходило динамическое, равномерное уменьшение всех размеров послеродовой матки и её полости, соответствующее нормативным данным. У родильниц основной группы было выявлено недостаточное уменьшение длины (Д), ширины (Ш) матки, а также её передне-заднего размера (ПЗР). При этом основное значение для заключения о наличии субинволюции матки имело определение её объёма. За первые 5 дней пуэрперия в контрольной группе объём матки уменьшился в среднем на 45,8 %, тогда как в основной группе только на 31,7 %, составив  $428,3\pm 103,3$  и  $620,1\pm 122,7$  см<sup>3</sup> соответственно ( $p<0,05$ ).

При проведении УЗДГ в 1 сутки послеродового периода индекс резистентности и систоли-диастолическое отношение этих артерий у пациенток основной и контрольной группы были сопоставимы друг с другом и составили соответственно  $2,49\pm 0,50$  и  $2,4-2\pm 0,43$  для правой маточной артерии и  $2,53\pm 0,37$  и  $2,57\pm 0,46$  для левой. В последующие дни пуэрперия происходило значительное увеличение сосудистой резистентности в маточных артериях у родильниц контрольной группы, что находит отражение в повышении СДО до  $3,02\pm 0,65$  и  $3,24\pm 0,74$  в ПМА и ЛМА соответственно. Резистентность маточных артерий у родильниц основной группы изменялась незначительно, о чём свидетельствует повышение СДО в них до  $2,69\pm 0,74$  и  $2,71\pm 0,57$  соответственно в правой и левой маточной артерии. Аналогичные изменения наблюдались и во внутриорганных сосудах.

Эти данные коррелировали с результатами ГХ и МС содержимого полости матки и крови, которые выявили наличие патологического процесса в группе пациенток с субинволюцией матки. Отмечалось повышение на 3-5 сутки уровня ЛЖК и ТМ группы фенолов и крезолов до значений: для периферической крови — ЛЖК суммарно  $1,65 \pm 0,71$  ммоль/л —  $2,11 \pm 0,87$  ммоль/л, ТМ сум-

марно  $0,77 \pm 0,08$  ммоль/л —  $0,90 \pm 0,09$  ммоль/л; для отделяемого — ЛЖК суммарно  $3,44 \pm 0,93$  ммоль/л —  $4,23 \pm 1,07$  ммоль/л, ТМ суммарно  $1,60 \pm 0,68$  ммоль/л —  $1,82 \pm 0,77$  ммоль/л. Выявленные высокие уровни этих групп метаболитов свидетельствуют об активности аэробной и анаэробной флоры.

Обнаружено замедление течения фаз раневого процесса, отмечен высокий уровень оксифенилкарбоновых кислот как показателя гипоксии тканей в периферической крови и отделяемом у данной группы женщин:  $0,57 \pm 0,06$  —  $0,59 \pm 0,07$  ммоль/л и  $1,14 \pm 0,03$  —  $1,20 \pm 0,05$  ммоль/л.

Таким образом, закономерности, выявленные с помощью органографии, доплерографии, хроматографии и масс-спектрометрии, могут иметь значение в ранней диагностике патологического процесса в послеродовой матке, что позволит предотвратить развитие более грозного осложнения — послеродового эндометрита.

Выводы. Основным методом диагностики субинволюции матки является ультразвуковое исследование, в ходе проведения которого наряду с определением длины, ширины и передне-заднего размера матки необходимо вычисление её объёма. Ранняя, доклиническая диагностика воспалительных изменений в эндо- и миометрии при субинволюции матки возможна по результатам проведения хроматографического и масс-спектрометрического исследования содержимого полости матки и периферической крови, который является современным, чувствительным и информативным методом диагностики. При этом следует использовать определение метаболитов, определяющих инфекционный фактор, углеводных компонентов — маркёров фаз раневого процесса и соединений, характеризующих обменные нарушения.

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ РЕДУКЦИИ ЧИСЛА ПЛОДОВ

Шелаева Е.В., Павлова Н.Г., Тышкевич О.Л.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН), Санкт-Петербург, Россия; 1Центр вспомогательной репродукции «Эмбрио», Минск, Белоруссия

Широкое внедрение в практику лечения бесплодного брака методов вспомогательных репродуктивных технологий привело к значительному росту числа многоплодных беременностей в популяции. Многоплодие является патологическим состоянием не только для здоровья матери, но и для плода. Высокая перинатальная заболеваемость и смертность, наблюдающаяся при многоплодии, в первую очередь, связана с глубокой недоношенностью и незрелостью родившихся детей, а также с формированием фето-фетального трансфузионного синдрома при мохориальном развитии плодов. Около 20 лет с целью улучшения перинатальных исходов при многоплодии применяются методы редуцирования числа плодов под ультразвуковым контролем.

Цель исследования

Анализ ближайших и отдаленных исходов беременностей у женщин с многоплодием после выполнения операции редукиции числа плодов за 2003- 2006 гг.

Материалы и методы

Операции редукиции числа плодов проведены 31-ой пациентке с многоплодием. По способу наступления беременности — у 30-ти (97%) из них беременность наступила вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий и только у одной — развилась спонтанная тройня с мохориальным развитием 2-х плодов. По числу плодов беременные были разделены на три группы. 24 (78%) имели тройни (I группа) и 5 (16%) — четырехплодные беременности (II группа) и у 2-х (6%) пациенток (III группа) — пятиплодные беременности. В III группе все беременности были гетерохориальные и наступили после искусственной инсеминации. У одной из пациенток этой группы редукиция трех

плодов была выполнена на третьи сутки после лапароскопического удаления замершей трубной беременности шестым плодом и коррекции перекрута гирестимулированного яичника.

У пациенток II группы беременности наступили в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Из них у трех пациенток имело место мохориальное развитие 2-х плодов. У пациенток из I группы 23 имели гетерохориальный тип развития плодов.

С целью выбора плодов, подлежащих редукиции, проводилась ультразвуковая фетометрия, оценка хориальности, измерение толщины воротникового пространства, исследование кровотока в венозном протоке плода. При отсутствии нарушений развития и признаков хромосомной патологии для редукиции были выбраны плоды с наименьшим копчико-теменным размером и патологическими кривыми скоростей кровотока в венозном протоке, а также все плоды с мохориальным развитием. Во всех случаях редукиция числа плодов проводилась одномоментно до двойни. Только в одном случае при трехплодной беременности были редуцированы 2 плода развивавшихся мохориально. Операции редукиции числа плодов проводились под ультразвуковым контролем, трансабдоминальным доступом с 10-й по 13-ю неделю беременности. Для остановки сердечной деятельности в грудную полость редуцируемого плода вводили 2-4 мл 4% раствора хлористого калия. С целью профилактики гнойно-септических осложнений во всех случаях проводилась антибактериальная терапия.

Результаты

Ближайших послеоперационных осложнений (в течение 4-х недель) после проведения редукиции числа плодов не было. Общие перинатальные потери не связанные с выполненной операцией составили 6,4%. В 41% случаев произошли преждевременные роды. У 35% пациенток беременность осложнилась развитием тяжелого гестоза.

У пациенток I группы в одном случае произошел самопроизвольный выкидыш в 16 недель беременности (через 6 недель после проведения редукиции числа плодов) и одни преждевременные роды в 28 недель беременности, повлекшие за собой раннюю неонатальную смертность. Таким образом, частота прерывания беременности до 28 недель беременности у женщин этой группы составила 8,3%. Срок родоразрешения у остальных беременных I группы —  $36,3 \pm 1,7$  недели (32-40) беременности. В 6-ти случаях (19%) были преждевременные роды. У 2-х беременных (8,3%) в связи с тяжелым гестозом проводилось досрочное родоразрешение операцией кесарева сечения. В 4 случаях произошло преждевременное излитие околоплодных вод. В 6-ти случаях (19%) роды проведены через естественные родовые пути, 18 пациенток (81%) родоразрешены операцией кесарева сечения. У большинства пациенток I группы (81%) родились доношенные дети. Масса новорожденных — от 1780-3470 г. Следует отметить, что одноплодная беременность после редукиции 2-х мохориально развивающихся плодов протекала без осложнений и закончилась родами в 40 недель.

У женщин II группы срок родоразрешения составил  $35 \pm 1,2$  недель беременности (33-36). Масса новорожденных была от 1500 до 2700 г. Только в одном случае новорожденная двойня была доношенной. У 3-х беременных (60%) развился гестоз, в связи, с чем проводилось досрочное родоразрешение. В 2-х случаях (40%) роды проведены через естественные родовые пути, 3 пациентки (60%) родоразрешены операцией кесарева сечения. В 2-х случаях (40%) произошло преждевременное излитие околоплодных.

У обеих пациенток III группы произошли преждевременные роды в  $34,5 \pm 0,5$  недели вследствие досрочного прерывания беременности операцией кесарева сечения в связи с развитием тяжелого гестоза. Масса новорожденных была от 1900 до 2450 г.

Таким образом, многоплодная беременность с наибольшим количеством плодов наблюдалась после проведения искусственной инсеминации. Известно, что частота многоплодия после ЭКО достигает 23% и зависит от количества переносимых эмбрионов. В нашем исследовании всем пациенткам в программе ЭКО осуществлялся перенос 3-х или 4-х эмбрионов. Применение вышеперечисленных методов вспомогательных репродуктивных технологий

вынуждает применить операции по уменьшению числа развивающихся плодов для улучшения перинатальных исходов. Несмотря на относительно благоприятные результаты проведенных нами операций редукции числа плодов, этот метод не является физиологичным и не позволяет полностью исключить сопутствующих многоплодию акушерских осложнений. По данным литературы общие фетальные потери при проведении этих операций составляют от 5 до 25% и зависят от количества редуцируемых плодов. Кроме того, следует обратить внимание и на морально-этические последствия для многих пациенток, страдавших многолетним бесплодием и вынужденных решиться на редукцию плодов. Большинство зарубежных и крупных российских центров вспомогательных репродуктивных технологий в настоящее время в программе ЭКО осуществляют перенос 1-го или 2-х эмбрионов, кроме того, используются методики замораживания эмбрионов для переноса в последующих циклах. Нам представляется, что подобный подход является наиболее эффективным для улучшения перинатальных исходов при использовании вспомогательных методов репродукции для лечения бесплодия.

## **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АНЕМИИ ПЛОДА ПРИ RH-АЛЛОИМУНИЗАЦИИ**

**Шелаева Е.В., Павлова Н.Н., Константинова Н.Н.**

*ГУ научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия*

Около 15 лет в лаборатории физиологии патофизиологии плода НИИАГ им. Д.О.Отта РАМН проводится лечение тяжелых форм гемолитической болезни плода при Rh-аллоиммунизации внутриматочными внутрисосудистого переливаниями донорской крови плоду. Сегодня мы имеем опыт более трехсот подобных вмешательств. Представляем анализ результатов лечения пациенток с тяжелыми формами гемолитической болезни плода за последние 3 года (2003-2006 гг.)

**Материалы и методы:** В связи с тяжелой формой гемолитической болезни плода внутриутробное лечение проводилось 29-ти беременным с 19-ой по 34-ю неделю. У всех беременных в сыворотке крови в динамике определялись антиэритроцитарные антитела в титре от 1:16 до 1:2048. Все пациентки были повторнобеременные — анамнезы они имели от 2-ух до 15-ти беременностей. Более чем у половины женщин (17-ти) акушерский анамнез был отягощен наличием гемолитической болезни у плода и новорожденного. В том числе у 7-и пациенток (24%) произошла антенатальная гибель плода от отечной формы заболевания. У 6-и женщин (21%) в раннем неонатальном периоде новорожденные были успешно пролечены заменными переливаниями донорской крови (от 1-го до 5-ти раз). У 4-х женщин (14%) новорожденные погибли от тяжелой формы гемолитической болезни на фоне проводимого постнатального лечения. У 11-ти пациенток (38%) плоды и новорожденные погибли в связи с другими акушерскими осложнениями: от врожденных пороков несовместимых с жизнью, внутриутробной инфекции или по невыясненным причинам, в связи с отсутствием медицинской документации. У 7-и пациенток (24%) было невынашивание беременности в анамнезе. Кроме того, 73% женщин искусственно прерывали беременность (от 1 до 7 абортотворений в анамнезе). Ни одной из наблюдаемых нами пациенток антирезусная иммунопрофилактика во время и после предшествовавших беременностей не проводилась. У 3-х пациенток до 12 недель настоящей беременности были проведены хориобиопсии с целью диагностики хромосомной патологии у плода, что увеличило степень резус-сенсibilизации. У 4-х беременных до начала внутриутробного лечения была уже диагностирована отечная форма гемолитической болезни плода, что потребовало проведения им немедленных внутрисосудистых переливаний. У 25-ти пациенток накануне первого переливания

выполнялся трансабдоминальный кордоцентез под ультразвуковым контролем для диагностики тяжести анемии. Для переливания использовались отмытые фильтрованные эритроциты донора 0 I Rh (-) группы крови с высоким гематокритом. Объем переливаемой крови рассчитывали по номограмме с учетом срока беременности, уровня гематокрита плода и донора. Использовался метод сочетанного переливания отмытых эритроцитов донора и 20% раствора альбумина. Перед переливанием осуществляли миорелаксацию с помощью введения в сосудистое русло плода недеполяризующего нейромышечного блокатора — бромистого пипекурония (препарат «Ардуан») в дозе 0,1 мг на 1 кг предполагаемой массы плода. Для оценки функционального состояния плода на протяжении внутриматочных вмешательств проводили постоянный кардиомониторный контроль за сердечным ритмом плода.

**Результаты:** Проведено 74 внутриматочных, внутрисосудистых сочетанных переливаний донорских отмытых эритроцитов и 20% раствора Альбумина плоду от 1-го до 5-ти раз на протяжении беременности с 19-ой по 34-ю неделю. Количество переливаний, выполненных одному плоду, зависело от тяжести анемии. Всего пролечено 29 плодов. У 14 из них (48%) до первого переливания выявлена анемия средней степени (снижение уровня гемоглобина в крови менее 0,65 МоМ от средних показателей для срока беременности), у 15 плодов (52%) анемия тяжелой степени (снижение уровня гемоглобина менее 0,55 МоМ). Перинатальные исходы проведенных за последние 3 года трансфузий следующие. Из 29-ти плодов выжило 25 (86%). Выжили все 14 плодов, имевшие до первого переливания анемию средней степени тяжести и 11 из 15-ти плодов (73%), имевшие анемию тяжелой степени. В том числе выжили 3 плода, имевшие до первого переливания отечную форму гемолитической болезни. Четыре плода погибли внутриутробно — три из них антенатально и один интранатально. При этом только в 2-х случаях антенатальную гибель плодов можно связать с проведенными трансфузиями. В этих случаях гемотрансфузия сопровождалась развитием у плодов транзиторной брадикардии, а их гибель произошла в ближайшие 12 часов после манипуляции. Два других плода погибли в связи с принятым пациентками решением прервать лечение. Постнатальной гибели новорожденных не наблюдалось. Наиболее частым осложнением во время переливаний была брадикардия у плода, которая наблюдалась в 33% (24 из 74-х) проведенных трансфузий и в большинстве случаев носила транзиторный характер. Это явилось причиной прекращения трансфузии в 3-х случаях при сроке беременности 32-33 недели. Через 3-4 часа после восстановления двигательной активности плода в этих случаях было предпринято срочное родоразрешение. В одном случае трансфузия осложнилась стойкой брадикардией у плода, вследствие которой было предпринято срочное родоразрешение на фоне действия миорелаксанта, что явилось причиной тяжелой постнатальной гипоксии.

У всех беременных было проведено досрочное родоразрешение с 32-й по 35-ую неделю беременности. 17-ть из 25-ти беременных, родивших живых детей, были родоразрешены в плановом порядке (68%). Из них оперативным путем — 13-ть, у остальных 4-х — проводилось родовозбуждение. В 32% случаев беременность была прервана операцией кесарева сечения в связи с нарушением жизнедеятельности плода во время беременности (8%), в родах (12%) или при проведении внутриматочного вмешательства (12%). Средний вес новорожденных составил 2420±280 грамм. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар при рождении составила от 1-го до 8-и баллов. Шести новорожденным (24%) в раннем неонатальном потребовались реанимационные мероприятия. В подавляющем большинстве случаев (96%) проводилось заменное переливание крови новорожденным (от 1-го до 4-х). После проведенного лечения тяжелые неврологические нарушения развились только у одного ребенка (4%).

Таким образом, общая выживаемость плодов получавших внутриутробное лечение при тяжелых формах анемии, обусловленной Rh-аллоиммунизацией, составила 86%. Полученные нами результаты подтвердили, что внутриматочные внутрисосудистые трансфузии

отмытых эритроцитов донора в сочетании с раствором альбумина являются единственным эффективным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода, обеспечивающим высокую перинатальную выживаемость.

## ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С «СОМНИТЕЛЬНОЙ» ФОРМОЙ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Шелковникова В.В.

Россия, г. Северск ООО «Центр Женского Здоровья»

Актуальность: Вопросы изучения патогенеза и дифференцированных подходов к диагностике и профилактике множества акушерских осложнений продолжают оставаться важнейшими проблемами современного акушерства ввиду исключительного значения предотвращения материнской и перинатальной смертности. Если ранее акушерские осложнения рассматривались в основном как симптомокомплекс, и лечение их носило симптоматический характер, то на данном этапе развития современного акушерства интенсивно изучаются этиопатогенетические аспекты развития акушерских осложнений и разрабатываются принципы профилактики, исходящие из патогенетической их обособленности. Прогресс в понимании молекулярных механизмов тромбофилии, в том числе и АФС позволили установить их роль в патогенезе большинства акушерских осложнений, таких как ранние и поздние выкидыши, СЗВП и другие формы репродуктивных потерь, а также ПОНРП, гестозы и тромбозэмболические осложнения. Достигнуты значительные успехи в разработке клинических и лабораторных критериев АФС, однако существующие на сегодняшний день методы определения ВА и иммуноферментные методы выявления АКА основаны на неполном или неточном понимании специфичности антител, обнаруживаемых в этих методах. В то же время открытие дополнительных аутоантител, потенциально связанных с тромбозом и/или синдромом потери плода, обеспечивает основу для выявления недостатков стандартных АФА-тестов и подчеркивает серологическую значимость АФА-негативного АФС.

Цель исследования: разработать алгоритм обследования и тактику ведения беременности у пациенток с «сомнительной» формой АФС.

Материал и методы исследования: исследовано 42 беременные в возрасте от 25 до 37 лет с клиническими проявлениями АФС (синдром потери плода, гестозы тяжелой степени, тромбозы в анамнезе), но без циркуляции антифосфолипидных антител, т.е. с «сомнительной» формой АФС.

С I триместра наблюдалось 24 (57%) беременные, со II — 11 (26%) и с III — 7 (17%).

У всех пациенток в анамнезе акушерские осложнения:

- антенатальная гибель плода у 6 (14,2%);
- неразвивающаяся беременность в сроке до 12 недель у 20 (47,6%);
- самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках до 10 недель у 18 (42,9%);
- в сроке более 10 недель у 12 (28,6%);
- неонатальная смерть плода у 8 (19%);
- преждевременные роды у 20 (47,6%); тяжелые гестозы у 18 (42,9%); ПОНРП у 4 (9,5%)

Тромбозы в анамнезе были у 2 (4,8%) беременных. В 8 (19%) случаях — осложнен семейный акушерский анамнез, а осложненный тромботический анамнез наблюдался у 16 (38%) беременных.

Изучалась структура экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний, а также инфекционный профиль беременных. Контроль за состоянием внутриутробного плода осуществлялся при помощи УЗ-исследования, доплерометрии, КТГ. Всем пациенткам проводилось тщательное исследование системы гемостаза и обследование на наличие антител к белкам кофакторам ( 2-гликопротеину I, протромбину, аннексину V, протеину С).

Результаты: у всех беременных были выявлены глубокие наруше-

ния в системе свертывания крови, так:

- у 38 (90,5 %) беременных отмечалась гиперкоагуляция;
- у 29 (69%) — повышены маркеры тромбофилии (Д-димер, ТАТ);
- в 15 (36%) случаях — выявлена тромбоцитопатия, со снижением уровня тромбоцитов до 140 тыс. и ниже ( $p=0,001$ ), а анти-тромбоцитарных антител не обнаружено;
- у 19 (45%) пациенток — повышение агрегации тромбоцитов;
- в 13 (31%) случаях обнаружена тромбоцитопатия потребления.

Но при этом ни у одной из пациенток не было:

антител к кардиолипину (IgG и /или IgM) ( $p=0,0001$ ); антител к подгруппе фосфолипидов (IgG и/или IgM) ( $p=0,0001$ );

Слабоположительная реакция на ВА — «сомнительный» ВА отмечался в 9 (21%) случаях. Учитывая эти данные все пациентки были обследованы на наличие антител к кофакторам, в результате получены следующие данные:

- антитела к 2- гликопротеину I (средние и высокие титры) у 19 (45%) ( $p=0,0003$ );
- антитела к протромбину обнаружены у 17 (40,5%) беременных ( $p=0,004$ );
- повышенный уровень к аннексину V у 7 (17%) беременных;
- нарушения в системе протеина С (снижение  $НО<0,7$ ) у 22 (52 %).

С учетом полученных результатов беременным с «сомнительной» формой АФС сразу же, после обследования, назначалась противотромботическая терапия (антикоагулянты — НМГ, антиагреганты, антиоксиданты) под контролем показателей гемостазиограммы, маркеров тромбофилии, общего количества тромбоцитов каждые 2 недели.

В I триместре беременности у 9 (21%) пациенток — угроза прерывания беременности с кровянистыми выделениями, вследствие отслойки ворсин хориона (при УЗ-исследовании ретрохориальные гематомы). Проводилась сохраняющая терапия, а после организации участков отслойки и противотромботическая, динамика положительная — у всех пациенток беременность сохранена. Гестоз легкой степени тяжести наблюдался в 9 (21%) случаях, а у 2 (5%) гестоз средней степени — эти пациентки были взяты под наблюдение в конце II-го и начале III-го триместра беременности. У этих же пациенток отмечалось нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 А степени и ВЗРП 1 степени. Сразу же после дообследования была назначена противотромботическая терапия, препараты улучшающие маточно-плацентарное кровообращение, антиоксиданты. На фоне лечения явления гестоза компенсированы, отмечалась положительная динамика фетометрических показателей и улучшение кровотока, снижение показателей маркеров тромбофилии (Д-димер, ТАТ). Случаев тяжелого гестоза не было.

Всего по данным УЗ-исследования ФПН наблюдалась у 8 (19%), у 6 (14%) — по данным доплерометрии нарушения МПК 1 А степени, после назначения противотромботической терапии признаки нарушения кровотока исчезли.

ПОНРП наблюдалась у 2 (5%) беременных, одна из них закончилась преждевременными родами в сроке 34 недели. Обе пациентки были взяты под наблюдение уже в 3-м триместре. Всего преждевременных родов -2 (5%), у одной в сроке 36 недель и имело место сочетание АФС с генетической формой тромбофилии.

Противотромботическая терапия назначалась до родов и возобновлялась спустя 12 часов после родов, под контролем показателей гемостазиограммы.

Срочные роды у 40(95%) беременных, все 42 беременности закончились рождением живых детей со средней оценкой по Апгар 8 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей.

Заключение: Таким образом, полноценная диагностика АФС должна базироваться на комплексном исследовании системы гемостаза с определением всех возможных эффектов ВА и иммунологическом определении титра антител к отрицательно заряженным фосфолипидам, и к связанным с фосфолипидными мембранами гликопротеинам. При отрицательных АКА, ВА тестах и при отсутствии антител к фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу, фосфатидиловой кислоте, фосфатидилэтаноламину, пациенты с клиническими проявлениями АФС должны быть обследованы на

наличие антител к кофакторам — 2- гликопротеину I, протромбину, аннексину V, протейну С и др. Использование в диагностике АФС иммуноферментных методов по определению антител к белкам-кофакторам является наиболее информативным методом у пациенток с «сомнительной» формой антифосфолипидного синдрома. Проведенные исследования свидетельствуют, что полноценная диагностика и своевременная патогенетически обоснованная противотромботическая терапия являются основой для профилактики акушерских осложнений, связанных с АФС.

## НЕЙРОАНТИТЕЛА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА

**Шеманаева Т.В. Сидорова И.С., Никитина Н.А.**

*Россия, Москва, ММА им И.М. Сеченова*

В настоящее время общепринято, что причиной множественных и разнообразных симптомов гестоза является системная активация эндотелия сосудов [Borzuchowski A.M.; Lindheimer M.D.; Meziani F.; Sibai B.M.; Yamamoto T.], однако до сих пор не изучен тот патологический фактор, который непосредственно вовлечен в данный процесс.

Анализ литературы и собственных данных позволяет предполагать, что при гестозе имеет место иммунокомплексное повреждение сосудов плаценты и всех жизненно важных органов, с развитием системного провоспалительного ответа. Подтверждением иммунокомплексного повреждения различных органов и тканей при гестозе является выявление ИК и комплемента в биоптатах ткани печени [Arias F.], почек [Gallery E.M., Мурашко Л.Е.], кожи [Houwert-de Jong M.H.], сосудах плацентарной площадки [Kitzmilller J.L.].

Учитывая, что гестоз развивается только во второй половине беременности, возникает при живом плоде и только у человека, не встречается в природе у животных [Luttun A. et al.; Podjarny E., Baylis C. et al.] и при анэнцефалии у плода [Сидорова И.С.], быстро регрессирует при прерывании беременности, внутриутробной смерти плода или после родоразрешения, предметом изучения этиопатогенеза гестоза должны быть плод и плацента в эти сроки гестации.

К концу раннефетального периода начинается процесс созревания нервной системы плода: в 20-24 недели беременности закладываются слои неокортекса переднего мозга, происходит его цитохимическая дифференцировка, а к 25-ой неделе развития плода кора полушарий переднего мозга приобретает строение, сходное с мозгом взрослого человека [Милованов А.П., Савельев С.В.; Kostovic I.]. Именно в это время в зрелых дифференцированных нейронах мозга плода начинают синтезироваться нейроспецифические белки, которые обладают сильной иммуногенной активностью и появляются у плода только после 20-22 недель гестации, т.е. с момента формирования неокортекса [Parry A.J. et al.; Чехонин В.П.].

Недостаточность инвазии цитотрофобласта, ишемия и гипоксия плаценты и плода, хроническая плацентарная недостаточность, инфекционные процессы, метаболические нарушения, эндо- и экзотоксины в силу различных факторов приводят к повышению проницаемости гематоэнцефалического (ГЭБ) и плацентарного барьеров, очаговым дистрофическим и деструктивным, а также функциональным изменениям нейронов [Pearce W.; Prayer D., Brugger P.C.; Rees S., Inder T.], что приводит к высвобождению нейроантигенов в интерстициальное пространство, выход их в кровь плода, а затем и в кровь матери в повышенной концентрации. Иммунокомпетентные клетки, не имеющие толерантности к этим белкам, реагируют синтезом нейроантител, происходит образование иммунных комплексов, активация комплемента с развитием иммунокомплексного системного воспалительного ответа в сосудах микроциркуляции матери.

Среди нейроспецифических белков наиболее изученными в биохимическом и иммунологическом плане являются глиофибрилярный кислый протеин (GFAP) — белок глиальных филаментов дифференцированных астроцитов и нейроспецифическая

енолаза (NSE) — белок, специфичный для «зрелых» нейронов.

Целью настоящего исследования явилось изучение прогностической значимости повышения антител к нейроспецифическим антигенам NSE и GFAP в развитии гестоза.

Пациенты и методы. Обследованы 52 беременные группы риска по развитию гестоза (заболевания сердечно-сосудистой системы у 34,2%, нейрообменно-эндокринные заболевания у 48,8%, заболевания почек и мочевыводящих путей у 14,6%, органов желудочно-кишечного тракта у 19,5%, верхних дыхательных путей у 70,7%). Основную группу составила 41 пациентка с повышенными уровнями анти-NSE-антител в сыворотке крови, из которых 39 беременных имели и повышенные уровни анти-GFAP-антител (средний возраст 27,2±6,5 лет). Развитие гестоза отмечено у 39 беременных основной группы, с повышенными уровнями обоих нейроантител. Контрольная группа сформирована из 25 здоровых беременных с физиологически протекающей беременностью (средний возраст 28,1±5,4 лет). Нами проведен анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, исходов беременности и родов, а также исследован уровень анти-NSE- и анти-GFAP-антител в сыворотке крови беременных методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Построение калибровочных графиков и конечный расчет концентрации анти-NSE- и анти-GFAP-антител производили по стандартной для ИФА технологии. Исследование концентрации анти-NSE- и анти-GFAP-антител в сыворотке крови беременных основной группы производили с 12 до 20 недель ежемесячно, с 20 недель — 1 раз в 2 недели до выявления достоверного повышения их концентрации по сравнению с их исходным уровнем. В контрольной группе определяли анти-NSE- и анти-GFAP-антитела в сыворотке крови с 12 недель беременности 1 раз в месяц до родоразрешения.

Результаты. Концентрация анти-NSE- и анти-GFAP-антител в контрольной группе составила в среднем 0,16±0,038 и 0,29±0,044 мкг/мл. Наиболее ранний срок беременности, в котором было отмечено достоверное повышение концентрации нейроспецифических антител в сыворотке крови беременных основной группы, был 22 недели гестации. В сроки 12, 16 и 20 недель беременности уровни анти-NSE- и анти-GFAP-антител в основной группе достоверно не отличались от контрольной. Анализируя сроки выявления подъема уровней антител, отмечено, что в большинстве наблюдений этот подъем впервые регистрировался в 26-30 недель: при определении анти-NSE-антител у 29 (70,7%) беременных, анти-GFAP-антител — у 24 (61,5%). Начальные уровни антител к NSE в основной группе составили в среднем 0,49±0,014 мкг/мл, антител к GFAP — 0,73 ± 0,033 мкг/мл, разница с исходными уровнями в данной группе высоко достоверна (p<0,001).

Время, прошедшее от момента регистрации подъема антител к NSE и GFAP до клинической манифестации гестоза, составило от 2 до 10 недель:

- повышение уровней анти-NSE- и анти-GFAP-антител до 30 недель беременности было отмечено у 24 беременных основной группы, из них у 21 (87,5%) пациентки развился гестоз средней степени тяжести через 4-10 недель, у 3 (12,5%) беременных — легкий гестоз через 2-6 недель, при этом у всех пациенток с легким гестозом рост концентрации антител отмечен после 28 недель беременности;

- при регистрации подъема анти-NSE- и анти-GFAP-антител после 30 недель беременности включительно (у 15 пациенток) гестоз во всех наблюдениях имел легкое течение, его первые симптомы отмечены через 2-6 недель.

Учитывая, что у 18 беременных основной группы развился легкий гестоз (1-ая подгруппа), а у 21 — гестоз средней степени тяжести (2-ая подгруппа), мы проанализировали начальные уровни нейроантител у этих пациенток до появления первых симптомов гестоза. Оказалось, что в 1-ой подгруппе начальное повышение концентрации анти-NSE-антител составило в среднем 0,44±0,018 мкг/мл, анти-GFAP-антител — 0,55±0,024 мкг/мл; во 2-ой подгруппе — 0,54±0,014 и 0,91±0,021 мкг/мл соответственно. Разница между подгруппами высоко достоверна (p<0,001).

Выводы.

1. Анти-NSE- и анти-GFAP-антитела появляются в сыворотке крови беременных с гестозом не ранее 22-24 недель гестации.

2. Начальные признаки гестоза клинически выявляются спустя 2-10 недель от момента подъема анти-NSE- и анти-GFAP-антител.

3. Чем раньше определяется подъем антител к НСБ, тем тяжелее протекает гестоз: при повышении уровней антител до 30 недель можно прогнозировать развитие гестоза средней и тяжелой степени; рост концентрации антител после 30-32 недель позволяет прогнозировать развитие легкого гестоза.

4. Чем выше первоначальный подъем нейронтител, тем тяжелее протекает развивающийся в последующем гестоз.

Таким образом, определение патологических уровней антител к нейроспецифическим белкам в сыворотке крови беременных позволяет с 95%-ной вероятностью прогнозировать развитие гестоза и предполагать степень его тяжести.

## ПРЕНАТАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Шигабутдинова Т.Н., Хасанов А.А., Шакирова Ф.К.

г. Казань

Пrenатальное воспитание имеет свою историю. По данным Груздева В. С. (1922 г.) в существовавших ранее религиях статус «беременной женщины» оценивался очень высоко. В Индии, Египте, ряде мусульманских стран беременная женщина вызывала чувство уважения, ее освобождали от физической работы. В Китае существовали общины, где родившие женщины обучали первобеременных чувству самообладания. Во время беременности, родов использовались специальные упражнения, подготавливающие беременных к родам.

Современный период развития акушерства ознаменовался внедрением психопрофилактической подготовки беременной к родам. Один из этапов развития программы подготовки беременной к родам заключался в разработке и широком внедрении метода, который получил сначала название «метод психопрофилактики болей в родах». После Всесоюзной конференции в Киеве (10-13.02.1956 г.) метод был переименован и получил ту транскрипцию, которая звучит сейчас, а именно — метод психопрофилактической подготовки беременной к родам.

Предложенный сначала группой харьковских врачей (И. З. Вельвский, К. И. Платонов, В. А. Плотигер, З. А. Шуг) этот метод был подвергнут всестороннему изучению в различных клинических и практических учреждениях СССР и получил высокую оценку (И. Ф. Шордалина, 1966 г.; А. П. Николаев, 1959 г.; А. Ю. Лувье, 1956 г.; М. А. Петров-Маслаков, 1953 г. и т. п.). В 60-80 гг. прошлого века этот метод составлял основу подготовки беременных к родам.

Вскоре под названием «Советского метода обезболивания родов» он стал широко применяться как в «социалистических, так и капиталистических странах» (М. А. Петров-Маслаков, 1977 г.; В. В. Абрамченко, 2002 г.).

В основу метода был положен принципиально новый подход в системе медицинского обследования беременных женщин не только в смысле постоянного наблюдения за ее соматическим статусом, но и в смысле психического восприятия всего того, что связано с рождением ребенка. (Васильева В. В., 2003 г.).

Издавна, из века в век, в сознании женщины укреплялась мысль, что родовый акт — мука. Такое представление формировалось в сознании женщины с юных лет (Каплан А. Л., 1956 г.). Известно, что выраженная болевая реакция во время родов вызывает возбуждение, состояние тревоги у роженицы, высвобождению эндогенных катехоламинов (Савельева Г. М., 2002 г.). Возбуждение роженицы и повышение уровня катехоламинов могут явиться причиной слабости родовой деятельности (Bonnet F, Mason N., Junca, 2000 г.). Неадекватное поведение и мышечная активность роженицы сопровождается повышенным потреблением кислорода, что может вызвать снижение оксидантной защиты и развития ацидоза у плода

(Riley ET. Etalt, 1999 г.).

В процессе психопрофилактической подготовки, которая была разработана отечественными акушерами, в сознание беременной внедрялось представление о родах, как о физиологическом явлении (Мещерякова С. Ю., 2003 г.). Основной задачей метода психопрофилактической подготовки являлось устранение отрицательных эмоций и создание положительных (Абрамченко, 2002 г.). Недостатком метода являлась необходимость кропотливой, длительной, индивидуальной работы с беременной. Достаточно сказать, что занятия с женщиной должны были начинаться с первого и до последнего посещения женской консультации, сначала индивидуально, затем в виде групповых бесед.

Не вызывает сомнения тот факт, что влияние психофизического здоровья беременной женщины влияет на психическое и соматическое здоровье ее ребенка.

Одним из способов, которые способствуют благоприятному течению беременности, улучшению эмоционального статуса женщин можно считать системой пренатального воспитания. С целью оценки тревожности, эмоционального состояния беременных женщин в нашей клинике были приведены тесты Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханина. Тестирование проводилось в динамике в двух группах женщин. Первую группу (основную) составляли беременные женщины занимающиеся по методике пренатального воспитания. Вторую группу (контрольную) составляли женщины не прошедшие занятия по пренатальному воспитанию.

Количество женщин в каждой группе 80.

Данное тестирование выявило одинаковый уровень тревожности в обеих группах до начала занятий по системе пренатального воспитания.

После окончания занятий не у одной женщины в основной группе, которая прошла курс пренатальной подготовки, перед родами не отмечался высокий уровень тревожности, 25% имели умеренную, и 75% низкую тревожность, по данным Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина.

В контрольной группе, наоборот перед родами наметилась тенденция к увеличению числа беременных имеющих высокие показатели тревожности.

Эти тесты подтверждают факт влияния методики пренатального воспитания на беременную женщину в плане улучшения ее психического статуса. Она помогала женщинам, занимающихся в кабинете пренатального воспитания, снизить уровень тревожности, улучшить свое эмоциональное состояние.

## РОЛЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Шигабутдинова Т.Н., Хасанов А.А., Полякова Н.С.

г. Казань

Один из актуальных вопросов современного общества — психическая и физическая полноценность будущего поколения. Этот тезис подтверждается распоряжением Правительства РФ от 31.08.2000 г. за № 1202-Р «Концепция охраны здоровья Российской Федерации на период до 2005 года», постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 27.09.1996г. за № 1 «Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации», а также целым рядом социальных программ поддержки материнства и детства на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Во всех территориях Республики Татарстан выполняются семейные профилактические программы направленные на подготовку рождения здорового ребенка (пренатальная подготовка).

В целях профилактики у детей врожденных пороков, анемии и других заболеваний перинатального периода, в соответствии с постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан «О дополнительных мерах по обеспечению безопасного материнства».

Для обеспечения безопасного материнства в практику акушер-

ской помощи внедрены «программированные роды».

В целях снижения частоты гипогалактии, формируется осознание необходимости и целесообразности естественного вскармливания, поддержки грудного вскармливания. В родильном отделении созданы условия для совместного пребывания матери и ребенка.

Особое значение придается обучению родителей и беременных женщин основам воспитания здорового ребенка: правилам ухода, режима, питания, физического воспитания, закаливания.

На основании изучения беременности, родов, состояние новорожденных, мы оценили целесообразность применения пренатального воспитания: изучили психоэмоциональный статус беременных; особенности течения беременности и родов у женщин, прошедших и не прошедших пренатальную подготовку; оценили состояние новорожденных, матери которых прошли пренатальное воспитание.

В нашей клинике проведен анализ анамнеза течения беременности, родов, послеродового периода у 400 женщин, также проведено изучение ФПК, состояния плодов и новорожденных. Беременные были разделены на две группы. Первую (контрольную) группу составили 200 беременных, не прошедших пренатальное воспитание. Вторая (основная) группа из 200 женщин прошедших пренатальное воспитание.

Возраст обследуемых женщин колебался от 17 до 41 года, средний возраст составил 27,8 ± 0,5 лет. Первородящих среди беременных было 213 человек (53,3%), повторно рождающих — 187 (46,7%). Наиболее часто в исследуемых группах в качестве сопутствующей экстрагенитальной патологии регистрировалось анемия (первая группа — 51%, вторая группа 48%), гипертоническая болезнь (первая группа 3,4%, вторая группа 30%) и хронических пиелонефрит (первая группа 19,6%, вторая 20%). Обе группы были сопоставимы.

При оценке влияния пренатальной подготовки на психоэмоциональный статус, течение беременности, родов, послеродового периода выявлено следующее:

- в группе беременных женщин прошедших пренатальное воспитание в 2,5 раза уменьшается частота преждевременных родов,
- в 1,5 раза уменьшилась слабость родовой деятельности,
- снизился травматизм мягких тканей в 1,5 раза, частота послеродовых кровотечений снизилась в 1,5 раза.

Таким образом, разработан немедикаментозный и не требующий материальных вложений метод пренатального воспитания. Широкое внедрение этого метода может привести к уменьшению частоты осложнений беременности и родов, улучшить пренатальные результаты.

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

**Шидловская Н.В., Логутова Л.С., Петрухин В.А.,  
Бурмукулова Ф.Ф., Башакин Н.Ф.**

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии Минздрава  
России, Москва*

Актуальность: Известно, что основная часть заболеваний в детском возрасте и больше половины хронических заболеваний взрослых связаны с изменениями, произошедшими в течение внутриутробного периода развития. Плацентарная недостаточность (ПН) — это клинический синдром, отражающий патологическое состояние материнского организма. Внутриутробная гипоксия, задержка роста и развития плода чаще всего связаны с ПН. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ), сопровождающиеся нарушением её функции, оказывают выраженное отрицательное воздействие на процессы эмбриогенеза, плацентации и гестации, что значительно ухудшает перинатальный исход. Беременность на фоне нелечен-

ного тиреотоксикоза нередко приводит к рождению маловесного плода. Диагноз задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) является одним из самых сложных в акушерстве. Ведущим методом диагностики функционального изменения в системе мать-плацента-плод является определение уровня гормонов в крови. Гормоны фетоплацентарного комплекса (ФПК) обеспечивают нормальное развитие беременности, регулируют важнейшие жизненные функции организма беременной, способствуют росту и развитию плода.

Тиреотоксикоз — это синдром, при котором отмечаются клинические и биохимические проявления избыточного содержания гормонов ЩЖ в крови вне зависимости от его причины. В настоящее время выявлено около 10 состояний, вызывающих данный синдром. Однако наиболее частой причиной тиреотоксикоза во время беременности (80-90%) является диффузный токсический зоб (ДТЗ) — заболевание, обусловленное избыточной секрецией тиреоидных гормонов, как правило, диффузно увеличенной ЩЖ. Частота ДТЗ у беременных невысока и составляет 0,03-0,3%, однако данное заболевание приводит к большому количеству акушерских осложнений, одним из которых является ПН.

Целью нашего исследования явилось выявление прогностически значимых изменений гормонов ФПК для прогноза рождения маловесного плода у пациенток с ДТЗ.

Методы: с целью выявления особенностей функционирования ФПК обследованы 68 беременных с ДТЗ в возрасте от 17 до 42 лет. Проводилось динамическое исследование гормональных показателей ФПК с 8 до 40 недель гестации: в сыворотке крови пациенток определяли уровень фетальных ( -фетопротеин (АФП) и эстриол), плацентарных (прогестерон и плацентарный лактоген (ПЛ)) гормонов и кортизола. Наиболее информативными для прогноза рождения маловесного плода оказались ПЛ и АФП.

Большое значение в развитии беременности и функционировании ФПК имеет ПЛ, который широко используют для определения функции плаценты, так как он является гормоном преимущественно плацентарного происхождения.

При анализе перцентильных показателей (ПП) ПЛ у беременных с ДТЗ выявлено, что в течение гестации медиана уровня гормона находилась в широких пределах: от 10 до 65 перцентильных показателей. Минимальные значения отмечены в III триместре, что, возможно, связано с присоединением гестоза у 36% пациенток.

В последние годы было изучено множество специфических белков с целью выявления их прогностического значения при определении беременности высокого риска. Один из них — АФП, который синтезируется в печени плода и является эмбриоспецифическим белком.

Исследование ПП АФП у беременных с ДТЗ показало, что в течение беременности медиана гормона не превышала 50 П, минимальные показатели (8-25 ПП) зарегистрированы в III триместре. Данные изменения свидетельствуют об истощении продукции АФП в III триместре, что можно объяснить гипотрофией плодов у части пациенток, и, вследствие этого, уменьшением выработки этого специфического белка.

По нашим данным, крупные размеры плода не характерны для данного контингента беременных, из 68 наблюдений лишь один новорожденный имел вес 4100 г, у матери которого диагностирован гестационный сахарный диабет. Медиана веса детей составила 3100 г (q1 2807- q3 3410).

Показатели АФП и ПЛ были в пределах нормы на протяжении всего периода гестации у 33 (48,5%) беременных. В этой подгруппе родились 33 ребенка, из них 25 (75,8%) с нормальными массо-ростовыми показателями, ЗВУР I степени отмечена в 5 (15,2%) наблюдениях, II степени — в 3 (9%) наблюдениях. Переведен на этапное выхаживание 1 ребенок в связи с гемолитической болезнью новорожденных, остальные дети выписаны домой на 4-5 сутки жизни.

Различные отклонения от принятых нормативов выявлены у остальных 35 (51,5%) беременных. Снижение ПЛ ниже 70% от нормы выявлено у 7 беременных. 5 (71,4%) новорожденных имели нормальные массо-ростовые показатели, ЗВУР I степени отмечена

в 1(14,3%) наблюдении, II степени — в 1(14,3%) наблюдении. Новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки жизни.

Снижение АФП ниже 70% от нормы имелось у 15 беременных. 12(80%) детей имели нормальные массо-ростовые показатели, ЗВУР I степени отмечена в 2(13,3%) случаях, II степени — в 1(6,7%) наблюдении. Новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки жизни.

Снижение обоих показателей (ПЛ и АФП) ниже 70% от нормы выявлено у 13 беременных. В данной подгруппе 6(46,1%) детей имели нормальные массо-ростовые показатели, ЗВУР I степени выявлена в 5(38,%) наблюдениях, ЗВУР II степени — у 2(15,4%) новорожденных, они были переведены на 2 этап выхаживания. В 2(15,4%) наблюдениях произошла отслойка плаценты, причем в 1 случае диагностирована антенатальная гибель плода. Известно, что уровень ПЛ резко снижается при внутриутробном страдании и перед антенатальной гибелью плода. Перевод на этапное выхаживание потребовался 2(15,4%) детям, что является самым высоким показателем среди всех групп обследованных

Таким образом, в группах с нормальными уровнями АФП и ПЛ на протяжении всей беременности, а также в группе с изолированным снижением АФП и в группе с изолированным снижением ПЛ массо-ростовые показатели новорожденных практически не отличались. Наоборот, в группе со снижением обоих показателей (АФП и ПЛ) ниже 70% выявлен самый высокий процент детей с ЗВУР — (54,9%), что в 2-2,5 раза больше, чем в остальных группах.

Выводы: следовательно, прогностическим критерием рождения маловесного ребенка от матери с ДТЗ является сочетанное снижение уровня АФП и ПЛ ниже 70% от нормы. При изолированном снижении данных показателей не отмечено различий в процентном соотношении новорожденных с ЗВУР.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Шиляева Е.Г.**

*Россия, Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»*

Бронхиальная астма среди беременных встречается от 1% до 2%. Течение беременности у женщин с бронхиальной астмой нередко осложняется ранним гестозом, угрозой прерывания беременности. Во время родов чаще развиваются аномалии родовой деятельности, высокий процент преждевременных родов, операций кесарево сечения.

Целью данной работы явилось изучение особенностей течения беременности и родов у беременных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 65 женщин с бронхиальной астмой. Группа сравнения представлена 20 практически здоровыми беременными.

Все беременные с бронхиальной астмой в течении гестации наблюдались у акушера-гинеколога и пульмонолога. При необходимости проводилось стационарное лечение и назначение корректирующей терапии. Обострение основного заболевания во время беременности наблюдалось у 33 (50,77%) женщин, у 21 (32,3%) состояние не изменилось, 9 (13,85%) отмечали облегчение состояния. Во время беременности у 2 (3,08%) пациенток бронхиальная астма была выявлена впервые.

Средний возраст беременных женщин с бронхиальной астмой составил  $25,4 \pm 0,56$  года и не отличался достоверно от среднего возраста беременных группы сравнения —  $26,1 \pm 0,71$  года.

Течение беременности у пациенток с бронхиальной астмой достоверно чаще осложнилось угрозой прерывания беременности у 28 (43,07%) пациенток, ранним гестозом у 23 (35,38%), анемией у 27 (41,53%), у 43 (66,15%) — поздним гестозом, у 21 (32,3%) — фето-плацентарной недостаточностью ( $p < 0,05$ ).

Инфекциями передающимися половым путем беременные жен-

щины с бронхиальной астмой страдали чаще — 43 (66,15%), что достоверно выше показателей группы сравнения — 9 (45,0%). Среди инфекций встречались: хламидиоз у 11 (16,9%) пациенток, микоплазмоз у 7 (10,76%), уреоплазмоз встречался у 19 (29,2%), урогенитальный кандидоз у 14 (21,53%), трихомониаз у 3 (4,6%).

Средняя продолжительность гестации в исследуемой группе составила  $37,8 \pm 1,1$  недели, что достоверно ниже чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Родами через естественные родовые пути, завершилась беременность у 44 (67,7%) женщин с бронхиальной астмой и у 17 (85,0%) женщин в группе сравнения. Родовозбуждение с использованием раннего вскрытия плодного пузыря в основной группе было произведено 18 (27,7%) беременным, что достоверно чаще чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Число случаев родов, завершившихся операцией кесарево сечение, 21 (32,2%) и 3 (15,0%) соответственно. Кесарево сечение в основной группе было произведено по акушерским показаниям 13 (61,9%) пациенткам, 8 (38,1%) — по показаниям со стороны дыхательной системы.

Новорожденные от матерей с бронхиальной астмой родились с достоверно более низкими показателями физического развития. Средний вес новорожденных исследуемой группы составил  $3197,5 \pm 67,8$ г, группы сравнения —  $3567,5 \pm 58,9$ г. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах у новорожденных от женщин с бронхиальной астмой составила в среднем  $7,4 \pm 0,15$  и  $8,1 \pm 0,3$  балла; в группе сравнения  $7,8 \pm 0,2$  и  $8,6 \pm 0,45$  баллов соответственно ( $p < 0,05$ ).

Послеродовой период у женщин с бронхиальной астмой осложнился субинволюцией матки у 12 (18,46%) пациенток, гематометрой у 9 (13,84%) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, бронхиальная астма оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности, родов, послеродового периода, приводя к серьезным осложнениям, и является заболеванием, влияющим на внутриутробное состояние плода.

## **ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ГИСТЕРОМЕТРИИ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОХИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПУЭРПЕРАЛЬНОГО ЭНДОМИОМЕТРИТА**

**Шляпников М.Е., Жестков А.В., Решетникова В.П.,  
Арутюнян К. Н., Меркулова В.И., Афанасьева Л.В.,  
Вырыпаева Л.А., Данилов В.Д.**

*Россия, Самара, ГОУВПО «Самарский государственный медицинский университет», ММУ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова»*

Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания встречаются в 13,3-54,3% случаев и на протяжении последних 10 лет занимают 2-4-е место среди причин материнской смертности (Гуртовой Б.Л. с соавт., 2004). Пуэрперальный эндомиометрит (ПЭММ) является наиболее частым проявлением послеродовой инфекции и выявляется после самопроизвольных родов в 7-8%, после абдоминального родоразрешения — в 30-55% случаев (Стрижаков А.Н., Баев О.Р., 2004).

В клиническом акушерстве выделяют два варианта ПЭММ — эндомиометрит на фоне некроза и задержки децидуальной оболочки и плацентарной ткани («первый» вариант) и «чистый» эндомиометрит («второй» вариант) (Стрижаков А.Н., Белоцерковцева Л.Д., Давыдов А.И., 1997).

Целью настоящего исследования является оптимизация диагностических и лечебных мероприятий у рожениц с осложненным течением послеродового периода. Для реализации намеченной цели перед работой поставлены следующие задачи: - сравнить структуру возбудителей ПЭММ при разных патогенетических вариантах; - оценить особенности динамических показателей ульт-



тразвуковой гистерометрии при вариантах ПЭММ.

Проведен ретро- и проспективный анализ 194 случаев ПЭММ, развившихся после самопроизвольных и оперативных родов, госпитализированных и пролеченных в отделении септической гинекологии СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова за 2004 и 2005 годы. В зависимости от варианта ПЭММ пациентки были разделены на 2 группы: 45 родильниц, у которых заболевание протекало по «первому» варианту и 138 случаев развития ПЭММ при условно «чистой» полости матки («второй» вариант). 11 родильниц были исключены из настоящего раздела исследования по причине радикального оперативного лечения деструктивных вариантов ПЭММ, осложнившихся перитонитом и/или послеродовым сепсисом.

До начала антибактериальной терапии проводился бактериологический анализ лохий (согласно «Отраслевым стандартам объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии») с целью верификации возбудителей ПЭММ.

Определение стандартных УЗ-параметров послеродовой матки (длина, ширина, ПЗР) осуществляли с помощью аппарата Sonoline Versa Pro (Siemens) и последующим расчетом показателей объема послеродовой матки (Стрижаков А.Н. с соавт., 2004) и индекса темпов инволюции матки (ИТИМ) (Шляпников М.Е., 2004).

В ходе работы выявлено, что независимо от варианта ПЭММ лидирующими возбудителями заболевания являются кишечная палочка и условно-патогенные стафило-кокки. Так, *E.coli* встречается в 37,93±9,01% и 28,07±4,21%, а условно-патогенные стафило-кокки в 27,59±8,30% и 22,81±3,93% соответственно при «первом» и «втором» вариантах ПЭММ ( $p>0,05$ ).

Структура возбудителей ПЭММ на фоне некроза и задержки децидуальной оболочки и плацентарной ткани представлена следующими микроорганизмами: *Enterococcus* – 10,34±5,66%, *Burkholderia* и *Staphylococcus aureus* по 6,90±4,71%, на *Acinetobacter*, *Morganella*, *Stenotrophomonas* и *Candida* приходится по 3,45±2,01%. При «чистом» варианте ПЭММ выделяются следующие микроорганизмы: *Klebsiella* в 8,77±2,65%, *Enterococcus* – 12,28±3,07%, *Staphylococcus aureus* – 9,65±2,77%, *Enterobacter* – 10,53±2,87%, *Burkholderia* – 7,02±2,39%, *Acinetobacter* – 6,14±2,25%, *Candida* – 5,26±2,09%, в 1,75±1,23% случаев определяются *Citrobacter*, *Micrococcus*. Другие микроорганизмы – *Aerococcus*, *Kluyvera*, *Neisseria*, *Serratia* – в структуре возбудителей «второго» патогенетического варианта ПЭММ встречаются не более, чем в 5,5% случаев. При посеве лохий в аэробных условиях при «первом» варианте ПЭММ роста микрофлоры не было в 20,69±7,52% исследований, а при «втором» варианте – только в 11,4±2,98% случаев ( $p<0,05$ ).

Обращает на себя внимание, что при «втором» варианте ПЭММ чаще встречаются представители рода *Klebsiella* ( $p<0,05$ ), биохимические виды которого представлены *K.pneumoniae*, *K.oxitoka*, *K.plantikola* и *K.ornithinolitica*.

В результате изучения инволюции матки при ПЭММ выявлено, что ультразвуковые параметры гистерометрии претерпевают существенные изменения в процессе лечения родильниц. Полученные данные представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1. Показатели ультразвуковой гистерометрии у женщин с «первым» вариантом ПЭММ

Показатели ультразвуковой гистерометрии	До лечения	После лечения	Индекс темпов инволюции матки
длина тела матки	90,30±3,86 мм	72,50±2,52 мм*	2,00±0,59 мм/сут
переднезадний размер	61,59±2,49 мм	50,03±1,56 мм*	2,21±0,76 мм/сут
Ширина тела матки	81,70±2,69 мм	70,26±1,86 мм*	1,49±0,39 мм/сут
Ширина полости матки	13,55±1,65 мм	4,58±0,72 мм*	1,04±0,35 мм/сут
Объем матки	263,91±25,56 мм	141,87±11,37 мм*	15,08±3,52 мм/сут

\* $p<0,05$

Таблица 2. Показатели ультразвуковой гистерометрии у жен-

щин со «вторым» вариантом ПЭММ

Показатели ультразвуковой гистерометрии	До лечения	После лечения	Индекс темпов инволюции матки
Длина тела матки	86,46±2,84 мм	75,44±2,14 мм*	2,68±0,39 мм/сут
переднезадний размер	60,88±1,81 мм	54,56±1,27 мм*	2,23±0,45 мм/сут
Ширина тела матки	83,10±2,39 мм	74,17±1,96 мм*	2,26±0,90 мм/сут
Ширина полости матки	8,09±0,98 мм	3,19±0,60 мм*	1,13±0,30 мм/сут
Объем матки	253,77±21,30 мм	167,51±12,80 мм*	23,46±4,33 мм/сут

\* $p<0,05$

Анализируя данные, представленные в таблицах 1 и 2 можно говорить о наличии статистически значимых изменений ультразвуковых параметров инволюции матки в процессе лечения ПЭММ. В то же время, отсутствие достоверных различий индексов темпов инволюции матки у родильниц сравниваемых групп, позволяет констатировать равнозначность динамики ультразвуковых критериев инволюции матки при «первом» и «втором» вариантах ПЭММ. Однако, следует отметить, что несмотря на вышесказанное, имеется статистически значимое различие по величине передне-заднего размера матки после лечения: при «первом» варианте ПЭММ – 50,03±1,56 мм, при «втором» – 54,46±1,27 мм ( $p<0,05$ ). Полученные результаты могут быть связаны с различной приоритетностью динамических изменений ИТИМ у родильниц с ПЭММ. Так, при «первом» варианте ПЭММ максимальным изменениям подвергается передне-задний размер, затем длина тела матки и ее ширина, а при «втором» – описываемая последовательность выглядит как длина ширина тела матки передне-задний размер.

Таким образом, ультразвуковая гистерометрия является информативным, неинвазивным, доступным, а поэтому традиционно применяемым методом, используемым с целью контроля за инволюцией матки в процессе лечения ПЭММ, независимо от исходных размеров матки и патогенетического варианта развития настоящего заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПОСЛЕ РОДОВ

Шмаков Р.Г., Кузнецов С.Ю.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

Цель: изучение минеральной плотности костной ткани после родов у женщин с лимфомой Ходжкина (ЛХ), получавших противоопухолевую терапию до беременности.

Материал и методы: 20 родильниц, получавших до беременности противоопухолевое лечение по поводу ЛХ. Для оценки состояния костной ткани измеряли ее минеральную плотность методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) в области поясничного отдела позвоночника (L1-L4), проксимального отдела левого бедра и дистального отдела лучевой кости на бифотонном рентгенологическом денситометре Prodigy (Lunar, США). Исследование проводилось на 5-7 сутки после родов.

Результаты: возраст женщин колебался от 20 до 33 лет и в среднем составил 24,1±2,3 лет. По международной клинической классификации (1989г) I стадия заболевания диагностировалась у 2-х женщин, II стадия – у 13, III стадия – у 3-х, и IV стадия отмечалась у 2-х женщин. Все женщины до беременности получили эффективное лечение по поводу ЛХ (достижение полной клинико-лабораторной ремиссии). В зависимости от стадии заболевания, прогноза заболевания и т.д. применялись различные схемы ПХТ: ABVD – у 7 женщин; CVPP – у 5 и BEACOPP – у 8 женщин. Рецидивов заболевания ни до беременности, ни во время ее не было. Длительность

ремиссии ЛХ до беременности колебалась от 8 месяцев до 16 лет и в среднем составила  $5,3 \pm 2,6$  лет.

После проведения противоопухолевого лечения (ПХТ и лучевая терапия) у 5(20%) женщин нарушился менструальный цикл: у 3-х женщин — аменорея, из них у одной транзиторная в течении 6 месяцев; у 2-х — олигоменорея. Первородящих было 12 женщин, повторнородящих — 8. У 4 женщин с ЛХ, получавших противоопухолевое лечение, были различные травмы и переломы: лодыжки, поясничного отдела позвоночника, травма локтевого сустава и т.д. Пять женщин жаловались на тяжесть в ногах, боли в мышцах голени, преимущественно в вечернее время.

Нами выявлено у 12 из 20 женщин с ЛХ, получавших противоопухолевое лечение остеопенический синдром различной степени тяжести. Низкая костная масса, или остеопения по критериям ВОЗ определялась по Т-критерию от -1 и -2,5. У 10 женщин диагностировалась остеопения поясничного отдела позвоночника от начальной степени остеопении (Т=-1,2) до выраженной (Т=-2,4). У 5 женщин — остеопения шейки бедра, у двух — трохантера, у одной — выраженная остеопения дистального отдела лучевой кости.

Основными факторами, обуславливающими снижение плотности костной ткани у женщин с ЛХ, явились вид и количество циклов ПХТ. Так, при применении схемы ABVD, а также менее 6 циклов CVPP остеопения не наблюдалась. Однако если использовалась схема BEACOPP или CVPP от 6 циклов, то практически у каждой женщины наблюдалась остеопения различной степени выраженности. Вероятно, это обусловлено большими дозами преднизолона в схемах BEACOPP и CVPP, а также возможно содержанием алкилирующего препарата (циклофосфана) в этих схемах. Зависимости между выраженностью остеопении и длительностью ремиссии заболевания не выявлено.

Выводы: Таким образом, более чем у 50% женщин с ЛХ после родов отмечен остеопенический синдром различной степени тяжести, что не связано по данным литературы с влиянием самой беременности. Все случаи остеопении наблюдались только при применении схем BEACOPP и CVPP, в которых содержатся преднизолон и циклофосфан. Поэтому мы считаем перспективными исследования костной системы перед планированием беременности или после родов у женщин, получавших противоопухолевое лечение с целью профилактического назначения препаратов кальция как во время так и после беременности.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Шмаков Р.Г. <sup>1</sup> Демина Е.А. <sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН  
<sup>2</sup>ГУ Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина РАМН

Когда врачи сталкиваются с проблемой сочетания беременности и лимфомы Ходжкина возникают трудности при выборе тактики ведения таких больных. До сих пор существует догма, что беременность и роды отягощают течение заболевания, несмотря на многочисленные публикации показывающие отсутствие этого влияния.

Цель исследования: Изучение влияния беременности и родов на течение лимфомы Ходжкина.

Материал исследования: Проведено исследование у 300 женщин детородного возраста (от 14 до 38 лет), получавших лечение лимфомы Ходжкина в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 1968 по 2004 гт. В I группу включено 50 женщин, у которых диагноз был установлен во время беременности или вскоре после родов. Вторую группу составили 50 женщин, беременность и роды у которых были в различные сроки после окончания лечения ЛХ. Третью группу составили 200 женщин, у которых не было беременности и родов ни в ближайший год до первых симптомов заболевания, ни во весь период последующего наблюдения.

Методы исследования: катamnестические данные, статистиче-

ские методы

Результаты исследования: Различий по длительности наблюдения, стадиям, симптомам интоксикации и типу лечения между группами не было. Возраст заболевания колебался от 14 до 38 лет, медиана прослеженности составила 8 лет в I группе, 5 лет во II группе и 4 года в III группе.

Ни бессобытийная, ни свободная от неудач лечения заболеваемость не отличалась в этих трех группах больных. Частота и сроки наступления рецидива заболевания также не зависели от наличия беременностей и родов, и они наступали в те же сроки и с той же частотой во всех трех группах. Пятилетняя выживаемость составила 75% в I группе, 63% — во II и 68% в III группе и статистически не отличалась ( $p=0,17$ ).

Заключение: Беременность и роды при современных возможностях диагностики и лечения лимфомы Ходжкина не влияют на течение болезни и длительность жизни этих женщин.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Штепо М.В., Огуль Л.А., Гужвина Е.Н., Бахмутова Л.А.

Россия, Астрахань, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, МУЗ Клинический родильный дом

Фетоплацентарная недостаточность является одной из значимых причин, существенно влияющих на уровень перинатальной патологии. Это клинический синдром, представляющий собой результат сложной поликаузальной реакции плода и плаценты и плаценты на различные патологические состояния материнского организма (Аржанов О.Н. и др., 2000).

Выбор метода лечения зависит от сочетанной патологии, клинических проявлений синдрома, срока беременности, возможных побочных влияний метода лечения на организмы матери и плода. Очень важна определенная преемственность и этапность осуществления терапевтических мероприятий между амбулаторной службой и стационаром, что обусловлено необходимостью повторных лечебных курсов до 4-6 раз за беременность. В любом случае лечение фетоплацентарной недостаточности должно быть многокомпонентным.

В последние годы все большее внимание уделяется регулирующей терапии, в том числе традиционным методам лечения, к которым относится гомеопатическая, которая получила широкое распространение в медицинской практике. Индивидуальный подход, отсутствие противопоказаний и отсутствие побочных эффектов дают основание для использования антигематоксических препаратов у беременных женщин и детей.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности применения антигематоксической терапии у беременных в сроке от 28 до 38 недели с фетоплацентарной недостаточностью различной этиологии. Группу исследования составили 23 беременных женщины возрастом от 20 до 32 лет с отягощенным акушерским анамнезом и фетоплацентарной недостаточностью. Наряду с аллопатической терапией им был проведен курс антигематоксическими препаратами: парентерально Траумель С по 2,2 мл 2 раза в неделю, Траумель С сублингвально по 1 таблетке 2 раза в день, Спасскупрель сублингвально по 1 таблетке 2 раза в день, курс лечения этими препаратами составил 3 недели.

Перед началом лечения антигематоксическими препаратами в качестве контроля эффективности была проведена клиническая оценка состояния здоровья женщин, оценка состояния сосудов глазного дна, ультразвуковое исследование плаценты, доплерометрия сосудов плаценты. После проведения курса антигематоксической терапии отмечалось клиническое улучшение состояния женщины, отсутствие жалоб, улучшение венозного и артериального кровотока сосудов глазного дна, нормализация кровотока в сосудах плаценты.

Из 23 наблюдаемых нами женщин, 14 — родоразрешились через

естественные родовые пути, 1 женщина путем операции кесарева сечения, послеродовой и послеоперационный период протекал без осложнений. Оценка состояния их новорожденных по Апгар составила 8-9 баллов, период ранней адаптации протекал гладко, нейросонография без патологии. Все дети выписаны домой на 5-6 сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, есть основания полагать, что введение в комплексную терапию фетоплацентарной недостаточности антигипоксических препаратов позволит индивидуализировать назначение лекарственных средств, исключить их побочное действие и получить мягкий терапевтический эффект. Исследование возможностей применения антигипоксической терапии может стать реальной основой для улучшения перинатальных показателей.

## ЭРИТРОПОЭТИН И ВОЗМОЖНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ

**Щербаков В.И., Поздняков И.М., Еремеева Л.И.**

*Россия, Новосибирск, ГУ Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, МУЗ Новосибирский городской перинатальный центр, Межведомственная лаборатория иммунокоррекции и реабилитации*

Эритропоэтин в настоящее время является самым востребованным цитокином в медицинской практике, революционизировавшим лечение анемии. Он синтезируется на 90% в почках, 10% в купферовских клетках, а при беременности и в плаценте. Свое действие он реализует через рецепторы, которые найдены во многих тканях и системах, в том числе сердечно-сосудистой, иммунной, ЦНС. В акушерской и неонатологической практике постоянно возникает потребность в определении уровня эндогенного эритропоэтина при тех или иных патологических состояниях для коррекции красного роста крови. В настоящее время основной его точкой приложения является стимуляция эритропоэза для коррекции анемий. Второй возможной областью его практического применения может быть использование как нейропротектора. Это свойство может быть еще более значимо для практической медицины чем стимуляция эритропоэза.

В связи с этим целью исследования явилось изучение уровня эритропоэтина у беременных и родильниц, а также в пуповинной крови плода не только с позиций стимуляции эритропоэза и но и возможности нейропротекции. Было выделено 4 основных группы. Первая — беременные с анемией легкой степени тяжести, вторая — беременные с хронической вторичной ФПН без анемий, третья — через 2 суток после родов с анемией, четвертая — пуповинная кровь при нормальных родах и после операции кесарева сечения. Контрольную группу представляли женщины с нормально протекающей беременностью, а такие доноры, у которых эритропоэтин измерялся до и через 2 суток после забора крови эквивалентного его потери при родах. Эритропоэтин определяли с помощью стандартных наборов Biomerica EPO ELISA (США). Параллельно определяли стандартные показатели красной крови. Для коррекции анемии использовался рекомбинантный человеческий эритропоэтин (ЭПОКРИН) производство г. Санкт-Петербурга в дозировках согласно инструкции фирмы производителя. Реже использовался р.ч. Эритропоэтин – Рекормон фирмы Хоффман ля Рош. Для обеспечения организма железом использовали различные препараты железа, в том числе «ферро-фольгамма».

Уровень эритропоэтина при нормальной беременности в сроке 38-40 недель составлял 23,5 мМЕ/мл, что вписывается в показатели характерные для здоровых женщин. Анемия беременных повышала данный показатель более, чем в 2 раза. Следует отметить, что эта группа была гетерогенна, наряду с повышенным уровнем эритропоэтина регистрировались индивиды с его нормальными показателями. Этот факт нами расценен как различный ответ системы эритропоэза на одну и ту же ситуацию — гипоксию тканей. В случае с нормальными показателями вероятнее всего наблю-

дается истощение резервных возможностей клеток продуцирующих эритропоэтин. Несомненно и то, что гипоксия плаценты в этих условиях ведет к стимуляции гипоксия индуцибельного фактора, сказывающегося на ходе беременности и конкретно на развитии ЦНС плода.

В группе беременных с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) не было достоверных различий эритропоэтина с контрольной группой. Это может говорить, во-первых, о том, что при ФПН эритропоэтинпродуцирующая функция плаценты не нарушена, а, во-вторых, плацентарный эритропоэтин в основном работает по паракринному механизму, стимулируя рост сосудов плаценты. Такой подход к эритропоэтину с современных позиций совершенно обоснован. (Sasaki R et al., 2000).

В группе с послеродовой анемией уровень эритропоэтина был в 4 раза выше чем в норме, что расценивалось нами как ответ на острую кровопотерю и гипоксию тканей. Интересно и то, что в этой группе встречались также женщины с низким уровнем эритропоэтина после родовой кровопотери, которым потребовалось переливание крови. Мы полагаем, что уже на современном этапе наших знаний об эритропоэтине можно говорить о принципиальной разнице анемий протекающих на фоне высокого и низкого содержания эритропоэтина. Это относится не только к ответу эритропоэтинпродуцирующих клеток, но и к отсутствию защиты тканей от гипоксии при низком содержании эритропоэтина, а поэтому более частым послеродовым осложнениям в данном случае.

Потеря эквивалентного количества крови у доноров не вызывала такой реакции как послеродовая кровопотеря. Здесь отмечалась только тенденция к повышению уровня эритропоэтина. Это говорит за то, что у доноров возмещение крови происходит в основном за счет депонированной крови из-за чего отпадает потребность в активации эритропоэтина, что важно для понимания механизмов восполнения крови, а также частоты ее забора у доноров.

Изучение эритропоэтина в пуповинной крови показало, что его уровень после нормальных родов в несколько раз выше, чем при кесаревом сечении. Это говорит в пользу того, что повышенный уровень эритропоэтина в родах защищает ЦНС плода от гипоксического повреждения. Что возможно связано с торможением апоптоза в нейронах за счет блокады каскады 3 (Lipton S.A. 2004). Возможно и то, что уровень эритропоэтина в пуповинной крови может быть прогностическим признаком поражения нервной системы новорожденного. Более того, этот показатель может быть полезен и в плане прогнозирования послеродового восстановления ЦНС после ее гипоксического повреждения.

Опыт использования эритропоэтина для коррекции эритропоэза показал его высокую эффективность в лечении послеродовых и послеоперационных анемий.

В неонатологической практике его применение у детей с массой тела менее 1000-1250 г снижает потребность в трансфузии крови на 25%.

Таким образом, уже к настоящему времени можно констатировать, что наряду с эритропоэстимулирующей функцией эритропоэтин выполняет в организме важнейшую защитную функцию при гипоксии, что, в первую очередь, относится к наиболее чувствительному органу в этом плане — ЦНС.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Эгамбердиева Л.Д., Хамитова Г.В.**

*г.Казань*

За последние десять лет частота инфицирования вирусом папилломы человека увеличилась более чем в 10 раз и в общей популяции достигает 30,3% (Жолдасов Р.А., 2005). В связи с иммуносупрессией частота поражения ВПЧ возрастает во время беременности. У беременных возможен выраженный рост и увеличение размеров кондилом, которые могут служить причиной obstructивных и

геморрагических осложнений во время родов, увеличивать риск инфицирования плода с выраженным развитием папилломатоза гортани новорожденных и других органов. Есть данные о возможности поражения трофобласта, что приводит к самопроизвольным абортam на ранних сроках беременности.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения ВПЧ поражений слизистой шейки матки, влагалища и вульвы с применением препарата «Генферон».

Под наблюдением находились 20 беременных во втором и третьем триместрах в возрасте от 21 до 30 лет клинически и лабораторно подтвержденной ВПЧ инфекцией шейки матки, влагалища и вульвы.

В качестве методов обследования пациенток нами применялись расширенная кольпоскопия, бактериоскопия вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, ПЦР-типирование, кольпоцитология по Папаниколау. Заболеваемость другими инфекциями, передаваемыми половым путем, намного выше, чем в среднем в популяции. Хламидийная инфекция выявилась у 2, уреаплазменно-микоплазменная (генитальная) – у 5 беременных.

На первом этапе проводилась санация вульво-вагинального тракта по общепринятым методикам каждой нозологии. На втором этапе под местной анестезией проводилась радиохирургическое удаление имеющихся остроконечных кондилом с использованием аппарата «Сургитрон» («Элман», США) с последующим назначением свечей «Генферон» в дозе 500 тыс. ЕД интравагинально в течение 10 дней. Эффективность лечения оценивалась через 6 недель.

При оценке эффективности комплексной терапии через 6 недель и к моменту родов у всех пациенток кондиломы визуально не обнаружены, отмечена нормализация количества лейкоцитов в мазках по Грамму, ПЦР-типирование рецидив ВПЧ-инфекции отмечен у 2 женщин, нормализация кольпоскопической картины отмечена у 18 беременных. В ходе исследования побочных эффектов и индивидуальной непереносимости препарата «Генферон» не выявлено.

Проведенные исследования показали, что ВПЧ как моноинфекция встречается достаточно редко, чаще всего это смешанная инфекция с преобладанием аэробно-анаэробной ассоциации с высоким индексом колонизации вагинального биотопа, который усугубляет нарушение местного иммунитета и нормоценоза влагалища.

Таким образом, полученные данные подтверждают эффективность комплексных методов лечения вирусно-бактериальной инфекции шейки матки, влагалища и вульвы у беременных с применением антисептика, иммуномодулятора и хирургической терапии кондилом.

Проблема ВПЧ-инфекции у беременных, родильниц и новорожденных, ближайшие и отдаленные осложнения для матери и плода диктуют необходимость дальнейших исследований.

## **СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В СЛУЧАЯХ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ**

**Эсетов А.М., Бекеладзе Г.М., Эсетов М.А.**

*Россия, Махачкала, Дагестанская государственная медицинская академия, Республиканская клиническая больница*

Актуальность

Наиболее распространенным осложнением беременности в ранних сроках является нарушение ее развития. В соответствии с этим основную нагрузку врача гинеколога составляет ревизия полости матки. Принятие этой операции как универсального метода лечения при данной патологии было обусловлено высокой материнской смертностью от септических и геморрагических осложнений.

На современном этапе, несмотря на прогрессивное развитие медицины — появление широкого спектра антибиотиков, препаратов крови и ультразвуковой диагностики, позволяющей своевременно устанавливать и дифференцировать виды нарушения развития беременности на ранних этапах — хирургическая эва-

куация содержимого полости матки сохраняет свои позиции.

Целью данного исследования явилась оценка возможности выжидательного ведения в случаях нарушения развития беременности ранних сроков.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 56 женщин с нарушением развития беременности в сроки 5-14 нед беременности. В этой группе у 34 пациенток был несостоявшийся выкидыш и у 22 — признаки неполного выкидыша. Во всех случаях консервативное ведение было проведено после получения информированного согласия пациенток.

Диагноз раннего нарушения развития беременности был основан на результатах анамнеза, клинического исследования, положительного теста и эхографии.

Ультразвуковое исследование проводилось на приборе Алока 1700 (Япония) трансабдоминальным датчиком 3,5 МГц.

Несостоявшийся выкидыш был установлен в случаях, когда при среднем диаметре плодного яйца более 18-20 мм отсутствовали элементы эмбриона (анэмбрионическая беременность), или когда при КТР более 5 мм не детектировалось сердцебиение. Если результаты сканирования были неубедительными проводилось повторное исследование.

Неполный выкидыш был диагностирован, когда картина средних структур была неоднородной с потерей срединного эха, навещающего на мысль об остатках, у женщин с предвзвешенно установленной маточной беременностью.

Из исследования были исключены случаи с подозрением на трофобластическую трансформацию, с выраженным кровотечением, и/или температурной реакцией, и/или выраженным расширением полости матки. В этих случаях ревизия полости матки является обоснованной клинической необходимостью.

Каждой нашей пациентке проводились повторные ультразвуковые исследования и мазок на флору влагалища на 4-7, 14 и 21 дни после установления диагноза нарушения развития беременности. Профилактически антибиотики не были назначены. Всем женщинам с выжидательной тактикой проводился тест мочи на беременность через 14 дней. Выжидательное ведение при нарушениях ранней беременности считалось неудачным, если возникла необходимость хирургической эвакуации из-за длительного или выраженного кровотечения, и/или чрезмерной брюшной боли, и/или признаков инфекции, и/или эхографических признаков остатков и положительного теста на беременность после 14 дня наблюдения.

Результаты. Эффективность выжидательного ведения при потере ранних сроков беременности в нашем исследовании составила 69,6% (39/56). Частота успеха в группе с неполным выкидышем (77,2%) была выше, чем в группе с несостоявшимся выкидышем (64,7%). Консервативное ведение оказалось неудачным у 12\34 женщин с несостоявшимся выкидышем и у 5\22 женщин с неполным выкидышем. Все 17 женщин подверглись хирургической эвакуации. В 11 из них показаниями явились продолжающиеся кровянистые выделения и желание женщины. В остальных случаях признаки инфицирования в мазках (3 случая) и наличие остатков при ультразвуковом исследовании (3 случая). Средняя продолжительность вагинального кровотечения у женщин с выжидательной тактикой была 12,2 дня (с диапазон колебаний 5-20 дней).

Выводы. Эхографическое исследование позволяет провести избирательное ведение пациенток в зависимости от формы нарушения беременности. Как показывают результаты нашего исследования, тактика выжидательного ведения особенно применима в группе женщин с диагнозом неполного выкидыша, где наше исследование показало 77,2% успешного исхода. В случаях несостоявшихся выкидышей, по данным этой работы, требуется более тщательная оценка клинической и эхографической картины, для выбора тактики ведения.

Основной проблемой консервативного ведения при нарушении развития беременности ранних сроков является увеличение необходимых сроков медицинского наблюдения, в связи с чем в выборе тактики ведения в таких случаях существенную роль играет предпочтение пациенток тому или другому методу лечения.

По результатам нашего исследования, в связи с малочисленно-

тью случаев трудно сделать какие-либо обобщающие выводы. Но они позволяют рассматривать выжидательное ведение, при дифференцированном подходе, в случаях потери беременности ранних сроков, как возможную практически эффективную и безопасную альтернативу хирургической маточной эвакуации.

## **К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Эфендиева Д., Бегова С.В., Омаров Н.С.-М.**

*Республика Дагестан, г. Махачкала, ДНЦ РАМН*

В последнее время не только в малоразвитых странах, но и в индустриальных странах артериальная гипертония остается основной причиной смерти матери и плода, а также неонатальной смертности и заболеваемости.

Несмотря на достижение фармакологической науки и кардиологии у беременных с артериальной гипертензией (АГ), нерешенными остаются вопросы, касающиеся коррекции артериального давления в период беременности, протекающей на фоне ожирения, пренатальной подготовки и родоразрешения этих женщин.

Артериальная гипертензия в сочетании с ожирением у беременных является не простым сложением неблагоприятных факторов, влияющих на исход гестации, а их умножением. Исходя из этого, изучение перинатальных осложнений у женщин с АГ и ожирением, коррекция и профилактика их является актуальной проблемой.

Целью исследования явилось изучение течения гестации у беременных с АГ в сочетании с ожирением.

Материал и методы исследования. Обследовалось 40 беременных с АГ и ожирением. Сроки гестации от 22 до 37 недель. Возраст обследованных женщин варьировал от 24 до 40 лет. Все беременные подвергались стандартному обследованию соответственно нозологии имеющейся патологии при поступлении в стационар. Из дополнительных исследований при ожирении определяли холестерин, липопротеиды и общие липиды сыворотки крови.

Для подтверждения диагноза АГ проводилось исследование гемодинамики, ЭКГ, офтальмоскопия.

Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось по данным УЗИ с доплерометрией, а также исследованием гормональной функции.

Полученные результаты. Результаты исследования показали, что у 57,5% (23) обследованных беременных имелась анемия легкой степени тяжести (Hb  $97,1 \pm 1,4$  г/л). Среднее АД у обследованных женщин составляло  $136,8 \pm 12,4$  мм.рт.ст. Первая стадия гипертонической болезни (ГБ) (отсутствуют объективные признаки поражения внутренних органов) диагностирована у 52,5% (21), II стадия (имеется по крайней мере один из признаков поражения органов мишени) — у 27,5% (11), III стадия (наличие комплекса признаков поражения органов мишени) — у 20% (8) женщин. У всех беременных женщин с ГБ III степени при офтальмоскопии выявлен симптом Саллюса.

У 97,5% беременность осложнилась гестозом: легкой степени — у 15% (6), средней степени — у 62,5% (25) и тяжелой степени — у 20% (8).

У 27,5% женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания в различные сроки.

Синдром задержки внутриутробного развития плода отмечен у 17,5% (7) беременных. У 1 беременной (2,5%) диагностирована антенатальная гибель плода в сроке 32 недели в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Нарушение кровотока в системе мать – плацента – плод различной степени тяжести выявлено у всех беременных обследованной группы. Критическое состояние кровотока диагностировано у 22,5% (9) женщин, особенно при развитии гестоза.

Течение родов у женщин с ГБ и ЖДА характеризовалось развитием множественных осложнений, таких, как несвоевременное излитие околоплодных вод у 17,5%; патологический прелиминар-

ный период — у 5%, развитие аномалий родовой деятельности — у 20%. Плановое кесарево сечение было проведено 7,5% беременным, экстренное оперативное родоразрешение — 17,5%. Гипотоническое кровотечение в родах возникло у 10% беременных, в связи с чем было произведено ручное обследование полости матки.

Новорожденные от матерей с гипертензией в сочетании с ожирением отличались низкими показателями физического развития (массо-ростовой коэффициент значительно снижен). Оценка по шкале Апгар при рождении в 8-10 баллов выставлена — 72,5%, 5-7 балла — 20%, 1-4 балла — 7,5% новорожденным.

Результаты исследования последов родильниц выявили макроскопические изменения у 22,5% женщин, микроскопические изменения у 47,5% женщин, что свидетельствует о хронической плацентарной недостаточности.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод о крайне неблагоприятном влиянии сочетанной патологии (АГ и ожирение) на течение гестации и состояние внутриутробного плода.

## **СИНДРОМЫ МАРФАНА, ЭЛЕРСА- ДАНЛО, РЕНДЮ-ОСЛЕРА И БЕРЕМЕННОСТЬ**

**Юдаева Л.С., Макацария А.Д.**

*Россия, Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии МПФ и лаборатория патологии гемостаза, специализированный родильный дом для больных с сердечно-сосудистой патологией при ГКБ № 67*

Актуальность: В настоящее время во всем мире большое внимание уделяется вопросам ведения беременности у женщин с соматической патологией. Это во многом связано с уточнением патогенетических механизмов многих заболеваний, совершенствованием методов диагностики и лечения, появлением новых фармакологических препаратов. Серьезную проблему представляет собой беременность у женщин с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера, называемыми также мезенхимальными дисплазиями. При данных заболеваниях имеется патология соединительной ткани, проявляющаяся нарушениями со стороны скелета, органа зрения, кожи, легких, сердца. Наибольшую опасность представляет собой нарушение строения сосудистой стенки, что приводит к высокому риску тяжелых тромбозов, эмболий, геморрагических осложнений. Особенно высока вероятность развития таких осложнений во время беременности и в родах в связи с гемодинамическими и гормональными эффектами на стенки патологически измененных сосудов различного калибра. Воздействия на стенку сосудов могут приводить к их дилатации, расслоению, разрывам, увеличению в размерах или формированию новых патологических сосудистых анастомозов (мальформаций). Имеется большое количество больных со «стертыми» формами заболеваний, которые часто протекают субклинически и вовремя не диагностируются. Риск возможных осложнений во время беременности, родов и послеродового периода у таких больных зачастую недооценивается, что может приводить к летальным исходам.

Цель: Изучение особенностей течения беременности и родов и разработка патогенетически обоснованной тактики ведения беременных с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера.

Материалы и методы: За период с 1992 по 2005 гг. в специализированном кардиологическом родильном доме при ГКБ№67 мы обследовали 56 беременных с мезенхимальными дисплазиями (синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера), включая стертые формы заболеваний, в возрасте от 18 до 36 лет. Исследование включало ретроспективный анализ и проспективное исследование. Комплексное обследование беременных включало в себя данные анамнеза, клиническое обследование, лабораторные (включая рутинные анализы крови и мочи и гемостазиоло-

гическое исследование) и инструментальные исследования (ЭКГ, Эхо-КТ, рентгенографию грудной клетки).

Результаты: У 100% больных с мезенхимальными дисплазиями (синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера) во время беременности отмечалось прогрессирование ранее имевшихся или появление новых геморрагических проявлений. У беременных с синдромом Марфана отмечена высокая частота осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, включавших увеличение степени пролапса митрального клапана (78% беременных с синдромом Марфана), формирование или прогрессирование недостаточности митрального клапана (56,5%), дилатация левых отделов сердца (43,8%), развитие и прогрессирование аортальной недостаточности (43,8%), гипертрофия левого желудочка (4,3%). Серьезными осложнениями у беременных с синдромом Рендю-Ослера были осложнения, связанные с формированием артериовенозных мальформаций. Артериовенозные мальформации в легких обнаружены у 45,5% беременных с синдромом Рендю-Ослера. Помимо специфических осложнений у беременных с мезенхимальными дисплазиями в большом проценте случаев встречались акушерские осложнения: угроза прерывания беременности на разных сроках — в 57,1% случаев, ранний токсикоз — в 26,8%, истмико-цервикальная недостаточность, потребовавшая наложения швов на шейку матки — в 16,1%, гестоз — в 46,4%, гестационный пиелонефрит — в 16,1%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — в 23,2%, преждевременное излитие околоплодных вод — в 46,4%. Кроме того, отмечена высокая частота развития фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной задержки развития плода (у 78,6 и 57,4% беременных). Дефекты в системе гемостаза обнаружены у 69,6% беременных с мезенхимальными дисплазиями: у 35,7% — повышение функции тромбоцитов, у 32,1% — снижение функции тромбоцитов, у 55,4% — признаки волнообразного течения ДВС-синдрома. При обнаружении маркеров ДВС-синдрома в III триместре и послеродовом периоде использовались профилактические дозы фраксипарина (2850 МЕ п/к 1 раз в сутки). Геморрагических осложнений не было ни в одном случае. 94,6% беременных с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера были родоразрешены путём операции кесарево сечение. У 67,3% из них во время операции кесарево сечение отмечалась повышенная кровоточивость из сосудов мелкого и среднего калибра. Во всех случаях периоперационно проводился мониторинг системы гемостаза. Для коррекции геморрагических осложнений использовались свежзамороженная плазма (в пред-, интра- и послеоперационном периодах), а также транексамовая кислота (местно и внутривенно интраоперационно). Это позволило во всех случаях избежать тяжёлых геморрагических осложнений. При родоразрешении через естественные родовые пути отмечались глубокие разрывы мягких тканей промежности и массивные кровотечения. Обнаружена высокая частота перинатальной патологии у новорожденных от матерей с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера: в 33,3% родились недоношенные дети, в 57,4% в состоянии гипотрофии, в 29,6% в состоянии асфиксии, в 31,5% с аномалиями развития. Осложнения послеродового периода наблюдались у 69,6% больных с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера и включали метрорэндометрит (17,9% случаев), замедленную инволюцию матки (19,6%), серому послеоперационного шва (19,6%), замедленную репарацию раны с образованием неполноценного атрофического рубца (16,1%), гематометру (1 пациентка с синдромом Марфана), массивное позднее послеродовое кровотечение, потребовавшее экстирпации матки (1 пациентка с синдромом Марфана) и наложения клемм на шейку матки (1 пациентка с синдромом Элерса-Данло после родов через естественные родовые пути), расхождение швов на промежности (2 родильницы с синдромом Элерса-Данло после родов через естественные родовые пути).

Заключение: Таким образом, беременность у больных с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера сопряжена с высоким риском осложнений со стороны матери и плода, в связи с чем для успешного исхода беременности у таких больных сле-

дует рекомендовать мультидисциплинарный подход, а также тщательное динамическое наблюдение с широким спектром лабораторно-инструментальных исследований, начиная с момента планирования беременности и заканчивая послеродовым периодом. В связи с высокой частотой обнаружения дефектов в системе гемостаза беременным с мезенхимальными дисплазиями (синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера) необходимо развернутое гемостазиологическое исследование в динамике и дифференцированная терапия в зависимости от типа нарушения. Ввиду высокого риска угрожающих жизни осложнений при родоразрешении через естественные родовые пути таким пациенткам показано родоразрешение путём операции кесарево сечение. Беременные со стёртыми формами заболеваний (марфаноидный фенотип, пролапс митрального клапана III степени, миопия высокой степени или подвывих хрусталика, гипермобильность суставов, гиперэластичность кожи, многочисленные атрофические рубцы, телеангиоэктазии на коже и слизистых, склонность к частым носовым кровотечениям и другие симптомы), когда недостаточно критериев для установления диагноза согласно современным критериям диагностики, составляют группу повышенного риска и требуют такого же подхода, как и беременные с достоверным диагнозом мезенхимальных дисплазий. В связи с высокой частотой осложнений послеродового периода у больных с мезенхимальными дисплазиями, мы считаем целесообразным увеличение длительности наблюдения за такими пациентками в послеродовом периоде. Рекомендуется тщательное обследование и динамическое наблюдение новорожденных от матерей с синдромами Марфана, Элерса-Данло, Рендю-Ослера в связи с высокой вероятностью наследования заболевания ребёнком.

## **РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОВЕЗИКУЛЯЦИИ КЛЕТОК КРОВИ В ОЦЕНКЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

**Яковлев Н.В., Зубаирова Л.Д., Абдулхаев Ф.А.**  
*г. Казань*

На сегодняшний день тромбогеморрагические осложнения беременности и родов продолжают оставаться одной из основных причин материнской смертности. Массивные кровотечения в структуре материнской смертности составляют 25–40%.

В настоящее время кесарево сечение стало основной родоразрешающей операцией и частота ее применения варьирует, по данным разных авторов, от 10–12 до 30–40%, достигая в отдельных странах 80% (Оден, 2006). В структуре причин смертей от кровотечений, связанных с беременностью, коагулопатии, по данным Chichaki и соавт. (1999), занимают четвертое место, составляя 14%.

Исследования последних лет показали, что носителем доступного ТГ, прокагулянтного фосфолипидов — фосфатидилсерина и адгезивных белков являются не только клетки, но и субклеточные образования — микровезикулы, отделяющиеся при активации и/или апоптозе клеток сосудистого сектора (Berckmans, 2001; Furie и соавт., 2005).

Немногочисленные исследования микровезикуляционного механизма в акушерской практике касаются только изучения сдвигов в периферической крови, причем результаты носят противоречивый характер (В. Brenner, 2004), однако с позиций понимания тонких механизмов маточного послеродового гемостаза большое значение имеет изучение процессов свертывания крови на плацентарной площадке.

Произведено исследование периферической и ретроплацентарной крови у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути (основная группа — 14 чел.) и путем операции кесарево сечение (группа сравнения — 13 чел.), а также перифери-

ческой крови небеременных женщин (контрольная группа — 5 человек). Основными критериями включения явились: отсутствие клинических и лабораторных признаков коагулопатических расстройств, декомпенсированной экстрагенитальной патологии, тяжелого гестоза, патологической кровопотери при родоразрешении. Забор крови осуществлялся из периферической вены по стандартной методике в конце первого периода и в третьем периоде физиологических родов, при первичной венепункции и сразу после рождения плода при кесаревом сечении. В основной группе и группе сравнения сразу после рождения последа забиралась ретроплацентарная кровь.

Оценка количества и прокоагулянтного фенотипа микровезикул производилась методом проточной цитометрии на приборе FACS Calibur (Becton Dickinson, США). Абсолютное количество микровезикул определяли по светорассеиванию за фиксированное время с использованием программы Cell Quest. Оценка степени прокоагулянтности производилась по экспрессии на поверхности клеток и микровезикул фосфатидилсерина окрашиванием липофильным флуорохромом мероцианином 540 (MC540).

В первом периоде родов и перед операцией отмечается повышение общего количества микровезикул в периферической крови, который достигает 135% по сравнению с контрольным уровнем у небеременных. При родоразрешении через естественные родовые пути не происходит достоверного изменения уровня микровезикул в периферической крови, ретроплацентарная кровь содержит в 14,2 раза большее количество микровезикул, то есть образование этих потенциально прокоагулянтных частиц ограничено плацентарной площадкой, где они выполняют свои адаптивные функции. При родоразрешении путем операции кесарева сечения в периферической крови отмечено снижение количества микровезикул, которое составляет 60% от предоперационного уровня, а ретроплацентарная кровь содержит микровезикул в 14,6 раза больше, чем периферическая, что также свидетельствует о локальном усилении процесса микровезикуляции в рамках гемостатической реакции.

В контрольной группе MC540 положительные тромбоциты составили в первом периоде родов —, в третьем периоде —  $15,9 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,05$ ), а в ретроплацентарной крови —  $25,5 \pm 0,5\%$  ( $p < 0,01$ ), что составило 160,4% по сравнению с периферической кровью в третьем периоде. До операции кесарева сечения MC540 положительные тромбоциты составляли, после операции —  $29,5 \pm 3,9\%$  ( $p < 0,05$ ), а в ретроплацентарной крови —  $23,8 \pm 4,8\%$ , что составило 80,7% по сравнению с уровнем в периферической крови после извлечения плода.

В первом периоде физиологических родов, и перед кесаревым сечением, отмечена повышенная экспрессия прокоагулянтного фосфатидилсерина на тромбоцитах по сравнению с контрольной группой. В ходе физиологических родов в периферической крови она достоверно не меняется, но возрастает на плацентарной площадке. В то же время в динамике операции кесарево сечение значительно возрастает экспрессия фосфатидилсерина на тромбоцитах в периферической крови. Уровень этого прокоагулянтного фосфолипидов на тромбоцитах в ретроплацентарной крови при кесаревом сечении также выше дооперационных значений в системной циркуляции, однако он ниже, чем в периферической крови после извлечения плода.

Таким образом, степень активации тромбоцитов в периферической крови, оцениваемая по нарушению асимметрии мембранных фосфолипидов, при кесаревом сечении выше, чем при физиологических родах. В динамике оперативного вмешательства в периферической крови достоверно возрастает уровень связывания мероцианина микровезикулами. Несмотря на обнаруженное нами снижение общего числа этих частиц после извлечения плода, остающиеся в циркуляции микровезикулы экспонируют больше фосфатидилсерина.

Степень экспозиции фосфатидилсерина на микровезикулах ретроплацентарной крови при операции выше, чем в системной циркуляции, однако меньше, чем при физиологических родах. То

есть при кесаревом сечении более выражена активация и микровезикуляция тромбоцитов в периферической крови.

При физиологических родах в периферической крови достоверно не меняется уровень ни MC540+ тромбоцитов, ни микровезикул. В то же время на плацентарной площадке, где, как выявлено нами, общее количество микровезикул в 14 раз больше, чем на периферии, значительно выше и степень связывания мероцианина.

Таким образом, впервые показано принципиальное различие процесса микровезикуляции при физиологических родах и кесаревом сечении, состоящее в повышенном образовании микровезикул с прокоагулянтным фенотипом в системной циркуляции в динамике оперативного вмешательства, что объективизирует один из механизмов повышенного риска развития тромбгеморрагического синдрома при оперативном родоразрешении и позволяет рекомендовать определение микровезикуляции клеток крови как метод оценки коагуляционного потенциала при родоразрешении

## АНТИОВАРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Абдул-заде И.Э., Новикова В.П., Гуркин Ю.А.

СПбГПМА, г. Санкт – Петербург, Россия

Цель исследования: оценка уровня антиовариальных аутоантител у девочек - подростков, страдающих целиакией.

Материалы и методы: Обследовано 40 девочек в возрасте от 12 до 16 лет. В I группу вошли 20 девочек с диагнозом целиакия, верифицированный морфологически и серологически. Во II группу сравнения - 20 девочек, страдающих ХГД. Обе группы были однородны по возрасту (средний возраст в I группе -  $13,6 \pm 1,5$ ; во второй -  $14,5 \pm 2,1$   $p > 0,05$ ). Диагноз ХГД подтвержден эндоскопически и морфологически. Всем проведено обследование, включающее ФГДС, морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и серологическое (определялся уровень Ig G и Ig A, АГА, антител к тканевой трансглутаминазе). Антиовариальные аутоантитела определяли методом ИФА с помощью стандартных наборов фирмы «ORGENTEC» Германия.

Результаты: Среди девочек, страдающих целиакией, достоверно чаще отмечались нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи (50% и 10%,  $p < 0,01$ ), менархе наступало у них позже, чем у девочек, страдающих гастродуоденитом ( $13,2 \pm 0,6$  и  $11,8 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$ ). Кроме того в первой группе достоверно чаще, чем во второй выявлялся повышенный уровень антиовариальных аутоантител (20% и 5%,  $p < 0,05$ ).

Заключение: 1. Высокая частота менструальных дисфункций у девочек при целиакии может быть связана с наличием сопутствующей аутоиммунной патологией яичников.

2. Состояние репродуктивной системы у девочек при целиакии требует дальнейшего изучения.

## КОНЦЕНТРАЦИОННО-ЗАВИСИМОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕКСЭСТРОЛА НА СОКРАЩЕНИЯ МИОМЕТРИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ АТФ

Аблаева Д.Н., Хасанов А.А., Зиганшин А.У.,  
Шакирова Ф.К., Янкович В.А., Аблаева С.И.

г. Казань

Сократительная деятельность матки находится на стыке большинства акушерских проблем: недонашивания и перенашивания беременности, гипотонических маточных кровотечений, материнского и детского травматизма, септических послеродовых заболеваний, а в целом – материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Аномалии родовой деятельности остаются одной из наиболее актуальных и широко изучаемых проблем акушерства, которые осложняют течение 8-20% всех родов (Сидорова, 2000; Абрамченко, 2003). Несмотря на многочисленные попытки поиска эффективных методов лечения, предпринимаемых акушерами всего мира, аномалии родовой деятельности являются одной из основных причин, по которой производится оперативное родоразрешение (Creasy, 1997). Среди всех показаний к кесареву сечению аномалии родовой деятельности составляют 12,0 – 26,8 % (Абрамченко, 2003; Чернуха, 1999). Хорошо известны и широко применяемые для лечения этих аномалий утеротонические средства, такие как окситоцин и простагландины, не всегда эффективны и обладают рядом побочных эффектов (Айламазян и др., 2002; Hoff et al., 2002; Oral et al., 2003; Woosley, 2004; Dajani et al., 1991).

В этой связи, изучение альтернативных механизмов регуляции сократительной деятельности матки представляется весьма акту-

альным для практического акушерства. Известно, что в беременной матке человека присутствуют P2 рецепторы, агонистом которых является внеклеточная АТФ. На поздних сроках беременности в миометрии женщин регистрируются сократительные ответы на введение АТФ, тогда как в небеременной матке подобные ответы не регистрируются. Ранее нами было показано, что *in vitro* синтетический аналог эстрогена гексэстрол в концентрации 10 мкМ способен ослаблять сокращения миометрия беременных, индуцированные АТФ. Предметом наших дальнейших исследований явилось изучение влияния различных концентраций гексэстрола на сокращения беременной матки человека, вызываемые АТФ.

В связи с этим, целью настоящего исследования было оценить влияние синтетического аналога эстрогенных гормонов гексэстрола на сокращения беременной миометрия человека, вызываемые АТФ.

В работе использовались образцы миометрия беременных, поступивших на плановое оперативное родоразрешение в родильные дома г. Казани. Определялись сокращения мышечной ткани в ответ на введение АТФ в концентрациях 0,1-300 мкМ, до и после инкубации с гексэстролом (10-8-10-5 М).

АТФ в концентрациях 0,1-300 мкМ вызывала концентрационно-зависимые сокращения изолированных препаратов беременной миометрия, с максимальным эффектом равным 70-75% от сокращений вызываемых КСI в концентрации 240 мМ. Введение в инкубационную среду гексэстрола в концентрации (10-8-10-5 М) самостоятельных сокращений не вызывало и не изменяло спонтанную сократительную активность миометрия. Мы установили, что АТФ вызывает концентрационно-зависимые сокращения изолированных мышечных препаратов беременной миометрия, как до, так и после инкубации с гексэстролом при всех используемых концентрациях вещества. При этом, однако в трех наименьших концентрациях гексэстрола достоверных изменений в амплитуде сокращений матки на АТФ установлено не было, хотя во всех этих трех концентрациях гексэстрола имелась тенденция к достоверному снижению сокращений матки, вызванных АТФ в некоторых концентрациях.

В наибольшей из исследованных концентрации гексэстрола (10-5М) мы выявили достоверное снижение сократительных ответов матки на все три использованные концентрации АТФ.

В настоящей работе мы установили, что синтетический аналог эстрогена в концентрации 10-5М достоверно угнетает сократительные ответы изолированных препаратов беременной матки, вызванные АТФ, что может играть роль в регуляции сократительной активности матки во время беременности и в родах.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Авксенова М.Н., Сандакова Е. А., Терещенко И. В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия МЗ  
РФ», Пермь, Россия

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о наличии взаимосвязи нарушений менструальной и репродуктивной функции и ожирения (В.Н. Прилепская, 2005; W.Saris, 1998; R.Pasquali, 2003). Подчеркивается роль абдоминального типа ожирения, которое ассоциируется с инсулинорезистентностью. При этом не вполне ясна роль глютеофеморального ожирения. А также открытым остается вопрос, является ожирение формирующим или пусковым фактором в патогенезе менструальных расстройств, или избыточная масса тела только способствует развитию репродуктивных нарушений у тучных женщин. Недостаточно изучены гормональные механизмы, которые приводят к разным типам ожирения.

Целью исследования было изучение влияния ожирения в зависимости от его степени и типа на репродуктивную систему женщины.



Проведено углубленное общеклиническое обследование 136 женщин с ожирением в возрасте от 18 до 40 лет, из них у 81 чел. (1-я группа) не отмечалось расстройств репродуктивной системы, у 55 чел. (2-я группа) были нарушения менструальной функции (НМФ). Абдоминальный тип ожирения (подгруппы 1 А и 2 А) был у 29 женщин 1-й группы и у 22 женщин 2-й группы; соответственно глутеофеморальное ожирение (подгруппы 1 В и 2 В) установлено у 52 и 33 чел. Оценивали состояние репродуктивной системы, липидного и углеводного обмена. Иммуноферментным методом определяли уровень эстрадиола, ЛГ, ФСГ, тестостерона, ПРЛ, инсулина, кортизола в 1-й группе - на 5-6 день, прогестерона на 22 день менструального цикла; во 2-й группе - вне зависимости от дня цикла. Проводилось сонографическое исследование органов малого таза. Группу сравнения составили 23 практически здоровых женщины в возрасте 18-39 лет.

У больных 2-й группы наблюдались нарушения менструальной функции по типу опсоменореи, аменореи, менометроррагии, при этом один вид нарушений менструальной функции часто переходил в другой. У больных с абдоминальным типом ожирения опсоменорея встретилась у 70,6 % женщин, дисфункциональные маточные кровотечения - у 23,5%, вторичная аменорея - у 5,9%; при глутеофеморальном ожирении соответственно у 76,9 %, 3,8% и 19,2% пациенток. Отличия частоты встречаемости клинических форм НМФ при абдоминальном и глутеофеморальном ожирении были недостоверны ( $p > 0,05$ ).

В обеих группах были снижены уровни липопротеидов высокой плотности по сравнению с контрольной группой. У больных с абдоминальным ожирением -холестерин был достоверно ниже в группе с НМФ ( $p < 0,05$ ). Кроме того, у пациенток с нарушением менструальной функции и при абдоминальном, и при глутеофеморальном типах ожирения индекс атерогенности и показатели -холестерина превышали нормальные показатели и были достоверно выше по сравнению с женщинами с нормальной менструальной функцией ( $p < 0,05$ ).

У больных с ожирением при нарушении менструальной функции показатели ЛГ хотя и были в пределах нормы, оказались существенно выше, чем у тучных женщин с сохраненной менструальной функцией: в 1-й группе средний уровень ЛГ составил  $3,96 \pm 0,45$  мМЕ/мл, во 2-й -  $7,3 \pm 1,18$  мМЕ/мл ( $p < 0,01$ ); ФСГ соответственно  $6,92 \pm 1,04$  мМЕ/мл и  $7,45 \pm 0,9$  мМЕ/мл,  $p > 0,05$ . У больных 1-й группы при I-й и II-й степени ожирения уровень ЛГ был без достоверных отличий, но при III-й степени ожирения существенно повышался:  $2,76 \pm 0,6$  мМЕ/мл при I-й степени,  $2,63 \pm 0,32$  мМЕ/мл при II-й,  $5,46 \pm 0,93$  мМЕ/мл - при III-й степени. У женщин с НМФ уровень ЛГ не зависел от степени ожирения. Зависимости уровня ФСГ от степени ожирения не установлено. Тип ожирения на уровень гонадотропинов не влиял.

У женщин из группы сравнения уровень тестостерона в крови составил  $0,37 \pm 0,04$  нг/мл. В обеих группах показатели тестостерона в крови были достоверно выше:  $1,9 \pm 0,5$  нг/мл в 1-й группе и  $2,1 \pm 0,47$  нг/мл во 2-й группе ( $p < 0,05$ ). Зависимости показателей тестостерона от степени ожирения не установлено. Уровень тестостерона зависел от типа ожирения только у больных 2-й группы и был существенно выше при абдоминальном типе ожирения -  $3,8-9 \pm 0,57$  нг/мл (при глутеофеморальном ожирении -  $2,3 \pm 0,78$  нг/мл). Синдром поликистозных яичников диагностирован менее чем у 1/3 обследованных больных с нарушением менструальной функции (15 чел.) и отсутствовал у пациенток 1-й группы.

У практически здоровых женщин содержание эстрадиола составило  $68,96 \pm 16,2$  пг/мл. Достоверных отличий показателей эстрадиола между группой сравнения и женщинами с ожирением, как и между группами с сохраненной и нарушенной менструальной функцией не установлено. У тучных женщин с нормальным менструальным циклом средний уровень эстрадиола составил  $128,8 \pm 31,22$  пг/мл, у больных с НМФ -  $84,36 \pm 15,22$  пг/мл,  $p > 0,05$ . Зависимости уровня эстрадиола от степени ожирения в 1-й группе не выявлено. У больных с НМФ при I-й и II-й степени ожирения достоверных отличий уровня эстрадиола не установлено, но при III-й степени показатель эстрадиола был существенно ниже, чем при I-й:

$101,4 \pm 24,77$  пг/мл при I-й степени,  $76,95 \pm 16,96$  пг/мл при II-й,  $39,37 \pm 9,69$  пг/мл при III-й степени,  $p < 0,05$ . Уровень пролактина был в пределах нормы как в 1-й, так и во 2-й группе, соответственно  $320,6 \pm 31,43$  мМЕ/л и  $414,7 \pm 54,73$  мМЕ/л,  $p > 0,05$ . Тип ожирения на уровни эстрадиола и пролактина не влиял.

В группе сравнения уровень инсулина составил  $9,77 \pm 2,01$  нмоль/л, кортизола -  $145,24 \pm 9,96$  нг/мл. В обеих группах показатели инсулина и кортизола были достоверно выше: уровень инсулина -  $19,0 \pm 2,98$  нмоль/л в 1-й группе и  $23,54 \pm 3,678$  нмоль/л во 2-й группе; уровень кортизола -  $707,4 \pm 49,09$  нг/мл в 1-й группе и  $745,2 \pm 59,36$  нг/мл во 2-й. При сравнении показателей этих гормонов между группами достоверных отличий не установлено. Зависимости уровня инсулина и кортизола от степени ожирения и типа отложения жировой ткани не выявлено.

Таким образом, ожирение независимо от его типа является фактором, не определяющим НМФ, а лишь способствующим нарушениям репродуктивной системы. Не случайно, что даже при морбидном ожирении во многих случаях сохраняется нормальная менструальная функция и фертильность. Уровень гонадотропинов не зависит от типа ожирения. Показатели инсулина, кортизола, эстрадиола, пролактина т.е. гормонов, способствующих отложению жира в разных депозитах организма, не отличаются у женщин с абдоминальным и глутеофеморальными типами ожирения. Независимо от состояния репродуктивной системы ожирение является фактором атерогенеза, но у женщин с расстройствами репродуктивной системы изменения липидного профиля усугубляются и за счет гипертестостеронемии.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Адамьян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Гусаева Х.З., Василенко И.А.

Россия, г.Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Россия г.Москва, ГУ институт ревматологии РАМН

Актуальность. Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют, что частота возникновения эндометриозных поражений колеблется от 7 до 59%. При этом в течение последнего десятилетия отмечена четкая тенденция к их увеличению (от 12 до 27% оперированных гинекологических больных). Несмотря на проводимые многочисленные исследования, проблема своевременной диагностики, адекватного лечения и успешного прогнозирования отдаленных результатов у больных с эндометриозом продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов. В настоящее время изучено состояние многих функциональных систем при этом патологическом процессе. Показано наличие генетических и гормональных нарушений в патогенезе эндометриоза, большое значение придается влиянию факторов внешней среды, перенесенным и сопутствующим заболеваниям, однако многие аспекты этой проблемы все еще ждут своего разрешения. Значительное внимание в последние годы уделяется роли иммунной системы в развитии данного патологического процесса. По мнению ряда авторов, возникновение эндометриоза возможно только у женщин с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета. Однако имеющиеся в литературе сведения немногочисленны и довольно противоречивы.

Цель. В настоящей работе мы попытались установить и оценить особенности морфофункционального состояния клеточного звена адаптивного иммунитета у больных аденомиозом в зависимости от степени распространения процесса.

Материал и методы исследования. Обследовано 36 пациенток, оперированных в отделении оперативной гинекологии НЦ АГиП

РАМН, по поводу аденомиоза различной степени тяжести (основная группа), и 12 гинекологически здоровых женщин (группа сравнения). Диагноз аденомиоза был подтвержден данными анамнеза, гинекологического, ультразвукового и лапароскопического обследования. Степень распространения эндометриодных поражений оценивали по классификации, предложенной Л.В.Адамян. Обе группы женщин были сопоставимы по возрасту ( $42,9 \pm 1,7$  и  $41,8 \pm 1,3$  года), характеру становления менструальной функции, среднему возрасту наступления менархе, паритету. Материалом для исследования служили образцы перитонеальной жидкости (ПЖ) и периферической крови (ПК). Морфофункциональное состояние живых функционирующих иммунокомпетентных клеток в режиме реального времени оценивали методом компьютерной лазерной фазометрии (КФМ) на основе диагностического комплекса «Цитоскан» (г.Москва, Россия). Фенотипический профиль Т- и В-лимфоцитов определяли с помощью набора моноклональных антител методом двухцветной проточной цитометрии на приборе "FACSscan" (Becton Dickinson, США). Статистическую обработку данных проводили с определением среднего арифметического, ошибки среднего арифметического и/или среднего квадратического отклонения, достоверность различий вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты. Выявлены и количественно оценены характерные для различных стадий аденомиоза особенности морфофункционального статуса иммунокомпетентных клеток ПЖ и ПК. У пациенток с аденомиозом I-II стадии средние по популяции значения диаметра (D), периметра (P), высоты (H), площади (S) и объема (V) мононуклеаров ПЖ составили ( $M \pm$ )  $9,9 \pm 1,9$  мкм;  $30,6 \pm 7,7$  мкм;  $2,4 \pm 0,4$  мкм;  $65,6 \pm 31,1$  мкм<sup>2</sup>;  $73,1 \pm 35,7$  мкм<sup>3</sup>, соответственно. При III стадии - отмечено статистически значимое уменьшение средних значений клеточных величин ПЖ:  $7,7 \pm 2,0$ ;  $22,6 \pm 6,2$ ;  $2,1 \pm 0,5$ ;  $37,7 \pm 19,9$ ;  $39,5 \pm 20,4$ , соответственно. В ПК у женщин с аденомиозом I-II стадии зарегистрированы следующие показатели мононуклеаров циркулирующей популяции D- $7,4 \pm 1,9$  мкм; P- $21,5 \pm 5,6$  мкм; H- $2,0 \pm 0,6$  мкм; S- $34,6 \pm 19,0$  мкм<sup>2</sup>; V- $33,2 \pm 19,0$  мкм<sup>3</sup>. При III стадии - размерные параметры клеток ПК оказались достоверно выше:  $8,0 \pm 1,9$ ;  $23,7 \pm 6,9$ ;  $2,3 \pm 0,4$ ;  $40,2 \pm 19,9$ ;  $46,7 \pm 19,3$ , соответственно. Следует отметить, что диаметр, периметр и площадь мононуклеаров отражают перестройку популяционного состава иммунокомпетентных клеток, подтвержденную иммунофенотипически. Изменение средних значений этих величин связаны, прежде всего, с дисбалансом субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров/цитотоксических. На увеличение диаметра и площади также оказало влияние несколько повышенное содержание больших гранулярных лимфоцитов, в частности, натуральных киллеров (НК-клеток). Фазовая высота лимфоцитов – показатель, характеризующий способность к пролиферации. Увеличение или уменьшение этого параметра связано со степенью упаковки хроматина в ядре клетки: большая высота соответствует оптически более плотному состоянию ядерных структур и, соответственно, более низкой пролиферативной активности, что и наблюдалось у больных с III стадией аденомиоза. После хирургического лечения нами зарегистрирована нормализация показателей морфофункционального состояния иммунокомпетентных клеток. Размерные параметры мононуклеаров (D, P, H, S, V) у обследованных пациенток составили  $8,2 \pm 2,1$  мкм;  $24,2 \pm 7,1$  мкм;  $2,1 \pm 0,4$  мкм;  $41,8 \pm 22,4$  мкм<sup>2</sup>;  $42,3 \pm 17,9$  мкм<sup>3</sup> (в подгруппе с аденомиозом I-II стадии) и  $8,7 \pm 1,9$  мкм;  $26,0 \pm 6,1$  мкм;  $2,1 \pm 0,4$  мкм;  $49,1 \pm 21,9$  мкм<sup>2</sup>;  $54,7 \pm 22,1$  мкм<sup>3</sup> (в подгруппе аденомиозе III стадии), соответственно. По мнению ряда специалистов, выявляемые изменения иммунного статуса при эндометриозе являются характерными для аутоиммунных заболеваний. Различную степень активации гуморального иммунитета у больных эндометриозом выявляли Брусницына В.Ю. с соавторами (1998), Ибгорга А. et al. (2000), La Cava A. et al. (2004) и другие.

Заключая вышеизложенное, можно констатировать, что иммунологический аспект этиопатогенеза внутреннего эндометриоза и аденомиоза, в частности, играет одну из ключевых ролей в развитии патологического процесса. И, судя по полученным результатам, изучение показателей иммунной системы у этих больных

должны и будут активно продолжаться. Не вызывает сомнения, что повышение эффективности диагностических приемов преимущественно зависит от выбранного комплекса методов исследования и способов оценки полученных результатов. Поэтому разработка и внедрение в практику новых клинических, иммунологических и инструментальных способов и технологий будет способствовать оптимизации диагностики и лечения пациенток с эндометриозом.

## ГЕН КАТАЛИТИЧЕСКОЙ СУБЪЕДИНИЦЫ ТЕЛОМЕРАЗЫ (hTERT) ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Адамян Л.В., Гусаева Х.З., Марченко И. А., Коваленко Н.А.

Россия, г.Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Россия, г.Москва, НИИ Молекулярной Медицины, Россия, г.Москва, НИЦ ММА им. И.М. Сеченова

Актуальность. Теломераза - фермент, компенсирующий укорочение эукариотических хромосом достраиванием утраченных в ходе репликации теломерных повторов. Теломераза состоит из каталитической субъединицы (hTERT), РНК-субъединицы (hTR), выполняющей роль матрицы при наращивании ДНК, и ассоциированных белков. Теломераза активна в период развития зародыша, но затем в большинстве соматических клеток происходит репрессия и/или инактивация этого фермента. Реактивация теломеразы наблюдается при малигнизации, и теломеразная активность (ТА) обнаруживается в 85% образцов, оцененных морфологами как пораженные раком. В эндометрии ТА возрастает по мере прогрессии пролиферативной фазы, достигая пика в позднюю пролиферативную фазу. И наоборот, активность теломеразы уменьшается в секреторную фазу, принимая минимальное значение в позднюю секреторную фазу. Такую цикличность в изменении ТА связывают с изменением уровня эстрогенов на протяжении менструального цикла.

Целью данного исследования было изучить экспрессию гена каталитической субъединицы теломеразы (hTERT) при сочетанных заболеваниях эндо- и миометрия (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия).

Материал и методы исследования. Положительными контролями обратнo-транскриптазной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) служили теломеразопозитивные клеточные линии человека LNCaP (рак предстательной железы) и HeLa (рак шейки матки).

Предметом исследования служили ткани, удаленные в ходе гистерэктомии у 12 больных с различными формами внутриматочной патологии, проходивших обследование и лечение в ГУ Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Во всех случаях фаза менструального цикла соответствовала секреторной. Средний возраст пациенток составил  $42,1 \pm 3,1$ . Внутриматочные патологии были представлены такими сочетанными заболеваниями эндо- и миометрия как миома и аденомиоз, миома и гиперплазия эндометрия (ГПЭ), аденомиоз и ГПЭ, либо сочетание всех трех состояний у одной женщины. Также был исследован образец рака эндометрия. Образцы тканей делили на 2 части: одну часть подвергали гистологическому исследованию, вторую помещали в пластиковые пробирки, немедленно замораживали в жидком азоте и хранили при температуре  $-70^\circ\text{C}$  до использования.

Полученные результаты. Методом неспецифической ОТ-ПЦР экспрессии гена hTERT не наблюдалось в образцах тканей при аденомиозе, лейомиоме, относящихся к доброкачественным опухолям. В проанализированных нами образцах патологического эндометрия, полученных в секреторную фазу менструального цикла, - 5 образцах простой гиперплазии, 2 атипичных гиперплазий, экспрессия гена также не обнаружена. Экспрессия гена 2-микрoглобулина

обнаружена во всех образцах. Положительный результат ОТ-ПЦР на мРНК 2-микрोगлобулина служит подтверждением успешного проведения реакции ОТ и отсутствия неспецифических ингибиторов ПЦР. Для интерпретации полученных результатов была исследована экспрессия гена hTERT при раке эндометрия: при раке эндометрия наблюдалось присутствие как полноразмерного варианта транскрипта гена hTERT, так транскрипта с -делецией. Также следует отметить, что один из образцов атипичной гиперплазии был получен нами от больной, которая прошла курс лечения золодексом; в этом образце экспрессия гена hTERT не была обнаружена. Золодекс относится к агонистам гонадотропин-рилизинг-гормонов (а-ГнРГ). Одним из механизмов действия а-ГнРГ является взаимодействие с рецепторами ГнРГ в аденогипофизе, что в конечном итоге приводит к уменьшению секреции стероидных гормонов. Однако экспрессия рецепторов обнаружена в ряде нормальных и опухолевых тканей: в нормальном эндометрии и миометрии, в тканях миомы, рака эндометрия и яичников, что указывает на возможность прямого действия а-ГнРГ на рецепторы в этих тканях.

Выводы. Экспрессия гена hTERT не обнаружена при таких патологических состояниях миометрия как миома матки, лейомиома, аденомиоз, относящихся к доброкачественным опухолям. Экспрессия гена hTERT не обнаружена при простой ППЭ. Экспрессия гена hTERT не обнаружена в 2 образцах атипичной ППЭ. Один из образцов атипичной ППЭ был получен от больной, прошедшей курс лечения а-ГнРГ, последние, как известно, ингибируют экспрессию гена hTERT. В связи с этим для получения точных выводов по экспрессии гена hTERT при атипичной ППЭ требуются дальнейшие исследования. При раке эндометрия обнаружена экспрессия гена hTERT: выявлен полноразмерный вариант транскрипта и -вариант сплайсинга. Таким образом экспрессия гена hTERT может служить маркером онкологического процесса в тканях эндо- и миометрия.

## ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

**Айвазова Д.С., Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Котова С.Ф., Тарасова Н.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Орловского государственного университета, г. Орёл*

Разработка и внедрение методов, повышающих эффективность лечения фоновых заболеваний шейки матки, является одним из приоритетных направлений в практической гинекологии. Фоновые заболевания шейки матки в структуре гинекологической заболеваемости составляют от 10 до 16%. При этом частота эктопии у молодых нерожавших женщин высока и по данным литературы встречается у 37% больных. За последние годы наблюдаются изменения в сексуальном поведении у юных женщин, что ведет к росту сексуально-трансмиссивных заболеваний. Особую опасность представляют те вирусные инфекции, чья связь с канцерогенезом убедительно доказана.

В связи с этим целью нашей работы явилось определение частоты осложненной эктопии у молодых нерожавших женщин и сравнение эффективности различных методов лечения.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы до, в процессе и после лечения 63 молодые, нерожавшие пациентки с осложненной эктопией шейки матки. Возраст больных варьировал от 14 до 19 лет при половом дебюте 14,5 лет. Из них 25% находились на момент обследования и лечения в гражданском браке. Всем пациенткам проводилось кольпоскопическое исследование до, в процессе и после лечения. Осложненная эктопия в 48% наблюдений сочеталась с гарднереллезом, в 10% - с хламидиозом, в 33% - с уреоплазмозом, в 3% - с вирусом папилломы человека. В соответствии с данными бактериологического, бактериоскопического исследования перед проведением лечения эктопии шейки матки назначались антибактериальные, противотрихомонадные, противогрибковые, противохламидийные и противовирусные препараты.

В зависимости от метода терапии все больные были разделены на 4 группы. В I-ую группу были включены 25 пациенток, которым был применен солковагин, обладающий избирательным коагулирующим действием; II-ую группу составили 12 пациенток, подвергшихся криодеструкции; III-я группа состояла из 15 больных, которым была проведена полостная квантотерапия. У 11 пациенток, составивших IV-ую группу, эктопия сочеталась с вирусом папилломы человека, и всем этим больным был применен комплексный метод терапии, который заключался в назначении противовирусных, иммуномодулирующих препаратов с последующим поверхностным радиоволновым воздействием. При этом поверхностная радиоволновая обработка эктопии осуществлялась в режиме «коагуляция» на аппарате HF-120 шариковым электродом круговыми движениями от периферии к центру патологического очага. Анализ эффективности проведенной терапии показал, что в первой группе пациенток через 11-12 месяцев после проведенного лечения солковагином при очередном обращении в женскую консультацию вновь кольпоскопически была обнаружена эктопия у 10 из 25 пациенток. В группе больных, которым была проведена криодеструкция, рецидива эктопии не было ни в одном наблюдении.

Из 15 пациенток, подвергшихся низкоинтенсивной лазерной терапии, у 3-х отмечалась эктопия, подтвержденная кольпоскопически. Следует отметить, что у этих трех пациенток был выявлен вирус папилломы человека.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что комплексный метод лечения эктопии в сочетании с вирусом папилломы человека у молодых нерожавших женщин, основанный на применении противовирусных, иммуномодулирующих препаратов с последующим поверхностным радиоволновым воздействием, наиболее соответствует критериям выбора оптимального способа терапии (высокая эффективность и приемлемость).

## ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Александров М.Т., Зуев В.М., Нисимова И.С., Джигладзе Т.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ММА им И.М. Сеченова*

Несмотря на широкое применение антимикробных препаратов инфекционные заболевания и осложнения, обусловленные рецидивирующей вульвовагинальной инфекцией, по-прежнему занимает одно из ведущих мест в акушерско-гинекологической практике.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения рецидивирующей вульвовагинальной инфекции с помощью водных растворов оксида азота.

Приведена сравнительная оценка антимикробной активности растворов фурацилина, диоксида, мирамистина, 3% и 6% перекиси водорода и водного раствора оксида азота. В исследовании использовали клинические штаммы микроорганизмов, обнаруженные у пациентов с вульвовагинитами: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Candida albicans и Candida spp.

В результате микроскопического, бактериологического исследования лазерной флуоресцентной спектроскопии установлено, что все исследуемые антисептические растворы обладают антимикробным действием. Однако, при использовании растворов фурацилина, диоксида, 3% перекиси водорода через 48 часов инкубации концентрация микроорганизмов составила 106 – 107 КОЕ/мл, при исходной 109 КОЕ/мл. В то же время при использовании водного раствора оксида азота полный микробицидный эффект был достигнут в пределах 7-8 минут. Для 6% перекиси водорода аналогичный эффект достигается через 5-6 часов.

Результаты клинического применения водного раствора оксида азота у больных с рецидивирующей вульвовагинальной инфекцией и кандидозным вульвовагинитом подтвердили высокую эффективность лечения.

Полученные результаты свидетельствуют о перспективе применения водного раствора оксида азота для лечения вульвовагинальной инфекции у женщин различных возрастных групп.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА В ЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ ЖЕНЩИН В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ.**

**Алиева С.Н.<sup>1</sup>, Алиева П.М.<sup>1</sup>, Бочарова Е.Н.<sup>2</sup>, Масюкова С.А.<sup>3</sup>, Брагина Е.Е.<sup>4</sup>**

*1 – Россия, Махачкала, Дагестанский Государственный медицинский университет; 2 – Россия, г.Москва, НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского; 3 – Россия, г.Москва, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко; 4 – Россия, г.Москва, МГУ, Институт физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского*

Актуальность. Вирус простого герпеса (ВПГ) – патоген, вызывающий множество заболеваний, в том числе оро-лабиальный герпес и генитальный герпес (ГГ). Широкое распространение ВПГ обеспечивается стратегией патогенного вируса - он способен вызывать персистирующую инфекцию в организме-хозяине, причем инфекция часто протекает бессимптомно. Только у 20% инфицированных ВПГ наблюдают типичные клинические проявления ГГ. Нераспознанный симптоматический герпес (атипичная форма) составляет 60% случаев этого заболевания. У 20% пациентов ГГ протекает бессимптомно. Атипичная форма ГГ характеризуется стертой клинической картиной с нехарактерной симптоматикой. При бессимптомном или нераспознанном выделении ВПГ осуществляется как горизонтальная, так и вертикальная передача вируса. Имеются молекулярно-биологические и вирусологические доказательства того, что основное заражение ГГ осуществляется именно в период бессимптомного выделения вируса. Кроме риска передачи вируса сексуальному половому партнеру, бессимптомное выделение вируса у женщин может вызывать осложнение беременности, а также являться источником неонатальной инфекции и до 50% всей инфекционной патологии новорожденных, представляя угрозу их жизни.

Цель работы. Выявление формы существования вируса простого герпеса у женщин с рецидивирующим ГГ в межрецидивный период.

Материалы и методы. Проводили электронно-микроскопическое изучение соскобов эпителия цервикса 3 женщин, страдающих рецидивирующим ГГ. Материал для исследования был взят при отсутствии клинических проявлений ГГ через месяц после окончания противовирусной терапии по схеме эпизодического лечения валцикловиром.

Результаты. При электронно-микроскопическом исследовании эпителия шейки матки нами обнаружены зоны размножения ВПГ, где выявлены все стадии жизненного цикла вируса – проникновение вирионов ВПГ в клетку, формирование нуклеокапсидов в нуклеоплазме инфицированных клеток, инкапсуляция вирусной ДНК, выход капсидов в цитоплазму через ядерную оболочку клетки, созревание вирионов в цитоплазме и выход зрелых вирионов в межклеточное пространство. Характерной чертой исследуемых образцов является сохранение жизнеспособных эпителиальных клеток, в которых проходит жизненный цикл ВПГ и происходит активное выделение вирусов. Сохранение целостности эпителиальных клеток может быть объяснено отсутствием типичной клинической симптоматики ГГ.

Заключение. В эпителии шейки матки пациенток в межрецидивный период ГГ выявлены клетки, в которых осуществляется полный жизненный цикл ВПГ с формированием морфологически зрелых вирионов, накапливающихся во внеклеточном пространстве. Увеличение количества больных с атипичным и бессимптомным ГГ является основным источником распространения заболевания. Обнаружение выделения морфологически зрелых вирионов в межрецидивный период заставляет искать новые подходы к профилактике распространения ГГ.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ КЕТОКОНАЗОЛОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОАГИНИТА.**

**Алиханова З.М., Каллаева А.Х.**

*Россия, Махачкала, Дагестанская Государственная Медицинская Академия*

Актуальность: в последние годы все большее внимание в отечественной и зарубежной литературе уделяется микотической инфекции нижнего отдела генитального тракта. Частота кандидозного вульвовагинита (КВВ) за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-40 % в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища.

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза особую важность приобретает проблема его лечения. Арсенал вагинальных антимикотиков весьма широк. Преимуществом местных средств является создание высокой концентрации антимикотика в очаге поражения, что существенно снижает вероятность развития устойчивых штаммов, позволяет избежать нежелательных побочных действий на обменные процессы в печени, ЖКТ, почках.

Целью нашего исследования явилось изучение чувствительности грибов рода *Candida* к суппозиторию «Ливарол», разработанному компанией ОАО «Нижфарм». Изучение эффективности лечения проводилось на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов Дагестанской Медакадемии.

Материалы и методы: в исследование были включены 52 женщины в возрасте от 18 до 42 лет с верифицированным диагнозом КВВ. Средний возраст составил 28,1 года. Выраженность симптомов оценивали по балльной шкале, в которой 0 обозначал отсутствие симптомов, 1 – слабовыраженные симптомы, 2 – сильновыраженные симптомы.

Диагноз базировался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного обследования. Основные методы диагностики – микроскопия мазков вагинального отделяемого в комплексе с культуральным исследованием. Микроскопия выполнялась в нативных и окрашенных по Грамму препаратах. Выделенные штаммы грибов *Candida* определяли на основании результатов посева на различные питательные среды.

Лечение пациенток проводили по схеме: 1 вагинальная свеча 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней. Клинические и лабораторные исследования выполняли перед началом лечения и после окончания терапии – на 7 сутки. При обращении все женщины (100%) отмечали зуд и патологические выделения. Часть пациенток (36%) предъявляли жалобы на жжение, дискомфорт, явления дизурии и диспареунии. В группу слабовыраженных симптомов (от 1 до 4 баллов) вошли 19 (37%) женщин; умеренно выраженных проявлений (от 5 до 8 баллов) – 12 (24%) человек; ярко выраженных (от 9 до 12 баллов) – 21 (42%) пациенток.

Результаты: анализируя результаты, следует отметить, что при анализе эффективности терапии оценивали: общую клиническую эффективность к концу 7-дневной терапии, клинико-лабораторные показатели через 5 дней после последнего введения «Ливарола», динамику субъективных и объективных симптомов.

После 7-дневного курса терапии у 45 (87%) пациенток исследованной группы отмечено выраженное улучшение, что проявилось в полном исчезновении жалоб на выделения из половых путей, чувство жжения и дискомфорта.

Необходимо отметить, что у всех 52 (100%) пациенток при контрольном бактериоскопическом исследовании псевдомоний не обнаружено. 3 пациентки (5%) после возобновления половой жизни отметили появление диспареунии легкой степени; 5 женщин (8%) продолжали отмечать повышенное количество вагинальных выделений несмотря на отсутствие грибов рода *Candida* в вагинальных мазках. Через 10 дней после курса терапии было зафиксировано отсутствие как лабораторных, так и клинических проявлений КВВ.

Особое внимание уделяли переносимости препарата. Все 52 пациентки отметили отсутствие побочных эффектов.

Выводы: полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой клинической эффективности препарата «Ливарол» в лечении КВВ. Отмечается быстрое купирование клинических проявлений в сочетании с выраженным антимикотическим эффектом, верифицированным бактериоскопически. Отсутствие анамнестических указаний на осложнения и побочные эффекты свидетельствует о хорошей переносимости препарата.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕГОРМОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ

**Андреева М.В., Гладкова Н.А., Андреев В.А.**

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет*

Актуальность. Вопросы профилактики и лечения климактерического синдрома (КС) относятся к разряду важнейших медико-социальных проблем. Если в начале XX века продолжительность жизни женщины составляла 50 лет, то к концу века в экономически развитых странах она увеличилась до 80 лет, в нашей стране – до 73 лет. В настоящее время происходит старение общества на планете Земля. По прогнозам ВОЗ, к 2015 г. 46% мировой популяции женщин окажется старше 45 лет.

В последние годы широко применяются различные методы лечения КС: гормональные, негормональные лекарственные средства, физиотерапевтические. Однако для многих из них имеются противопоказания, другие – недоступны больным в связи с высокой стоимостью. Работы по применению неинвазивной, селективной транскраниальной электростимуляции стволовых структур мозга (ТЭС-терапия, ТЭС) для лечения КС единичные. Некоторые аспекты этого метода терапии КС ещё не изучены. Спектр используемых негормональных медикаментозных препаратов весьма узок. Сведения о применении одного из них – сагенина (действующее вещество – сигетин) – для лечения КС относятся, в основном, к 50-60 годам XX века. Новые данные об его эффективности при лечении КС пока единичные.

Цель исследования – усовершенствование диагностики и лечения КС различной степени тяжести на основе изучения адаптационных возможностей, состояния нервной системы, гормонального профиля, психологических тестов и оценки качества жизни.

Материалы и методы исследования. Клиническая эффективность предложенного комплексного метода терапии с помощью ТЭС и препарата сагенина была апробирована при лечении 158 пациенток с КС различной степени тяжести, где ТЭС использовалась в виде монотерапии при КС легкой формы (51 человек) и как компонент комплексной терапии при КС средней степени тяжести (54 человека) и КС тяжелой формы (53 человека). Возраст женщин с КС составил 45-60 лет. В группу сравнения вошли 53 пациентки 45-60 лет с физиологическим климактерием, лечение которым не проводилось. Все клинические группы были сопоставимы по возрастным характеристикам. Пациенткам с легким течением КС проводили ТЭС-терапию аппаратом – электростимулятором импульсным биполярным «Трансаир-01». На курс требовалось 8-10 процедур, по 30 минут каждая, силой тока до 2 мА (ежедневно или через день). Больные КС средней тяжести на первом этапе получали ТЭС-терапию (10-12 процедур, по 30 минут каждая, силой тока до 1,5-2 мА), затем продолжали лечение сагенином (по 1 таблетке – 0,1г – в день в непрерывном режиме в течение 30 дней). Больным с тяжелым течением КС назначали одновременно ТЭС-терапию (10-15 процедур, по 30 минут каждая, силой тока до 1,5 мА) и сагенин по 1 таблетке в день в непрерывном режиме в течение 30 дней. Женщинам с физиологическим климактерием лечение не проводилось.

В соответствии с принципами доказательной медицины оценка эффективности предложенной комплексной терапии КС различ-

ной степени тяжести проводилась на основе изучения результатов современных методов обследования больных до лечения и после его завершения, которые отражают механизм действия ТЭС и сагенина. Применялся следующий алгоритм обследования пациенток: выявление ведущих факторов развития КС; самооценка состояния здоровья и качества жизни (по анкете); определение адаптационных возможностей и состояния ВНС на донологическом уровне (на основе определения индекса функциональных изменений по А.П. Берсеновой, тестирования по опросникам А.М.Вейна, электропунктометрии методом Ryodoraku); оценка симптомов КС с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ); при постановке диагноза КС – проведение общего клинического обследования с обязательными консультациями эндокринолога, невропатолога, терапевта. Из специальных методов обследования проводили: ЭЭГ; определение уровня гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина), индекса ЛГ/ФСГ; психодиагностическое тестирование на основании комплекса тестов, наиболее информативных и легко доступных для больной и врача (ПДТ-25, тесты Люшера, Айзенка и Шмишека).

Полученные результаты. Разработанный метод лечения с применением ТЭС и препарата сагенина привел к улучшению общего состояния пациенток с КС. У них снизились частота и степень тяжести климактерических расстройств, что проявилось в достоверном снижении среднего показателя общего ММИ. У больных с легкой формой КС после лечения показатель общего ММИ достоверно снизился в 2,5 раза. В группе с КС средней тяжести значение общего ММИ было достоверно меньше (в 2,3 раза), чем до лечения. У больных с тяжелой формой КС этот индекс стал также в 2,5 раза ниже, чем до лечения. Таким образом, у больных с легкой формой КС после ТЭС-терапии частота и степень выраженности климактерических нарушений снизились до нижней границы их значений при КС, а среднее значение ММИ нейровегетативных расстройств соответствовало показателю при физиологическом течении климактерия. Такие же положительные закономерности после лечения с включением в него сагенина выявлены в отношении достоверного снижения показателей ММИ по всем трем симптомокомплексам у больных с более тяжелыми формами КС.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности лечения с помощью предложенного метода с применением ТЭС и сагенина, в первую очередь, нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений у больных КС различной степени тяжести. Для купирования указанных расстройств при легкой форме КС наиболее эффективна ТЭС-терапия, при более тяжелых его формах требуется дополнительное негормональное медикаментозное лечение сагенином.

Состояние психоэмоциональной сферы у больных КС начало улучшаться уже на фоне проводимой терапии, а после лечения по некоторым параметрам приблизилось к показателям при физиологическом климактерии. Число женщин с психоэмоционально устойчивым профилем личности возросло: при средней форме КС – до 61,11%, при тяжелой – до 50,94%. Данные результаты свидетельствуют об эффективности проведенной терапии больных КС различной степени тяжести, причем, наиболее выраженный лечебный эффект зарегистрирован при тяжелой его форме.

Оценка качества жизни подтверждает достоверное улучшение состояния психоэмоциональной сферы, соматического и репродуктивного здоровья у больных КС после лечения с применением ТЭС и сагенина. У женщин с КС показатели 5 основных категорий жизни, а также общей самооценки состояния здоровья и качества их жизни стали достоверно меньше после лечения. В первую очередь, улучшились показатели таких основных категорий качества жизни, как физическая активность, психическое состояние, сексуальное функционирование, в меньшей степени – социальное и ролевое функционирование. Вследствие этого у больных КС стали достоверно меньше показатели общей самооценки состояния здоровья (1,06 балла, до лечения – 2,06 балла) и общей самооценки качества жизни (1,21 балла, до лечения – 2,04 балла,  $P < 0,001$ ). Наиболее заметно улучшение показателей у пациенток с легкой фор-

мой КС, которые соответствуют результатам в группе сравнения. Эти показатели также достоверно улучшились после лечения у женщин со средней и тяжелой формами КС. В итоге, после лечения качество жизни оценивалось самими больными КС в целом как «хорошее» (1,21 балла), до лечения - как «относительно благоприятное» (2,04,  $P < 0,001$ ).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности проведенного лечения с применением ТЭС-терапии и сагенита, его адекватности в зависимости от тяжести течения КС и патогенетической обоснованности. Разработанный комплексный метод оказывает положительный эффект при лечении всех форм КС у 93,04% женщин, в том числе в 92,59% случаев - при КС средней тяжести, в 86,79% - при тяжелом его течении, а также способствует переходу тяжелых форм КС в более легкие и быстрее снижает степень выраженности его основных симптомов.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИОННОГО СПЕКТРА ЛИМФОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Андреева Н.Н.**

*Россия, Челябинская Государственная Медицинская Академия,  
г. Челябинск, кафедра акушерства и гинекологии №1; кафедра  
иммунологии и аллергологии*

Актуальность изучения герпетической инфекции определяется широкой ее распространенностью в мире, длительной, практически пожизненной персистенцией вирусов в организме инфицированного, рецидивирующим течением заболевания, многообразием способов передачи вирусов, включая вертикальный, трансплацентарный путь, а также полнотой поражения. Одной из растущих по частоте локализаций герпетической инфекции является поражение генитальных органов, связанных с вирусом простого герпеса 1 и 2. Внутриклеточная персистенция герпетических вирусов определяется их характерной способностью «ускользнуть» от контроля иммунной системы в результате особенностей формирования иммунного ответа на данный патоген. В связи с этим представляет интерес анализ количественного состава основных популяций и субпопуляций лимфоцитов крови при генитальном герпесе, этиология которого верифицирована современным прямым методом, с помощью полимеразной цепной реакции.

ЦЕЛЬ нашего исследования – анализ популяционного и субпопуляционного спектра лимфоцитов у больных с генитальным герпесом в стадии ремиссии и обострения.

Материалы и методы: В исследование включено 88 женщин с генитальным герпесом, верифицированным с помощью выявления генетического материала ВПГ 1,2 методом полимеразной цепной реакции. Возраст пациенток колебался от 17 до 42 лет. 58 женщин имели генитальный герпес в стадии ремиссии, у 30 женщин на момент исследования генитальный герпес был в стадии обострения. В контрольную группу были включены 10 женщин фертильного возраста, не страдающих генитальной патологией, с отсутствием каких-либо маркеров генитальной герпетической инфекции и с отсутствием клинических проявлений недостаточности иммунной системы.

Проводился следующий комплекс диагностических методов: сбор данных анамнеза, общеклиническое, биохимическое исследование, бактериологическое исследование цервикального канала. Возбудителя инфекции определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в мазке-соскобе из цервикального канала, в биоптатах эндометрия и яичников. Мононуклеары крови для определения популяционного спектра лимфоцитов выделяли по методу А. Воуин (1968) на градиенте фиколл-верографина. Жизнеспособность клеток, оцениваемая методом окраски, 0,2% трипановым синим, составляла не менее 98%. Определение популяций и

субпопуляций состава лимфоцитов крови проводилось непрямым иммунофлуоресцентным методом на основе моноклональных антител против мембранных рецепторов CD3,CD4,CD8,CD16,CD2-2,CD25,CD95 производства НПО «Препарат» (Н. Новгород).

Результаты определения популяционного спектра лимфоцитов у женщин, страдающих генитальным герпесом, представлены ниже. Определено, что наибольшие изменения количественного состава лимфоцитов при генитальном герпесе по отношению к контрольной группе выявляются в стадии обострения заболевания. При экацербации инфекции наблюдалось достоверное увеличение общего числа лейкоцитов, абсолютного числа лимфоцитов, CD3 клеток, субпопуляции цитотоксических лимфоцитов врожденного (CD16) и приобретенного иммунитета (CD8), а также абсолютного числа лимфоцитов, экспрессирующих маркеры позитивной (CD25) и негативной активации (CD95). Выявлено на уровне статистически вероятной тенденции нарастание численности В лимфоцитов. В острый период заболевания установлен максимум всех вышеперечисленных показателей, что отражает формирование активной ответной иммунной реакции организма на экацербацию процесса.

В гораздо меньшей степени меняются по отношению к контролю, показатели популяционного спектра лимфоцитов у пациенток с генитальной герпетической инфекцией в стадии ремиссии. В ремиссии достоверно повышено число лимфоцитов в циркуляции, что характерно для хронического течения любой инфекции, достоверно повышено количество естественных киллеров, на уровне статистически вероятной тенденции увеличена численность В лимфоцитов по сравнению с контрольной группой. Не отмечено при персистирующей инфекции в стадии ремиссии существенных изменений количества цитотоксических и хелперных популяций лимфоидных клеток. О возмущенности иммунного гомеостаза в этих условиях свидетельствует достоверный рост клеток с маркерами позитивной и негативной активации лимфоцитов (CD25, CD95).

Заключение. Результаты данной работы подтверждают что персистенция ВПГ1,2 приводит к нарушению механизмов иммунологической защиты организма, а следовательно, создает условия для его активации.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.

**Андрянова Г.А.**

*Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции*

Ожирение у детей, с учетом роста его распространенности и высокого риска формирования метаболических и сердечно-сосудистых осложнений, является общепризнанной медицинской проблемой. Ожирение в детстве и в раннем пубертате увеличивает риск возникновения нарушений репродуктивной функции, ухудшает и качество жизни. Под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии.

Целью нашего исследования являлось изучение качества жизни и особенностей полового развития детей с ожирением по сравнению с показателями практически здоровых сверстников.

Материалы и методы. Обследованы 135 детей 10-15 лет, из них 65 детей с экзогенно-конституциональным ожирением 1-2 степени (32 девочки и 33 мальчика, средний возраст – 12,9±1,5 лет) и 70 практически здоровых детей без ожирения (35 девочек и 35 мальчиков, средний возраст – 13,1±1,7 лет). Оценивались параметры физического развития: рост, масса тела, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались показатели индекса массы тела (ИМТ=Масса, кг / Рост, м<sup>2</sup>), отношения ОТ/ОБ.

Репродуктивная функция изучалась по данным анамнеза и общепринятым клиническим и лабораторно-инструментальным методикам.

Для оценки качества жизни использовался общий опросник Ped-sQL – 4.0 (Pediatric Quality of Life Questionnaire) в русскоязычной

версии. Опросник состоит из 23 вопросов, объединенных в шкалы по принципу четырех основных компонентов благополучия ребенка: физическое функционирование (8 вопросов), эмоциональное функционирование (5 вопросов), социальное функционирование (5 вопросов) и функционирование в школе (5 вопросов). Применялись 4 варианта опросника в зависимости от возраста детей и объекта обследования: 2 варианта для детей (8-12 и 13-18 лет) и 2 варианта – для заполнения родителями, имеющие такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но несколько отличающиеся по форме задаваемых вопросов. Дети и родители (во всех случаях – матери) отвечали на вопросы анкет независимо друг от друга. В процессе шкалирования данных показатели оценивались как по отдельным шкалам, так и по суммарным баллам: 1) суммарный балл физического компонента качества жизни, 2) суммарный балл психосоциального компонента качества жизни, 3) суммарный балл по всем шкалам опросника – характеристика шкал физического, эмоционального, социального и ролевого (школьного) функционирования. Общее количество баллов рассчитывалось в итоге по 100-балльной шкале: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Результаты и обсуждение.

При ожирении по сравнению с контролем общий показатель качества жизни оказался значительно ниже, как по оценке самих детей – 76 баллов, так и их родителей – 67 баллов. Дети с ожирением ниже оценивают свое физическое и социальное функционирование, чем их сверстники без ожирения – 79,9 и 81,7 баллов по сравнению с 86,5 и 88,9 баллами, соответственно. Родители также дали невысокую оценку физического (71,6 баллов), социального (70,4 баллов) и эмоционального (61,7 баллов) аспектов качества жизни своих детей. Оценка родителей по всем показателям была ниже, чем оценка детей.

Ограничение участия детей с ожирением в спортивных играх, соревнованиях приводит к неблагоприятным социальным последствиям, нарушая адаптацию в обществе. Анкетированные дети испытывали проблемы в общении со сверстниками. Ответы на вопросы шкалы социального функционирования показали, что дети с ожирением страдают от насмешек, им трудно найти друзей.

Дети с ожирением болезненно переживают недостатки своей внешности, что безусловно, должно отразиться в снижении оценки эмоционального функционирования. Отсутствие достоверных различий в оценке данного аспекта детьми с ожирением по сравнению с контролем, вероятно, обусловлено завышением оценки из-за нежелания демонстрировать свои переживания, что может рассматриваться как вариант психологической защиты. Отчасти это предположение можно подтвердить оценкой, данной родителями детей с ожирением – 61,7 баллов, что достоверно ниже, чем оценка родителей в контрольной группе – 70,3 баллов ( $p < 0,05$ ).

Дети, как с наличием ожирения, так и с нормальной массой тела, а также их родители очень низко оценивали жизнь в школе. Таким образом, школа может рассматриваться как стрессовый фактор, существенно влияющий на качество жизни детей.

Из 32 девочек с ожирением на момент обследования менструировали 22 (68,7%). Средний возраст менархе составлял  $10 \pm 1,7$  лет. Нарушение овариально-менструального цикла выявлено у 15 пациенток (46,8%): у 7 девочек (21,8%) - ювенильные кровотечения, у 8 подростков (25%) первичная олигоменорея. Регулярный менструальный цикл был только у 7 девочек (21%). У девочек контрольной группы менструировали 32 подростка (91,4%) из 35 обследуемых. Средний возраст менархе  $12 \pm 1,9$  лет. Нарушение овариально-менструального цикла выявлены у 7 девочек (20%) в виде первичной олигоменореи, у 28 подростков (71,4%) менструальный цикл был регулярный.

Выводы: Ожирение ограничивает нормальное существование ребенка. Выявлено достоверное снижение общего показателя качества жизни, физического и социального функционирования.

Установлена высокая частота нарушений полового развития у подростков с ожирением: нарушение оварио-менструального цикла в 46,8% среди менструирующих девочек

## УРОГЕНИТАЛЬНОЕ СТАРЕНИЕ У ЖЕНЩИН - ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Антропова М.Ц., Звычайный М.А., Воронцова А.В.

г. Екатеринбург

Согласно данным Госкомстата, в 2001 г. в РФ проживало 25,331 млн. женщин в возрасте 50 лет и старше, в 2005 г. - 26,528 млн., а к 2010 г. эта цифра увеличится до - 28,154 млн., к 2015 г. - 29,197 млн., а по данным ООН, ожидается, что к 2020г. эта цифра возрастет до 29,231 млн. доказано, что при возрастном «выключении» функции яичников различные климактерические расстройства могут проявляться у 60-80% женщин в перименопаузе или в постменопаузе и причинять женщине много неприятностей, значительно ухудшая ее качество жизни, снижая ее социальную активность, а, в ряде случаев, даже являться причиной преждевременной смерти.

Универсальными маркерами эстрогенного дефицита в перименопаузе или при постовариоэктомическом синдроме в репродуктивном возрасте принято считать вазомоторные и эмоционально-психические нарушения. Но рано или поздно, эти расстройства проходят, даже иногда без специального лечения, и тогда наступают более серьезные и грозные нарушения - это, так называемые, средневременные, проявляющиеся спустя 2-5 лет после последней менструации, урогенитальные расстройства (УГР). Эти изменения урогенитального тракта (УГТ) встречаются у 30-40% женщин, а в пожилом возрасте, по данным многих исследований, их частота может достигать 70%, а после 70 лет и 100%. Дефицит эстрогенов (ниже 50 пмоль/л), приводит к прекращению пролиферативных процессов во влагалище и уменьшению количества коллагена, частичной элиминации лактобацилл, а также снижению кровотока в стенке влагалища с последующим уменьшением трансфузии. Этим объясняется одновременное нарастание клинических симптомов атрофического вагинита, диспареунии, снижение смазочной функции, учащение цистуретрита, поллакииурии, недержания мочи и т.д.

К сожалению, при появлении упомянутых выше симптомов женщины с дефицитом половых стероидов (ДПС) сравнительно редко обращаются к гинекологу и все чаще становятся пациентками врачей сопряженных специальностей - терапевтов, хирургов, урологов, неврологов и т.д. В свою очередь, эти специалисты не учитывают, что некоторые симптомы являются проявлениями ДПС и действуют по принципу «синдром - таблетка». И, как следствие, женщина получает обилие препаратов и манипуляций (выражающееся порой 10-12 назначениями), что приводит к эффекту полипрогмазии. Поэтому, перед гинекологом, наблюдающим женщин в климактерическом периоде, стоят две основные задачи: лечение имеющихся климактерических расстройств и профилактика отдаленных осложнений менопаузы.

Заместительная гормональная терапия почти за полувек своего развития зарекомендовала себя не только как один из самых эффективных методов коррекции проявлений дефицита половых стероидов, но и как новое направление профилактической медицины. Разработка инъекционных, трансдермальных, вагинальных, пероральных путей введения половых гормонов расширило возможности индивидуального подхода при назначении ЗГТ.

С другой стороны, при возрастающем объеме информации об этиопатогенезе, клинике и современных методах лечения ДПС врачи сталкиваются с объективными трудностями в отношении систематизации огромного информационного материала, касающегося как уже существующих, так и постоянно поступающих на рынок новых лекарственных препаратов для ЗГТ.

Становится очевидным, что решение проблем рационального использования лекарственных средств для нормализации состояния УГТ у женщин с ДПС является чрезвычайно актуальным на сегодняшний день.

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения УГР у женщин при ДПС современными препаратами ЗГТ,

На базе амбулаторно-консультативного отделения Городского эндокринологического центра МУ ГКБ №40 г.Екатеринбурга и

кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета УГМА нами проводится комплексное клиничко-лабораторное обследование и наблюдение женщин с ДПС, имеющих различную выраженность инволюционных изменений УТГ, включающее: изучение общего и акушерско-гинекологического анамнеза, влагалищное исследование, определение индекса вагинального здоровья, онкоцитологическое исследование соскоба из цервикального канала, расширенную кольпоскопию, проточную цитофлуорометрию цервику-вагинальных смывов, УЗИ органов малого таза с доплерометрией маточных сосудов, определение гормонального фона, а также - оценку выраженности синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов, заполнение дневника мочеиспускания, проведение специфических тестов для выявления недержания мочи и определения тонуса мышц тазового дна, консультацию уролога с выполнением комплексного уродинамического исследования. По результатам обследований принимается решение о выборе дифференцированного метода лечения. Результатами нашей работы мы надеемся поделиться на нашем докладе.

## **ДЮФАСТОН В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ**

**Антропова Е.Ю., Тухватуллина Л.М.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава  
г. Казань*

Гиперпластические процессы в эндометрии являются следствием нарушения гормонального баланса в результате дисфункции системы гипоталамус – гипофиз – матка – яичники. Нередко гиперпластические процессы эндометрия сочетаются с миомой матки (37-58%), которая большинством исследователей также рассматривается как гормонально-зависимая опухоль (И.С.Сидорова, 2003). Оба этих заболевания развиваются на фоне повышения секреции гонадотропинов, гиперэстрогении и дефицита прогестерона.

Лечение женщин с указанной патологией может быть хирургическим и консервативным. Внедрение современных малоинвазивных хирургических методик (абляция) позволяет ограничить число радикальных хирургических операций. Консервативное лечение заключается в устранении тяжести клинических симптомов, а также стабилизации размеров опухоли.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности препарата “Дюфастон” при гиперпластических процессах эндометрия у больных миомой матки.

В настоящее исследование включены 32 больные с рецидивирующей гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки. Возраст больных колебался от 38 до 44 лет ( $41\pm 3,0$ ). Всем проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование с исследованием гонадотропных и стероидных гормонов, онкомаркеров СА-125 и СА-19-9; УЗИ органов малого таза с оценкой маточного и опухолевого кровотока, молочных желез; кольпоскопия, онкоцитологическое исследование мазков с поверхности шейки и из цервикального канала; диагностическое раздельное выскабливание полости матки до и после проведенного лечения, Всем пациенткам был назначен Дюфастон с 5-го по 25 дни менструального цикла по 20 мг в сутки в течение 6 месяцев.

Результаты. Патология эндометрия до лечения была выявлена у всех пациенток. Основными эхографическими признаками гиперпластических процессов были увеличение М-эхо в переднезаднем направлении, средняя толщина его составила  $28\pm 10,4$  мм, с однородной структурой и пониженной эхогенностью. Диагноз подтвержден при гистологическом исследовании соскоба эндометрия в 100 % случаев, что и составило диагностическую ценность УЗИ в выявлении гиперплазии эндометрия. При ЦДК отмечено различное количество цветовых сигналов по периферии мио-

матозного узла, по ходу огибающих сосудов при отсутствии или единичных сигналах в центре. При этом максимальная скорость артериального кровотока в огибающих сосудах составила  $17,7\pm 1,2$  см/с, индекс резистентности в миоматозных узлах –  $0,74\pm 0,04$ .

Исследование гормонального гомеостаза до лечения выявил относительную гиперэстрогению ( $0,49\pm 0,04$  нмоль/л) на фоне прогестерондефицитного состояния ( $2,05\pm 0,4$  нмоль/л), показатели ЛГ, ФСГ, ПРЛ были в пределах нормы.

В результате проведенного лечения через 6 месяцев отмечена нормализация соотношения уровня эстрадиола ( $0,34\pm 0,05$  нмоль/л) и прогестерона ( $7,39\pm 0,35$  нмоль/л), уменьшение М-эха по УЗИ и отсутствие достоверных изменений кровотока при ЦДК. Контрольное гистологическое исследование эндометрия у 72,2% установило наличие секреторных изменений эндометрия, у 2,4% выявлена атрофия его и в 25,4% случаев фаза пролиферации на 25 день цикла.

После проведенной терапии менструальный цикл нормализовался у 79,7% женщин. Отмечено уменьшение размеров узлов в среднем на 12% у 12, стабилизация размеров узлов – у 20 пациенток.

После 6 месячного курса Дюфастоном 14 пациенткам была введена ЛНГ-ВМС Мирена, 6 проведена эмболизация маточных артерий в связи с наличием миомы.

Таким образом, гормональное лечение Дюфастоном позволило исключить рецидивы кровотечения, стабилизировать величину узлов, избежать гистерэктомии с сохранением качества жизни.

## **ЧАСТОТА ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ**

**Арбуханов М.А., Эсетов А.М., Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.**

*Республиканский центр планирования семьи и репродукции г.  
Махачкала, Россия*

Основной задачей медико-генетического консультирования супружеских пар с отягощенным акушерским анамнезом является определение повторного риска рождения больного ребенка. Данным супружеским парам показано проведение цитогенетического обследования.

В работе представлены результаты обследования 434 супружеских пар, обратившихся в РЦПСР в 2001–2005гг. Показаниями для проведения цитогенетического анализа являлось наличие в анамнезе рождения ребенка с множественными врожденными пороками развития (МВПР) – 182 пара (41,9%), хромосомных аномалий – 84 пары (19,4%), а также самопроизвольных аборт – 168 пары (38,7%).

При кариотипировании у 362 (83,4%) супружеских пар кариологических изменений не выявлено. Рождение ребенка с МВПР отмечено у 150 супружеских пар, хромосомные аномалии обнаружены у 74 и у 138 имели место самопроизвольные аборты.

Из 434 обследованных супружеских пар изменения в кариотипе выявлены в 72 (16,6%) случаях. У 46 (10,5%) из них определены хромосомные перестройки, у 22 (5,0%) нестабильность хромосом, у 4 (0,9%) другие хромосомные варианты. Среди хромосомных аномалий большинство представлено мозаичными формами.

Из выявленных в кариотипе изменений 32 (17,5%) случая приходятся на группу пар с МВПР, 10 (11,9%) – на группу с хромосомными аномалиями, 30 (17,8%) – на группу с самопроизвольными абортами в анамнезе.

В нашем исследовании, как видно из полученных данных, изменения в кариотипе у женщин с самопроизвольными абортами встречаются с такой же частотой, как в группе с МВПР.

Учитывая достаточно высокую выявляемость хромосомных аномалий у супружеских пар с отягощенным акушерским анамнезом, на наш взгляд, существует необходимость в проведении им цитогенетических исследований с целью определения прогноза последующих беременностей и снижения риска рождения детей с врожденными пороками развития.



## НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПВИ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

**Арипджанова Д.С.**

*Научный исследовательский институт акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан*

Цель: оценка эффективности отечественного препарата Лакто Флор на местный и системный иммунитет при генитальной ПВИ.

Материал и методы исследования: обследованы 34 пациентки с ПВИ, диагностированной с помощью ПЦР - диагностики и 20 женщин - контрольная группа, у которых ВПЧ не обнаружена. Изучался местный и системный иммунитет, проводилась кольпоскопия. Лечение проводилось в комплексе с традиционной терапией.

Результаты и их обсуждение: «Лакто Флор» - природный комплекс, содержащий белки молекулярной массой 0,5-140 кД. Оказывает противовоспалительное, гемо- и иммуномодулирующее, тканерепарирующее, противоязвенное действие. Положительный эффект составил 100% при местном назначении препарата ежедневно (орошение, тампон) и 60,5% - в контрольной группе, 67,4% при парентеральном введении и 43,3% - в контроле. Отмечалось потенцирование эффекта традиционной терапии. «Лакто Флор» способствует повышению показателей иммунологического состояния организма (возрастает количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов, понижаются Т-супрессоры, отмечается стабилизация показателей периферической крови (Hb, лейкоцитов, лимфоцитов).

Выводы: при проведении традиционной терапии в сочетании с препаратом «Лакто Флор» достигается значительное улучшение кольпоскопического состояния шейки матки, иммунологических показателей и повышается качество лечения.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

**Бадретдинова Ф.Ф., Ящук А.Г., Ахматгалиева А.А.,  
Нуртдинов М.А.**

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

Актуальность. До настоящего времени лечение бактериального вагиноза (БВ) остается сложной задачей. Ведущую роль в лечении бактериального вагиноза отводится антибиотикам и антисептикам. Однако антибактериальные препараты наряду с противовоспалительным эффектом вызывают выраженные дисбиотические нарушения, что приводит к усугублению дисбиоза и создает благоприятные условия для развития рецидивирующих форм заболевания. В связи с этим большой практический и научный интерес представляет изыскание новых методов коррекции дисбиотических сдвигов, которые предусматривали бы разумное ограничение антибактериальной нагрузки.

Целью исследования явилось создание эффективного комплексного трехэтапного метода лечения больных бактериальным вагинозом.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 217 женщин с бактериальным вагинозом. Из них 114 - больных основная группа и 103- группа сопоставления. Контроль эффективности лечения проводился на основании изучения тестов на бактериальный вагиноз, микробиологических исследований, цитохимических тестов определения гликогена, кольпоскопия и др. В основной группе применялась трехэтапная схема лечения. Лечение в зависимости от степени дисбиотических изменений проводилось в несколько этапов.

Результаты комплексного лечения бактериального вагиноза. Комплексное лечение в зависимости от степени дисбиотических изменений проводилось в несколько этапов. На I этапе санацию влагалища начинали с инсуффляции во влагалище препарата «Полисорб МП». На II этапе лечения нами применена, разработанная совместно с Институтом нефтехимии и катализа АН РБ (директор, член-корр. РАН, д.х.н. проф. У.М. Джемилев) оригинальная методика закрепле-

ния лекарственных комплексов *in situ* на поверхности слизистой оболочки влагалища, которая заключается в следующем: сначала поверхность обрабатывают 0,02% раствором метиленового синего, затем наносят раствор цефоперазона. При этом происходит иммобилизация биологически активных лекарственных препаратов на слизистой оболочке влагалища при помощи комплексного связывания с матрицей. При этом достигается снижение токсичности, увеличение длительности действия цефоперазона, а также обеспечивается более эффективная их «доставка» к органу мишени.

На III этапе для восстановления влагалищного микробиоценоза всем больным основной группы назначался натуральный кумыс перорально по 250,0 мл один раз в день и интравагинально в виде стерильных салфеток, смоченных натуральным кумысом двухдневной выдержки.

В группе сопоставления I этап лечения начинался с инстилляций влагалища 2-3% раствором молочной кислоты ежедневно, в сочетании с применением у 37 (35,9%) метронидазола по 500мгх2 раза в день перорально в течении 7 дней, у 31 (30,1%) - 2% раствор клиндамицина фосфата по 5 г однократно интравагинально в течении 7 дней. У 20 (19,7%) - использовали клион Д по 1 вагинальной таблетке однократно в течении 7 дней и у 15 (14,5%) - овули полижинакс.

Критериями излечения являлись: 1) отсутствие субъективных жалоб; 2) нормальные выделения по количеству, консистенции, запаху; 3) pH содержимого влагалища < 4,5; 4) отрицательный амниотест; 5) отсутствие «ключевых клеток» в мазках.

В основной группе при БВ I степени у всех 27 (100%) больных после лечения наступило выздоровление и нормализация лабораторных показателей. Из 43 больных с БВ II степени отмечали выздоровление 41 (95,3%) пациенток, у 2 (4,7%) - лечение было неэффективным и также у 2 (4,7%) женщин этой группы возник рецидив заболевания спустя 1 мес. Среди 44 (38,6%) больных с БВ III степени выздоровление наступило у 40 (90,9%) женщин, у 4 (9,1%) - лечение оказалось неэффективным и у 7 (15,9%) в дальнейшем симптомы болезни возобновились. Рецидивирующее течение БВ наблюдалось у тех пациенток, у которых во влагалищной флоре были обнаружены микробные ассоциации (БВ и хламидии, БВ и кандиды, БВ и уреоплазмы и др.).

После окончания лечения у больных группы сравнения, применявших метронидазол внутрь выздоровление и нормализация лабораторных показателей наблюдалась у 79,9%. У больных использовавших крем далацин -81,3%, клион Д -68,6% и овули полижинакс - 56,4%. Лечение оказалось неэффективным у 26 (25,2%). Рецидив заболевания наблюдался у 21 (20,3%).

Выводы. Анализ результатов клинико-лабораторных и специальных методов исследования у больных основной группы показал, что разработанная нами 3-х этапная система реабилитации позволила эффективно восстановить микробиоценоз влагалища при бактериальном вагинозе и снизить частоту рецидивов заболевания.

Предложенная технология лечения бактериального вагиноза по данным клинико-лабораторных исследований позволяет достичь выздоровления у 94,7% больных, снизить частоту рецидивов заболевания с 20,3% до 7,8% в период от 1 до 3-х месяцев после окончания лечения.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ

**Баженова Л.Г.**

*Россия, Новокузнецк, ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии*

В свете эффективной реализации государственных программ по сдерживанию депопуляции населения России, проблема охраны здоровья женщин является приоритетной. В этой связи, вопросы ранней диагностики и профилактики распространенных форм рака

яичников являются весьма актуальной задачей онкогинекологии, поскольку рак яичников является наиболее фатальной формой злокачественных новообразований женских половых органов (Чиссов В.И. и соавт., 1999; Жордания К.И., 2001; Jemal A., et al., 2004).

На сегодняшний день не существует универсального высокоинформативного неинвазивного метода ранней диагностики злокачественных новообразований яичников, поэтому клиницисты вынуждены применять комплексный подход, включающий ряд диагностических процедур. Наиболее стандартным является комплекс, включающий бимануальный осмотр, УЗИ органов малого таза и цитологическое исследование пунктата из брюшной полости.

Цель нашего исследования состояла в оценке степени информативности стандартного комплекса методов диагностики рака яичников в широкой клинической практике.

Нами проведен анализ качества диагностики рака яичников у 424 больных в Новокузнецком клиническом онкологическом диспансере за период 1996 – 2005 гг.

Статистический анализ данных выполнен в Центре БИОСТАТИСТИКА (E-mail: point@stn.tomsk.ru) под руководством доцента факультета информатики Томского государственного университета, к.т.н., Леонова В.П. Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9, STATISTICA 7 и SPSS-14. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины, принималась нулевая гипотеза. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Помимо оценок критерия Пирсона Хи-квадрат и достигнутого уровня статистической значимости этого критерия, вычислялись и оценки интенсивности связи анализируемых признаков, такие как коэффициент Фи, коэффициент контингенции и V-коэффициент Крамера.

Из общего числа наблюдаемых 90 пациенток (21,2%) были с I стадией заболевания, 49 (11,6%) – со II - й, 178 (42,0%) – с III - й и 107 (25,2%) пациенток – с IV - й стадией распространения опухолевого процесса.

Больные раком яичников I стадии заболевания были в возрасте 12–74 лет. Средний возраст пациенток составил  $49,7 \pm 1,4$  года. Первичное наблюдение за пациентками осуществлял врач гинеколог женской консультации. Диагноз рака яичников при первичном осмотре установлен у 5 (5,6%) пациенток. Первое ультразвуковое исследование подтверждало диагноз клинициста у 4 (4,4%) больных, повторное УЗИ, проведенное в условиях гинекологического стационара, выявило подозрение на рак – у 15 (18,3%) пациенток. Результаты цитологического исследования пунктата из брюшной полости на атипические клетки у больных I стадии заболевания только в 9 (13,9%) из 65 случаев обследования были положительными.

Больные раком яичников II стадии распространения опухолевого процесса были в возрасте от 32 до 79 лет. Средний возраст больных составил  $53,2 \pm 1,4$  года. Диагноз рака яичников при первичном обращении был установлен только у 2 (4,08%) больных. Первое ультразвуковое обследование увеличило качество диагностики до 7,0% (3 случая), повторное – до 24,5% (12 случаев). Интересно отметить, что точность диагностики была значимо сопряжена с первичным обращением к терапевту ( $p < 0,0001$ ;  $V = 0,8076$ ). Цитологическое исследование, проведенное в стационаре у 33 (67,3%) больных имело отрицательный результат на атипические клетки.

Пациентки III стадии распространения опухолевого процесса были в возрасте от 16 до 85 лет. Средний возраст наблюдаемых женщин составил  $55,0 \pm 1,1$  года. Диагноз рака яичников при первичном осмотре пациенток был установлен у 63 (35,4%) больных. Первое ультразвуковое исследование подтверждало подозрение клиницистов только у 62 (41,1%) из 151 обследованной пациентки, повторное УЗИ – у 104 (58,4%) из 178 больных. Правильная постановка диагноза была связана с первичным осмотром врачом

онкологом ( $p = 0,0008$ ;  $V = 0,3265$ ). Наличие атипических клеток в пунктате содержимого брюшной полости через задний свод влагалища значимо улучшало диагностику ( $p = 0,0018$ ;  $V = 0,2527$ ). Положительные результаты цитологического исследования пунктата из брюшной полости у больных III стадии заболевания установлены у 113 (72,4%) пациенток.

Группа больных с IV стадией заболевания состояла из пациенток в возрасте от 18 до 87 лет. Средний возраст пациенток составил  $58,1 \pm 1,3$  года. Правильно установлен диагноз при первичном обращении у 70 (65,4%) больных. Первичное ультразвуковое исследование подтверждало диагностику только в 51 (56,7%) случае, а повторное – улучшало первичную диагностику до 75 (77,3%) случаев. Цитологическое исследование установило наличие атипических клеток в асцитической жидкости у 86 (86,9%) из 99 обследованных пациенток IV стадии заболевания.

Таким образом, средний возраст пациенток возрастал прямо пропорционально степени распространения опухолевого процесса: для I стадии он соответствовал  $49 \pm 1,4$ , для II –  $53,2 \pm 1,4$ , для III –  $55,0 \pm 1,1$ , для IV –  $58,1 \pm 1,3$ . При этом средний возраст пациенток I стадии распространения опухолевого процесса был сравним с таковым у больных II стадии и значимо моложе в сравнении с больными III ( $p = 0,0043$ ) и IV ( $p < 0,0001$ ) стадиями заболевания.

Точность диагностики рака яичников при первичном осмотре пациенток возрастала со степенью распространения опухолевого процесса. Так при локализованных формах рака яичников диагноз установлен правильно только у каждой 20–й пациентки; при III стадии – у каждой третьей; при IV – в 2/3 случаях. Правильная постановка диагноза рака яичников при локализованных формах заболевания была связана с первичным осмотром хирургом ( $p = 0,0016$ ;  $V = 0,4408$ ) и терапевтом ( $p < 0,0001$ ,  $V = 0,8076$ ). Частота правильных диагнозов при III–IV стадии заболевания была значимо выше при первичном обращении к онкологу ( $p = 0,0008$ ,  $V = 0,3265$ ;  $p = 0,0330$ ;  $V = 0,3580$  соответственно).

Ультразвуковой метод диагностики оказался более информативным при локализованных формах рака яичников по сравнению с цитологическим методом. Ультразвуковая диагностика как амбулаторной, так и стационарной службы способствовала правильной постановке диагноза значимо чаще при распространенных формах заболевания ( $p < 0,0001$ ,  $V = 0,4200$ ). При этом качество ультразвуковой диагностики зависело от наличия или отсутствия соматической патологии пациенток, что придает диагностическим ошибкам статус объективности. Значимо ухудшало диагностику рака яичников наличие воспалительных ( $p = 0,0099$ ;  $V = -0,1459$ ) и пролиферативных заболеваний внутренних половых органов ( $p = 0,0016$ ,  $V = -0,1673$ ) у больных с сочетанной соматической патологией 3-х и более систем организма. Особенно часто ошибки диагностики встречались у пациенток с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, эндокринной ( $p = 0,0434$ ,  $V = -0,1072$ ) и нервной систем организма ( $p = 0,0037$ ,  $V = -0,1539$ ). Кроме того, качество диагностики заметно ухудшалось наличие ВМС в полости матки ( $p = 0,0485$ ,  $V = 0,1644$ ).

Установлена значимая связь между получением положительных результатов цитодиагностики асцитической жидкости и наличием двустороннего поражения яичников ( $p = 0,0018$ ,  $V = 0,4546$ ) и метастазирования в органы брюшной полости ( $p < 0,0001$ ,  $V = 0,5756$ ), что позволяет считать закономерным получение ложно-отрицательных результатов цитодиагностики пунктата из брюшной полости при локализованных формах рака яичников.

Обобщая все выше изложенное, можно утверждать, что используемые на современном этапе стандартные методы диагностики рака яичников не могут в полной мере удовлетворять клиницистов, так как имеют объективные причины своей несостоятельности для своевременной диагностики заболевания на стадии локализованных форм.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГРАММАХ ЭКО И ПЭ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ

**Базина М.И., Игошина С.А.**

*г. Красноярск, ООО «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции» ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования*

Частота бесплодных браков в Российской Федерации составляет 15-17%, из них на женское бесплодие приходится 40-60%, а на трубно-перитонеальную форму 50-60%. К современным высокоэффективным методам лечения бесплодия относятся медикаментозные, эндоскопические методы и вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). При этом ВРТ являются завершающим этапом лечения бесплодия или альтернативой всем существующим методам. Исследования последних лет доказывают необходимость преграavidарной подготовки эндометрия при различных формах бесплодия, для увеличения эффективности лечения методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО и ПЭ).

Цель исследования: Оценить эффективность нидации эмбрионов в программах ЭКО при трубно-перитонеальной форме бесплодия, в зависимости от проведения преграavidарной подготовки эндометрия.

Материалы исследования: Основную группу исследования составили 50 женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, получивших перед процедурой ЭКО и ПЭ преграavidарную оценку эндометрия и корректирующую терапию.

Группу сравнения составили 30 женщин, которым преграavidарная оценка эндометрия не проводилась. Определение формы бесплодия осуществлялось на основании клинико-анамнестических данных, гинекологического осмотра, эндоскопических и ультразвуковых исследований, гистоморфологической оценки эндометрия.

Результаты исследования: Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил 34,5±0,5 года, преобладали городские жительницы. 70% женщин имели стойкие брачные отношения, у 30% второй-третий гражданский брак. Оценка репродуктивного анамнеза выявила, что в основной группе 42%(21) женщин имели первичное бесплодие и 58%(29) вторичное. Предыдущие беременности в 20%(10) случаев завершились родами, внематочная и замершая беременность составили по 6%(3) и у 26%(13) в анамнезе медицинские аборт.

В группе сравнения первичное бесплодие отмечено у 60%(18) пациенток и вторичное бесплодие у 40%(12). Пациентки со вторичным бесплодием в анамнезе все имели медицинские аборт, у 50%(6) были роды и в 25%(3) случаев были замершая и внематочная беременность.

При оценке гормонального статуса у всех женщин сохранены овариальные резервы и уровень ФСГ составил 6,7±0,02 МЕ/л.

В группах сравнения в 30% случаев были выявлены ИППП и проведена этиологическая антибактериальная терапия.

Пациенткам основной группы проведена гистероскопия на 7-10 день менструального цикла с морфологической оценкой эндометрия. Хронический эндометрит выявлен в 18%(9) случаев, признаки нарушения пролиферации эндометрия в 10%(5) случаев, очаговая гиперплазия эндометрия на фоне фиброзирования стромы в 10%(5), внутриматочные синехии также сочетались со склеротическим процессом в 8%(4), железисто-фиброзные полипы эндометрия в 16%(8). Таким образом 62% женщин основной группы имели значительные морфологические изменения эндометрия, им проведено этиотропное антибактериальное лечение, метаболическая или энзимотерапия, в индивидуальном порядке подобрана циклическая гормональная терапия или подготовка эндометрия прогестинами, которые проведены на преграavidарном этапе.

Все пациентки прошли лечение бесплодия методом ЭКО и ПЭ. В основной группе 46% женщин проведена индукция овуляции

по длинному протоколу (диферелин, пурегон) и 54% по короткому протоколу, а группе сравнения 35% и 65% соответственно. По длинному протоколу в группах сравнения в среднем получено 11+2 доминантных фолликулов, 10+1 ооцитов, 7,5±0,5 эмбрионов, осуществлен перенос 3 эмбрионов. При стимуляции по короткому протоколу количество доминантных фолликулов 5±0,7, получено 5±0,5 ооцитов, среднее число эмбрионов 4±0,4 и перенесено 2,5±0,5 эмбриона. К моменту переноса эмбрионов толщина эндометрия при эхо-сканировании в основной группе составила 9,2±0,8 см, в группе сравнения 8,2±0,9 см. Поддержка лютеиновой фазы осуществлялась микронизированным натуральным прогестероном (утрожестан) в дозе 600 мг/сутки, трансвагинально. Процент наступления беременности на эмбриоперенос в основной группе составил 52%, в группе сравнения 42%.

Выводы: При трубно-перитонеальной форме бесплодия частота патологии эндометрия, подтвержденная эндоскопическими и морфологическими методами исследования составила 62%.

У этой категории пациентов при гистероскопии целесообразно проводить бережное фракционное выскабливание полости матки для полноценной морфологической оценки эндометрия, а не ограничиваться биопсией эндометрия.

Эндоскопическое и морфологическое исследование эндометрия позволяет определить этиотропные варианты преграavidарной подготовки эндометрия, которая должна непосредственно предшествовать программам ЭКО и ПЭ.

Рациональная подготовка эндометрия позволяет повысить процент нидации эмбрионов в программах ЭКО, что существенно влияет на эффективность лечения бесплодия при наиболее часто встречающейся трубно-перитонеальной форме.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИРУНИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА Байрамова Г.Р., Быковская О.В.

*ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии,  
г. Москва*

В связи с выраженной тенденцией распространения кандидоза особую важность приобретает проблема его лечения. Препарат Ирунин (итраконазол), который выпускается в виде вагинальных таблеток, является антимикотиком широкого спектра действия для местного применения.

Цели исследования:

Оценить эффективность, безопасность и переносимость препарата «Ирунин», вагинальные таблетки, назначаемого в течение 10 дней в увеличивающихся дозировках (100, 150, 200, 250 мг) у пациентов с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (ХРВК).

Определить оптимальную дозировку препарата «Ирунин».

Определить минимальную эффективную дозу «Ирунина» (вагинальные таблетки).

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 95 женщин в возрасте 20-45 лет (средний возраст 26,2 ± 1,2 года), у которых клинически и микробиологически был подтвержден диагноз – хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (ХРВК).

Применялось клиническое, гинекологическое и лабораторное обследование: анамнез, жалобы пациенток, гинекологическое исследование, метод полимеразной цепной реакции (исключение инфекций, передающихся половым путем), общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Граму, культуральное исследование влагалищного содержимого, в том числе выделение дрожжеподобных грибов, их количественное определение и оценка фоновой флоры.

95 женщин были разделены на 5 групп: 1 группа – 15 женщин – получали препарат в дозе 100мг; 2 группа - 15 женщин – 100мг; 3 группа – 35 женщин – 200 мг; 4 группа - 15 женщин – 250мг; 5 группа – 15 женщин – получали плацебо.

Ирунин назначали по 1 вагинальной таблетке ежедневно интравагинально в утренние часы до 12 часов дня. Курс терапии - 10 дней. Другие антимикотические препараты местного и системного действия не использовались.

Эффективность оценивалась на основании динамики жалоб пациентки, клинических признаков основного заболевания, лабораторных данных - наличие или отсутствие большого количества лейкоцитов и грибов рода *Candida* при микроскопическом исследовании влагалищного содержимого (по окончании лечения), результатов посева отделяемого влагалища на питательные среды.

Результаты и их обсуждение. У всех 95 пациенток, включенных в данное исследование, диагноз ХРВК был поставлен на основании жалоб, гинекологического осмотра, клинических проявлений, данных бактериоскопического и бактериологического методов исследования. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – до и после назначения препарата - без существенных отклонений от нормы. Инфекций, передающихся половым путем, не обнаружено (по данным ПЦР-диагностики).

Жалобы на выделения из половых путей предъявляли 100% пациенток, на зуд во влагалище и в области наружных половых органов – 64,3%, жжение в области наружных половых органов - 50,0%. Гиперемия, отек слизистой оболочки влагалища, шейки матки и вульвы отмечены у большинства больных. Микробиологически у всех женщин (100%) диагностирован ХРВК.

После лечения получены следующие результаты: отсутствие клинических симптомов ХРВК, исчезновение вегетирующих форм дрожжеподобных грибов при микроскопическом исследовании и элиминация возбудителя по данным микробиологического исследования: в 1 группе – у 2 пациенток – 13,3%, во 2 группе – у 3 женщин – 20%, в 3 группе – у 31 женщины – 88,6%, в 4 группе – у 14 пациенток – 93,3%. В 5 группе женщин, получавших плацебо, сохранялась клиническая симптоматика и лабораторные показатели наличия кандидозной инфекции.

Повторный курс антимикотической терапии потребовался в 1 группе (100 мг препарата) – 13 чел. (86,7%), 2 группе (150 мг) – 12 чел. (80%), 3 группе (200 мг) – 4 чел. (11,4%), 4 группе (250 мг) – 1 чел. (6,6%), в 5 группе – 15 (100%). Пациентов, преждевременно прекративших участие в исследовании по причине неэффективности, не было.

Изучение безопасности и переносимости препарата на основе регистрации нежелательных явлений показало, что у 4 женщин (26,7%) 4 группы была аллергическая реакция в виде высыпаний в области наружных половых органов, зуда, что не потребовало отмены препарата и назначения дополнительной терапии.

Выводы: На основании полученных данных можно отметить, что эффективность терапии ХРВК препаратом «Ирунин» наиболее высока в группах с высокой дозировкой препарата: в 3 группе – 88,6%, в 4 группе – 93,3%. Наиболее приемлемой в отношении переносимости и безопасности терапии является форма препарата «Ирунин» в дозировке 200 мг ввиду его высокой эффективности и отсутствия побочных реакций.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ.

**Беякина И.В., Кира Е.Ф.**

*Россия, г. Москва. Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУФ ФГУ «НМХЦ им. Пирогова Н.И.» Медицинский центр «Карс»*

Цель: исследовать состояние микробиоценоза влагалища у женщин с различными видами контрацепции.

Материалы и методы исследования: в исследовании участвовало 90 женщин, в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст 28,3). Проан-

ализированы результаты обследования 30 женщин, принимавших монофазные КОК; 30 пациенток, использующих внутриматочные средства контрацепции; 30 женщин, использующих контрацептивное влагалищное кольцо НоваРинг.

Были проведены качественные и количественные бактериологические исследования материала из влагалища и цервикального канала, рН-метрия, ПЦР-диагностика на хламидии, уреаплазмы, герпес. Учитывался акушерско-гинекологический анамнез, особенности сексуальной жизни, количество половых партнеров, параклинические методы исследования, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и их обсуждение: установлено, что во влагалище у женщин, принимающих КОК достоверно возрастал процент грибов рода *Candida*. У 50% обследованных женщин, использующих внутриматочную контрацепцию, микрофлора влагалища была представлена БВ ассоциированными микроорганизмами, увеличением анаэробов, прежде всего *Bacteroides*, и снижением количества лактобактерий.

В группе пациенток, применявших внутривлагалищное кольцо НоваРинг, по предварительным результатам при микроскопии влагалищных мазков дисбиотический сдвиг выявлен в 93,5% случаев. РН-метрией выявлен сдвиг в щелочную сторону. При изучении лакто- и бифидобактерий влагалища и цервикального канала у женщин, применяющих различные методы контрацепции и анализ результатов показывает, что их количество достоверно снижено по отношению к пациенткам, использующим КОК и ВМС. Таким образом, снижение лакто- и бифидобактерий у женщин, применяющих НоваРинг можно расценить, как реакцию влагалищного биотопа на инородное тело.

Выводы: наиболее оптимальными методами контрацепции с позиции меньшего влияния на биоценоз влагалища являются КОК и ВМС.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Бондаренко К.Р., Гараева Л.Н., Гайсина Ю.Р., Хасанова С.Г.,  
Хасанова Г.Ф., Акбашева А.О., Мавзютов А.Р.**

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

Научно-практический интерес к проблеме бактериального вагиноза обусловлен наличием патогенетической связи указанного синдрома с целым рядом острых и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза [Кулаков В.И., 1996], плоскоклеточной интраэпителиальной неоплазии [Platz-Christensen J.J. et al., 1994], невынашивания беременности [Сидельникова В.М., 2005] и т.д. При бактериальном вагинозе существенно возрастает риск инфицирования ВИЧ и заболеваниями, передающимися половым путем. [Martin H. L. и соавт., 1999].

Бактериальный вагиноз не сопровождается выраженной воспалительной реакцией и лейкоцитарной инфильтрацией и достаточно часто остается не диагностированным [Г.Р.Байрамова, 2001], что в значительной мере повышает вероятность развития вышеперечисленных заболеваний. Это предопределило интенсификацию исследований, направленных на изучение клинико-лабораторных сдвигов в организме женщины фертильного возраста при дисбиозе влагалища. С этой целью нами проведен анализ клиническо-лабораторных и анамнестических данных 44 пациенток с бактериальным вагинозом. Микробиоценоз влагалища исследовали методом световой микроскопии отделяемого слизистой заднего свода влагалища. Для исключения инфицированности обследованных безусловно-патогенными *Chlamydia trachomatis* и условно-патогенными *M. hominis* и *U.urealyticum* использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР), а для оценки этиологической значимости последних иммуноферментным методом (ИФА) дополнительно количественно оценивались уровни специфических IgG.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ (РОССИЯ)

Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И.,  
Холина Л.А., Закиева В.А.

Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет

В результате анализа анамнестических данных показано, что средний возраст женщин составил  $28,8 \pm 7,14$  лет, причем 86% из них относились к возрастной группе от 19 до 35 лет. В 94% случаев имел место отягощенный гинекологический анамнез: около половины женщин в прошлом получали лечение по поводу либо неспецифического вульвовагинита, либо урогенитального кандидоза и бактериального вагиноза, каждая третья женщина имела фоновые заболевания шейки матки, такие как эктопия, лейкоплакия, дисплазия шейки матки. На момент исследования у 18% обследуемых был диагностирован хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии, у 14% - фоновые заболевания шейки матки, полипоз эндометрия, эндометриоз, миома матки и аномалии развития половых органов (наличие влагалищной перегородки в нижней трети) имели место в единичных случаях. Помимо этого, у 15% исследуемых констатированы перенесенные ранее венерические заболевания (из них трихомониазом ранее болели 83% пациенток, гонорей - 17%). На вопрос о перенесенных в прошлом паравенерических инфекциях положительно ответили 32,5% опрошенных. В структуре заболеваемости паравенерическими инфекциями на первом месте находился урогенитальный хламидиоз (62% случаев), в 38% отмечался уреаплазмоз и в 15% - микст-инфекции.

Клинически каждая четвертая обследованная нами женщина с лабораторно подтвержденным бактериальным вагинозом, не предъявляла каких-либо жалоб - бессимптомный вариант течения [В.В.Муравьева, 1997]. Моносимптомно заболевание в 16% случаев проявлялось наличием обильных гомогенных белей, в 5% - выделений с «запахом тухлой рыбы», в большинстве же случаев (60%) отмечалось сочетание указанных симптомов. Клинические проявления дисбиоза влагалища усиливались в пролиферативную фазу менструального цикла и в течение первых трех суток после полового акта, что у 35% женщин сопровождалось увеличением количества цервикально-вагинальных выделений (до 5 мл в сутки) и у 15% - свыше 5 мл в сутки. Секретция патологических белей при бактериальном вагинозе в 37% случаев носила постоянный характер в течение суток и в 17% - преимущественно отмечалась в утренние и вечерние часы. В остальных случаях обследуемые указывали на нерегулярный характер суточного увеличения количества выделений. Диспареуния, как один из характерных симптомов рассматриваемой патологии, показана в 36% наблюдений. Кроме того, 12% больных периодически испытывали рези или жжение при мочеиспускании. Каждая третья женщина с бактериальным вагинозом отмечала в последние 2-3 года нарушение менструального цикла по типу гипер- и гипоменструального синдрома со значительным преобладанием удельной доли последнего.

Инфицированность *Chlamydia trachomatis* на фоне бактериального вагиноза имела место в 6% наблюдений, при этом хламидиоз в сочетании с бактериальным вагинозом в каждом третьем случае протекал субклинически. В 45% у женщин с бактериальным вагинозом было выявлено увеличение титров антимикоплазменных и антиуреаплазменных IgG в 2-8 раз, что подтверждало этиологическое значение выявленных *M. hominis* и *U.urealyticum* в возникновении урогенитальных микст-инфекций и специфику дисбиоза влагалищного биотопа. При этом отмечалось увеличение степени выраженности симптомов дисбиоза, а в 40% случаев сопровождалось наличием в качестве сопутствующего экстрагенитального заболевания - хронический пиелонефрит.

Таким образом, у каждой пятой женщины с дисбиозом влагалища не отмечается выраженной клинической симптоматики, установлена положительная корреляционная связь между степенью проявления клинических симптомов рассматриваемой патологии и этиологической значимостью, но не инфицированностью, уреаплазмами и микоплазмами, усугубляющими дисбиотическое состояние влагалищного микробиоценоза. Несмотря на высокую анамнестическую частоту хламидийной инфекции, на момент обследования, урогенитальный хламидиоз среди женщин с лабораторно верифицированным бактериальным вагинозом констатирован лишь в 6% случаев.

Вульвовагинальный кандидоз относится к наиболее распространенным заболеваниям мочеполового тракта у женщин репродуктивного возраста. Его удельный вес среди урогенитальных инфекций у женщин составляет 20 - 70%. Манифестная картина рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (РВБК), многократно повторяющаяся симптоматика приводит к невротическим состояниям, расстройству нормальных семейных отношений, ухудшению работоспособности женщины. Необычайно широкая распространенность заболевания, разнообразные варианты грибов рода *Candida*, индуцирование развития хронических воспалительных процессов во влагалище, часто с нарушением микробных ассоциаций и присоединением патогенной микрофлоры, устойчивость вульвовагинального кандидоза к терапии и длительное течение заставляют многих исследователей обращать внимание на причины, приводящие к развитию кандиды инфекции и обуславливающие ее персистирование. Одной из причин неудач терапии данного заболевания на современном этапе является частая смена штаммов грибов и быстрое развитие устойчивости кандид к современным антимикотикам, а также их бесконтрольное назначение без определения чувствительности к противогрибковым препаратам.

Цель работы: изучение частоты встречаемости различных видов *Candida spp.* у больных рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом в Краснодарском крае и определение чувствительности выделенных штаммов к современным антимикотическим препаратам.

Материалы и методы. Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом при обращении женщин для проведения микробиологического исследования в медицинские учреждения г. Краснодара и края. Проанализировано 1124 случая РВБК. Диагностику инфицированности различными видами *Candida spp.* проводили в автоматизированной системе «API 20 C Aux» (BioMerieux, Франция). Определение чувствительности *Candida spp.* к антимикотикам проводилось на стрип-тесте «Etest» (AB Biodisk, Франция) с использованием агара RPMI с буфером MOPS и набора «Fungitest» (Sanofi Pasteur, Франция). Чувствительность к системным антимикотикам определяли согласно критериям NCCLS.

Результаты исследования. Выявлено, что основным возбудителем рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в Краснодарском крае является *Candida albicans*, она обнаружена (самостоятельно и в ассоциациях) у 1009 пациенток (89,8%), на втором месте по распространенности оказалась *Candida glabrata*, которая самостоятельно и в ассоциациях с *C. albicans* выявлена у 99 (8,8%) больных РВБК, *Candida tropicalis* и *Candida parapsilosis* (самостоятельно и в ассоциациях с *C. albicans*) определялись, соответственно, у 24 (2,1%) и 40 (3,6%) обследованных. В проведенном исследовании не встречались ассоциации грибов рода *Candida*, имеющих второстепенное значение в эпидемиологическом плане.

При исследовании определялась чувствительность возбудителя к 4 современным антимикотическим препаратам (амфотерицин В, флуконазол, кетоконазол и итраконазол). Наиболее чувствительной *Candida albicans* оказалась к амфотерицину В (кроме *Candida glabrata*), который не имеет терапевтического значения при вульвовагинальном кандидозе, и итраконазолу (99,4% штаммов), лишь у одной пациентки был выделен штамм гриба не чувствительный к данным препаратам. В сравнительно большом проценте обнаруживались устойчивые штаммы *Candida albicans* к кетоконазолу (66,1%) и флуконазолу (80,9%). *Candida glabrata* проявила себя наиболее устойчивой к современным системным антимикотикам, и

здесь наибольшую чувствительность *in vitro* опять проявил итраконазол (94,7% штаммов), к флуконазолу и кетоконазолу данный вид *Candida* проявил низкую чувствительность - 68,4% и 63,2% соответственно.

Выводы:

В условиях Краснодарского края наиболее частым этиологическим фактором рецидивирующих вульвовагинальных кандидозов является *Candida albicans* (самостоятельно и в ассоциациях - в 89,8%), остальные виды грибов рода *Candida* в настоящий момент не имеют клинического значения.

Выявленные штаммы *Candida spp.* оказались наиболее чувствительны *in vitro* (по критериям NCCLS) к итраконазолу.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН.**

**Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е. И.,  
Холина Л.А., Селезнева Е. Э.**

*Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет*

В настоящее время проблема диагностики и лечения заболеваний гениталий, вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ) привлекает пристальное внимание врачей различных специальностей, что объясняется высокой контагиозностью и тенденцией к росту частоты данного заболевания (инфицированность ВПЧ в мире за последнее десятилетие увеличилась более чем в 10 раз), а также способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека инициировать злокачественные процессы. На современном этапе считается, что полной элиминации вируса из организма достичь невозможно, т.к. специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на ПВЧ, пока отсутствуют. Как следствие, задачей терапии на сегодняшний день является лечение клинических и субклинических форм папилломавирусной инфекции (ПВИ) и, по возможности, устранение условий, приводящих к манифестации инфекции. На сегодняшний день в арсенале практикующих врачей имеется множество методов удаления аногенитальных кондилом. Эффективность их варьирует от 30 до 90%, но ни один из методов не является адекватным, так как частота рецидивов даже при самых современных способах лечения составляет 15 – 20%.

Целью работы явилась разработка адекватной, патогенетически обоснованной терапии рецидивирующей ПВИ у женщин и определение ее клинической и иммунологической эффективности.

Материалы и методы. Нами обследовано 48 женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Из них 18 вошли в контрольную группу условно здоровых женщин (I группа – иммунологический контроль) и 30 женщин с рецидивами папилломавирусной инфекции гениталий. Все больные методом слепой выборки были разделены на 2 части: основная, II группа – 14 человек, пациентки, получившие предлагаемую комплексную терапию и группа сравнения (III группа – 16 человек), которой проводилось современное традиционное лечение методами, идентичными пациенткам основной группы, но без использования иммуноотропных препаратов. Пациенткам основной (II) группы за сутки до процедуры удаления инфильтрировали подслизистую под кондиломами в несколько точек препаратом рекомбинантного интерферона 2 (1000000). Введение проводили с учетом лимфооттока. Одновременно вводили 1000000 препарата внутримышечно. На следующий день повторяли местное и системное введение данного препарата в аналогичных дозах и производили удаление кондилом одним из методов (солкодерм, лазеродеструкция, криодеструкция, диатермокоагуляция, иссечение и т.п.). Начиная со следующих суток трижды, с интервалом 48 часов вводили в/м по 3000000 рекомбинантного интерферона 2.

Папилломавирусная инфекция диагностировалась на основании клиники (наличие кондилом аногенитальной области при общем

осмотре и кольпоскопии), цитологического исследования (койлоцитарная атипия клеток при окраске по Папаниколау) и ПЦР диагностики. У всех пациенток II и III групп при цитологическом исследовании выявлена койлоцитарная атипия клеток, из них у 24 (80%) женщин с наличием рецидива кондилом аногенитальной области методом ПЦР, выявлены папилломавирусы (HPV) 16 и 18 типов, считающихся на современном этапе наиболее онкогенными.

Исследование параметров системного и местного иммунитета в условиях предлагаемой и традиционной терапии проводили до начала, на следующий день после окончания курса предлагаемой и традиционной терапии, а также через 1 и 6 месяцев после окончания курса лечения. Отдаленные результаты оценивались через 1 год мониторинга. Исследование популяционного и субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводилось методом прямой иммунофлуоресценции. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови и супернатанте цервикальной слизи определяли твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты исследования. После проведения курса предлагаемой терапии клиническое излечение было выявлено у 100% женщин основной группы. У 1 (7%) больной через 4 месяца после окончания лечения отмечался рецидив ПВИ, при этом, после проведения повторного курса рецидивов заболевания не отмечалось. Полная эпителизация после удаления папиллом наступала на 4 – 8 сутки (в среднем на  $4,7 \pm 0,3$  сутки). В III группе, особенно в условиях применения солкодерма, количество процедур для получения клинического эффекта, было большим, и средние сроки эпителизации составили  $7,4 \pm 0,6$  суток. В условиях годичного мониторинга у 5 (31%) пациенток в основном через 1 – 2 месяца после окончания курса терапии отмечались рецидивы заболевания. Через месяц после окончания курса терапии у женщин с достоверно диагностированной при предварительном обследовании методом ПЦР папилломавирусной инфекцией 16 и 18 типов было повторно проведено аналогичное исследование, показавшее, что у 7 из 11 (63,6%) в основной и у 3 из 13 (23%) пациенток группы сравнения данным методом вирус не выявлялся.

Проведенные исследования показали, что при манифестации рецидивирующей ПВИ отмечалось выраженное снижение относительной и абсолютной концентрации Т-хелперов и Т-супрессоров, при тенденции к повышению процентного содержания NK-клеток и В-лимфоцитов. В крови и, в особенности, цервикальной слизи выявлялись достоверно повышенные концентрации основных провоспалительных цитокинов при минимальном увеличении интерферона (IFN). Сразу после окончания курса предлагаемой терапии концентрация IFN в сыворотке крови увеличилась более чем в 4,5 раза в сравнении с параметрами здоровых женщин и с исходными данными, а в цервикальной слизи – почти в 12 раз. Таким образом, показано, что при системном и топическом введении рекомбинантного интерферона 2, обладающего известной противовирусной активностью, имеются еще и системные и, в особенности, местные интерферогенные (в отношении IFN) эффекты, что способствует активации макрофагов и NK-клеток, оказывающих цитотоксический эффект на инфицированные вирусом клетки. Через месяц после окончания лечения концентрация IFN в сыворотке крови не отличалась от значений здоровых женщин. У пациенток группы сравнения в этом периоде достоверных изменений в параметрах местного и системного иммунитета за исключением небольшого повышения в цервикальной слизи концентрации провоспалительных цитокинов выявлено не было.

Выводы:

В условиях манифестации рецидивирующей папилломавирусной инфекции в виде кондилом аногенитальной области у женщин наблюдаются выраженные дисфункциональные изменения со стороны общей и местной иммунной системы слизистой мочеполовой зоны, ведущей к снижению эффективности механизмов саногенеза в отношении вирусов и невозможности элиминации клеток ими инфицированных.

Предложен патогенетически обоснованный комплексный метод лечения манифестной рецидивирующей ПВИ у женщин, включаю-

щий наряду с современными традиционными методами удаления кондилом системное и топическое применение рекомбинантного интерферона 2.

Клиническая эффективность лечения рецидивирующего папилломатоза аногенитальной зоны предлагаемым методом при годичном мониторинге составила до 93%, что по проценту рецидивов является в 4,3 раза более эффективным, при сокращении сроков терапии и микробиологической санации очагов вторичной инфекции.

Предлагаемый метод комплексной терапии манифестного рецидивирующего аногенитального папилломатоза с использованием системного и местного применения рекомбинантного интерферона 2 приводит к элиминации клеток, инфицированных вирусом и, как следствие, повышает эффективность лечения, что подтверждается почти в три раза более высоким процентом негативации.

## **ИНФРАКРАСНАЯ ФУРЬЕ СПЕКТРОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Боровкова Л.В., Першин Д.В., Игнатьев А.А., Насонов С.В., Буланов Г.А., Загрядская Л.П., Ершова В.О.**

*Россия, Нижний Новгород, Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Кафедра акушерства и гинекологии ЦПК и ППС, ООО «Медицинская диагностика»*

Актуальность проблемы. Ежегодно в мире регистрируется 192 000 новых случаев злокачественных новообразований яичников и 114 200 смертей от них, в России эти показатели составляют 12 100 и 7800 соответственно. Злокачественные опухоли яичников встречаются у женщин всех возрастных групп, начиная с младенчества. В 2004 г. в России доля рака яичников в структуре злокачественных новообразований составила 3,2% в возрасте 70 лет и старше, 7,0% в возрасте 40-54 лет и 7,4% в возрасте 15-39 лет. Наиболее высокая заболеваемость (38,6%) отмечена в возрасте 65-69 лет. В 2004 г. в России от рака яичников умерли 7400 больных (5,7% женщин, больных злокачественными новообразованиями). В структуре умерших от злокачественных новообразований рак яичников стоит на 5-ом месте. В возрасте 40-69 лет он является причиной смерти 14% женщин, больных злокачественными новообразованиями. За период с 1999 по 2004гг. отмечен рост стандартизованного показателя смертности от рака яичников. Анализ данных о состоянии онкологической помощи больным злокачественными опухолями женских половых органов показал, что в 2004 г. в России доля морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников (85,4%) была ниже таковой при раке шейки матки (97,3%) и тела матки (96,0%). Распределение больных раком яичников по стадиям достоверно отличалось от такового при раке шейки и тела матки, характеризуюсь вдвое меньшей для опухолей I-II стадий у больных с впервые в жизни установленным диагнозом и преобладанием опухолей III-IV стадий. В связи с этим, представляет особую актуальность поиск диагностических критериев в ранней диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей яичников. Несмотря на внедрение в широкую практику таких методов как ультразвуковое исследование органов малого таза, рентген-контрастная томография, магнитно-резонансная томография, лапароскопия, исследование онкомаркеров сыворотки крови злокачественные опухоли яичников диагностируются в основном в поздних стадиях своего развития.

Цель исследования: определить специфичность и чувствительность инфракрасной Фурье спектроскопии сыворотки крови в диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований женских половых органов.

Материалы и методы исследования. Проведено спектрометрическое исследование сыворотки крови у 152 больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями женских

половых органов, идущих на хирургическое вмешательство с гистологически верифицированным диагнозом. Группу контроля составили 50 пациенток с отсутствием каких-либо гинекологических заболеваний. Инфракрасная (ИК) Фурье спектроскопия сыворотки крови представляет собой изучение колебательных движений молекул в частотном диапазоне в области 400 -7800 см<sup>-1</sup> с определением высоты пиков полос поглощения с максимумами 1320, 1308, 1271, 1241, 1200, 1177, 1169, 1158, 1136, 1117, 1100, 1080, 1035, 982, 973, 943, 935, 891, с вычислением характерных комплексов пиков. Эти частоты и составляют инфракрасный (ИК) - спектр. ИК - свет имеет тот же частотный диапазон, что и колебательно-вращательный спектр молекул. Поэтому, при попадании ИК-излучения на молекулу, она поглощает излучение соответствующей частоты этого света, которое совпадает с частотами собственных гармонических колебаний молекулы. После поглощения этого света молекулярные осцилляторы будут продолжать колебаться на тех же частотах, но амплитуда их колебаний увеличится. Оставшийся свет, который не поглотится ни одним из осцилляторов молекулы, проходит через образец на детектор. Компьютер анализирует прошедший свет и определяет, какие частоты поглощены. Существуют табличные спектральные данные для тысяч органических веществ, которые могут быть использованы как эталоны для идентификации нужных соединений в любых смесях веществ, например в крови. В процессе исследований был создан банк фоновых значений колебательного спектра при различных патологических состояниях. Любые отличия от фона в каждом случае здоровья или патологии легко фиксируются и количественно характеризуются. В результате суммарное математическое выражение ИК - спектра крови пациента превращается в одну точку в 2-х, 3-х или n-мерном пространстве. При попадании этой точки в графически выраженную группу здоровья и регистрации ее в виде многогранника делается вывод о том, что болезнь отсутствует. При вхождении показателя пациента в плоский или пространственный «образ болезни» делается вывод о патологическом состоянии и степени его тяжести.

Результаты и их обсуждение. Предлагаемым способом была проведена диагностика 151 больным, из них злокачественные новообразования яичников у 19 женщин, злокачественные новообразования тела матки у 50 женщин, злокачественные новообразования шейки матки у 11 женщин, миома матки у 15 женщин, истинные доброкачественные опухоли яичников у 52 женщин, эндометриоз различной локализации у 5 женщин; а также диагностика 50 женщин разных возрастных категорий с отсутствием гинекологической патологии. В ходе исследования нами установлено, что контрольная группа характеризуется следующим комплексом пиков полос поглощения образца сыворотки крови с максимумами – 1308, 1241, 1200, 1177, 1136, 1117, 1080, 973, 943, 935 см<sup>-1</sup>. При наличии доброкачественных новообразований (фибромиома, эндометриоз, истинные доброкачественные опухоли яичников) установлены следующие характеристические комплексы пиков полос поглощения образца сыворотки крови с максимумами – 1320, 1241, 1200, 1169, 1117, 982, 973, 943, 935 см<sup>-1</sup>. У пациенток со злокачественными новообразованиями (рак шейки матки, тела матки, яичников) комплексы пиков полос поглощения распределились следующим образом: для рака шейки матки характерен следующий комплекс пиков полос поглощения - 1200, 1169, 1117, 1035, 982, 891 см<sup>-1</sup>, для рака эндометрия - 1320, 1241, 1177, 982, 973, 891 см<sup>-1</sup> и для рака яичников - 1320, 1271, 1169, 1158, 1117, 1080, 943, 935 см<sup>-1</sup>.

Выводы: нами установлено, что диагностическая точность ИК Фурье спектроскопии составила 80%, чувствительность – 88%. Таким образом, спектральный анализ сыворотки крови может использоваться в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований женских половых органов как скрининговый метод и рекомендован для широкого использования в клинической гинекологической практике.

# ВЛИЯНИЕ АНТРОПОТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ РЕСУРСОДОБЫВАЮЩЕГО РЕГИОНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Бочарова Г.П., Михеенко Г.А., Барановская Н.В.**

*Россия, Томск, Сибирский государственный медицинский университет*

Актуальность. В последние годы в России повсеместно отмечается отчетливая тенденция ухудшения состояния здоровья школьников и молодежи: к моменту окончания школы в среднем у 75% девушек диагностируются хронические соматические заболевания, а частота гинекологических заболеваний среди девочек-подростков достигает 65%. Структура гинекологической патологии подросткового возраста в настоящее время находится в стадии уточнения. В совершенно неудовлетворительном объеме и достаточно противоречиво представлены сведения о распространенности предменструального синдрома у подростков.

Отсутствие единой теории возникновения и многообразия клинических проявлений предменструального синдрома диктуют необходимость определения региональных особенностей влияния определенной категории факторов риска (биологические, социально-средовые, экологические) в развитии данной патологии.

Появление предменструального синдрома как отдельной нозологической формы подростковой гинекологической патологии только на протяжении последних двадцати лет позволяет определить значимость связи возникновения данной патологии с антропогенным загрязнением окружающей среды. На территории Томской области промышленное производство сосредоточено преимущественно в двух городах области – Томске и Северске, а более чем на 2/3 всей территории осуществляется интенсивная эксплуатация природных ресурсов двумя хозяйственными комплексами (нефтегазодобывающим и лесозаготовительным), в силу чего область имеет статус преимущественно ресурсодобывающей. Агропромышленное производство сосредоточено в основном в южных районах области на 4,5% территории, пригодной для сельскохозяйственного использования.

Цель настоящего исследования – определение влияния уровня техногенной нагрузки на частоту развития предменструального синдрома у подростков Томской области.

Материал и методы исследования. Проведено открытое одномоментное исследование посредством анкетирования 549 девушек 15-17 лет, представляющих репрезентативные группы и проживающих в различных районах Томской области.

Оценивались основные группы симптомов, характерные для предменструального синдрома: 1) нервно-психические нарушения; 2) наличие вегетососудистой дисфункции; 3) обменно-эндокринные нарушения, а также наличие соматической патологии

Критериями включения в группу с предменструальным синдромом были: 1) наличие циклического характера возникновения симптомов; 2) «светлый» промежуток между возникновением симптомов более 7 дней; 3) исчезновение симптоматики с приходом менструации или сразу после ее окончания.

Согласно классификации М.Н. Кузнецовой (1970), выделяли легкую и тяжелую формы предменструального синдрома.

Результаты исследования показали, что распространение предменструального синдрома среди подростков Томской области достигает 75,77%, при этом легкая форма диагностируется в 44,44% случаев, а тяжелая – в 31,33%.

На частоту данного заболевания влиял уровень урбанизации, так как у жительниц городов предменструальный синдром встречался статистически значимо чаще, чем у сельских жительниц – в 79,24% и в 68,84% ( $p < 0,05$ ). Несмотря на то, что удельный вес легкой формы в городской и сельской местности имел практически одинаковые величины (45% и 42,5% соответственно), частота тяжелого предменструального синдрома у горожанок (36,67%) значительно превышала сравнимый показатель среди их сверстниц, проживающих в сельской местности (28,84%;  $p < 0,01$ ).

В нефтегазодобывающих районах уровень распространения предменструального синдрома у подростков оказался наименьшим – 63,63%, легкая форма имела место в 41,81% случаев, а тяжелая – в 21,81%. Разница между сравниваемыми показателями лесозаготовительных и нефтегазодобывающих районов признана несущественной (соответственно 68,51%, 39,5% и 29,01%). Во многом это объясняется тем, что в двух районах Томской области активно представлены оба указанных вида хозяйственной деятельности.

Уровень встречаемости предменструального синдрома у подростков агропромышленных районов намного превышал показатели нефтегазодобывающих районов, за исключением удельного веса легкой формы данной патологии (соответственно показатели были равны 78,54%, 42% и 32,14%). Наибольшими оказались показатели районов с высоким уровнем развития промышленного производства (79,41%, 41,17% и 38,23%). При этом разница между показателями промышленных и аграрных районов признана несущественной, в то время как в ходе сравнения показателей промышленных и нефтегазодобывающих районов получены статистически значимые различия.

По данным Госкомстата Российской Федерации, в Томской области представлены пять категорий оценки гигиенической ситуации – от удовлетворительной до кризисной, что в целом позволяет определить высокий уровень антропогенного загрязнения. При проведении корреляционного анализа выявлена средняя степень зависимости ( $r = + 0,55$ ) между общей частотой встречаемости предменструального синдрома у подростков и степенью ухудшения гигиенической ситуации в том или ином населенном пункте. Однако, удельный вес каждой из форм указанной патологии в очень высокой степени определялся уровнем оценки гигиенической опасности: коэффициент корреляции ранга оценки гигиенической ситуации и уровня распространения легкой формы предменструального синдрома был равен – 0,71, а тяжелой формы + 0,74.

Было получено статистически значимое превышение частоты встречаемости предменструального синдрома и каждой его формы в районах с высоким уровнем антропогенного загрязнения по сравнению с районами с удовлетворительной гигиенической ситуацией. При удовлетворительной гигиенической ситуации распространенность предменструального синдрома была равна 71,14%, удельный вес легкой формы 66,26%, тяжелой – 34,34%. В районах с кризисной гигиенической ситуацией эти показатели соответственно составили 80,64%, 51,92% и 48,01% ( $p < 0,001$ ).

Выводы: На развитие предменструального синдрома у подростков влияет уровень урбанизации, наиболее часто это заболевание встречается на городских территориях.

Распространение предменструального синдрома среди подростков Томской области в значительной степени зависит от приоритета хозяйственной деятельности на территории проживания. Наименьшая частота распространения предменструального синдрома и особенно его тяжелой формы характерна для жительниц нефтегазодобывающих районов, а наибольшая – среди подростков промышленно развитых и аграрных районов.

Степень общего гигиенического загрязнения окружающей среды оказывает непосредственное влияние как на возникновение предменструального синдрома в подростковом возрасте, так и на формирование его тяжелых форм.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА АГНУКАСТОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

**Брюхина Е.В., Окраинская О.А.**

*Россия, Челябинск, ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования, кафедра акушерства и гинекологии*

В последние годы среди нарушений менструального цикла у подростков всё чаще регистрируется гипоменструальный син-



дром (Башмакова Н.В., Кучумова О.Ю., Матковская Л.И., 2003). Вторичная олигоменорея характеризуется появлением скудных или редких менструаций после ранее существовавшего нормального менструального цикла (№91.4 МКБ 10). Причин вторичного гипоменструального синдрома достаточно много: гипотиреоз, гиперпролактинемия, формирующийся поликистоз яичников, ускоренное снижение массы тела, острый или хронический стресс, ятрогенные влияния (в частности, длительный приём комбинированных оральных контрацептивов) и другие (Гуркин Ю.А., 2000). Несвоевременное лечение подобных нарушений может привести к серьёзным расстройствам репродуктивного здоровья в будущем. В тех случаях, когда причинами скудных менструаций является патология эндокринных желёз, достаточно хороший лечебный эффект достигается при проведении соответствующей гормональной терапии. Трудности в нормализации менструального цикла, как правило, возникают при коррекции вторичной олигоменореи, связанной со стрессами, ятрогенными, быстрым снижением массы тела или сменой места жительства (изменение часового пояса или географической широты). У этих подростков лечебные мероприятия включают устранение психотравмирующей ситуации, восстановление утраченной массы тела и проведение циклической витаминотерапии (витамины Е и С, фолиевая и глютаминовая кислоты) в сочетании с физиолечением (эндонозальная гальванизация с витамином В<sub>1</sub>), при необходимости седативные препараты. Эффективность такого лечения составляет 55-60%, в остальных случаях возникает необходимость в назначении гормональных препаратов. Для повышения эффективности негормональной терапии возможно использование растительных лекарственных средств, одним из которых является препарат «Агнукастон (Циклодинон)». Его компонентом является *Agnus castus* (прутняк), обладающий допаминергической активностью. На фоне приёма Агнукастона происходит нормализация соотношения гонадотропных гормонов и ликвидируется дисбаланс между эстрадиолом и прогестероном (Кулаков В.И., Прилепская В.Н., 2004).

Цель нашего исследования: оценка клинической эффективности препарата «Агнукастон» (Циклодинон) при лечении гипоменструального синдрома у подростков.

Материалы и методы исследования: обследование 38 девушек-подростков и наблюдение за ними в процессе лечения осуществлялось в Центре охраны репродуктивного здоровья подростков, созданного в Челябинске на базе кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ДПО УГМАДО. Основную группу составили 20 девушек в возрасте 15–18 лет с гипоменструальным синдромом, которые кроме общепринятой негормональной терапии ежедневно без перерыва принимали Агнукастон по 1 таблетке 1 раз в день утром в течение 4 месяцев. В группу сравнения мы включили 20 девушек, которые для лечения гипо- и олигоменореи получали циклическую витаминотерапию в сочетании с физиолечением по общепринятым рекомендациям.

Для оценки эффективности лечебных мероприятий у всех подростков изучали анамнез, уровень общего и полового развития, особенности становления менструальной функции, анализировали данные меноциклограмм, уровень гонадотропных и половых гормонов, а также данные ультразвукового исследования внутренних половых органов.

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных нами девушек выявлена экстрагенитальная патология: частые респираторные заболевания (92,1%), хронический тонзиллит (18,42%), нарушения функции щитовидной железы (23,68%), хронические колиты (13,15%). Пять человек (13,1%) в прошлом перенесли аппендэктомия, одна девушка страдает мочекаменной болезнью с явлениями дисметаболической нефропатии.

Физическое и половое развитие оценивали по данным антропометрии и выраженности вторичных половых признаков. Средний рост девушек составил 168,25 ± 3,7 см, а средний вес 58,62 ± 2,8кг. Эти показатели соответствуют региональным, а вот балл полового развития оказался ниже, чем у здоровых девушек этого возраста (7,2 ± 0,8).

Анализ сведений о становлении менструальной функции показал, что средний возраст менархе у обследованных нами девочек составил 12,75±1,3 года, что не отличается от показателей в нашем городе. Однако, почти половина из них (44,73%) имели нарушения менструального цикла с менархе: ювенильные маточные кровотечения были у 5, дисменорея у 16 девушек. На момент обращения за помощью выявлены следующие виды нарушений менструальной функции: гипо- и олигоменорея 14 (36,84%), опсоменорея – 8 (21%), дисменорея – 10 (26,31%) и вторичная аменорея 6 (15,78). Наиболее вероятными провоцирующими факторами развития гипоменструального синдрома явились: умственные перегрузки, возникшие в связи с поступлением в высшее учебное заведение, в сочетании со сменой бытовых условий (переезд в общежитие из родительского дома) – 18,42%, учёба или практика в других странах (смена часового пояса) 10,52%, косметические диеты - 31,58%, приём КОК с лечебной или контрацептивной целью более 2 лет – 26,31%. В пяти случаях провоцирующий фактор выявить не удалось. По тестам функциональной диагностики у 30 девушек (78,94%) выявлены ановуляторные циклы, у 2 – признаки недостаточности лютеиновой фазы. Показатели гонадотропных гормонов соответствовали нормативным данным для девушек этого возраста, уровень половых гормонов, как эстрогенов, так и прогестерона находился в пределах нижней возрастной нормы. Почти у половины девушек (47,37%) отмечена тенденция к гиперпролактинемии. При проведении ультразвукового исследования выявлено уменьшение размеров матки по сравнению с данными предыдущих ультразвуковых исследований, снижение толщины эндометрия до 2–4 мм, в ряде наблюдений (36,84%) отмечена поликистозная трансформация яичников.

При лечении 20 девушек кроме традиционной витаминотерапии и физиолечения мы использовали Агнукастон (основная группа), а группу сравнения составили 18 девушек, получавших стандартную терапию. Через 4 месяца наблюдения установлена нормализация менструального цикла у 15 (75%) девушек основной группы и у 11 (61,11%) в группе сравнения. Положительный эффект от негормонального лечения преимущественно достигли в тех случаях, где провоцирующим моментом нарушения менструальной функции явились психические и физические перегрузки, смена часового пояса, резкое снижение массы тела. Из 10 девушек, у которых гипоменструальный синдром развился после приёма КОК, в половине случаев наступила нормализация цикла при использовании Агнукастона. Наши наблюдения подтвердили хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов при лечении Агнукастоном.

Выводы: При коррекции гипоменструального синдрома у подростков (особенно связанного с психо-эмоциональными перегрузками и сменой часового пояса) целесообразно включать в комплекс лечебных мероприятий негормональный растительный препарат Агнукастон (Циклодинон), что способствует повышению эффективности терапии.

## УРЕАПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ – ВЗГЛЯД ГИНЕКОЛОГА

**Быковская О.В.**

*ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
РАМН, г. Москва*

Широкое распространение уреа- и микоплазм, частое их выявление при различных заболеваниях урогенитального тракта, бессимптомное носительство, недостаточное количество знаний в отношении эпидемиологии, неоднозначное мнение ученых о степени значимости данных микроорганизмов в генезе патологических состояний урогенитального тракта, вызывает большой интерес исследователей и практических врачей к изучению данной проблемы. Впервые описание уреаплазм и морфологии их колоний было сделано в 1954-56 гг. В 1974г. они были выделены в отдельный род *Ureaplasma*. При этом *U. urealyticum* – единственный вид, который выделяется из организма человека.

Как уже было отмечено, единого мнения по поводу значимости уреаплазм в развитии воспалительных процессов мочевого

тракта не существует. В литературе отмечаются два диаметрально противоположных взгляда на проблему. Часть авторов считает *U. Urealyticum* условно-патогенным микроорганизмом, комменсалом урогенитального тракта, способным при определенных условиях вызывать инфекционно-воспалительные процессы, чаще в ассоциации с другими микроорганизмами. Их оппоненты считают *U. Urealyticum* абсолютным патогеном, ответственным за развитие основных нозологических форм (уретрит, простатит, послеродовой эндометрит, пиелонефрит, патология беременности и плода, артрит, сепсис и др.).

По статистическим данным, частота колонизации мочеполювых органов у мужчин составляет 25%, у женщин – 80% (Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д., 1998г.). По данным о распространенности инфекций, передающихся половым путем, в мире *U. Urealyticum* обнаружена у 174 млн. человек (ВОЗ, 1999г.; Donovan B. Lancet, 2004). При этом в структуре воспалительных заболеваний органов малого таза на микобиоплазмозы как этиологический фактор приходится 12-20% случаев (ВОЗ, 2003г.). Важно отметить, что среди гинекологических больных частота выявления *U. urealyticum* составляет 49,5 – 55,4% по данным разных авторов. У пациенток репродуктивного возраста частота встречаемости *U. Urealyticum* составляет, по данным наших исследований, 22,3%. При этом в качестве моноинфекции уреоплазмоз выявляется в 37,5% случаев, тогда как при смешанном инфицировании в составе микробных ассоциаций – в 62,5% случаев, причем наиболее часто – в сочетании с *C. trachomatis* – 25-30%.

Для уреоплазм характерен преимущественно половой путь передачи инфекции, кроме того, они легко переносятся трихомонадами, сперматозоидами. Инкубационный период составляет в среднем 15-20 дней.

Факторами риска инфицирования *U. Urealyticum* являются молодой возраст женщин, раннее начало половой жизни, высокая сексуальная активность, большое количество половых партнеров, беременность.

Бесплодие женщин связывают с воспалительными процессами верхнего отдела гениталий, с развитием при этом аутоиммунных нарушений, а также с влиянием уреоплазм непосредственно на процесс пенетрации.

При угрозе прерывания беременности и воспалительных заболеваниях органов малого таза *U. urealyticum* определяется в 38,2-73,8% (для сравнения – при нормальном течении беременности в 11,8%). Отмечено, что при инфицировании *U. Urealyticum* во время беременности повышается риск преждевременного прерывания беременности (60%), преждевременного излития околоплодных вод, слабости или дискоординации родовой деятельности, хориоамнионита, в послеродовом периоде чаще возникает субинволюция матки, эндометриты, расхождение швов промежности.

Согласно данным литературы, при внутриутробном инфицировании *U. Urealyticum* частота заболеваемости новорожденных колеблется в пределах 5,3-32,6%. У новорожденных детей отмечена высокая частота развития острых пневмоний, хронических заболеваний легких, хронических аденоидитов, тонзиллитов, болезни гиалиновых мембран, менингитов, остеомиелитов, конъюнктивитов, в редких случаях - сепсиса.

Первичным очагом инфекции являются нижние отделы мочеполювого тракта. Основными жалобами пациенток при уреоплазменной инфекции являются: зуд, жжение, белесоватые слизисто-гнойные выделения из влагалища, дизурические расстройства разной степени выраженности. Воспалительный процесс редко протекает в острой форме, для него характерна высокая частота осложнений и значительная устойчивость к проводимой терапии. Часто бессимптомное течение, в результате чего уреоплазмоз выявляется поздно, в хронической форме, рецидивирует, возможно развитие многоочагового поражения (эндометрит, сальпингоофорит, уретрит).

Обязательному обследованию на уреоплазменную инфекцию подлежат: женщины с воспалительными процессами гениталий и их половые партнеры, пациентки с хроническими, рецидивирующими воспалительными процессами органов системы мочеиспускания, пациентки с отягощенным акушерско-гинекологическим

анамнезом, беременные женщины (в любом сроке беременности, при осложненном течении данной беременности). С целью диагностики применяются следующие методы: расширенная кольпоскопия (по показаниям), бактериоскопический, бактериологический методы, полимеразная цепная реакция, цитологическое исследование и/или гистологическое исследование биоптатов (по показаниям), оценка интерферонового статуса (при хронических формах воспалительного процесса, при микст-инфекциях).

Специфичность бактериологического исследования, основного метода исследования, от которого зависит тактика ведения пациентки с уреоплазмозом, составляет 100%. Оно включает проведение теста на уреазу (цветной тест) в жидкой среде с последующим культивированием на плотной среде, определение количества уреоплазм в исследуемом материале, определение чувствительности выделенных уреоплазм к антибиотикам.

Критериями назначения этиотропной терапии являются: клинические и лабораторные признаки воспалительного процесса органов мочеполювой системы, результаты комплексного микробиологического обследования с количественным обнаружением уреоплазм более 104 КОЕ/мл в титрах при культуральном исследовании, предстоящие оперативные или другие инвазивные процедуры на органах мочеполювой системы, бесплодие, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, осложненное течение настоящей беременности.

Этиотропная терапия предусматривает применение антибактериальных препаратов. При уреоплазмозе применяются препараты следующих фармакологических групп: тетрациклинового ряда, макролиды, фторхинолоны, аминогликозиды, азалиды. В настоящее время максимальная чувствительность *U. Urealyticum* отмечена к доксициклину (97,2%), джозамицину (96,7%), что подтверждено результатами исследований разных авторов в нашей стране и за рубежом. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что определение чувствительности к антибактериальным препаратам является приоритетным методом диагностики в отношении построения дальнейшей тактики лечения в каждом конкретном случае.

Лечение уреоплазменной инфекции должно быть комплексным, проводиться обоим половым партнерам, на весь период лечения и до получения отрицательных контрольных результатов необходимо применение барьерных методов контрацепции (презерватив) во избежание реинфекции.

## **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ**

**Быковская О.В.**

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН,  
г. Москва*

В России воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) встречаются у 60-70% амбулаторных и 30% стационарных гинекологических больных (Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1995; Краснопольский В.И. и соавт., 1997). Значительную долю ВЗОМТ составляют воспалительные процессы шейки матки - эндо- и экзоцервициты. Актуальность проблемы достаточно высока. Так, при наличии эндоцервицита у беременных повышается риск инфицирования амниона, хориона, околоплодных вод и плода, преждевременного прерывания беременности, осложнений в родах, послеродовом периоде, высокой заболеваемости новорожденного. Ряд авторов относит больных с хроническим эндоцервицитом специфической и неспецифической этиологии к группе риска в отношении развития рака шейки матки (Xiong N.H., 1993; Parashari A. et al., 1995; Краснопольский В.И. и соавт., 1997). Эндоцервицит считают одним из этиологических факторов бесплодия (Грищенко В.И. и соавт., 1981; Побединский Н.Н. и соавт., 1992).

Предрасполагающим фоном для развития воспалительного

процесса уреа- и/или микоплазменной этиологии является высокая частота эктопий шейки матки (10-15%) у молодых женщин и девушек-подростков, факторами, способствующими развитию цервицита, являются отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез (хроническая патология органов мочевыделительной системы – 46,9%).

По данным исследований, проведенных на базе Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии, в структуре патологических изменений шейки матки при уреоплазменной инфекции ведущее место занимают воспалительные процессы (экзо- и эндоцервициты) – 92,2%, из них эндоцервициты составляют 73,2%. В 30% явления цервицита наблюдаются на фоне эктопии. Характерна значительная устойчивость к проводимой терапии, частое бессимптомное течение, в результате уреоплазмоз выявляется поздно, в хронической форме, периодически рецидивирует, иногда при этом процесс становится многоочаговым, с развитием эндометрита, сальпингоофорита, уретрита, цистита.

Высокая частота латентного бессимптомного течения воспалительного процесса при уреа- и / или микоплазменной инфекции ведет к выраженному локальному снижению иммунитета, на фоне чего возможно более легкое присоединение любой специфической или неспецифической инфекции с быстрым развитием клинических проявлений, часто трудно поддающихся терапии, что является предрасполагающим фоном для развития рака шейки матки.

При длительном течении хронического цервицита уреа- и/или микоплазменной этиологии, при микст-инфекции, при наличии в анамнезе неудачных попыток лечения одним-двумя курсами антибактериальных препаратов, целесообразно включение в состав комплексной терапии иммуномодулирующих препаратов после предварительной оценки интерфероновой статус с определением чувствительности интерферонпродуцирующих клеток к ним.

Новый, но уже положительно зарекомендовавший себя препарат – галавит (ЗАО «ЦСМ «МЕДИКОР»), относится к категории синтетических (химически чистых) лекарственных средств. Препарат представляет собой натриевую соль 5-амино-1,4-диоксо-1,2,3,4-тетрагидрофталазина. Разрешен к клиническому применению с 1997 года.

Существуют следующие лекарственные формы препарата:

Инъекционная – в одном флаконе содержится 0,1г кристаллического порошка белого или слегка желтоватого цвета для приготовления инъекционной формы, выпускается по 0,1 №5;

Суппозитории ректальные – в одном суппозитории содержится 0,1г действующего вещества, выпускается по 0,1 №10.

Галавит разрешен к применению при гинекологических заболеваниях, в целом, и при воспалительных процессах специфической и неспецифической этиологии, в частности.

Основными мишенями действия являются звенья иммунитета – клеточный (макрофаги, нейтрофилы, Т-клетки – Т-хелперы, цитотоксические Т-клетки) и гуморальный (антитела, вырабатываемые плазматическими клетками, Ig M, Ig G, Ig A).

Галавит регулирует активность макрофагов и синтез цитокинов, повышает неспецифическую защиту организма за счет усиления фагоцитарной активности нейтрофилов, повышает уровень иммуноглобулинов при их недостаточности, регулирует пролиферативную активность субпопуляций Т-лимфоцитов, регулирует пролиферативную активность ЕК-клеток, стимулирует синтез интерферонов альфа и гамма, обладает антиоксидантным действием.

Галавит является единственным иммуномодулирующим препаратом, обладающим противовоспалительным действием, которое осуществляется за счет подавления избыточного синтеза активированными макрофагами противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ФНО- ) и индукции синтеза противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, (ИЛ-10). В результате происходит снижение степени интоксикации, продолжительности и выраженности воспалительного процесса.

Схема применения галавита такова: острый период – 0,2г в сутки однократно – первые 2 дня, затем – по 0,1г с интервалом 72 ч. Курс лечения – 15-25 инъекций. При хронических процессах: по 0,1г с интервалом 72 ч. Курс лечения – до 20 инъекций.

Препарат вводят внутримышечно, разводят в 2 мл воды для инъекций или 0,9% раствора хлорида натрия.

Результаты исследования по применению галавита при дистрофических заболеваниях вульвы в составе комплексной терапии свидетельствуют о высокой значимости хронической персистирующей инфекции в развитии дистрофических заболеваний вульвы, при этом происходит снижение иммунитета, нарушение микробиоценоза влагалища, что свидетельствует о целесообразности применения современных иммуномодулирующих препаратов. Положительные результаты проведенного исследования по применению препарата Галавит свидетельствуют о возможности и приемлемости его использования в терапии дистрофических заболеваний вульвы с целью повышения эффективности терапии патологического процесса.

Применение иммуномодулятора галавит способствует повышению эффективности комплексной терапии, сокращению длительности заболевания и увеличению продолжительности ремиссии, снижению курсовых доз антибиотиков, позволяет добиться лечебного эффекта в более короткие сроки.

Важно отметить «высокую коммуникабельность» препарата. Галавит хорошо взаимодействует со всеми антимикробными препаратами, интерферонами и их индукторами, повышает функциональную активность клеток фагоцитарной системы и др.

В частности, при цервицитах за счет иммуномодулирующего и противовоспалительного эффектов галавита его применение наносит «двойной удар», в результате чего достигается высокий клинический эффект.

Таким образом, высокая эффективность и хорошая переносимость позволяют рекомендовать галавит как иммуномодулятор в составе комплексной терапии для лечения и профилактики воспалительных процессов шейки матки, повышении эффективности терапии пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы.

## **ГИСТЕРОСКОПИЯ И ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

**Бычков В.И., Хоц Е.С.**

*Россия, Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра акушерства и гинекологии № 2*

Актуальность. Гиперпластические процессы эндометрия остаются одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. Своевременная диагностика гиперпластических процессов эндометрия имеет большое значение в связи с профилактикой онкологических процессов у женщин. Среди существующих методов диагностики патологии полости матки приоритет принадлежит гистероскопии и ультразвуковому исследованию как наиболее точным и информативным.

Цель. Оценить эффективность диагностики патологических процессов эндометрия у женщин с нарушением менструального цикла и у женщин с признаками гиперплазии по данным эхографии с помощью гистероскопии и ультразвукового трансвагинального исследования.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты обследования 85 женщин в возрасте от 26 до 70 лет. Все пациентки разделены на две группы: 1 группа - 40 пациенток, которым гистероскопия была выполнена в связи с признаками гиперплазии, выявленными при ультразвуковом исследовании, жалобы у них отсутствовали; 2 группа - 45 пациенток, которым гистероскопия была выполнена в связи с нарушением менструального цикла: менометроррагии – 21 пациентка (46,7%), гиперполименорея – 18 пациенток (40,0%), аменорея – 5 пациенток (11,1%), альгоменорея – 1 пациентка (2,2%). У всех женщин изучались осо-

бенности менструальной и генеративной функций, сопутствующие гинекологические заболевания, общесоматические заболевания; проведено общее клиническое обследование. Всем были произведены ультразвуковые исследования трансвагинальным доступом на аппарате Voluson 530D MT. После чего всем пациенткам выполнена диагностическая гистероскопия, с использованием операционного гистероскопа фирмы Karl Storz с раздельным выскабливанием полости матки и цервикального канала. Полученные образцы ткани эндометрия подвергали патогистологическому исследованию.

Полученные результаты. При анализе анамнестических и клинических данных в обеих группах был выявлен ряд особенностей. Раннее менархе (до 12 лет) отмечено у 2 (5,0%) пациенток 1 группы и у 4 (8,9%) пациенток 2 группы. Позднее менархе (после 15 лет) отмечено у 4 (10,0%) пациенток 1 группы и у 2 (4,4%) пациенток 2 группы. Нерегулярный менструальный цикл в ювенильном или репродуктивном возрасте имели 21 (52,5%) в 1 группе и 19 (42,2%) во 2 группе. При этом нарушение менструального цикла с менархе отмечено у 2 (5,0%) пациенток 1 группы и у 3 (6,7%) во 2 группе. Выскабливание в анамнезе отмечено у 8 (20,0%) в 1 группе и у 17 (37,8%) во 2 группе. После этого получали гормональное лечение 6 (15,0%) в 1 группе и 6 (13,3%) во 2 группе. Внутриматочную контрацепцию в прошлом использовали 6 (15,0%) пациенток из 1 группы и 7 (15,5%) из 2 группы.

При оценке характера репродуктивной функции выявлено, что первичное, либо вторичное бесплодие имели 6 (15,0%) в 1 группе и 2 (4,4%) во 2-й. Осложненные роды были у 6 (15,0%) в 1 группе и у 8 (17,8%) во 2-й. Аборты в анамнезе отметили 22 (55,0%) в 1 группе и 36 (80,0%) во 2-й группе; выкидыши 9 (22,5%) в 1 группе и 6 (13,3%) во 2-й. Воспалительные заболевания матки и придатков выявлены у 21 (52,5%) в 1-й и у 17 (37,8%) во 2-й. Миома матки и эндометриоз обнаружены у 22 (55,0%) в 1 группе и у 27 (60,0%) во 2 группе. Патология шейки матки в анамнезе и при первичном осмотре отмечена у 25 (62,5%) из 1 группы и у 30 (66,7%) из 2 группы.

У большинства обследованных женщин выявлен отягощенный соматический анамнез. Гипертонической болезнью страдали 14 (35%) в 1 группе и 12 (26,7%) во 2 группе. Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечены у 16 (40,0%) в 1 группе и только у 6 (13,3%) во 2 группе. Заболевания почек встречались лишь у 2 (5,0%) из 1 группы и у 6 (13,3%) во 2 группе. Заболеваниями молочных желез в анамнезе страдали 2 (5,0%) в 1 группе и 5 (11,1%) во 2 группе. Патология щитовидной железы имела место у 3 (7,5%) женщин из 1 группы и у 3 (6,7%) из 2 группы. Ожирение различной степени наблюдалось у 3 (7,5%) пациенток 2 группы, сахарный диабет – у 2 (5,0%) в 1 группе и у 3 (6,7%) во 2 группе.

В 1 группе были следующие ультразвуковые показатели: гиперплазия эндометрия – 18 (45,5%) случаев, полип эндометрия - 16 (40,0%), полип цервикального канала – 5 (12,5%), миома матки – 1 (2,5%). Гистероскопические заключения были следующие: гиперплазия эндометрия – 12 (30,0%), полип эндометрия – 20 (50,0%), полип цервикального канала – 7 (17,5%), миома матки -1 (2,5%). При гистологическом исследовании материала выявлено: гиперплазия эндометрия – 10 (25,0%) случаев, полип эндометрия – 22 (55,0%), полип цервикального канала – у 7 (17,5%), миома матки – 1 (2,5%) случай. В 32 случаях из 40 патология, выявленная по УЗИ, подтвердилась. Чувствительность ультразвукового метода составила 82,5 %. Гистероскопическое заключение подтвердилось гистологическим исследованием в 38 случаях из 40, чувствительность гистероскопического метода составила 95,0%. Во 2 группе по УЗИ выявлена следующая патология: гиперплазия эндометрия – 22 (48,9%) случая, полип эндометрия - 14 (31,1%), полип цервикального канала – 8 (17,8%), отсутствие УЗ патологии – 1 (2,2%). При гистероскопии выявлена следующая патология: гиперплазия эндометрия – 18 (40,0%), полип эндометрия – 15 (33,3%) случаев, полип цервикального канала – 11 (24,4%), отсутствие патологии – 1 (2,2%) случай. При гистологическом исследовании получены следующие результаты: гиперплазия эндометрия – 18 (40,0%), полип эндометрия – 15 (33,3%), полип цервикального канала – 12 (26,7%) случаев. В 40 случаях из 45 признаки патологии при УЗИ подтвердились

при гистологическом исследовании. Чувствительность ультразвукового метода во 2-й группе составила 88,9%. Признаки патологии, выявленные при гистероскопии, совпали с данными гистологии в 44 случаях из 45. Чувствительность гистероскопического метода во 2 группе составила 97,8 %.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило выявить высокую чувствительность как ультразвукового - 82,5% и 88,9% (соответственно в 1 и 2 группах), чувствительность метода в двух группах составила 84,7%; так и гистероскопического метода диагностики - 95,0% (в 1 группе) и 97,8% (во 2 группе), чувствительность метода в двух группах – 96,5%. Чувствительность методов в 1 группе пациенток ниже, чем группе женщин с нарушениями менструального цикла. В настоящее время не вызывает сомнений, что гистероскопия представляет наиболее информативный инструментальный метод диагностики состояний эндометрия и полости матки.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОНАДОТРОПИНОВ И ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ И БЕЗ НЕГО**

**Вагапова Л.Ш., Константинова О.Д. \*, Дарусенкова Н.Т.**

*Россия, Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия\*, Областной Центр Планирования Семьи и Репродукции*

Пубертатный возраст является критическим периодом, когда созревают механизмы циклической секреции гонадотропных гормонов, устанавливается правильное соотношение между ЛГ и ФСГ, созревают механизмы коротких и длинных обратных связей. При изменении содержания в крови тиреоидных гормонов большая часть половых гормонов выключается из сферы биологического воздействия, что по механизму обратной связи ведет к увеличению базальных уровней гонадотропных гормонов и истощает резервы гипофиза. В то же время известно, что условием начала и адекватного уровня полового развития является цикличность выделения гонадотропных гормонов, а не их тонический высокий уровень. Возможно, изменение тиреоидного статуса у подростков с НМЦ влияет на цикличность выбросов гонадотропинов.

Целью настоящего исследования явилось определение уровней гормонов щитовидной железы и гонадотропинов у подростков с нарушением менструального цикла, проживающих в промышленном регионе с умеренным йодным дефицитом.

Материалы и методы: Обследовано 102 девушки в возрасте от 15 до 19 лет с нарушением менструального цикла.

1 группу составили 47 девушек, получавших низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (от 3 до 24 циклов) с целью коррекции менструального цикла без предварительного исследования уровня гормонов крови (включая гормоны щитовидной железы).

2 группу составили 55 пациенток с нарушением менструального цикла, не получавшие лечения до обращения в Областной Центр Планирования Семьи и Репродукции.

В процессе работы изучались анамнестические данные подростков, оценивался уровень физического и полового развития, соматическое здоровье. Исследование концентраций гормонов аденогипофиза: лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина (ПРЛ), тиреотропного гормона (ТТГ); гормонов щитовидной железы: свободного тироксина (св. Т-4), трийодтиронина (Т-3), антиген к тиреоглобулину и тиреопероксидазе; стероидных гормонов: эстрадиола, 17-оксипрогестерона в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом. Проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы и органов малого таза на аппарате Medison SA 9900 PRIME с использованием линейного датчика частотой 10 МГц, абдоминального датчика со средней частотой 5 МГц, эндокавитального датчика переменной частоты сканирования от 5 до 9 МГц.

У пациенток, ранее получавших комбинированные оральные контрацептивы, гормональный статус определяли через 2 месяца после отмены КОК.

Результаты исследований. При изучении анамнеза было установлено своевременное менархе (11-14 лет) - у 78 человек, позднее менархе и задержка полового развития (15 лет и старше) отмечена у 21 девушки, раннее менархе (в 9-10 лет) - у 3 пациенток. Нерегулярный менструальный цикл с момента менархе до обращения к врачу сохранялся у всех девушек. Продолжительность менструального цикла от 14 до 37 дней отмечена у 21 (20,6 %) пациентки. Гипоменструальный синдром (цикл от 40 до 180 дней) выявлен у 81 (79,4 %), среди них длительные задержки менструации (от 90 до 180 дней), сменяющиеся маточным кровотечением отмечались у 11 (10,8 %) человек.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы у пациенток 1 и 2 группы выявило следующие изменения: - неоднородность структуры паренхимы (чередование участков с повышенной и пониженной эхогенностью) и псевдокисты при нормальном объеме щитовидной железы - у 27 (57,4%) и 47 (85,5%) девушек, диффузный зоб - у 2 (4,25%) и 7 (12,7 %), гипоплазия щитовидной железы - у 3 (6,4 %) и 1 (1,8 %) подростков соответственно. Узловой зоб выявлен у 15 (31,9 %) девушек 1 группы и 8 (14,5 %) пациенток 2 группы.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено увеличение яичников с множественными, небольших размеров, эконегативными включениями (поликистозные яичники) у 29 (61,7 %) пациенток 1 группы и у 34 (61,8 %) - 2 группы. Мультифолликулярные яичники обнаружены у 6 (12,76%) и 8 (14,5 %) девочек 1 и 2 группы соответственно. Гипоплазия матки 1-3 степени диагностирована у 25 (53,19 %) девушек, получавших препараты КОК. У пациенток второй группы в 16 (29,09 %) случаях также была выявлена гипоплазия матки, но преимущественно 1 степени.

Оценивая функциональное состояние щитовидной железы, выявлен повышенный уровень ТТГ у 15 (31,2%) пациенток 1 группы и у 18 (32,7 %) - 2 группы.

Изменение гонадотропной функции гипофиза, проявляющееся нарушением соотношения ФСГ/ЛГ разной степени выраженности выявлено в обеих группах: у 37 (78,6%) девушек 1 группы и 35 (63,6 %) - 2 группы. При гипотиреозе этот показатель не соответствует норме у 80% пациенток в каждой группе.

Сниженный уровень эстрадиола (от 15 до 30 пг/мл) отмечен у 5 (10,6 %) и у 2 (3,6 %) подростков 1 и 2 группы соответственно. Минимальные уровни эстрадиола от 30 до 60 пг/мл - у 18 (32,3%) девушек, принимавших КОК и у 15 (27,27 %), ранее не получавших лечение. Повышенный уровень 17- ОП от 1,1 до 3,84 нг/мл (норма до 0,8 нг/мл) обнаружен у 32 (68,08 %) девушек 1 группы, у 20 (36,36 %) - 2 группы.

Обсуждение. Период полового созревания является крайне важной фазой развития женского организма. От того, насколько полноценно у девочки протекает и насколько благополучно завершается пубертат во многом зависит окончательное становление репродуктивных функций, фертильность и детородный прогноз.

Результаты проведенного исследования показали, что у пациенток в периоде пубертата, страдающих гипотиреозом и имеющих нарушение менструального цикла, в 80% случаев имело место отклонение от нормального показателя соотношения ФСГ/ЛГ. Следует отметить, что применение гормональных контрацептивов с целью коррекции менструального цикла у пациенток с гипотиреозом не приводило к нормализации менструальной функции. Напротив, привело к постепенному уменьшению интенсивности менструальноподобных реакций вплоть до их прекращения (аменореи).

Известно, что дефицит тиреоидных гормонов приводит к изменению процессов синтеза, транспорта, метаболизма и периферических эффектов половых гормонов. Также при гипотиреозе нарушается овуляция и страдает продукция лютеинизирующего гормона (ЛГ). Следовательно у пациенток с нарушением менструального цикла необходимо одновременное исследование функции щитовидной железы и гонадотропинов для верификации причины нарушения менструальной функции и соответственно подбора

корректирующей терапии. Назначение препаратов КОК у подростков с целью регуляции менструального цикла должно быть четко обоснованным.

## РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ САЛЬПИНГООФОРИТАМИ

Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф., Зайнуллина Р.М.,  
Красильникова О.К.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Проблемы эффективного лечения воспалительных заболеваний женских половых органов (ВЗЖПО), несмотря на широкий арсенал различных методов, сохраняют свою актуальность. По данным различных авторов, количество больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов из всего количества гинекологических больных составляет 60-65%, из них до 75% - женщины репродуктивного возраста.

Установлено, что столь широкому распространению ВЗЖПО способствуют анатомо-физиологические особенности женских половых органов, использование внутриматочной контрацепции, наличие таких соматических заболеваний, как сахарный диабет, анемия, медицинские и социально-демографические причины.

В последние годы изменился характер патогенной микрофлоры. Чаще регистрируется полимикробная инфекция в виде аэробно-анаэробных ассоциаций. Подобные ассоциации, обладая эффектом микробного синергизма, способствуют снижению окислительно-восстановительных процессов в клетках тканей макроорганизма и, следовательно, благоприятствуют распространению воспаления.

Для консервативного лечения ВЗЖПО и реабилитации больных имеется широкий арсенал медикаментозных средств, включающий в себя антибактериальные и противовирусные препараты, иммунокорректоры, препараты для повышения неспецифической резистентности организма, нормализации обменных процессов. Однако, в последние годы увеличивается частота осложнений лекарственной терапии в гинекологии. Поэтому вполне оправдано возрастающее внимание клиницистов к немедикаментозным методам лечения. Среди негормональных методов реабилитации репродуктивной функции больных с хроническим воспалением придатков матки особого внимания заслуживает рефлексотерапия (РТ). Метод также используется для повышения репродуктивной функции женщин, работающих в экологически неблагоприятных условиях. Имеются сведения о существовании в организме функциональных систем, при рефлекторном воздействии на которые возможно изменить функциональную деятельность собственных регуляторных систем без использования гормональных препаратов и нормализовать гипоталамо-гипофизарно-гонадные взаимоотношения.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности реабилитации репродуктивной функции больных, страдающих хроническим сальпингоофоритом неспецифической этиологии с включением рефлексотерапии.

Под наблюдением находилось 46 женщин в возрасте от 22 до 36 лет с длительностью бесплодия от 2 до 10 лет. Кроме общепринятого гинекологического обследования проведено биохимическое исследование белковых фракций в плазме крови, электроэнцефалография, определялись гонадотропные и стероидные половые гормоны в плазме крови радиоиммунологическим методом.

Жалобы на первичное бесплодие предъявляли 16 женщин, на вторичное - 30. Нарушением менструальной функции страдали 17 больных. Гистеросальпингография выявила одностороннюю непроходимость маточных труб у 27 женщин, у 17 женщин диагностирован генитальный инфантилизм.

Недостаточность лютеиновой фазы подтверждены у 23 женщин, ановуляторные менструальные циклы у 28 больных. О снижении

гормональной функции яичников свидетельствовали исследования содержания эстрадиола и прогестерона в плазме крови, тесты функциональной диагностики, ультразвуковое исследование в динамике.

На электроэнцефалограммах обследуемых больных, на фоне низкоамплитудного альфа-ритма, регистрировались медленные, несинхронизированные тета- и дельта-волны.

До рефлексотерапии (РТ) всем больным проводилось неоднократное, безэффективное физиотерапевтическое, медикаментозное и гормональное лечение. Лечение акупунктурой проводилось двумя курсами, по 8-10 сеансов ежедневно, по 50 минут. Использовались точки на меридианах RP, V, F, R, VC. После лечения акупунктурой проводилась тонизация прижиганием (пять конусов) точки R13, а также специальной точки бесплодия, которая расположена на 5 см латеральнее точки VC4. В результате проведенного лечения у всех больных отмечалось улучшение общего состояния и настроения, нормализовалась функция яичников, прекратились симптомы предменструального синдрома, альгодисменореи, уменьшилась степень гипопютеизма. Исчезли нервно-психические нарушения, появилась тенденция к нормализации ЭЭГ. Восстановился высокоамплитудный альфа-ритм, исчезли патологические волны. После окончания лечения отмечалась нормализация белкового обмена в виде выравнивания альбумино-глобулинового коэффициента с 0,63 исходного до 0,9. После проведенной рефлексотерапии у 21 больной появилась овуляция, у 23 наступила беременность. У 18 больных беременность завершилась своевременными родами, у одной – самопроизвольным абортom, у 4 – беременность прогрессировала.

Осложнений при лечении не было, переносимость процедур хорошая.

Таким образом, включение акупунктуры в терапевтические мероприятия при нарушении репродуктивной функции повышает эффективность лечения при реабилитации женщин с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Описанный метод лечения представляет ещё один вариант, как самостоятельный и как дополнение к медикаментозной терапии, исключая гормональные воздействия на организм. Полученные результаты показали, что рефлексотерапия у больных с хроническими сальпингоофоритами повышает эффективность лечения, способствует улучшению обмена веществ, восстановлению менструальной и репродуктивной функций.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЖЕЛЕЗНОГОРСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 гг**

**Варавин И.И., Загуменный С.В., Зыбенко И.И., Сидоров Г.А.,  
Коваленко Б.С. Кисилёв И.Л.**

*Белгородский областной онкологический диспансер, Курский государственный медицинский университет, Курский областной онкологический диспансер*

Актуальность. Злокачественные опухоли половых органов и мочевыделительной системы являются постоянным объектом разностороннего изучения клинической онкогинекологии. Заболеваемость женщин продолжает расти. Как отмечает В.И. Чиссов, в 2002 году в Российской Федерации выявлено 453256 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (в том числе 237026 пациенток женского пола). Прирост абсолютного числа заболевших злокачественными новообразованиями составил по сравнению с 2001 г. 0,4%. Так, по данным М.И. Давыдова и Е.М. Аксель (2002), наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования репродуктивной системы. Опухоли половых органов при этом составляют 17% всех злокачественных новообразований.

На фоне огромного потока публикаций об увеличении доли заболеваний мочеполовой сферы настораживает факт продолжающегося их роста даже на фоне различного рода профилактических мероприятий. Причём, во многом это характерно не столько для крупных субъектов (региональный, зональный и т.д. уровень), сколько для конкретных регионов с той или иной специфической особенностью. Примером этого может являться Железнодорожный район Курской области, расположенный на территории Курской магнитной аномалии, где напряжённость магнитного поля в 5-6 раз превышает фоновые значения. В этом регионе заболеваемость злокачественными опухолями определенных локализаций значительно превышает аналогичные показатели по г. Курску и области, где напряжённость геомагнитного поля находится на уровне фоновых значений.

Целью работы явилась оценка частоты встречаемости отдельных форм онкопатологии мочеполовой сферы у женщин, проживающих на территории Курской магнитной аномалии.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены данные выявленной онкологической патологии (рака тела и шейки матки, яичников, наружных половых органов, мочевого пузыря и почек) у женщин Железнодорожного района Курской области за период с 2001 по 2005 гг. С этой целью проанализированы отчетная форма №35 («Отчет о больных злокачественными новообразованиями») и форма №7 («Сведения о заболеваемости злокачественными новообразованиями»). Статистическая обработка результатов исследования проводилась путём вычисления средней арифметической (М) и средней ошибки средней (m). Достоверными считались различия с вероятностью не менее 95% ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты. Прежде всего, необходимо отметить, что заболеваемость злокачественными новообразованиями жителей Железнодорожного района Курской области за период с 2001 по 2005 годы была достоверно выше, чем по области в целом. Так, с 2001 по 2005 годы заболеваемость по Курской области статистически достоверно не различалась и составила в среднем  $32,4 \pm 1,9$  на 100000 населения. Что же касается Железнодорожного района, то показатели заболеваемости за тот же период времени значительно различаются. Если в 2001 году показатель заболеваемости в Железнодорожном районе был ниже среднеобластного и составил 24,2, то к 2004 году он увеличился в 2,2 раза и был равен 52,9. В следующем 2005 году, хотя и наблюдалось снижение заболеваемости в исследуемом районе, она, тем не менее, составила 41,2 на 100000 населения и оставалась достоверно среднеобластного уровня. При этом население района в этот период было практически неизменно ( $17722 \pm 374,6$  человек).

На фоне общего роста заболеваемости злокачественными новообразованиями в Железнодорожном районе удельный вес рака половых органов и мочевыделительной системы у женщин снизился с 10% в 2001 и 2002 гг. до 5% и 6,8% соответственно в 2004-2005 гг. Однако в 2003 г. наблюдались максимальные значения данного показателя, составившие 15%. На протяжении всего изученного времени отмечался высокий процент рака тела и шейки матки. При этом пик поражений раком яичников также приходился на 2003 год и составил 60 % от общего числа выявленных заболеваний за отчетный год. Наряду с этим в данном регионе за исследуемый пятилетний период не было зарегистрировано ни одного случая рака наружных половых органов и рака мочевого пузыря у женщин. Рак почки среди женщин был выявлен лишь у 1 больной в 2005 году.

Вывод. На основании вышеизложенного можно сделать заключение о наличии региональных особенностей возникновения онкопатологии женской мочеполовой сферы в Железнодорожном районе, которые могут быть результатом влияния на организм женщины внешних факторов (аномального геомагнитного поля). Это создаёт предпосылки для углубленного изучения динамики заболеваемости в региональном аспекте.

# ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЗОТНО-ТЕРМАЛЬНЫХ ВОД В СОЧЕТАНИИ С МАГНИТО-ИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Вовницкая Л.А., Цаллагова Л.В., Мирзаева Л.М.

Россия, Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

В структуре гинекологических заболеваний хронический неспецифический сальпингоофорит занимает первое место. Его удельный вес составляет 65-70% и не имеет тенденции к снижению.

ХНСО - это длительное, постоянно рецидивирующее, полисистемное заболевание, которое характеризуется изменениями в маточных трубах, яичниках, матке и тазовой брюшине, а также вовлечением в цепь патологических реакций эндокринной, сосудистой, иммунной и других систем организма.

Использование только медикаментозных препаратов в лечении ХНСО ведет к положительному эффекту лишь у 50% больных. В связи с чем необходима разработка новых принципов немедикаментозной терапии, среди которых использование бальнеотерапии и преформированных физических факторов.

Целью настоящего исследования стало оценить эффективность лечения хронического неспецифического сальпингоофорита азотно-термальными водами в сочетании с магнито-инфракрасной лазерной терапией.

Под наблюдением находилось 60 женщин в возрасте от 21 до 38 лет, длительность воспалительного процесса от 3 до 10 лет.

Диагноз основывался на оценке анамнестических данных, ультразвукового исследования с доплерометрией, гистеросальпингографии и клинических анализов крови, мочи и вагинального отделяемого. У всех больных диагностирован неспецифический сальпингоофорит.

Больные были разделены на две группы: основная группа (40 больных) получали азотно-термальную бальнеотерапию в сочетании с МИЛТ, контрольная группа (20 больных) принимали азотно-термальную бальнеотерапию.

Азотно-термальная Белореченская минеральная вода в силу своего сложного химического и газового состава является активным раздражителем, вызывая глубокие биологические сдвиги в организме, способствующие рассасыванию патологических инфильтратов, экссудатов, разрыхлению соединительно-тканых образований и нормализации функций организма. Азотно-термальная вода применялась в виде общих ванн и влагалищных орошений. Минеральные ванны назначались температурой 36-37 градусов, продолжительностью 15 минут, а влагалищные орошения температурой от 37 до 42 градусов по Цельсию, на курс 10-12 процедур.

Магнитоинфракрасная лазерная терапия формирует значительный стимулирующий эффект на процессы регенерации, улучшает трофику тканей, восстанавливает микроциркуляцию крови и лимфы. Лечение проводилось аппаратом МИЛТА-Ф: частота 80 герц, мощность 70 мВт, экспозиция на одну зону 1-2 минуты.

В результате проведенной комплексной терапии азотно-термальные воды в сочетании с МИЛТ был достигнут выраженный обезболивающий, противовоспалительный, рассасывающий эффекты в 90% случаев, достоверное положительное действие на гемодинамику сосудистого бассейна малого таза отмечено у 70% больных. Улучшились показатели эндокринной функции яичников: количество больных с двухфазным менструальным циклом увеличилось на 40%.

Почти 100% женщин обеих групп имели нормализацию психоэмоционального состояния.

В контрольной группе обезболивающее и рассасывающее действие также было заметно, однако, результат менее выражен по сравнению с основной группой, получавшей бальнеотерапию в сочетании с МИЛТ.

Сочетанное использование природных физических факторов, направленных на коррекцию основных звеньев патогенеза ХНСО обеспечивает высокую терапевтическую эффективность (94,6%), что значительно повышает качество жизни больных неспецифическим сальпингоофоритом.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК ШКОЛЬНИЦ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Гаджиева А.Б., Хархаров А.Г.

Республиканский центр планирования семьи и репродукции Махачкала, Россия

Несмотря на сохраняющийся из года в год положительный прирост населения (+ 11,1), в республике все же отмечается тенденция снижения рождаемости. За 2005г. в республике родилось 40867 младенцев, что на 2,3 тысячи меньше, чем в 2000 году. Причем наибольшее снижение числа родившихся произошло в сельской местности. И все же, на фоне падения рождаемости – Дагестан пока еще сохраняет лидирующее положение по Российской Федерации.

С целью изучения репродуктивных установок, информированности и уровня знаний девушек-подростков в вопросах репродуктивного здоровья проведено анкетирование по специально разработанной в Республиканском центре планирования семьи и репродукции г. Махачкалы (РЦ ПСиР) анкете. Нашими респондентами стали 802 школьницы 9-11 классов сельских школ Буйнакского, Табасаранского районов и 618 учащихся г. Махачкалы.

Анкета включала в себя вопросы, отражающие отношение девушек к половой жизни, предупреждению нежелательной беременности, абортам, замужеству, рождению детей. Предпринята попытка узнать отношение девушек к введению в школе специального информативного курса по проблемам полового воспитания, репродуктивного здоровья, семейной жизни.

Благоприятным возрастом для замужества большинство опрошенных городских школьниц – 67% назвали интервал с 20 до 23 лет. Сельские школьницы приоритет отдали более раннему возрасту – 18-20 лет, таких – 56%. Отрицательное отношение к ранней половой жизни выявлено у 78,2% городских девушек и 82,4% сельских. Подавляющее большинство опрошенных (91,5%) считают, что половая жизнь должна быть начата со вступлением в брак.

Разделилось мнение опрошенных о количестве желаемых детей. Если в районе большинство – 93% указало – 3 детей, то в городе количество равномерно распределилось между 1, 2 и 3 детьми (соответственно 35%, 34% и 27%). Оптимальным интервалом между родами назвали срок в 3 года 44,8% сельских и 47,7% городских девушек. У 80% городских и 74% сельских девочек отмечено отрицательное отношение к абортам. Основным условием определяющим количество желаемых детей 73% школьниц городской местности и 56% сельской определили уровень материального состояния, и только 12% школьниц городской местности и 8% сельской отметили состояние здоровья.

Недостаточная осведомленность наблюдается у девушек о методах контрацепции. 61,6% сельских девочек знают о ВМС, всего 7,4% упомянули как метод контрацепции гормональную контрацепцию, 12,7% – спринцевание, 13,1% – презервативы. В школах г. Махачкалы несколько иная раскладка: о презервативах знают 86,1%, о ВМС – 44,8%, о гормональных таблетках – 27,5%

Также недостаточны знания девушек о заболеваниях, передающихся половым путем. Среди вышеуказанных инфекций в основном респондентки называют сифилис, СПИД и гонорею. О таких заболеваниях как хламидиоз, трихомоноз, уrogenитальный герпес и их осложнениях девушки не знают.

Большинство респондентов, 86% сельских и 77% городских ответили положительно на вопрос о введении в школах специального курса для подростков по вопросам полового воспитания, основ семейной жизни. Разделилось мнение о том, в каких классах более целесообразно проводить данные занятия. 59,1% районных школьников и 54,2% городских считают, что данный курс необходимо проводить в 10-11 классах, соответственно 39% и 44% указывают на более ранний срок – 8-9 классы.

Проведенное анкетирование позволяет считать, что в целях овладения девушками-школьницами старших классов знаниями в вопросах сохранения репродуктивного здоровья и полового воспитания необходима организация в школах специального курса.

Целесообразно привлечение к проведению занятий специалистов медицинских учреждений, в частности работников службы планирования семьи.

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ

Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Л.Ю.Ивкина

*Белгородский областной онкологический диспансер, отделение гинекологии; Курский государственный медицинский университет*

В общей структуре полинеоплазий злокачественные первично-множественные опухоли органов (ПМЗО) репродуктивной системы составляют 20%. Реальная опасность и клиническое значение ПМЗО женских половых органов обусловлены ростом заболеваемости и отсутствием тенденции к снижению смертности от рака гениталий.

Одной из самых распространенных опухолей женских половых органов является рак шейки матки. В настоящее время наметились общие негативные тенденции, касающиеся увеличения выявления запущенных стадий заболевания. Цель исследования: Анализ заболеваемости ПМЗО женской репродуктивной системы в период с 1981-2005 гг. по Белгородской области, для изучения возрастной динамики роста рака шейки матки, как самостоятельной опухоли, так и в составе полинеоплазий, а также возможности формирования групп риска.

Материалы и методы исследования: Проанализированы истории болезней пациенток, заболевших раком шейки матки (3469) для выявления динамики заболеваемости за период с 1981-2005 гг. в различных возрастных группах. Выделены 4 группы пациенток: I-15-29 лет; II-30-49 лет; III-50-69 лет; IV-70 лет и старше. В данных возрастных группах был проведен детальный анализ с выявленными полинеоплазиями с одной из локализаций опухоли в шейке матки (163 случая). Сопоставлены клинико-анамнестические данные, стадия выявленного заболевания, морфологическая структура опухоли, объем и характер проведенного лечения. Используются амбулаторные карты, истории болезни и первичная документация Белгородского областного онкологического диспансера за период с 1981-2005 гг.

Полученные результаты: При сравнении частоты возникновения рака шейки матки у женщин в различных возрастных группах за период с 1981-2005 гг. обнаружен рост заболеваемости в I возрастной группе (15-29 лет) на 43%; во II (30-49 лет) – рост на 16%; в III (50-69 лет) – снижение заболеваемости на 8,6%; в IV (70 лет и старше) – рост на 13,5%. В 70% случаев заболевания были выявлены во II и III стадиях, в 16,4% в I стадии, и в 13,6% в IV стадии.

Количество полинеоплазий с одной из локализаций опухоли в шейке матки за период с 1981-2005 гг. составило 163 случая. Распределение ПМЗО в 4-х возрастных группах за 20-летний период представлено следующим образом: в I группе – рост заболеваемости на 100%; во II группе – снижение заболеваемости на 17,4%; в III – рост на 0,2%; в IV группе – рост на 8,5%. При дальнейшем анализе выделено 6 основных групп полинеоплазий с одной из локализаций опухоли в шейке матки. 26,2% составили ПМЗО, сочетающие рак шейки матки и молочной железы, 22,6% – рак кожи, 14% – рак толстого кишечника, 11,6% – рак тела матки, 8,5% – рак желудка и 6% – рак яичников. При соче-

тении опухоли шейки матки с раком яичников и раком тела матки в 70% выявлены синхронные опухоли, причем в 70% морфологическая структура рака шейки матки при сочетании с раком яичников представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки, в остальных случаях полинеоплазий в 85% преобладают метастатические опухоли, а морфологическая структура опухоли шейки матки представлена в 97% плоскоклеточным раком. В 78% всех взятых полинеоплазий первичной опухолью явился рак шейки матки. Большое количество полинеоплазий данных локализаций выявлено в возрастной группе 50-69 лет и составило 65 случаев.

Выводы: Таким образом доказан рост как самостоятельного рака шейки матки, так и в составе полинеоплазий за период с 1981-2005 гг. Выявлен резкий рост заболеваемости в возрастной группе 15-29 лет. Показано, что в большинстве выявленных случаев заболевание диагностировано на поздних стадиях. Наибольшее количество случаев рака шейки матки как самостоятельной опухоли, так и в составе полинеоплазий, выявлено в возрастной группе 50-69 лет. Все вышеперечисленные факты требуют проведения активных профилактических и диагностических мероприятий при диспансерном наблюдении женщин данных возрастных групп.

## РАК ТЕЛА МАТКИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ

Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Ивкина Л.Ю., Тетерич Р.В.

*Белгород, Белгородский областной онкологический диспансер; Курский государственный медицинский университет*

В клинической онкологии изучение первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) является одной из проблем первостепенной важности. При рассмотрении механизма морфогенеза значительной части ПМЗО общепринято выделять группу гормонально-зависимых опухолей. В первую очередь это относится к неоплазиям женских половых органов, раку молочной железы и толстой кишки, в патогенезе которых выделяют общие факторы: ановуляцию, гиперэстрогению, гиперплазию тека-ткани яичников и эндометрия, а также ожирение и сахарный диабет. Наиболее высокая вероятность развития рака в тканях-мишенях, содержащих рецепторы к половым гормонам подтверждены В.М. Мирабишвили и соавт. (1987г.), которые свидетельствуют, что опасность развития рака толстой кишки у пациенток, излеченных от рака тела матки, в 179 раз выше, чем в популяции женщин старше 40 лет.

Цель работы – изучение 20-летней возрастной динамики роста рака тела матки, толстой кишки и их сочетаний.

Материалы и методы исследования: Проанализированы истории болезней заболевших раком тела матки (3666) и раком толстой кишки (2547) для выявления динамики заболеваемости за период с 1981-2005 гг. в различных возрастных группах. Выделены 4 группы: I-15-29 лет; II-30-49 лет; III-50-69 лет; IV-70 лет и старше. В этих возрастных группах был проведен детальный анализ с выявленными полинеоплазиями: 147 случаев ПМЗО с одной из локализаций в теле матки и 198 случаев с одной из локализаций в толстой кишке. Сопоставлены клинико-анамнестические данные, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, морфологическая структура опухолей, объем и характер проведенного лечения.

Использованы амбулаторные карты, истории болезни и первичная документация Белгородского областного онкологического диспансера за период с 1981-2005 гг.

Полученные результаты: При сравнении частоты возникновения рака тела матки в различных возрастных периодах женщин за период с 1981-2005 гг. обнаружен рост заболеваемости в возрастной группе 15-29 лет в 6 раз, в группе 30-49 лет в 1,6 раз, в группе 50-69 лет – в 1,7 раз, у женщин 70 лет и старше – в 4,4 раза.

Динамика заболеваемости раком толстой кишки за этот же временной период выглядит следующим образом: в I группе – рост заболеваемости в 2,3 раза, во II группе – снижение в 1,5 раза, в III группе – рост в 1,3 раза, в IV – рост в 4 раза.



Количество полинеоплазий сочетающих рак тела матки и рак толстой кишки за взятый временной период составило 32 случая. Распределение случаев ПМЗО данной локализации в 4-х возрастных группах за 20-летний период представлено следующим образом: В I группе отсутствие случаев ПМЗО; во II и в III группах-рост заболеваемости в 2 раза, в IV-рост в 3 раза. При дальнейшем анализе выявлено, что в 69% случаев первичной опухолью являлся рак тела матки, и в 31%-рак толстой кишки. В 78% ПМЗО отмечены метастатические опухоли со средним периодом возникновения второй опухоли в 7,8 лет от момента выявления и лечения первичной неоплазии. У 22% больных выявлены синхронные опухоли.

При сопоставлении локализации опухоли толстой кишки, возникающей, как вторая опухоль при первичной - в теле матки, выявлено одинаковое количество случаев (по 40%) рака ректо-сигмоидного отдела и поперечно-ободочной кишки, тогда как рак прямой кишки составил 20%. Средний период обнаружения второй опухоли составил 9 лет. При первичной опухоли в толстой кишке локализации распределились следующим образом: рак поперечно-ободочной кишки-66,7%; рак ректо-сигмоидного отдела-22,2%; рак прямой кишки-11,1%. Средний период возникновения опухоли в теле матки после лечения рака толстой кишки составил 8 лет.

Выводы: Доказан рост как самостоятельных злокачественных опухолей тела матки и толстой кишки, так и рост ПМЗО сочетающих данные локализации за период с 1981-2005 гг. Наибольшее количество ПМЗО выявлено в возрастной группе 50-69 лет. Среднее время возникновения второй опухоли у данной группы пациентов составило 8-9 лет после обнаружения и лечения первичной опухоли, что требует проведения активных диагностических мероприятий при диспансерном наблюдении женщин данного возраста.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА АЛЛОКИН- АЛЬФА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.

**Гайдуков С.Н., Комиссарова О.Н.**

*Россия, С.-Петербург, Кафедра акушерства и гинекологии  
СПбГПМА; Россия, С.-Петербург, НМУ МОЦ «Венус»*

Вирус папилломы человека (ВПЧ) в настоящее время считается основным этиологическим фактором развития рака шейки матки. Онкопатология шейки матки является не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. Выявлен ряд нарушений репродуктивной функции, ассоциированных с инфицированием шейки матки вирусом папилломы человека. Высокая контагиозность этой инфекции, рецидивирование, отсутствие специфических препаратов для подавления ВПЧ заставляют искать новые подходы к терапии этого заболевания.

Целью нашего исследования явилось влияние иммуномодулятора аллокин-альфа на эффективность лечения и частоту рецидива папилломавирусной инфекции шейки матки.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование женщин в возрасте от 18 до 45 лет. У всех пациенток имелись признаки ВПЧ-инфекции, диагностированной при расширенной кольпоскопии и подтвержденной цитологическим, гистологическим методом, а также ПЦР-анализом. По виду терапии все пациентки были разделены на две группы. В первой (17 чел) лечение проводилось противовирусным препаратом эпиген интравагинально 3-5 раз в день в течение 14 дней, всего 2 курса, во второй группе (18 чел) – комбинацией эпигена (1 курс) и аллокин-альфа подкожно (по 1 мг через день трижды). Эффективность лечения оценивалась дважды: через 6 и 12 мес. после окончания терапии с применением расширенной кольпоскопии, цитологии и ПЦР-типирования.

Результаты. Через 6 месяцев после окончания лечения ВПЧ-инфекция выявлялась у 4 пациенток первой группы (23,5%) и у 1

пациентки второй группы (5,5%), тогда как через 12 месяцев папилломавирус был обнаружен уже у 7 (41%) пациенток первой группы и также у 1 (5,5%) пациентки второй группы.

Выводы. Таким образом, применение иммуномодулятора аллокина-альфа позволяет добиться лучших результатов лечения и меньшую частоту рецидива папилломавирусной инфекции шейки матки, используя при этом более короткий и удобный для пациенток курс лечения.

## ОСОБЕННОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

**Галин А.П., Андреев С.В., Андреева Л.Л.**

*Россия, Сыктывкар, КНМЦ СЗО РАМН, Коми филиал ГОУ ВПО  
«Кировская государственная медицинская академия», ГУ «Коми  
Республиканский онкодиспансер»*

Актуальность. Опухоли яичников относятся к одному из сложных разделов современной онкологии. По данным МАИР, ежегодно в мире регистрируется более 160 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных опухолей этого органа [7]. В России ежегодно рак яичников выявляется более чем у 11 тыс. женщин. За последние 10 лет в стране произошел прирост заболевания на 8,5 % [2]. Рак яичников является одной из ведущих причин смертности больных со злокачественными опухолями женских половых органов, от злокачественных опухолей яичников умирает 47 – 57 % онкогинекологических больных [1].

Цель. Оценить заболеваемость раком яичников и выживаемость больных в Республике Коми, с учетом гистологического строения опухоли, возраста пациенток и стадии опухолевого процесса.

Материалы и методы. Для исследования использовали операционно-биопсийный материал и клинические наблюдения 79 женщин проходивших обследование и лечение в 2006 году в условиях КРОД, и данные сборника «Состояние онкологической помощи населению Республики Коми 1998 – 2005 г». Гистологическая форма неоплазм определялась в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей яичников № 9, Женева, 1977 [4].

Полученные результаты. В 2006 году в условиях КРОД проходили лечение и обследование 79 женщин со злокачественными образованиями яичников. Гистологическая форма неоплазм распределилась следующим образом: аденокарцинома составила 63,3 %; цистаденокарцинома – 15,9 %; не дифференцированные формы рака яичников – 12,6 %; опухоли стромы полового тяжа – 5%; текабластома, хориоэпителиома, цилиндромы, аденоакантомы – 1,3 % соответственно.

При определении возрастной градации установлено средний возраст - 56,2±1,61 года и частота встречаемости рака яичников составила в группе 41 – 50 лет – 27,8 %; 51 – 60 лет – 22,8 %; 71 – 80 лет – 20,2 %. В группе до 40 лет рак яичников выявлялся у 11,4 %. Больные проживающие в городах республики составили 64,5 %, сельские жительницы – 35,4 %. Анализ истории болезней показывает, что злокачественные опухоли яичников чаще возникают у женщин с ранним менархе и поздней менопаузой, поздним началом половой жизни или ее отсутствием, небольшим числом родов, наличием преморбидного фона в виде гиперпластических процессов в половых органах, обменных нарушений, отягощенного семейного анамнеза, что соответствует с данными литературы [6].

Анализируя стадии (FIGO, 1985) [5] развития рака яичников, получены следующие результаты: I стадия выявляется у 27,8 %; II стадия – у 13,9 %; III стадия – у 37,9 %; IV стадия - у 16,4 %; не дифференцированная стадия у 3,8 % больных. Эти результаты не согласуются с данными В.М. Мерабишвили и соавт., которые отмечают, что при диагностике рака яичников устанавливается преимущественно III и IV стадии опухолевого процесса [3]. Можно отметить, что у пожилых больных чаще диагностируются III и IV клинические стадии заболевания.

Основным методом лечения являлся хирургический с последующей химиотерапией – 46,8 %, химиотерапия в сочетании с гормонотерапией составила 16,4 % случаев. До госпитализации в КРОД

хирургический метод был использован у 26,6 % женщин. Основным объемом при оказании хирургического метода лечения были: пангистерэктомия с резекцией большого сальника в 31,6 %; надвлагалищная ампутиация матки с придатками с резекцией большого сальника – 20,5 %; аднексэктомия с резекцией большого сальника – 18,9 % случаев.

При оценке продолжительности жизни пациентов получены следующие данные: на момент проведения исследования умерло 20,3 % женщин, средняя однолетняя летальность за последние 5 лет составила 29,2 %, пятилетняя выживаемость – 52,5 %. В структуре смертности рак яичников составляет 2,1 %.

Охват женщин в Республике Коми профилактическими осмотрами направленных на выявление новообразований яичников составляет 69,4±2,3 %, частота выявляемости составляет 5,5±0,8 %.

Удельный вес впервые установленного диагноза 1-2 стадии составил 38,1±2,1 %; 3-4 стадии – 23,9±3,2 %.

Заключение. Таким образом, особенностями рака яичников в Республике Коми объясняются на наш взгляд следующими факторами:

- закономерное омоложение больных страдающих раком яичников;
- высокой частотой не дифференцированного рака яичников – 12,6 %;
- более поздняя диагностика запущенных форм рака яичников – 23,9 %

Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что на сегодняшний день лечение больных с раком яичников необходимо проводить с оценкой стадии болезни, гистологической структуры опухоли и степени ее дифференцировки. Учет этих факторов позволит назначать адекватное лечение и повысить выживаемость больных.

## ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРООБМЕННО-ЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ

Галкина Ю.В., Маринкин И.О., Пивень Л.А.

Россия, г.Новосибирск, Новосибирский государственный медицинский университет

Целью исследования явилась клиническая оценка больных репродуктивного возраста с нейрообменно-эндокринным синдромом.

В исследование было включено 70 больных в возрасте от 18 до 38 лет с НОЭС. Контрольную группу составили 30 здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом и отсутствием клинических и лабораторных признаков гиперандрогении и других эндокринных нарушений. Основными жалобами больных с НОЭС являлись нерегулярные менструации – у 51(73%) пациентки, прибавка массы тела – у 16(23%), отсутствие беременности в течение года регулярной половой жизни без предохранения – у 11(16%).

Из гинекологического анамнеза: у 51(72,8%) – нарушение овариально-менструального цикла по типу опсоменореи, у 5(7%) – аменорея вторичная, у 21(30%) – дисменорея, невынашивание беременности – у 8(11%), бесплодие – у 9(13%).

У всех больных выявлен отягощенный преморбидный фон: у 30 женщин(43%) – хронические заболевания ЛОР-органов, у 26(37%) – патология желудочно-кишечного тракта, у 21(30%) – заболевания мочеполовой системы, у 15(21%) – выявлена нейроциркуляторная дистония, сотрясение головного мозга в анамнезе – у 8(11,4%), хронические стрессы – у 3(4%).

Избыточная масса тела наблюдалась у 8 больных(11%), на что указывал ИМТ, равный 30,6±1,8. Увеличение массы тела, сопровождающееся развитием вторичной аменореи после перенесенных стрессовых ситуаций, отмечено у 3 чел.(4%), после перенесенных травм (сотрясение головного мозга) – у 8(11%).

По данным УЗИ молочных желез и маммографии – у 58 чел.(83%) фиброзно-кистозная мастопатия. При ультразвуковом исследовании органов малого таза – у 34(49%) выявлены поликистозные изменения яичников. В контрольной группе патологических изменений со стороны молочных желез и органов малого таза не выявлено.

Изменения кровенаполнения головного мозга по данным РЭГ обнаружено у 62(89%) больных с НОЭС, изменение электропроводности по данным ЭЭГ – у 68(97%). При обследовании гормонального фона у 61 чел.(87%) отмечено повышение 17ОН- прогестерона в 1,1- 8 раза(от 0,88 ng/ml до 6,4 ng/ml), у 29(41%) – повышение тестостерона в 1,1- 2,2 раза(от 4,15 nmol/L до 9,1 nmol/L), кортизола – у 36(51%) в 1,0- 1,8 раза (от 630 до 1128 nmol/L), повышение ДЭАС не выявлено ни у одной пациентки, отношение ЛГ/ФСГ более 1,8 обнаружено у 18 больных(26%), у 18 (26%) чел. – повышение концентрации пролактина в плазме крови в 1,1- 2,5 раза (от 566 mIU/L до 1316 mIU/L).

При исследовании липидного спектра крови у пациенток с НОЭС репродуктивного возраста выявлены следующие параметры: общий холестерин- 4,66±0,08 ммоль/л, триглицериды- 1,01±0,07 ммоль/л, ЛПВП- 1,03±0,03 ммоль/л, ЛПНП- 32,8±0,81 ед., коэффициент атерогенности равен 3,5±0,33. У пациенток контрольной группы гормональный фон соответствовал норме, а липидный спектр крови имел следующие значения: общий холестерин- 4,14±0,08 ммоль/л, триглицериды- 0,9±0,03 ммоль/л, ЛПВП- 1,32±0,03 ммоль/л, ЛПНП- 30,77±1,84 ед., коэффициент атерогенности равен 2,1±1,66.

Выводы:

Больные репродуктивного возраста с НОЭС часто имеют нарушения овариально-менструального цикла преимущественно по типу опсоменореи, аменореи и дисменореи, страдают невынашиванием беременности и бесплодием.

Избыточная масса тела не является частым симптомом НОЭС у женщин репродуктивного возраста.

Для больных с НОЭС характерна высокая частота фиброзно-кистозной мастопатии, поликистозного изменения яичников, умеренных нарушений активности клеток головного мозга и его кровенаполнения и ангиопатии сетчатки.

Для больных с НОЭС характерны изменения гормонального фона- повышение 17-ОН-прогестерона, тестостерона, кортизола, пролактина, увеличение соотношения ЛГ/ФСГ более 1,8.

Со стороны липидного спектра крови у пациенток с НОЭС репродуктивного возраста отмечена тенденция к увеличению уровня общего холестерина, а остальные показатели (триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, коэффициент атерогенности) соответствуют норме.

## СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ

Ганцев Ш.Х, Кулавский В.А, Кулавский Е.В, Фархутдинов Р.Р., Пушкарев В.А, Ручкин В.Н., Воробьев А.С

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет; Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ

Актуальность. В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к увеличению частоты гормонозависимых опухолей, и в первую очередь это относится к гиперпластическим процессам и раку эндометрия (РЭ). Несмотря на повышенный интерес к проблеме РЭ, вопросам морфо- и патогенеза, имеет место отставание в ранней диагностике этого заболевания.

Цель исследования. Оценить состояние свободнорадикального окисления (СРО) и антиокислительной активности (АОА) в ткани эндометрия при патологических процессах.

Материалы и методы. Обследовано 114 женщин в возрасте от 42 до 58 лет, из них больных раком эндометрия (высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномой) – 54, средний возраст 52,8 ± 1,3 лет; аденоматозом эндометрия – 28, средний возраст 50,3 ± 1,8 лет; 32 женщины без патологии эндометрия, средний возраст – 46,6 ± 1,7 лет. Патологические процессы эндометрия подтверждены гистологически. Биопсия для морфологического исследования взята из послеоперационного материала. Гистологически нормальный эндометрий диагностирован у 32 женщин, оперированных по поводу фибромиомы матки.

Была исследована люминол зависимая хемилюминесценция (ХЛ), характеризующая степень генерации активных форм кислорода гомогенатов нормального эндометрия, при аденоматозе эндометрия и раке эндометрия. АОА ткани эндометрия определялась по степени подавления ХЛ модельной системы, генерирующей активные формы кислорода (АФК).

Результаты. Как видно из таблицы 1, светосумма ХЛ при аденоматозе эндометрия увеличивается в 20 раз, максимальное свечение - в 12 раз, спонтанное свечение - в 10 раз. При раке эндометрия эти величины увеличиваются в 40, 30 и 24 раза соответственно.

Нормальный эндометрий снижает интенсивность ХЛ модельной системы в среднем в два раза, что свидетельствует о наличии АОА. При аденоматозе эндометрия интенсивность ХЛ модельной системы снижается в полтора раза, в то время как при раке эндометрия гомогенат ткани повышает интенсивность ХЛ, что показывает угнетение АОА.

**Таблица 1. Интенсивность люминол зависимой хемилюминесценции и определение антиокислительной активности гомогенатов нормального эндометрия, при аденоматозе и раке эндометрия**

Диагноз	Кол-во (N)	Средний возраст (годы)	ХЛ гомогената (усл. ед)			Снижение ХЛ (контроль 100%)	
			Свето-сумма	Спонт. свечение	Макс. свечение	Свето-сумма	Макс. свечение
Нормальный эндометрий (контроль)	32	46,6±2,4	2,43±1,18	0,44±0,03	0,54±0,04	57,12±8,16	46,07±3,07
Аденоматоз эндометрия	28	50,3±2,3	47,5±5,64***	4,48±0,56***	6,25±0,69***	83,53±6,96*	61,80±8,71
Рак эндометрия	54	52,8±2,8	94,7±7,83***	10,63±0,89***	15,48±1,29***	120,03±8,57***	80,35±10,54**

*N* – количество наблюдений

Примечание: - достоверные различия с группой контроля: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$  (критерий Стьюдента)

Таким образом, проведенные исследования показали, что развитие опухоли эндометрия увеличивает образование активных форм кислорода в гомогенате ткани эндометрия и одновременно снижается её антиокислительная активность. Это может служить дополнительным диагностическим критерием в клинической практике.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Гараева Г.В., Кульмухаметова Н.Г.**

Россия, Уфа, МУ ГКБ №8, гинекологическое отделение №2, Кафедра акушерства и гинекологии №2 БГМУ

Несмотря на большое количество исследований в последние годы, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) остаются наиболее актуальной проблемой в гинекологии, поскольку являются наиболее частой причиной нарушений менструальной и репродуктивной функции женщин. Среди 20-25% стационарных больных с воспалительными заболеваниями придатков у 5-9% возникают гнойные осложнения, требующие хирургических вмешательств. К наиболее грозным осложнениям относятся тубоовариальные образования, которые представляют собой тяжелый в диагностическом и клиническом плане процесс, протекающий с выраженным болевым, интоксикационным и метаболическим синдромом. По современным данным примерно в 50-60% случаев этиологическим фактором развития тубоовариальных абсцессов являются полимикробные ассоциации аэробов и анаэробов, у 20-30% - только аэробные, у 20% исключительно анаэробные микроорганизмы. Стратегия лечения данной группы больных строится на органосохраняющих принципах операций, но с радикальным удалением основного очага инфекции.

Целью нашего исследования явилось изучение современной диагностики и лечения тубоовариальных образований придатков

матки, основываясь на данных наблюдения и ведения больных с данной патологией во 2 гинекологическом отделении МУ ГКБ №8 г.Уфы за 2006 г, а также микробиологический мониторинг с целью ретроспективного анализа эпидемиологической ситуации в современном стационаре.

За 2006г. на базе отделения было пролечено 196 больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки, из них 33 (5,9%) - с тубоовариальными образованиями. Возраст наблюдаемых женщин варьировал от 16 до 56 лет, средний возраст составил 35-36 лет. Среди женщин преобладали лица рабочих специальностей и домохозяйки. Верификация диагноза проводилась по данным УЗИ, Доплерографии, гинекологического статуса, клинических методов исследования (ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови и т.д.), оценки общего статуса больного. Для выявления и уточнения этиологии воспаления проводились бактериоскопические и бактериологические методы исследования (посевы выделений из цервикального канала, уретры, экссудата из брюшной полости, полученного на операциях). Все женщины поступали с выраженным болевым и интоксикационным синдромом, длительность заболевания варьировала от 5 до 12 суток. Повышение температуры до 38° и выше было отмечено у 31 (93,9%) женщин. У 100% женщин старше 25 лет в анамнезе наблюдался хронический сальпингофорит с периодическими сезонными обострениями, у женщин раннего репродуктивного возраста эпизод заболевания в женской половой сфере был выявлен впервые, что пациентки связывали с недавним началом половой жизни. Наибольшая доля больных с тубоовариальными образованиями приходилась на поздний репродуктивный период (36-45 лет) – 13 человек (39,4%), причем у 4 из них развившихся на фоне ВМК. Следует отметить, что воспалительный процесс в данной группе протекал гораздо тяжелее, в 7 случаях осложнившись разлитым гнойным перитонитом. Второе место – 9 человек (27,3%) занимали лица раннего репродуктивного возраста (16-25 лет), 6 случаев (18,1%) – женщины старше 46 лет, 5 из которых применяли ВМК в анамнезе; 5 (15,2%) – 26-35 лет. В ОАК у всех больных наблюдалось повышение количества лейкоцитов крови выше 11 тыс. и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. С помощью УЗИ оценивалась распространенность воспалительного процесса, размеры тубоовариального образования, наличие свободной жидкости в малом тазу. Доплерография позволяла оценить состояние венозной системы (расширение, тромбоз вен), выраженное сужение артериальных сосудов, наличие очагов некроза.

Всем больным в предоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия на фоне динамического наблюдения. Предоперационная подготовка занимала от 4 часов до 7 суток. Интраоперационно у 26 (78,8%) пациенток диагностированы односторонние гнойные тубоовариальные образования, у 7 (21,2%) – двусторонние воспалительные опухоли придатков матки, осложнившиеся в 7 случаях разлитым гнойным перитонитом, в 9 – пельвиоперитонитом, 5 случаев абсцесса малого таза, 4 – вторичного аппендицита, 5 – оментита и 1 - сигмоидита. Всем пациенткам было проведено оперативное вмешательство в полном объеме: 27 (81,8%) – лапаротомическим доступом (нижнесрединная лапаротомия), причем 7 операций начинались с лапароскопии с последующей конверсией и 6 (18,2%) – лапароскопическим доступом. Дренажное (от 4 до 5 суток) осуществлялось при помощи трубчато-пленочных дренажей, проведенных к месту оперативного вмешательства через контрапертуру. В послеоперационном периоде проводилось лечение согласно современным принципам ведения. Осуществлялась этиотропная терапия, лечение эндогенной интоксикации и восстановление нарушенных функций органов (нормализация моторики желудочно-кишечного тракта, гепатотропная, общеукрепляющая, антианемическая терапия). Комбинированная антибактериальная терапия проводилась с учетом возбудителя двумя антибиотиками: цефалоспорины II или III поколений + аминогликозиды, защищенные пенициллины + линкозамиды 7-10 дней. Кроме того все получали Метрогил 300,0 мл/сут. в/в капельно в течение 5 дней. Для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений

применялись иммунокорректоры (тактивин, тималин, иммунофан, рекомбинантный интерферон). При анализе иммунограмм у 97% больных было установлено ослабление клеточного звена иммунитета на уровне системы Т-лимфоцитов. Поддержание В-звена гуморального иммунитета проводилась с помощью активного использования в раннем послеоперационном периоде эфферентных методов лечения (УФОК, лазерное облучение крови, лечебный плазмозерез). УФОК и эндоваскулярное лазерное облучение крови проводилось 20 и 5 больным соответственно со 2-3 дня после операции ежедневно 7-8 сеансов. В 7 случаях больным с разлитым гнойным перитонитом проводился лечебный плазмозерез 2-4 сеанса через 1-2 дня. Из физиотерапевтических процедур предпочтение отдавалось магнитотерапии на низ живота по 8-10 сеансов с экспозицией 15 минут с 8-10 суток после операции ежедневно всем больным.

При анализе результатов бактериологических исследований отделяемого из цервикального канала, уретры было выявлено, что в 27,2% пробах выделена кишечная палочка, у 42,4% больных высевались стрептококки нескольких разновидностей, причем у 24,2% - анаэробные, в 15,2% выделен *Staphylococcus aureus*, в 6% - *Candida albicans*, в 5,2% - *Enterococcus*, в 4% роста микрофлоры нет. Высев микроорганизмов из экссудата брюшной полости отмечен у 18 (54,5%) больных, в монокультуре – у 13 (39,4%), в ассоциациях – у 5 (15,1%). Среди выявленных микроорганизмов доминируют анаэробы (76,7%) наиболее частыми своими представителями в виде *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus* и *Peptostreptococcus*. В отношении аэробов 1 место по частоте занимала гр(-) флора, второе – стафилококки, третье – стрептококки. Все диагнозы у больных были подтверждены гистологически, следует отметить, что в 1 случае (3%) диагностирован гнойный абсцедирующий салпингоофорит на фоне актиномикоза. Сроки лечения больных в стационаре составляли от 16 (лапароскопические вмешательства) до 24 дней (в среднем 18,6 к/д), после чего пациентки направлялись с открытым больничным листом для дальнейшего наблюдения и реабилитации в женские консультации.

Таким образом, лечение больных с тубоовариальными воспалительными образованиями на базе МУ ГКБ №8 полностью соответствует современным принципам ведения. Следует отметить, что практически у каждой четвертой больной именно анаэробная флора послужила непосредственной причиной возникновения воспалительного процесса. Широкое внедрение лапароскопии (39,4%), эфферентных и физиотерапевтических методов лечения в раннем послеоперационном периоде способствует быстрому купированию остаточных явления воспалительного процесса, предупреждению послеоперационных осложнений, а также реабилитации и выписки больных из стационара в более короткие сроки.

## КОНЦЕПЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Гаспаров А.С., Тер-Овакян А.Э., Хилькевич Е.Г.**

*Россия, г.Москва, ГУ Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН*

В стационарах России в 2005г. проведено 8,6 млн оперативных вмешательств, из них 16,3% (1,4 млн) - в гинекологии. 110 тысяч операций проведено по поводу острых гинекологических заболеваний. Частота острых гинекологических заболеваний варьирует в очень широких пределах и составляют от 1 до 26% от общего числа пациенток гинекологического стационара. Структура ОГЗ по данным гинекологического отделения многопрофильной больницы представлена в следующем виде (диагноз верифицирован во время лапароскопии или лапаротомии): внематочная (эктопическая) беременность – 47%, острые воспалительные заболевания придатков матки – 24%, апоплексия яичника – 17%, перекрут при-

датков матки – 7%, миома матки с нарушением питания узла – 4%, перфорация матки, как следствие различных внутриматочных манипуляций – 1%

На ранний репродуктивный возраст, составляющий 18-25 лет, приходится 30% больных, на средний (25-35 лет) возраст – 42%, на старший (35-45 лет) – 18%, старше 45 лет – 10%. Четкие клинические проявления картины «острого» живота, сопровождающиеся кровотечением и острыми болями, имеют 23% больных. 77% женщин имели латентные, стертые, малосимптомные формы заболевания.

Анамнестические показатели репродуктивного здоровья больных с острыми гинекологическими заболеваниями указывают на значительное нарушение репродуктивной функции: искусственные аборты в анамнезе были у 73,2% больных; воспалительные заболевания внутренних и наружных половых органов – 67%; отягощенный акушерский анамнез – у 39%; полостные операции на матке и придатках – у 24%; использование ВМК - у 22%, бесплодие в браке – у 21,5%; невынашивание беременности – у 17%; внематочная беременность – у 9%. Лишь 15% женщин были практически здоровы.

В диагностике и лечении ОГЗ практически используются все методы современной медицины. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения вышеуказанных патологий делятся на диагностические процедуры минимального и максимального уровней.

Минимальные: анамнез; общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез; исследование при помощи зеркал; кольпоскопия; бимануальное гинекологическое исследование; цитология мазков (РАР-тест); клинический анализ крови, мочи; ультразвуковое исследование.

Максимальные: биохимический анализ крови; гемостазиограмма; анализ влагалищных выделений; бактериологический посев; исследование мочи на наличие беременности; исследование крови на -ХГ; рентгенологическое исследование; пункция брюшной полости через задний влагалищный свод; эндоскопия (лапароскопия и гистероскопия).

В идеале необходимо ставить вопрос о функционировании учреждения (выдача лицензии) в зависимости от возможности проведения минимального и максимального уровней отраслевого стандарта объемов обследования и лечения в гинекологии.

Различна диагностическая ценность методов обследования больных с ОГЗ. Так диагностическая ценность клинического обследования составила 52%; ультразвукового исследования - 68%; лапароскопического исследования - 99,5%.

Наличие в стационаре круглосуточной эндоскопической службы позволяет избежать всех вышеуказанных негативных явлений. При оказании экстренной хирургической помощи лапароскопия показана во всех случаях, когда дальнейшее обследование и лечение затруднено без прямого осмотра органов малого таза.

Абсолютным противопоказанием для проведения экстренной лапароскопии является геморрагический шок.

Актуальность разработки медико-организационных аспектов оказания помощи больным с ОГЗ обусловлена отсутствием четкого алгоритма обследования, временных параметров длительности этого обследования и отсутствием ответственности в работе различных подразделений ЛПУ. В связи с этим нами проведен анализ времени от момента появления первых симптомов заболевания до момента госпитализации (догоспитальная длительность ОГЗ), а также частоты диагностических ошибок.

Догоспитальная длительность заболевания у больных с ОГЗ в среднем составила  $14,8 \pm 0,8$  дня. Большая длительность догоспитального периода связана с несвоевременным обращением больных к врачу при возникновении первых симптомов заболевания (через  $7,1 \pm 0,6$  дня), а также необоснованно длительным обследованием и лечением в условиях женской консультации и поликлиники -  $7,3 \pm 0,6$  дня.

Догоспитальная длительность заболевания больных с ОГЗ с клинической картиной острого живота в среднем составила  $26,3 \pm 1,24$  дня, что почти в 3 раза дольше по сравнению с больными с ОГЗ со «стертыми, латентными, атипичными» формами заболевания

- 9,6±0,7 дня. У больных с ОГЗ и клинической картиной «острого живота» несвоевременная госпитализация приводит к прогрессированию заболевания до развития «острой» стадии.

Сравнительный анализ диагнозов направившего учреждения (женская консультация, поликлиника, скорая помощь) с хирургическим диагнозом (подтвержденным при лапаротомических или лапароскопических вмешательствах) выявил частоту диагностических ошибок в 26%.

При поступлении в гинекологический стационар несоответствие клинического диагноза с окончательным хирургическим диагнозом наблюдалось в 11% случаев. Полиморфизм клинической симптоматики, преобладание стертых, атипичных форм, стремительное прогрессирование заболевания, отсутствие возможностей проведения минимального и максимального уровней отраслевого стандарта являются объективными причинами ошибочной диагностики.

В ведущих гинекологических клиниках России и мира использование лапароскопии при ОГЗ составляет 70-95%. Точные данные по гинекологическим стационарам России отсутствуют. Выборочные результаты свидетельствуют о том, что использование эндоскопии при диагностике и лечении ОГЗ не превышает 3-10%. Таким образом, новый взгляд на оказание экстренной помощи больным с ОГЗ заключается во внедрении и использовании на всех медицинских этапах оптимального алгоритма обследования и лечения. Только современные технологии позволяют проводить органосохраняющие операции. Задача органов здравоохранения заключается в обеспечении безотлагательной доставки в хирургический стационар пациенток с подозрением на ОГЗ.

## **СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ**

**Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Бурлев В.А.**

*Россия, г. Москва, ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

В настоящее время, многими исследованиями доказано, что для функционирования очагов эндометриоза недостаточно одной имплантации, а необходим определенный уровень васкуляризации. При этом стимуляция ангиогенеза должна происходить либо в самих трансплантатах, либо в непосредственной близости от них. Как российскими, так и зарубежными исследователями выявлены достоверные изменения ангиогенеза, точнее, его проангиогенный сдвиг, у больных с эндометриозом по сравнению с показателями фертильных пациенток контрольной группы. Однако, до настоящего времени параметры оценки степени изменения ангиогенеза не учтены в традиционных алгоритмах обследования и ведения больных с эндометриозом и бесплодием.

Целью настоящего исследования явилось усовершенствование традиционного алгоритма ведения больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием с учетом современных знаний о ангиогенных факторах роста.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами, проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 60 пациенток репродуктивного возраста с перитонеальным эндометриозом и бесплодием. Контрольную группу больных составили 30 пациенток, которым производилась стерилизация маточных труб лапароскопическим доступом. Всем больным проводилось комплексное лечение в соответствии со стандартными схемами (лапароскопия в сочетании с агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов). Работа проведена в отделении реконструктивно-пластической и экстренной гинекологии ГУ НЦ АГ и П РАМН на базе городской клинической больницы №79 (г. Москва).

Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от формы активности перитонеального эндометриоза. Форму активности заболевания оценивали с использованием разработанной и апробированной балльной диагностической шкалы, в которую

были включены следующие параметры: клинические (характер бесплодия, характер и выраженность болевого синдрома (по Mac-Laverty C. M., Shaw P.W., 1995), наследственность); лапароскопические (цвет гетеротопий на брюшине) и лабораторные критерии состояния ангиогенеза. Анализ содержания сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР-А), 1 растворимого рецептора к СЭФР (рСЭФР Р-1), 2 растворимого рецептора к СЭФР (рСЭФР Р-2) в сыворотке крови и в ПЖ проводился с помощью иммуноферментного анализа с применением стандартных наборов (R&D systems, США). Проведение реакции и расчет результатов осуществляли в стандартных условиях согласно рекомендациям производителя. Все исследования проводились в лаборатории клинической биохимии ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

В исследовании проводилась оценка частоты наступления беременности в зависимости от формы активности заболевания.

Результаты исследования. Анализируя данные результаты у обследованных больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием и суммируя баллы полученных признаков мы выявили следующую закономерность: 33 пациентки из обследованных больных имели количество баллов, превышающее пороговую цифру 9, что соответствовало активной форме перитонеального эндометриоза. У пациенток с высокой степенью активности маточная беременность в течение 12-24 месяцев наблюдения наступила только в 37,5% случаев.

У 27 пациенток согласно предложенной классификации была выявлена неактивная форма перитонеального эндометриоза. Частота восстановления репродуктивной функции в данной группе больных составила 72,2%.

Особого внимания заслуживает анализ одного из ключевых показателей разработанной балльной диагностической шкалы – лабораторных критериев состояния ангиогенного баланса у больных с различными формами активности перитонеального эндометриоза. Ангиогенный баланс сдвинут в сторону активаторов у больных с активной формой ПЭ в 25 раз, с неактивной - в 4 раза в сыворотке крови. На локальном уровне также зарегистрирован проангиогенный сдвиг: в 2 раза у больных с неактивной формой ПЭ, практически в 4 раза – у больных с активной.

Таким образом, перитонеальный эндометриоз является гетерогенным заболеванием с широкой манифестацией клинических симптомов. Диагноз перитонеального эндометриоза невозможно поставить на основании 1-2 патогномоничных симптомов. Вместе с тем, возможно установить диагноз и определить степень активности процесса на основании совокупности признаков, полученных в результате комплексного клиничко-лабораторно-эндоскопического обследования с учетом выявленной значимости каждого из обнаруживаемых признаков.

Таким образом, проведенный анализ клиничко-лабораторно-эндоскопических показателей больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием, позволил не только выделить формы активности заболевания, но дал возможность прогнозировать вероятность восстановления фертильности. Полученные данные позволили рекомендовать усовершенствование традиционного алгоритма обследования и лечения больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием путем включения в него дополнительных специальных методов обследования: анализ содержания ангиогенных маркеров в сыворотке крови и перитонеальной жидкости и оценка цвета эндометриоидных гетеротопий на брюшине малого таза. Использование разработанного алгоритма позволит проводить комплексное обследование больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием с учетом современных знаний о роли ангиогенеза в развитии заболевания, выделять формы активности на основании балльной диагностической шкалы и прогнозировать частоту восстановления фертильности.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЗАЛАИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА**

**Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Будыкина Т.С., Горенкова О.С.,  
Кручинина Е.В., Алимова Н.Г.**  
*Россия, г. Москва, МОНИАГ*

В настоящее время острый кандидозный вульвовагинит (КВ) является одной из основных причин обращения женщин репродуктивного возраста за медицинской помощью. По данным литературы КВ в структуре инфекционной патологии нижнего отдела половой системы составляет от 26 до 45%, и к перименопаузе 75% - 80% женщин переносят в течение жизни хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза. При лечении неосложненного (острого) КВ большинство акушеров-гинекологов отдают предпочтение местным антимикотическим средствам. Интравагинальный путь введения препаратов предпочтительнее, т.к. создается высокая концентрация действующего вещества непосредственно во влагалище, колонизируемом грибами, при его минимальной системной абсорбции, что резко уменьшает нежелательные и побочные эффекты. В институте проводились постклинические испытания нового антимикотического препарата «Залаин», действующей основой которого является сертаконазол. Препарат выпускается в виде вагинальных суппозиториях и крема.

Цель. Оценить эффективность и переносимость антимикотического препарата «Залаин» при лечении острого кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста. Определить необходимость лечения половых партнеров при наличии острого КВ.

Материалы и методы. Всего было обследовано 40 женщин в возрасте от 20 до 41 года с острым КВ, средний возраст пациенток равнялся  $26,0 \pm 6,6$  лет. Критериями исключения являлись: хронический рецидивирующий кандидоз (более 4 эпизодов в год), бактериальный вагиноз, а также наличие инфекции, передаваемой половым путем. Диагноз КВ был поставлен на основании жалоб пациенток, результатов клинического и лабораторного обследования. Методом слепой выборки все пациентки были разделены на 2 группы: в 1 вошли 17 (42,5%) женщин, которые получали лечение острого КВ изолированно. Во 2 группу были включены 23 (57,5%) женщины, получавшие лечение совместно с половым партнером. До лечения использовались следующие лабораторные методы диагностики: микроскопия влагалищного мазка, окрашенного по Грамму, посев влагалищного содержимого на грибы рода *Candida* и флору, обследование на ЗППП методом РИФ. Через неделю и месяц после окончания лечения проводились контрольное обследование, включающее микроскопию влагалищного мазка и посев влагалищного содержимого на грибы рода *Candida*. Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований.

Результаты. При первичном визите все женщины предъявляли жалобы на зуд в области наружных половых органов и «творожистые» выделения из половых путей. Каждая третья пациентка отмечала умеренную болезненность в области наружных половых органов. При влагалищном осмотре гиперемия слизистых оболочек была у 87,5% женщин, отечность – у каждой второй пациентки.

Лечение проводилось по следующей схеме: назначался препарат «Залаин» 1 суппозиторий интравагинально, половым партнерам пациенток 2 группы было рекомендовано применение в течение 7 дней крема «Залаин».

До лечения при микроскопии влагалищного мазка количество лейкоцитов не превышало 20 в поле зрения, у всех пациенток были выявлены грибы рода *Candida*. На этом фоне в бактериальных посевах у 36 женщин (90%) была выявлена *Candida albicans*, у 3 (7,5%) – *Candida tropicalis*, у 1 пациентки (2,5%) высевалась *Candida glabrata*. Сопутствующая условно-патогенная микрофлора (*Staphylococcus epidermidis*) в незначительном количестве определялась у 4 женщин, что составило 10%. Отсутствие ЗППП у пациенток было подтверждено результатами обследования методом РИФ.

Через неделю после проведенной терапии 85% пациенток жалоб не предъявляли. Анализ лабораторных данных показал, что во влагалищном мазке и посевах грибы рода *Candida* отсутствовали, лейкоцитов было до 10 в поле зрения. У 6 женщин (15%) при микроскопии мазков было обнаружено незначительное количество мицелий гриба. В бактериальных посевах у этих пациенток были высеяны *Candida albicans*. Пять пациенток жалоб не предъявляли, одна – отмечала незначительное жжение во влагалище. Проведенный индивидуальный анализ показал, что 5 из этих женщин проходили курс лечения совместно с половым партнером, а 1 – получала терапию изолированно. Все пациентки получили второй вагинальный суппозиторий. При повторном исследовании микроскопическое исследование во всех наблюдениях дало отрицательный результат. При контрольном визите через месяц у 39 (97,5%) обследуемых пациенток жалоб не было. У одной пациентки (2,5%), которая проходила курс лечения совместно с партнером, через 4 недели вновь возникли жалобы на творожистые выделения из половых путей. При обследовании в мазке и посевах была выявлена *Candida albicans*, что было расценено как рецидив заболевания, который потребовал применения системных антимикотиков.

Ни одна женщина, независимо от того получала ли она терапию одна или с половым партнером, не отметила клинических проявлений баланита у партнера. Побочных и нежелательных эффектов при применении препарата «Залаин» не было.

Вывод. Препарат «Залаин» является высокоэффективным и безопасным средством для лечения острого КВ у женщин репродуктивного возраста и может быть рекомендован для широкого использования в практике акушеров – гинекологов. Проведенный ретроспективный анализ результатов лечения острого КВ препаратом «Залаин» изолированно или совместно с половым партнером не выявил достоверных различий. По нашему мнению при диагностировании острого КВ у женщины и отсутствии клинических проявлений у партнера проводить лечение пары целесообразно.

## **ГАЛАВИТ' В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ И В ПРОГРАММЕ ЭКО У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

**Гатаулина Р.Г., Ванько Л.В., Дуринян Э.Р., Ежова Л.С.,  
Палкина Н.В., Кулакова Е.В., Верясов В.Н., Менжинская И.В.**  
*ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
РАМН, г. Москва*

Развитие репродуктивных технологий и успешные результаты различных методов лечения бесплодия свидетельствуют об актуальности и возросшем интересе к проведению научных исследований по проблеме восстановления репродуктивной функции у пациенток с бесплодием. Иммунная система поддерживает генетическое постоянство организма, отличается своей генерализованностью и рециркуляцией по всему организму иммунокомпетентных клеток и высокой сложностью их взаимоотношений. Это положение верифицирует наличие полиморфных нарушений органов репродуктивной системы.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей препарата «Галавит» у женщин с сочетанной патологией репродуктивной системы в процессе подготовки к беременности и в процессе стимулирующей терапии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 108 женщин репродуктивного возраста, которым было проведено оперативное лечение (лапароскопия, лапаротомия). Пациентки были разделены на 2 группы: 96 женщин (1-я группа) с бесплодием и сочетанной патологией в малом тазу (наружный генитальный эндометриоз, миома матки, внутренний эндометриоз, доброкачественными образованиями яичников) и 12 женщин (2-я группа), у

которых кроме выше указанной патологии был выявлен спаечный процесс в малом тазу III –IV степени. Во 2-й группе “Талавит” применялся в программе ЭКО.

Средний возраст пациенток составил 29,3 + 3,4 года, длительность бесплодия - 7,1 + 3,4 года. В процессе обследования был использован широкий спектр клинично-лабораторных методов исследований: свертывающей системы крови (гемостаз), биохимические, эндокринные и иммунологические методы: системный и локальный иммунитет, интерфероновый статус, антитела к фосфолипидам, антитела к прогестерону (IgM и IgG), антиовариальные (общие) антитела, эхографические (щитовидная железа, молочные железы, органы малого таза). Изучены анамнестические данные. Длительность наблюдения после окончания комплексной реабилитационной терапии колебалась в пределах от 3-х месяцев до 1года. Продолжительность и методика введения препарата “Талавит” в процессе восстановительного лечения определялась индивидуально, в зависимости от выявленных системных нарушений. В среднем: 20 ампул на 1-й курс лечения, начиная с 5-го дня менструального цикла и 5-7 инъекций внутримышечно в цикле стимуляции овуляции, начиная с 1-го дня менструального цикла. В период введения “Талавита” проводился мониторинг органов малого таза с использованием эхографии.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ семейного анамнеза выявил отягощенную наследственность у 39% женщин, воспалительные и инфекционные заболевания установлены в 81,2% случаев. У каждой второй пациентки установлен отягощенный аллергоанамнез в виде поливалентной аллергии, что свидетельствует о наличии аутоиммунных нарушений у данного контингента больных. В процессе обследования у больных выявлены, сопутствующие изменения в системе гомеостаза: дисгормональные заболевания молочных желез (81,1%); для большинства пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников (69-89%) характерны метаболические расстройства (снижение концентрации в сыворотке крови ретинола, каротиноидов, альбумина, электролитов). У 78% больных диагностирован гипотиреоз и у 9,5% – аутоиммунный тиреоидит, что значительно выше по сравнению с общей популяцией -1,3%; патология эндо- и миометрия выявлена у 56,2% больных. В 50,6% случаев выявлено сочетание доброкачественных новообразований яичников с множественными миомами тела матки. В 9,8% диагностировали синдром Аллена–Мастерса, в 11,3% – диффузно-узловая форма внутреннего эндометриоза матки. Спаечный процесс в малом тазу диагностирован в 47,2%. Маточные трубы были вовлечены в спаечный процесс у 68,7% пациенток. Изучение показателей системного иммунитета выявило снижение относительного содержания Т-хелперов (CD4+) и увеличение процента В-лимфоцитов (CD19+), естественных киллеров (CD16+), Т-клеток, несущих -рецепторы, и уровня иммуноглобулинов классов М и А. Выявление статистически достоверного увеличения доли клеток, экспрессирующих активационные маркеры (CD25+, HLA-DR+), свидетельствует о нарушении регуляторных процессов на системном уровне. Изучение состояния локального иммунитета (перитонеальная жидкость) у больных с сочетанными нарушениями репродуктивной системы выявило существенные изменения, заключающиеся в увеличении относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), при одновременном снижении и Т-хелперов (CD4+), и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+), и снижении содержания В-лимфоцитов (CD19+), и естественных киллеров (CD16+). Повышение содержания Т-лимфоцитов в ПЖ коррелирует со степенью тяжести патологических изменений в перитонеальной полости. Наиболее выраженные отклонения обнаружены в содержании перитонеальной жидкости CD16+- клеток, что, по-видимому, отражает иммуносупрессорное состояние. У больных исследуемых групп наблюдаются существенные изменения интерфероногенеза: выявлены значительное увеличение уровня сывороточного интерферона и резкое снижение интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов. Увеличение уровня антифосфолипидных аутоантител, чаще IgM-класса, и более часто к фосфатидилсерину и фосфатидилэтанолау выявляется в сыворотке и перитонеальной жидкости. Полученные результаты свидетельствуют, что бесплодие,

обусловленное сочетанием наружного или внутреннего генитального эндометриоза, спаечного процесса в малом тазу III –IV степени воспалительной этиологии сопровождается значительными изменениями во всех исследованных нами звеньях ИФН-статуса. При проведении исследования на чувствительность в обследуемых группах было установлено, что наиболее значимым иммуномодулятором является препарат “Талавит”. Наиболее характерным для данной группы больных является снижение уровней синтеза лейкоцитами ИФН и ИФН. Более того, после введения препарата “Талавит”, ИФН - синтезирующая активность возрастает и у многих пациенток достигает значений нормы за короткий период времени. Синтез ИФН также достигает нормальных значений значительно быстрее, чем при использовании других иммуномодулирующих препаратов. Результаты исследования антител к прогестерону выявили наличие повышенного уровня антител к IgM и IgG в сыворотке крови у женщин с эндометриозом различной локализации, воспалительными заболеваниями и сочетанными изменениями органов в системе гомеостаза (аутоиммунный тиреоидит и др). В этой же группе больных отмечен повышенный уровень концентрации антиовариальных антител в сыворотке крови. У женщин с диагностированным внутренним эндометриозом отмечалась положительная динамика при введении препарата «Талавит» в комплексную терапию по восстановлению репродуктивной функции. Сами пациентки отмечали изменение менструальных выделений, исчезновение мажущих выделений до и после менструаций, а по данным эхографии диагностировано уменьшение степени поражения внутренним эндометриозом миометрия, т.е. изменение структуры миометрия (нормализация). Положительная динамика была отмечена и в отношении роста эндометрия и фолликулов. Стимулирующее действие, по-видимому, обусловлено опосредованным иммуномодулирующим воздействием на яичники препарата “Талавит”, за счет так называемой “блокады” фактора аутоиммунного оофорита. Анализ результатов проведенного исследования позволил снизить дозы стимулирующих препаратов и повысить эффективность стимулирующей терапии.

Обобщая полученные результаты исследований и оценивая состояние репродуктивной системы, органов-мишеней, эндокринной и иммунной систем, метаболических процессов в исследуемых группах, мы пришли к заключению о наличии существенных нарушений гомеостаза у данного контингента пациентов, проявляющихся в виде полиморфных поражений различных систем организма, что свидетельствует в пользу аутоиммунного фактора в генезе нарушения репродуктивной функции.

## **ВОЗДЕЙСТВИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ НА НЕЙРОЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ**

**Гатина Г.А., Махмудова А.Р., Магомедханова Д.М.**  
*(Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА» ФАЭЗ СР, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета)*

Искусственный аборт является одной из самых распространенных операций в акушерско-гинекологической практике. Однако, несмотря на постоянное совершенствование методов оперативных вмешательств и обезболивания, при производстве аборта наблюдается немало осложнений, таких как кровотечения, воспалительные заболевания внутренних половых органов, дисфункция яичников, бесплодие, эндометриоз, внематочная беременность, при последующих беременностях и родах: невынашивание, предлежание плаценты, нарушение сократительной способности матки.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины.

Под наблюдением от 3 до 9 месяцев находилось 67 женщин после искусственного прерывания беременности в I триместре. В процессе наблюдения были использованы методы обследования:

общеклинический - измеряли артериальное давление и частоту пульса в динамике, клинические анализы крови и мочи, определяли вегетативные пробы, гирсутное число Голлвея-Ферримана, морфограммы и обследовали по тестам функциональной диагностики.

При общеклиническом обследовании у всех женщин патологии не обнаружено. Нейроэндокринные нарушения выявлены у 51 из 67 женщин, которые подразделялись на: эмоционально-вегетативные /слабость, раздражительность, депрессия, сонливость, непереносимость запахов и извращение вкуса/; расстройство мотивации /анорексия, булимия, жажда, повышение или понижение либидо/; вегетативно-сосудистые расстройства с нарушением функции кардиоваскулярной системы/, головная боль, головокружение, боли в сердце, тахикардия, обморок, экстрасистолия, брадикардия, похолодание и онемение рук и ног, чувство «жара»/; вегетативно-сосудистые расстройства с нарушением функции желудочно-кишечного тракта/, тошнота, отрыжка, икота, ощущение сухости во рту, слюнотечение, тенезмы и частое мочеиспускание, запоры, диарея, дискинезия кишечника, вздутие живота/, вегетативно-сосудистые расстройства с нарушением терморегуляции /познабливание, потливость, гипертермия, субфебрилитет, гипотермия/; аллергические проявления /аллергический ринит, боли в суставах, отеки век и лица/, обменно-эндокринные расстройства /рвота, «ватные» ноги, общая резкая слабость, зуд кожи, отеки, полиурия/. Данные нарушения существовали до» аборта и остались без изменения после перенесенной операции у 20 из 51 женщины, у 19 аналогичные нарушения впервые возникли после перенесенной операции, усиление и увеличение их количества произошло у 12. Проявление только одного из видов нейроэндокринных расстройств имело место у 10 женщин, сочетание двух видов у 14, трех у 11, четырех у 8, пяти у 7, шести у 1. Наиболее часто из них встречались эмоционально-вегетативные нарушения, расстройство мотивации, вегетативно-сосудистые с нарушением функции кардиоваскулярной системы, функции желудочно-кишечного тракта. У каждой третьей больной эти симптомы появлялись в основном в предменструальном периоде.

Наличие эмоциональных и вегетативных - сосудистых расстройств кардиоваскулярной системы, желудочно-кишечного тракта, терморегуляции и др. свидетельствует о заинтересованности в патологическом процессе кроме гипоталамуса также и лимбико-ретикулярного комплекса - центра надсегментарных структур вегетативной нервной системы, регулирующей висцеральные функции.

При изучении состояния вегетативной нервной системы у 67 больных, обследованных, с помощью вегетативных проб Даныни-Ашнера, холодовой, ортостатической было выявлено у всех понижение вегетативной реактивности.

При определении гирсутного числа Голлвея-Ферримана у 67 женщин его нормальные значения были отмечены у 24 /35, 8%/, пограничные у 30 /44, 8%/, увеличенные у 13 /19, 4%/. Из общего числа 7 женщин отметили усиление роста волос на теле, трое из них имели нормальные значения гирсутного числа.

Исследования морфограммы у 67 женщин показали изменения, характерные для нормальной морфограммы по А.М.Дошатовой, 1984, однако, достоверно увеличенными оказались расстояние между плечевыми костями и показатель высоты большого вертела от пола.

Менструальная функция до искусственного прерывания беременности у 67 женщин соответствовала: нормопонирующий тип имели 9 женщин, постпонирующий - 31, антепонирующий - 9, нерегулярный - 9. Несвоевременное поступление первой менструации после операции выявлено у 34 женщин. Изменение характера менструации отмечено у 33 женщин: олигоменорея - 10, гиперполименорея - 17, альгодисменорея - 6. У подавляющего числа женщин /28/ указанные нарушения длились в течении первых трех месяцев после аборта с последующей клинической нормализацией менструального цикла. Однако, у 5 женщин имело место стойкое изменение менструального цикла с нормопонирующего на постпонирующий тип. Дисфункциональные маточные кровотечения диагностированы у 2 женщин. При динамическом обследовании гормональной функции яичников в сроки от 3 до 9 месяцев по тестам функциональной диагностики было установлено наруше-

ние функции яичников у всех женщин, у 7 - ановуляция с гипофункцией яичников, у 60 - недостаточность 2 фазы.

Таким образом, появление и усиление нейроэндокринных нарушений после искусственного прерывания беременности в 1 триместре, изменение гормональной функции яичников, усиление андрогеновых влияний может свидетельствовать о функциональных изменениях в гипоталамусе и лимбико-ретикулярной комплексе.

## ИСКУССТВЕННОЕ БЕСПЛОДИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (медицинские и социальные аспекты)

Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., Новиков Е.И.

г. Санкт-Петербург

Ведущим фактором социального благополучия является обеспечение необходимых условий для рождения поколения здоровых детей, что в значительной мере определяется репродуктивным здоровьем населения. Особое функциональное предназначение имеет детородная система женщин, которая осуществляет специфическое гормональное воздействие на собственный организм и вместе с тем оказывает генетическое и метаболическое влияние на развитие плодов и состояние здоровья новорожденных.

Большой и особенно умственно отсталый ребенок требует значительных моральных и материальных усилий, направленных на лечение, содержание, образование, компенсацию комплексов социальной неполноценности. Полная реабилитация больных детей нередко оказывается невозможной, и семья, как и все общество, пополняется инвалидами, неприспособленными к жизни личностями, болезненными и рано умирающими пенсионерами, что наносит существенный ущерб социальной и экономической политике государства.

Состояние детородной функции у современных женщин отличается крайним неблагополучием. Согласно опубликованным данным руководителей департамента здравоохранения МСРЗ в настоящее время около 70% беременных женщин имеют различные патологические состояния: анемию, гестоз, болезни почек, сердечно-сосудистой системы и др. Частота нормальных родов не превышает 31%. У больных матерей, как правило, рождаются больные дети. Из 1000 детей, родившихся живыми, 580 рождаются больными. [Шарапова О.В., 2003]. Каждая пятая беременность прерывается самопроизвольным выкидышем (ежегодно 170 тыс.) или преждевременными родами (ежегодно 63,5 тыс.) [Фролова О.И., Ильичева И.А., 2003].

Многолетнее изучение механизмов патогенеза, преморбидных и этиологических факторов репродуктивных потерь позволяет нам считать, что основной причиной неполноценной детородной функции современных женщин является искусственное бесплодие [Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 1996, 1999, 2000, 2002].

Искусственное бесплодие – это добровольный отказ здоровых женщин детородного возраста от регулярного деторождения, обусловленный главным образом материальным неблагополучием и отсутствием соответствующей социальной мотивации.

Состояние искусственного бесплодия достигается в основном посредством искусственного прерывания нежеланной беременности и широкого использования разнообразных противозачаточных средств. При любом варианте длительного ограничения детородной функции возникают болезненные состояния, которые неблагоприятно влияют на соматическое и репродуктивное здоровье женского организма. Это обусловлено нарушением универсального биологического закона, согласно которому долговременное ограничение функции любой системы организма неизбежно влечет за собой патологические изменения структуры органов, образующих эту систему. Примерами могут служить известные факты атрофии мышц при искусственном ограничении функции конечностей, или развитие атрофического гастрита в случае длительного голодания. Точно также при многолетнем искусственном ограничении детородной функции в яичниках, маточных трубах,



матке возникают преждевременные атрофические и диспластические изменения, которые способствуют развитию разнообразных гинекологических заболеваний, служат прерогативным фактором патологии беременности и родов, оказывают негативное влияние на состояние плодов и новорожденных.

Среди перинатальной патологии выделяется, так называемая, энцефалопатия новорожденных, которая связана с внутриутробными гипоксическими повреждениями головного мозга и в зависимости от тяжести патологического процесса влечет за собой адекватные нарушения психического развития детей и подростков. Наиболее неблагоприятные из них реализуются в виде алкоголизма, наркомании, социальной дезадаптации.

Кроме отмеченных медицинских последствий искусственное бесплодие имеет прямое отношение к современному демографическому кризису, неустойчивости малодетных семей, сексуальной распушенности, росту венерических заболеваний и т.д.

Усилия государства и общества, направленные на лечение больных детей и поддержку неблагополучных семей, не устраняют проблему низкого качества здоровья детей, поскольку не затрагивают основной причины – неполноценной детородной функции женщин. В связи с этим преодоление негативных последствий искусственного бесплодия является одной из наиболее актуальных задач современного общества и включает в себя государственные, медицинские и материнские факторы.

Государственные факторы касаются образования девушек-подростков, молодых женщин и супружеских пар по вопросам репродуктивного здоровья и безопасной беременности; создания школ и институтов профессионального материнства; адекватной материальной поддержки многодетных семей; прогрессивного увеличения срока декретного отпуска и т.д.

Медицинские факторы включают профилактическое медицинское обследование молодоженов; ограничение использования противозачаточных средств молодыми бездетными женщинами; медицинскую реабилитацию детородной системы при длительном искусственном бесплодии; рациональный медицинский подход при угрозе невынашивания беременности; индивидуальный подбор противозачаточных средств после завершения детородной программы; регулярное гинекологическое и онкологическое обследование женщин, находящихся в состоянии искусственного бесплодия. Это возможно при условии оснащения акушерско-гинекологических учреждений современным диагностическим и лечебным оборудованием в сочетании с высокой профессиональной квалификацией и материальной ответственностью медицинских работников за конечный результат.

Материнские факторы определяют ответственность беременных женщин за эффективное сотрудничество с женской консультацией и родильным домом – отказ от применения токсических препаратов (алкоголь, никотин, наркотики), своевременное обращение в женскую консультацию, строгое соблюдение назначений врача, материальную ответственность за конечный результат.

Таким образом, исправление последствий искусственного бесплодия в первую очередь должно идти по пути всемерного повышения качества здоровья беременных женщин. Рождение здорового поколения умственно полноценных детей позволит решить многие актуальные проблемы: избавиться от ряда социальных болезней (алкоголизма, наркомании, туберкулеза и т.д.); обеспечить рост интеллектуального уровня населения и соответствующее повышение производительности труда; восстановить положительный демографический потенциал; укрепить экономический и социальный статус каждой семьи и всего государства в целом. Попытки преодоления демографического кризиса только путем материальной заинтересованности женщин в повторном деторождении могут привести к заметному ухудшению показателей репродуктивных потерь – увеличению числа самопроизвольных выкидышей, рождению недоношенных младенцев, росту показателей перинатальной смертности...

## АНАЛИЗ ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Головнина И.В., Баженова Л.Г.

Россия, г.Новокузнецк, МЛПУ ГКБ №1

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и представляют собой одну из актуальных проблем гинекологии.

Больные с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляют до 30 % больных, направленных для лечения в гинекологический стационар (Сметник К.П. 2001г). Частота гнойных форм, требующих оперативного вмешательства, достигает 15-20 % (данные Р.В. Пилинга и Американского центра контроля за заболеваемостью).

Важная проблема – выбор оптимальной тактики лечения больных с гнойными воспалительными заболеваниями женских половых органов. Отсутствие эффекта или недостаточный эффект от проводимой консервативной терапии является показанием для хирургического лечения.

В каждом конкретном случае тактика лечения и выбор объема оперативного вмешательства индивидуальны, и зависят от тяжести, распространенности воспалительного процесса, возраста больной и необходимости сохранения детородной функции, риска возникновения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. Одним из важных вопросов при оперативном лечении – выбор хирургического доступа.

Целью исследования явилось проведение анализа лечебной тактики пациенток с осложненными гнойными формами воспалительных заболеваний матки и придатков в условиях экстренного оперативного отделения муниципальной городской клинической больницы № 1 г.Новокузнецка за период с 2002г. по 2005г.

Результаты исследования и обсуждение

За представленный период в гинекологическом отделении пролечено 2171 больная с воспалительными заболеваниями матки и придатков, что составило 36,7 % от числа больных, выписанных из отделения за 4 года. При этом результаты исследования установили отсутствие тенденции к снижению частоты госпитализации пациенток с данной патологией. В условиях гинекологического отделения больным с воспалительными заболеваниями традиционно проводилась антибактериальная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом, детоксикационная терапия с использованием методов эфферентной квантовой терапии (плазмаферез с инкубацией клеточной массы антибиотиками, лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови), иммунокорректирующая терапия.

В структуре воспалительных заболеваний стабильно высокой остается доля больных с осложненными формами, составляя в среднем 48,9 % (1062 больные). Из их числа 556 (52,3 %) больных были оперированы. Показаниями для оперативного лечения явились признаки перфорации гнойных опухолей придатков матки, генерализация воспалительного процесса с развитием перитонита, множественных межпетельных абсцессов, вовлечением клетчатки малого таза, септическое состояние, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

За исследуемый период в год оперировано от 115 до 161 больной, при этом отмечен рост числа оперированных больных из числа пролеченных с воспалительными заболеваниями. Из числа оперированных за 4 года больных подавляющее большинство составляли больные с гнойными tuboовариальными образованиями – 402 (72,3 %). Оперировано 65 больных с гнойным сальпингитом, осложненным пельвиоперитонитом, что составило 11,7 %. Остальным – проводилась санационная лапароскопия в связи с наличием гнойного сальпингита (16 %).

Внедрение в клинику эндоскопических методов оперативного вмешательства при различной гинекологической патологии позво-

лило пересмотреть подходы к хирургическому лечению осложненных форм воспалительных заболеваний матки и придатков. За исследуемый период значительно увеличилось число больных с воспалительными заболеваниями, оперированных эндоскопическим доступом. Количество чревосечений сократилось с 60 % до 37,9 %, число эндоскопических операций возросло с 40 % до 62,1 %.

При традиционном доступе оперативного вмешательства от 72,7 % до 85,4 % проводились радикальные объемы операций (экстирпация, ампутация матки с придатками). В эту группу вошли пациентки с двухсторонними гнойными tuboовариальными образованиями в придатках, часто осложненные перфорацией, перитонитом, параметритом, межпетельными абсцессами, с первичным вовлечением в воспалительный процесс матки после родов, аборт, внутриматочных манипуляций, вследствие применения ВМК. Использование ВМК у таких больных отмечено в 36,4 – 58,7 % случаев.

Лапароскопическим доступом проводились органосохраняющие операции: односторонняя аднексэктомия, сальпингоэктомия, сальпингитомия, вскрытия абсцессов яичников, сальпигоовариоадгезиолизис, санация брюшной полости, дренирование брюшной полости. Были оперированы женщины детородного возраста с пельвиоперитонитами на фоне гнойных сальпингитов, пиосальпинксами, трубно-яичниковыми воспалительными образованиями. Одним из критериев выбора данного доступа были возраст больных и необходимость сохранения детородной функции при отсутствии выраженных деструктивных изменений в матке и придатках. При анализе возрастных критериев при выборе оперативных вмешательств отмечено следующее. Среди больных оперированных эндоскопическим доступом женщины детородного возраста составили от 91,3 % до 97,9 %. От 42 % до 50,9 % пациенток, оперированных путем чревосечения, были женщины старше 40 лет.

Все больные оперированы в экстренном порядке. Путем чревосечения до суток оперировано от 76,2 % до 87,3% пациенток, эндоскопическим доступом - от 47,8 % до 56,9 % больных.

Выводы. Воспалительные заболевания женских половых органов составляют подавляющее большинство среди пациенток гинекологического отделения (34-46,2 %).

Больные с осложненными формами воспалительных заболеваний представляют значительную группу (45,4 % - 58,3 %) от числа всех пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Число этих больных не имеет тенденции к снижению в связи со многими факторами. За анализируемый период в отделении оперировано до четверти всех больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов. При этом значимо увеличивается число оперированных больных, что связано с ростом осложненных деструктивных форм.

Интенсивное развитие в клинике эндоскопических технологий в сочетании с рациональной антибактериальной терапией, комплексными методами экстракорпоральной гемокоррекции позволило пересмотреть подходы к оперативному лечению больных с осложненными формами воспалительных заболеваний женской половой сферы, увеличить число органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний матки и придатков необходимо продолжить поиск более совершенных методов подхода к решению этой проблемы.

## **ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Гончаревская З.Л., Ларионова М.Н.**

*Россия, г. Москва, Женская консультация № 1 ЮЗАО*

Воспалительные процессы половых органов занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек от 1-го месяца до 8-ми летнего возраста. Клиническое значение воспали-

тельных заболеваний половых органов (ВЗПО) девочек определяется не только их частотой, но и тем, что они могут быть причиной серьезных нарушений основных функций женского организма в зрелом возрасте. В понятие ВЗПО входят различные нозологические формы, в этиологии которых на ведущую роль в последние годы выходят микроорганизмы, относящиеся к условно-патогенной флоре. Наблюдается увеличение частоты и тяжести течения воспалительных заболеваний влагалища, что, очевидно, связано с широким распространением дисбиотических состояний, которые являются следствием неоправданного использования антибактериальных средств. Длительное и без контрольного применения антибиотиков может нарушать качественный или количественный состав микрофлоры влагалища и кишечника, что приводит к развитию дисбактериоза и микоза этих органов. Отмечается тенденция к возрастанию значения в патогенезе вульвовагинитов микробные ассоциации с участием 2-х и более возбудителей аэробного и анаэробного происхождения. Описанное положение заставляет искать новые терапевтические возможности при столь частом виде гинекологической патологии у девочек. Например, бактериофаги: стрептококковый, стафилококковый, клебсиеллезный, дизентерийный, поливалентный пиобактериофаг, коли, протейный, колипротейный и другие. Одной из областей использования бактериофагов является антибактериальная терапия, альтернативная приему антибиотиков.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения бактериофагов в составе комплексной терапии вульвовагинитов у девочек дошкольного возраста.

В 1-ой женской консультации г.Москвы за 2006 г. пролечено 78 девочек с вульвовагинитом с использованием в терапии бактериофагов. При проведении бактериологического исследования вагинальной флоры (качественного и количественного) в 87,1% (68 детей) были получены положительные результаты. Одновременно всем девочкам проводилось исследование кала на дисбактериоз. Необходимо отметить, что в большинстве случаев выделяемая флора была идентичной. Уровень обсемененности материала из влагалища в основном составлял 107 – 109. Наиболее часто выявляли *E. coli* в 35,3%, *Enterococcus faecalis* в 22,1%, *Proteus vulgaris* в 10,3%, грибы рода *Candida* в 5,8%. В 19,1% была выявлена микстная инфекция с участием 2-х 3-х и более микроорганизмов. В 16,2% выявленная флора была не чувствительна к антибактериальным препаратам и бактериофагам. В каждом исследовании независимо от выявленной микрофлоры определялась чувствительность к поливалентному пиобактериофагу и интестибактериофагу, и соответственно выявленной микрофлоре к колипротейному стафилококковому и стрептококковому бактериофагу. В 93% случаев чувствительность к поливалентному пиобактериофагу и интестибактериофагу была положительной. Поэтому они наиболее часто применялись в комплексном лечении вульвовагинитов, как для приема внутрь в терапевтических дозах так и местно.

Средняя продолжительность курса амбулаторного лечения составляла  $10 \pm 3$  дня. Все лечебные схемы предусматривали проведение частых разнообразных манипуляций в виде обмываний, сидячих ванночек, орошений, закапываний лекарств в половую щель, наложения аппликаций и т.п.

В период реконвалесценции проводилась терапия эубиотиками в течении 14-21 дня.

В ходе проводимого исследования было выявлено, что 88,5% случаев наступало полное выздоровление, в 11,5% отмечались повторные проявления воспалительных поражений половых органов на фоне экстагенитальной патологии. Ни в одном случае не было выявлено аллергических или каких либо других побочных реакций на применения бактериофагов.

Таким образом, обобщая наш опыт клинического применения бактериофагов, в составе комплексной терапии, лечения инфекционной патологии нижнего отдела половых путей, в частности вульвовагинитов, в том числе и смешанной этиологии, позволяет сделать вывод об определенных его преимуществах: уменьшение фармакологической нагрузки на организм девочек, снижение частоты осложнений и побочных реакций.

# ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ СОНОГРАФИИ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Горбунова Е.Е., Прокопьева Т.А.

*Ижевская государственная медицинская академия*

Особенностью пролиферативных процессов эндометрия в постменопаузе является не только высокий риск малигнизации, но и то, что пик заболеваемости раком тела матки приходится именно на этот период (Вихляева Е.М., 1997, Каку Т., 1996). Заболеваемость раком эндометрия в возрастном интервале от 40-44 лет до 50-54 лет делает резкий скачок, увеличиваясь примерно в 4 раза, постепенно достигает пика к периоду 60-64 лет, после чего заметно снижается (Берштейн Л.М., 2004). Тенденции к снижению частоты патологии эндометрия в постменопаузе не наблюдается, поэтому своевременная диагностика внутриматочной патологии остается актуальной (Geidane B., 2000). Безусловно, решающим моментом диагностики патологических состояний эндометрия является гистологическое изучение полного его соскоба, позволяющее определить характер морфоструктурных изменений, тем не менее нередко возникает необходимость в доклинической диагностике гиперпластических процессов и рака эндометрия с использованием относительно простых и неинвазивных методик. Бесспорный приоритет среди последних принадлежит ультразвуковому сканированию.

Целью работы явилось определение возможностей сонографии в скрининге рака эндометрия и синдромной диагностике патологии эндометрия у женщин постменопаузального периода.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 119 историй болезней пациенток постменопаузального периода, находившихся в лечебных учреждениях г.Ижевска в течение 2004-2006 гг., причиной госпитализации явились выявленная при сонографии величина М-эхо более 5 мм и аномальные маточные кровотечения. Для изучения возможностей сонографии для скрининга рака эндометрия были проанализированы 54 истории болезни пациенток, не предъявлявших никаких жалоб со стороны женской половой сферы (1 группа). В рамках синдромной диагностики сонография выполнена 65 больным с аномальными маточными кровотечениями (2 группа). Диагностика патологии эндометрия проводилась на основании данных трансабдоминального (3,5МГц) и трансвагинального (5 МГц) ультразвукового исследования органов малого таза (Алока 500 и 1750). В последующем всем пациенткам выполнено раздельное диагностическое выскабливание полости матки с гистологической верификацией соскоба. Соответственно данные эхографического исследования анализировались с учетом результатов морфологии состояния эндометрия.

Результаты. Обследованные женщины были в возрасте от 45 до 76 лет, средний возраст составил 59,2±7,8 лет. Средний возраст наступления менопаузы – 50,3±3,4 лет. Длительность периода постменопаузы колебалась от 1 до 31 года, в 42,9% случаев длительность постменопаузы была до 5 лет, в 36,1% случаев составила более 15 лет. Анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что у пациенток преобладали интеркуррентные заболевания – хронический тонзиллит в 20,2% случаев; заболевания желудочно-кишечного тракта – гепатит, гастрит, холецистит – в 25,2%; ожирение – в 32,8%; заболевания сердечно-сосудистой системы – в 50,4%. Структура гинекологической заболеваемости была представлена воспалительными заболеваниями органов малого таза – в 63,0%; миома матки – 41,2%, нарушения менструальной функции в репродуктивном и перименопаузальном периодах составили 27,7%. Изучение особенностей менструальной функции показало, что у женщин изучаемой группы отмечено нарушение менструальной функции по типу менометроррагии в перименопаузе в 36,9% случаев. При анализе состояния репродуктивной функции установлено, что для пациенток характерно первичное и вторичное бесплодие (26,9%). Соотношение родов и абортот составил 1,6:2,7.

В 1 группе выявлены: рак эндометрия в 7,4% случаев, полип эндометрия – в 22,2%, железистая гиперплазия эндометрия – в 9,3%, атрофия эндометрия – в 27,8%, неинформативный соскоб – в 33,3%.

Во 2 группе выявлены: рак эндометрия в 13,8% случаев, полип эндометрия – в 18,5%, железистая гиперплазия эндометрия – в 12,3%, атрофия эндометрия – в 35,4%, миома матки – в 3,1%, неинформативный соскоб – в 16,9%.

Обращает на себя внимание высокий процент неинформативных гистологических заключений. Частота патологии эндометрия у пациенток постменопаузального периода на доклинической стадии заболевания составляет 43,7% (без учета неинформативных соскобов).

Выводы. 1. Частота и структура патологии эндометрия в постменопаузе не зависит от наличия или отсутствия клинической симптоматики.

2. Клиническая симптоматика у пациенток постменопаузального возраста не отражает наличия заболевания эндометрия, а отсутствие клиники не является свидетельством благополучия в инволютивном эндометрии.

3. В рамках первичной диагностики патологии эндометрия в постменопаузе проведения традиционной сонографии органов малого таза недостаточно. Целесообразно использовать современные технологии: цветное доплеровское картирование и гистероскопию с аспирационной биопсией.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИТАЛИИ

Грон Е.А.

*Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет*

Стажировка в контексте образовательной программы по гинекологии, организованной Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, исследовательским Фондом Эрнста Шеринга, представительством Шеринг в России, проходила в университетской клинике акушерства и гинекологии госпиталя Santa Maria Alle Scotte, Сиена, Италия (директор клиники – профессор F.Petraglia). Национальная система здравоохранения Италии, по сути, является государственной, финансирующейся из бюджета страны. Медицинская помощь оказывается бесплатно, включая рецептурные медикаменты, в том числе для лечения бесплодия. В спектр этих услуг также входит 3 попытки ЭКО классическим методом или ИКСИ. Исключение составляют женщины в возрасте старше 42 лет или с базальным уровнем ФСГ более 30 ЕД/мл. Отделение лечения бесплодной пары и вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является подразделением клиники акушерства и гинекологии (директор центра – профессор V.De Leo). Главным научным направлением клиники является изучение роли активинов и ингибинов в патологии репродуктивной системы (Petraglia F. et al., 2005).

Целью стажировки явилось получить опыт лечения бесплодия с целью повышения эффективности терапии на основе особенностей диагностики и тактики в зарубежной практике.

Практическое содержание опыта. Особенности ведения бесплодных пар заключались в следующем:

Для стимуляции множественного роста фолликулов используются только рекомбинантные гонадотропины, - и -фоллитропин. Клинический опыт центра, как и опыт других стран, не обнаружил значимых различий между активностью препаратов in vivo в количестве фолликулов и полученных ооцитов (Harlin J. et al., 2000). Препараты мочевых гонадотропинов вводятся в протокол только как альтернатива рекомбинантного ЛГ для пациенток со сниженным овариальным ответом.

Перед внутриматочной инсеминацией часто для стимуляции яичников используют протокол с малыми дозами рекомбинант-

ных гонадотропинов, которые вводятся при помощи специальной ручки, что позволяет точно рассчитать дозу и не требует приготовления для инъекции.

Для предотвращения преждевременного пика ЛГ в циклах стимуляции яичников применяют как агонисты, так и антагонисты ГнРГ. Использование антагонистов предпочтительно для предотвращения гиперстимуляции яичников в случае старшего репродуктивного возраста и высокого уровня базального ФСГ, когда доза гонадотропинов составляет 450-600 ЕД/день. В циклах у пациенток до 35 лет наибольшую эффективность показал длинный протокол с агонистами ГнРГ (применяется в 90% случаев), в то время как короткий протокол с агонистами ГнРГ предпочтителен у пациенток после 35 лет. Преимущества десенситизации гипофиза агонистами ГнРГ против антагонистов: большее количество фолликулов и ооцитов и большая толщина эндометрия, но худшее качество ооцитов и меньшее количество ооцитов в метафазе II (De Placido G. et al., 2006; Malmusi S. et al., 2005).

В противовес существующей позиции, что ВИЧ и HCV являются противопоказанием к ЭКО, клиника совместно с другими центрами в Италии (Флоренция, Милан) участвует в программе применения ИКСИ для серодискордантных пар, где мужчина-партнер инфицирован ВИЧ или HCV (Mencaglia et al., 2005). Цель программы – обезопасить женщину и будущего ребенка от инфекции.

Частота наступления беременности после ЭКО в клинике – 18%, что ниже европейских показателей – 25-30% (Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE). Это объясняется некоторыми серьезными проблемами применения ВРТ в Италии в связи с национальным законом 40 от 19.02.2004. В соответствии с этим законом невозможно производить донатию спермы и ооцитов, замораживание эмбрионов (кроме случаев гиперстимуляции яичников). Максимальное количество яйцеклеток, подвергнутых инсеминации – три, т.к. все, полученные в результате фертилизации эмбрионы, должны быть перенесены в полость матки, но не более трех. По этой причине предимплантационная диагностика не актуальна, т.к. даже в случае обнаружения генетического дефекта, трансфер должен быть произведен. В результате вышеуказанных причин невозможна полноценная селекция эмбрионов.

Выводы. Полученный опыт демонстрирует важность законодательной базы и организации медицинской помощи бесплодным парам, от которых зависит успешность работы центров ЭКО. Если проблемой России является меньшая доступность методов ВРТ из-за высокой стоимости этой услуги по сравнению со средним уровнем доходов населения и отсутствием ее поддержки программой обязательного медицинского страхования, то в Италии на сегодняшний день главная проблема – это торможение успешного развития ВРТ законами. Использование же ЭКО для пар с ВИЧ- или HCV-инфицированным партнером-мужчиной можно рассматривать в качестве хорошей перспективы профилактики заражения и в России, учитывая достаточно высокую распространенность этих инфекций.

## **ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ**

**Даташвили С.С. Цхай В.Б. Макаренко Т.А. Сарап П.В.**

*Россия, г.Красноярск, Государственная медицинская академия,  
МУЗ ГКБ №6 им. Карповича*

Актуальность: Воспалительные заболевания придатков матки являются одной из основных причин нарушения репродуктивной функции женщин, снижения трудоспособности, нарушения функций различных органов и систем организма. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки не только занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости, но и являются частой причиной оргоаноуносящих операций у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: оценка изменений показателей иммунного

статуса у больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов, осложненными пельвиоперитонитом.

Материалы и методы исследования:

Проведено комплексное обследование больных, прооперированных по поводу воспалительных тубоовариальных опухолей придатков матки. Первую группу составили 15 женщин, у которых интраоперационно выпота в брюшной полости не выявлено. Во вторую группу вошли 58 пациенток, у которых течение воспалительного заболевания придатков матки осложнилось гнойным пельвиоперитонитом. Показаниями к оперативному лечению являлись отсутствие положительной динамики на фоне комплексной противовоспалительной и антибактериальной терапии. При выявлении клинико-лабораторных данных пельвиоперитонита операции выполнялись в экстренном порядке.

Все исследования проводились в течение 1-3 суток с момента операции. Оценивались значения показателей интоксикации: лейкоцитарный индекс интоксикации по В. К. Островскому (ЛИИ); индекс стресса по Л. Х. Гаркави (ИС); абсолютное число лейкоцитов; показатели иммунного статуса: экспрессию CD-рецепторов с использованием моноклональных антител производства НПЦ «Медбио-спектр» и традиционно используемые показатели гуморального и фагоцитарного звеньев иммунной системы. Сравнительный анализ выполнен методами непараметрической статистики с использованием критерия Вилкоксона. Результаты дисперсионного анализа оценивались по величине критерия F по силе влияния признака.

Результаты исследования:

В ходе исследования получены следующие различия лабораторных показателей в исследуемых группах. Существенно отличались показатели ИЛ ( $0,33 \pm 0,05$  и  $0,25 \pm 0,03$ ;  $P < 0,05$  в первой и второй группах соответственно). ЛИИ во второй группе был несколько выше ( $4,81 \pm 0,48$  и  $3,28 \pm 0,57$ ;  $P < 0,1$ ), что свидетельствует о более высокой степени интоксикации. У больных с развившимся пельвиоперитонитом были ниже доля CD3+ лимфоцитов и их абсолютные числа ( $727,10 \pm 101,47$ /мкл и  $506,66 \pm 56,17$ /мкл;  $P < 0,05$ ), показатели экспрессии CD4- и CD8- рецепторов и абсолютные содержания этих клеток в крови ( $P < 0,05$ ). Отношения CD4+ /CD8+ были близки к единице и статистически достоверно не отличались в обеих группах.

Доля клеток, экспрессирующих рецепторы к провоспалительному цитокину ИЛ-2 (CD25+), была выше ( $P < 0,001$ ) во второй группе ( $F=5,84$ , сила влияния фактора =0,16). Число активированных лимфоцитов (CD38+) ниже в группе с более тяжелой патологией ( $409,40 \pm 44,25$ /мкл и  $232,65 \pm 23,96$ /мкл,  $P < 0,001$ ), что подтверждается результатами дисперсионного анализа ( $F=5,81$ , =0,15). Сочетание этого фактора со снижением концентрации холестерина в сыворотке крови при пельвиоперитоните ( $4,06 \pm 0,13$  ммоль/л в сравнении с  $3,41 \pm 0,20$  ммоль/л;  $P < 0,01$ ), свидетельствует о включении механизмов защиты мембранных структур. Значительно более высокими при развившемся пельвиоперитоните оказались уровни ИЛ-4 ( $9,11 \pm 1,02$  пг/мл в сравнении с  $5,14 \pm 2,28$  пг/мл  $P < 0,05$ ) и ИЛ-8 ( $221,48 \pm 12,53$  пг/мл в сравнении с  $55,16 \pm 10,86$  пг/мл;  $P < 0,001$ ). Продукция ИЛ-8 была тесно связана с развитием гинекологического перитонита ( $F=12,20$ , =0,32).

Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о более выраженной иммуносупрессии у пациенток с тяжелыми осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, что диктует необходимость интенсивной целенаправленной коррекции этих нарушений.

## **ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И АДЕНОМИОЗОМ**

**Джемлиханова Л.Х.**

*Россия, г.Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет*

Известно, что не менее 80% случаев доброкачественных гиперпластических процессов органов репродуктивной системы прихо-

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ МЕТОДОМ КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

Дикарева Л.В., Шварев Е.Г., Шрамкова И.А., Аюпова А.К.  
Россия, Астрахань, ГОУ ВПО «АГМА Росздрава», кафедра акушерства и гинекологии ФПО; ФГУ «Научно-исследовательский институт по изучению лепры Росздрава»

дится на сочетанные синхронные и метахронные процессы. Особую актуальность данная проблема приобретает в свете расширения показаний к проведению консервативных операций, в том числе в связи с широким распространением малоинвазивных методов оперативных вмешательств (лапароскопических, гистероскопических). В большинстве случаев необходимость проведения органосохраняющего хирургического лечения у женщин репродуктивного возраста связана с естественным желанием реализовать репродуктивную функцию; все чаще альтернативой радикальному хирургическому лечению миомы матки, выступают малоинвазивные органосохраняющие оперативные вмешательства даже если женщина не планирует в последующем беременность. В то же время, анализ данных, полученных после оперативного лечения и морфологического исследования операционного материала показывает, что не менее чем у 40% больных миома матки сочетается с аденомиозом, тогда как на дооперационном этапе сочетание миомы матки с аденомиозом выявлялось по данным традиционного клинического обследования не более чем у 15% больных. Допплерометрия маточного кровотока все шире используется при обследовании больных миомой матки. Имеются данные, позволяющие оценить уровень пролиферативной активности в узлах миомы на основании анализа данных доплерометрии и, соответственно, прогнозировать риск рецидивирования заболевания после консервативно-пластических операций. Однако, в литературе практически отсутствуют данные о параметрах кровотока и их диагностической ценности при сочетании двух заболеваний – миомы матки и аденомиоза. Расширение диагностических возможностей в подобной ситуации позволит оптимизировать тактику ведения больных в том числе за счет рационального планирования хирургического лечения.

Цель исследования: определение показателей кровотока в маточных артериях при сочетании миомы матки и аденомиоза.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 14 больных миомой матки без сочетанной гинекологической патологии (группа 1) и 11 больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза (группа 2): эхографический мониторинг органов малого таза с оценкой фазового состояния эндометрия и яичников; доплерометрия кровотока в артериях матки и яичников (определены показатели индексов сопротивления кровотоку в маточных артериях, спиральных артериях, яичниковой ветви маточной артерии, артериях миоматозных узлов); гормональное обследование; проведение корреляционный анализ показателей кровотока с уровнем половых стероидных гормонов. Всем больным было проведено хирургическое лечение с последующим гистологическим исследованием, проведенным относительно всех тканей органов репродуктивной системы.

Результаты исследования: при доплерометрии кровотока в маточных артериях больных в ранней фолликулярной фазе менструального цикла определены следующие показатели сосудистой резистентности в группе 1: пульсационный индекс  $1,72 \pm 0,06$  и индекс резистентности  $0,78 \pm 0,02$ , систоло-диастолическое отношение  $5,4 \pm 0,5$ ; тогда как в группе 2 выявлено достоверное снижение исследуемых показателей ( $p < 0,05$ ): пульсационный индекс  $1,58 \pm 0,04$ , индекс резистентности  $0,71 \pm 0,02$ , систоло-диастолическое отношение  $4,72 \pm 0,5$ . Эти данные позволяют констатировать тенденцию к снижению показателей сопротивления кровотоку при сочетании миомы матки с аденомиозом по сравнению с аналогичными показателями, полученными у больных миомой матки без сочетанной патологии.

Таким образом, в связи с высокой частотой сочетания миомы матки с аденомиозом согласно клинико-эпидемиологическим данным, становится очевидной необходимость включения в алгоритм обследования больных с миомой матки детальное эхографическое исследование миометрия с применением доплерометрии. Своевременная диагностика аденомиоза у этих больных позволит рационально построить план оперативного вмешательства, в частности, сузить показания для консервативно-пластических операций.

Цель исследования: разработать и дать клиническую оценку скрининг – тесту для выявления патологии эндометрия (Э) методом клиновидной дегидратации.

Материал исследования: биологические жидкости (смывы из полости матки, сыворотки крови), аспираты и биоптаты эндометрия больных миомой матки (ММ).

Методы исследования: клинический, патогистологический, цитологический, клиновидной дегидратации биологических БЖ, статистический.

Результаты исследования: разработан и апробирован способ выявления гиперпластических процессов (ГПЭ) и рака эндометрия (РЭ) у больных ММ, позволяющий в короткие сроки, на малых объемах биологических жидкостей (БЖ), с минимальными материальными затратами оценить патологические процессы на доклиническом этапе.

Несмотря на достаточное количество диагностических методов выявления патологии мио-эндометрия, по-прежнему есть потребность в поиске новых. Это обусловлено недостаточной чувствительностью существующих методов, сложностью и дороговизной, ограничивающих их применение, особенно на этапе скрининга, а затем и мониторинга в процессе лечения.

В качестве исследуемого объекта нами был выбран эндометриальный секрет, так как в результате применения иммунофлюоресцентной и гистохимической методик исследования образцов нормальной, гиперплазированной и малигнизированной ткани Э была показана способность ряда ферментов и их изоформ накапливаться в апикальных отделах железистых клеток, а затем выделяться в эндометриальную слизь (Е.Г. Шварев, 1993).

Как известно, биологическое своеобразие Э состоит в том, что эта гормоночувствительная ткань обладает способностью не только к циклическому обновлению почти всего клеточного состава, но и к определенному реагированию на изменения гормонального статуса. Кроме того, Э, как ткань - мишень, испытывает на себе влияние не только половых гормонов, но также продуктов перекисного окисления липидов и белков.

В последние годы в клинической медицине получила развитие новая диагностическая технология, базирующаяся на извлечении информации надмолекулярного уровня при фазовом переходе БЖ в твердое состояние (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 1999; 2001). В литературе практически отсутствуют данные об особенностях морфологических изменений в БЖ оттекающих непосредственно от патологически измененного органа, в том числе и в смывах из полости матки.

БЖ представляют собой сложную динамическую дисперсную систему, содержащую агрегаты белков, липидов и других биомолекул с жидкокристаллическим упорядочением (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2000). При изменении вязкости среды, появлении избыточного количества промежуточных продуктов метаболизма, элементов дегградации тканей, иммунных комплексов создаются условия для развития аномальных кристаллов. Жидкостная система организма практически мгновенно реагирует на воздействие, что отражается в определенном изменении ансамбля структур, формирующихся при ее переходе в твердую фазу. Эта информация закодирована в структуре фазий, требующая их морфологической расшифровки. Описанный феномен открывает перспективы использования результатов структурного анализа БЖ в скрининге и мониторинге (в процессе лечения), в том числе при ГПЭ и РЭ.

Несомненным достоинством нового методологического подхода для клиницистов является возможность не только раннего выявления ряда патологических состояний, но и наблюдения за развитием процесса при различных видах медикаментозной терапии.

Для получения представления об особенностях структурообразования смывов из полости матки у больных с различной патологией ее тела обследовано 210 пациенток, которые были разделены на 4 группы: первая группа - контрольная, состоящая из 28 (13,3%) женщин, у которых не было патологии репродуктивных органов, вторая, куда вошли 108 (51,4%) больных ММ с нормальным строением Э, третья, включавшая 42 (20,0%) больные ММ с ГПЭ и четвертая группа - 32 (15,2%) больные ММ в сочетании с атипической гиперплазией Э и РЭ. Средний возраст больных в исследуемых группах составил соответственно  $57,6 \pm 0,3$ ,  $45,9 \pm 0,23$ ,  $46,6 \pm 0,31$ ,  $60,2 \pm 0,34$  лет.

Для исследования структур смывов из полости матки был избран принцип перевода их в твердую фазу путем дегидратации. На предметное стекло наносили супернатант смыва из полости матки в количестве 0,2 мл. Каплю высушивали при комнатной температуре, относительной влажности 60 – 70 % и минимальной подвижности окружающего воздуха в течение 18 – 24 часов. Анализ структурообразующих элементов дегидратированной капли проводили с помощью стереомикроскопа MZ – 12 фирмы Leica. Исследованию подвергались натурные образцы высушенных капель – фаций, а также их фотографии, полученные при увеличениях от  $\times 10$  до  $\times 160$ .

У больных ММ с нормальным строением Э в исследуемых образцах фаций преобладали крупные трещины, формирующие между собой отдельности и лишь единичные трехлучевые трещины. Необходимо отметить, что по мере нарастания тяжести патологии Э (например, при ЖГЭ) площадь распространения трехлучевых трещин прогрессивно увеличивалась.

У 32 больных с атипической гиперплазией и РЭ структура фаций резко отличалась от вышеописанной: в исследуемых препаратах практически по всей площади фаций появлялась сеть трехлучевых трещин.

Во всех случаях для уточнения диагноза описанная картина смывов из полости матки сопоставлялась с результатами сонографического, цитологического и гистологического методов исследования Э. Таким образом, углубленное обследование пациенток из указанных групп, своевременное выявление фоновых и предраковых процессов Э, а также проведение коррекции эндокринно-метаболических нарушений можно рассматривать как рациональную форму активного предупреждения РЭ.

Предлагаемый способ был апробирован в гинекологических отделениях областного онкологического диспансера г.Астрахани, Александро-Мариинской областной клинической больницы, КБ №2, ГКБ №5, женской консультации ГКБ № 2 г. в 2004 – 2006 гг. (Решение о выдаче патента на изобретение № 2005124067/14 (027-097) от 24.07.2006 г.

Заключение: специфические особенности морфологической картины смывов из полости матки позволяют доступными методами (начиная с женских консультаций!) на доклиническом этапе выявлять формирующиеся тенденции развития патологического процесса мио-эндометрия. Представленный подход дает возможность выделить контингент женщин повышенного риска по формированию патологии Э с целью последующей их диспансеризации и предотвращения тем самым развития предрака и рака этой локализации. Агрессивность забора материала, простота его обработки и хранения открывают широкие возможности проведения многократных анализов, являющихся необходимым условием для динамической оценки состояния Э в процессе лечения.

## СОВРЕМЕННЫЕ ЩАДЯЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕРЫВАНИЯ НЕПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА И СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Дикке Г.Б., И.А.Башлыкова, Н.В.Шперлинг

Россия, г.Москва, Российский Университет Дружбы Народов; Россия, Томск, ООО «Медицинский научно-практический центр»

Отрицательные демографические тенденции, сложившиеся в 90-годы прошлого столетия в России – высокие показатели материнской, перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности – продолжают стабильно удерживаться на высоком уровне и не потеряли своей актуальности в настоящее время. При этом до предела обострена проблема качественного и количественного воспроизводства населения – рождается не только мало детей, но дети рождаются больными. Известно, что «здоровый ребенок может родиться только от здоровых родителей». К сожалению, репродуктивный потенциал современной популяции российских женщин отличается низким качеством. Это обусловлено с одной стороны экономическими, экологическими, социальными факторами, с другой – высокими показателями соматической и гинекологической заболеваемости. Кроме того, низкий уровень репродуктивного здоровья в значительной мере обусловлен сохраняющейся высокой частотой абортов, которые до сих пор остаются одним из основных методов регулирования рождаемости в России.

В связи с вышеизложенным чрезвычайно актуальными являются вопросы профилактики непланируемой беременности с помощью современных средств контрацепции, а также совершенствование медицинской помощи при аборте. Обеспечение безопасности абортов, снижение числа ранних и поздних осложнений, может быть достигнуто путем замены травматической процедуры кюретажа на технологии и процедуры, рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения, такие как мануальная вакуумная аспирация (МВА) в первом триместре или использование медикаментозного аборта.

Цель исследования: оценить частоту осложнений в ближайшем и отдаленном (3 мес) периодах после аборта, выполненных медикаментозным способом, методами мануальной и электрической вакуумной аспирацией.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 112 пациенток, средний возраст которых составил  $25,9 \pm 0,23$  года с колебаниями от 18 до 37 лет. 19,6% из них были в возрасте до 21 года. 56,2% женщин были замужем, 47,9% - имели детей. По профессиональной принадлежности наибольшую группу составили домохозяйки – 31,3%, затем студенты – 27,6%, служащие и занятые в производстве – 25,0%, прочие – 4,5%. 70,6% заявили, что имеют одного полового партнера. Всем женщинам по их желанию была прервана непланируемая беременность в сроках от 4 до 8 недель: 42 женщины – медикаментозным способом, 40 – методом мануальной вакуумной аспирации (МВА осуществлялась с помощью двухклапанного шприца и гибкой пластиковой канюли диаметром 5-7 мм под местной анестезией) и 30 - методом электрической вакуумной аспирации с последующим контрольным кюретажем полости матки. В послео abortном периоде проводили клиническое и лабораторное обследование, включавшее термометрию, гинекологическое обследование (на 7-й и 34-36-й дни после операции), контрольное ультразвуковое исследование с оценкой срединных маточных структур и оценку состояния мочевого выделительной системы.

Результаты: Экспульсия плодного яйца произошла у всех женщин первой группы. Клинически это проявлялось умеренными кровянистыми выделениями из половых путей и незначительной интенсивности схваткообразными болями внизу живота. Во время контрольного осмотра патологических изменений со стороны

матки и придатков не было обнаружено у 85,7% обследованных. У 9,6% женщин при нормальных размерах матки консистенция ее была пастообразной, у 2,4% - при обычных размерах и консистенции выявлялась болезненность при пальпации. Ревизия полости матки выполнена в 1 случае по поводу остатков хориальной ткани. В течение 3-х месячного периода наблюдения ни у одной пациентки первой группы не было отмечено воспалительных заболеваний органов малого таза и мочевыводящих путей или нарушений менструального цикла.

У всех пациенток второй группы процедура была завершена успешно, что подтверждалось наличием элементов беременности в аспирате при его визуальном контроле. Ранних осложнений манипуляции отмечено не было. У 2,5% женщин в первый день после аборта наблюдалась субфебрильная температура, которая нормализовалась на следующий день. В обеих группах выявлено по одному случаю субинволюции матки.

На контрольных ультразвукограммах, выполненных после очередной менструации у всех женщин первой и второй групп, отмечалась нормальная структура эндометрия, соответствовавшая первой фазе цикла (лоцировался слабо выраженный эндометрий толщиной до 4-5 мм с ровными четкими контурами). При микроскопии мазков влагалищного секрета у всех женщин определялась первая степень чистоты влагалищного секрета. У 10,9% обследованных в мазках выявлялись единичные кокки и в небольшом количестве – дрожжеподобные грибы.

В третьей группе у 2,6% наблюдавшихся на 3-4-е сутки после выскабливания полости матки развился эндометрит, что потребовало проведения антибиотикотерапии в полном объеме. Другие осложнения послеоперационного периода в этой группе были представлены сальпингоофоритом (7,8%), пиелонефритом (2,6%). Всего инфекционно-воспалительных осложнений в этой группе зарегистрировано 13%. Субинволюция матки без признаков воспаления выявлена у 5,2% больных. Данные ультразвукограмм у них отличались расширением полости матки до 7-8 мм, наличием гипоехогенных структур в полости, иногда – неровность контуров М-эха. Кроме того, отмечено развитие вагинального кандидоза у 18,2% обследованных. Через 3 мес после аборта нарушения менструального цикла отмечены в 5,2% случаев.

Заключение: современные щадящие технологии прерывания непланируемой беременности – мануальная вакуумная аспирация и медикаментозный аборт – являются высокоэффективными, хорошо переносятся пациентками, не имеют существенных побочных эффектов, а вероятность влияния их на репродуктивную функцию женщин значительно ниже, чем у распространенных в настоящее время методов кюретажа и электрической вакуумной аспирации. Это позволяет рекомендовать шире использовать их в практическом здравоохранении.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕЗА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Доброхотова Ю.Э., Сойкина Ж.А., Дорофеева Л. А.<sup>1</sup>,  
Орлов Е.Н.<sup>2</sup>, Кириллов М.Ю.<sup>3</sup>,**

*1 – (Россия, г.Москва, РГМУ; 2-(Россия, г.Москва, НИИНХ им. Топчиева; 3 – (Россия, г.Москва, ЗАО «Лагис»*

В настоящее время остается актуальной проблема бесплодного брака. Согласно статистике каждая пятая супружеская пара страдает бесплодием, в структуре которого большая часть принадлежит эндокринным нарушениям до 25-40%. Патологические изменения, приводящие к нарушению деятельности эндокринных желез, проявляются клинически как ановуляция. Одной из наиболее частых причин хронической ановуляции является гиперандрогения (ГА),

встречающаяся практически у каждой 3-й пациентки. Выявление источника ГА представляет значительные трудности. В последние годы предложен ряд новых подходов, позволяющих определить происхождение ГА, что является важным для назначения патогенетически обоснованной терапии. Все большее внимание уделяется изучению метаболических нарушений у пациенток с хронической ановуляцией и ГА. В частности, анализируется возможная роль гиперинсулинемии (ГИ) в патогенезе нарушения функции яичников у данного контингента больных, разрабатываются методы диагностики и пути коррекции инсулинорезистентности (ИР).

Целью настоящего исследования явилось выявление источника ГА и диагностика ИР у пациенток с эндокринными формами бесплодия. Так же была проведена сравнительная оценка наличия ИР у пациенток с различными формами ГА на основании двух современных методов исследования, таких как стероидный профиль (СП) мочи и ДНК-исследование генетических маркеров синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) методом ПЦР.

Обследованы 97 пациенток с эндокринным бесплодием и 20 пациенток без эндокринных нарушений, страдающих бесплодием (тубный, мужской факторы), сопоставимых по своим возрастным и этническим показателям с пациентками, страдающими эндокринным бесплодием. Возраст пациенток варьировал от 20 до 37 лет. Среди пациенток с эндокринным бесплодием с I-бесплодием была 61 пациентка (63%) и II-бесплодием - 36 пациенток (37%). Обязательными исследованиями явились: определение ИМТ, гирсутного числа, УЗИ органов малого таза в динамике, биохимия крови, коагулограмма, глюкозотолерантный тест (ГТТ) с нагрузкой и определением инсулина, подсчет индекса НОМА, проводилось исследование гормонов крови ФСГ, ЛГ, ТТГ, Прл, Т, 17-ОНП, ДГЭА-С. Проводилось исследование стероидного профиля мочи - суточная моча исследовалась методом капиллярной газовой хроматографии. Преимущество метода в том, что он дает информацию о большом количестве (19) стероидов одновременно, многие из которых нельзя идентифицировать другими способами, позволяет исключить влияние на результаты циркадных ритмов и мгновенных колебаний гормонов в крови, определить генез ГА. Также проводилось ДНК-исследование крови методом ПЦР для выявления кандидатных генетических маркеров СПКЯ, связанных с нарушением метаболизма глюкозы, включающее в себя ГИ и ИР, и нарушение метаболизма стероидных гормонов, включающее нарушение синтеза прегненолона из холестерина и повышенную чувствительность тканей к андрогенам.

У всех 97 женщин с эндокринным бесплодием были выявлены различные изменения в гормональном статусе: повышение ЛГ, 17-ОНП, Т, снижение Е2, прогестерона. По результатам исследования СП суточной мочи, пациентки разделились на три группы, в соответствии с источником ГА. Четвертая группа – контрольная, где пациентки не имеют гормональных нарушений. 1-я группа женщины с ГА яичникового генеза - 51 пациентка (52,6%), 2-я группа пациентки с ГА надпочечникового генеза - 4 женщины (4,1%), 3-я группа ГА смешанного генеза - 42 пациентки (43,3%).

При анализе результатов ДНК-исследования генетических маркеров СПКЯ, было обнаружено, что из 97 обследованных женщин у 82 пациенток (85%) выявлены генетические маркеры СПКЯ. Результаты распределились по группам следующим образом: в 1-й группе женщин ГИ была выявлена у 3(6%) пациенток, ИР – у 36(71%) женщин, нарушение синтеза прегненолона из холестерина у 9(18%) женщин, повышенная чувствительность тканей к андрогенам у 29(57%) пациенток. Во 2-й группе пациенток у всех пациенток была выявлена ИР и повышенная чувствительность тканей к андрогенам. В 3-й группе обследованных ИР выявилась в 30 случаях (71%), нарушение синтеза прегненолона из холестерина обнаружено у 9 пациенток (21%), повышенная чувствительность тканей к андрогенам определялась у 27 женщин (64%). Во всех трех группах ИР была выявлена методом исследования генетических маркеров СПКЯ у 70 женщин (72%), что практически соответствовало данным при подсчете индекса НОМА, который был выше 3,2 у 73 пациенток (75%). Маркеры ГИ были обнаружены только у пациенток с яич-

никовой формой ГА, наличие ГИ у этих пациенток подтвердилось при проведении ГТТ с нагрузкой и определением инсулина. Так же важно, что у 9 (18%) пациенток 1-й группы и у 6 (14%) пациенток 3-й группы маркеры СПКЯ отсутствовали, а ИМТ у этих пациенток был < 25, в то время как общее количество пациенток с ИМТ > 30 составило 28 женщин (29%).

В группе контроля по результатам СП экскреция главных андрогенов в пределах нормы, предрасположенности к развитию СПКЯ по исследованным маркерам не выявлено.

С учетом генеза ГА проводилась адекватная патогенетическая терапия антиандрогенными препаратами, сенситизерами инсулина (бигуанидами). В результате лечения пациенток основной группы беременность наступила у 16 (16%) женщин. Таким образом, при обследовании бесплодных пациенток с ГА, помимо стандартных методов, актуально использовать ДНК-исследования генетических маркеров СПКЯ методом ПЦР и СП суточной мочи, которые, при сопоставлении полученных результатов оказались высоко информативными. Исследования доступны и не требуют предварительной подготовки. Информация о генетической предрасположенности к СПКЯ позволяет врачу выявить причинно-следственные связи возникновения различных клинических проявлений данного заболевания и может быть полезна в выборе методов лечения. Определение СП мочи имеет особое значение для точной идентификации причин гирсутизма и ГА у пациентов, с целью выбора правильного патогенетического подхода к лечению. Исследования в данном направлении продолжаются.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В СОЧЕТАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ГЕНФЕРОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ**

**Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т. А., Дорофеева Л. А., Сойкина Ж.А.**

*Россия, г.Москва, РГМУ*

Фоновая патология шейки матки в настоящее время остается одной из актуальных проблем современной гинекологии. Так же, известно, что к числу наиболее частых гинекологических заболеваний относятся вагинальные инфекции, среди которых одно из ведущих мест принадлежит бактериальному вагинозу (БВ). По данным различных авторов на его долю приходится от 30 до 50 % всех инфекций половых путей. Нередко встречается сочетание фоновых процессов шейки матки и наличия у пациенток рецидивирующего БВ, что представляет определенные трудности в лечении данной патологии.

Иммунологические аспекты вагинальной экологии включают в себя состояние гуморального и клеточного звеньев иммунитета. Считается, что наличие соответствующих иммуноглобулинов в вагинальном секрете может служить препятствием прикреплению бактерий или вирусов к мембране клеток эпителия, активизирует каскад комплемента в уничтожении чувствительных микроорганизмов и активизирует поглощение микроорганизмов фагоцитами. Содержание иммуноглобулинов может значительно варьировать в зависимости от дня менструального цикла и характера патологии. Клеточный иммунитет представлен Т- и В-лимфоцитами и клетками макрофагально-фагоцитарного ряда.

Продукция цитокинов также обеспечивает определенный вклад в иммунный ответ. Специфический Т-клеточный ответ имеет место или в виде Т-хелперного ответа Th1, или Th2, завися от характера продуцируемых цитокинов или от активированной ветви иммун-

ной системы. Функция Th1-клеток активируется интерлейкином 12 (ИЛ-12) и направлена на продукцию ИЛ-2 и -интерферона, ингибирующих синтез антител. Th2-клетки активируются ИЛ-4 и продуцируют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, которые активируют В-клетки и стимулируют гуморальный иммунитет, ингибируя клеточный иммунный ответ. Считают, что здоровый женский генитальный тракт имеет Th2-иммунную среду, доминированную ИЛ-10. При инфекциях (хламидиоз, гонорея, трихомониаз, ВПЧ) стимулируется продукция ИЛ-12 и индуцируется Th1-ответ. Отмечено, что женщины с БВ имеют повышенный уровень Th1-цитокинов во влагалище.

Исследование проведено с целью изучения эффективности комбинированного лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с использованием радиоволновой хирургии и комбинированного препарата Генферон.

Комбинированный препарат Генферон, действие которого обусловлено компонентами, входящими в его состав. Оказывает местное и системное действие. Интерферон -2 оказывает противовирусное, противомикробное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием интерферона -2 в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, фагоцитов, а так же интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Активизация лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов и обеспечивает восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Интерферон -2 также непосредственно ингибирует репликацию и транскрипцию вирусов, хламидий. Таурин, входящий в состав препарата, обладает регенерирующим, репаративным, мембрано- и гепатопротективными, антиоксидантными, противовоспалительными свойствами. Также в состав препарата входит анестезин, который является местным анестетиком.

Проведено комплексное обследование и лечение 103 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с фоновыми и предраковыми заболеваниями патологией шейки матки, страдающих рецидивирующим БВ. Из которых 75(72,9%) женщин - с эктопией шейки матки, 24(23,3%) пациентки - с лейкоплакией шейки матки, 2(1,9%) - с CIN I, 2(1,9%) - с CIN II. При диагностике использовали общепринятый алгоритм, включающий расширенную кольпоскопию, бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое и гистологическое исследования, ПЦР-диагностику генитальных инфекций. Помимо стандартных методов обследования у всех пациенток исследован цитокиновый статус влагалищного до начала лечения и после проведения комплексной терапии БВ. Были изучены уровни интерлейкинов IL 1 - , IL-6 и IL-8 во влагалищном содержимом методом ELLISA. Для контроля достоверности изменения уровня цитокинов была обследована группа контроля из 20 здоровых женщин, не страдающих патологией шейки матки и БВ. В результате исследования в группе контроля уровень IL 1- составил 103,5 +/-24,2 pg/ml, а при БВ 1030 +/-59,5 pg/ml. Уровни IL 6 в обеих группах были практически одинаковые и составили 14,2 +/- 3,9 pg/ml в группе контроля и 13,2+/-3,8 в группе с БВ. Уровни IL 8 в группе контроля составили 1643 +/-130,3 pg/ml, и при БВ 2612,7+/-257,7.

Всем 103 пациенткам с патологией шейки матки проводилось лечение БВ до хирургического вмешательства. Первый этап лечения проводился препаратом Нео-Пенотран, который содержит метронидазол 500мг и миконазала нитрат 100мг. Лечение проводилось по 1 свече утром и вечером в течение 7 дней, далее вторым этапом назначали интравагинально комбинированный препарат Генферон в дозировке 500000 МЕ по 1 свече 2 раза в сутки в течение 10 дней. Переносимость терапии была хорошей, ни одна пациентка не выбыла из исследования. Положительный эффект от лечения был получен у 88 женщин, что составило 85,4%. После проведенной терапии бактериального вагиноза отмечалось изменение уровня цитокинов IL 1- до 101,4+/-28,7 и IL 8 до 1693 +/-126,6 pg/ml, что практически соответствует значениям в группе контроля. При микробиологическом исследовании отмечалось исчезновение облигатных анаэробов и микроаэрофилов. Концентрация лактобактерий восстановилась до нормы. У 15 (14,6%) женщин сохранялись жалобы на обильные бели из половых путей, сохранился



высоким (более 5,5) рН влагалища, при микроскопии мазков обнаруживалось скудное количество палочковой флоры, лейкоцитоз отсутствовал.

Радиоволновое лечение проводилось на аппарате Сургитрон ELLMAN.

Через 2 недели после деструктивного лечения в послеоперационном периоде для улучшения регенерации тканей применялся препарат Генферон в дозировке 500000 МЕ по 1 свече 2 раза в сутки в течение 10 дней. Оценка эффективности терапии проводили через 4 и 6 недель с применением расширенной кольпоскопии, бактериоскопии мазка, ПЦР-тестирования. Первая кольпоскопическая оценка эффективности лечения проводилась через 4 недели. Были отмечены положительные результаты у 90(87,4%) пациенток. Кольпоскопическая картина незавершенной эпителизации была выявлена у 13((12,65%) женщин. Через 6 недель у всех пациенток произошла полная эпителизация деструктивного участка многослойным плоским эпителием.

В результате проведенного исследования, сделаны выводы о целесообразности применения комбинированного метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки в сочетании с БВ. Хирургическое радиоволновое лечение в сочетании с использованием комбинированного препарата Генферон, который ускоряет процессы репарации послеоперационных ран к 10-15 дням с быстрым восстановлением целостности многослойного плоского эпителия, препятствует развитию рецидива заболеваний. При выбранном методе лечения отмечен низкий процент осложнений и полное клиническое выздоровление при проведении расширенной кольпоскопии через 6 недель после лечения.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРАНДРОГАЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Доброхотова Ю.Э., Джобавя Э.М., Аксенова М.Г.,  
Филатова Л.А., Герасимович М.Ю., Есипова Е.П.  
Россия, г.Москва, ГОУ ВПО РГМУ

Актуальность: Многочисленные исследования в нашей стране и за рубежом посвящены различным вопросам, связанным с проблемой гиперандрогении (ГА), в связи с широкой распространенностью данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. Так, по данным литературы, у 10-30% женщин в популяции имеются клинические признаки ГА. Появление у женщин симптомов андрогенизации во все времена вызывало живой интерес. Еще в античные времена шли размышления о причинах этого необычного явления. Первое описание ГА принадлежит Гиппократу, в сочинениях которого упоминаются две женщины с острова Кос, приковавшие его внимание ростом бороды. Однако начало научным исследованиям по изучению этого вопроса было положено лишь в 19 веке, когда в 1866г. Creschio представил отчет о вскрытии пациента «мужского» пола, оказавшегося женщиной, у которой наблюдались симптомы тяжелой вирилизации и увеличение надпочечников. Дальнейшее развитие событий шло по пути описания различных заболеваний, сопровождающихся нарушениями метаболизма андрогенов, и разработки методов их диагностики, причем наиболее значительными вехами, вероятно, следует считать описание в 1935г. Stein и Leventhal болезни поликистозных яичников, а также сделанное в 1958г. Jayle и соавт. сообщение о дефиците 21-гидроксилазы у больных с вирильной формой гиперплазии коры надпочечников. Синдром ГА представляет собой важную проблему современной эндокринной гинекологии, являясь одной из наиболее частых причин нарушения репродуктивной функции женщины: олигоменореи, ановуляции и, как следствие, бесплодия у женщин репродуктивного возраста. ГА является не только медицинской, но социальной проблемой, поскольку, кроме нарушения репродуктивной функции приводит к косметическим дефектам, таким как

избыточная жирность кожи, волос, появлению акне, резистентных к обычному противогрибковому лечению. Г.Е.Чернуха (2004) отмечает, что помимо косметических проблем, ГА приводят к психоэмоциональным реакциям, снижающим качество жизни женщин, а также к социальным проблемам, связанным с ограничениями в выборе профессии и сложностями в трудоустройстве. ГА встречается в 1,3-4% от всех гинекологических заболеваний. Данная патология возникает вследствие усиления эффекта андрогенов либо за счет избыточной их секреции, либо при нарушении метаболизма андрогенов, приводящего к возрастанию биологически активной их свободной фракции. Механизмы, приводящие к эндокринным нарушениям, и, как следствие, к сбоям в правильном функционировании всех звеньев репродуктивной системы, окончательно не выяснены и являются предметом исследования многих ученых. Постоянный нарастающий интерес к изучению этой патологии сдерживается определенными трудностями, к числу которых относятся: полиэтиологичность, гетерогенность, полиморфизм самого заболевания, в силу которых возникают существенные различия в интерпретации клинических проявлений и особенностей течения процесса, диагностических подходах, трактовке результатов обследования и определения лечебной тактики.

Цель: изучить взаимосвязь некоторых генетических факторов с развитием гиперандрогении различного генеза и оптимизировать подходы к терапии, а так же изучить взаимосвязь гипергомоцистемии с гиперандрогенией различного генеза и оценить эффективность витаминотерапии.

Методы: объектом исследования явились 60 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет с гиперандрогенией, подтвержденной гормонами крови или стероидным профилем мочи. Критериями включения при этом были: клинические признаки гиперандрогении (акне, себорея, гирсутизм, гипертрихоз), ожирение, стрии, дисфункция яичников репродуктивного периода, бесплодие. В процессе комплексного обследования помимо общеклинических методик, УЗИ и гормональных исследований использовался глюкозотолерантный тест с измерением базального и стимулированного уровня инсулина и глюкозы и их соотношений, а так же определение методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции генов связанных с гиперандрогенией, инсулином и инсулинорезистентностью Ins, AR, PPAR-g, Cyp11A1.

Результаты: клинические признаки гиперандрогении выявлены у 57,4% пациенток, бесплодие у 25,7%, дисфункция яичников у 51,4%, ожирение – 22,8%. Невынашиванием беременности страдало 8,6% пациенток. Кистозные изменения яичников и гиперплазия эндометрия (по данным УЗИ, лапароскопии и гистероскопии) выявлены у 42,5% пациенток. Нарушение толерантности к углеводам по данным глюкозотолерантного теста было обнаружено у 54,2% больных. По данным генетических исследований мутация в гене Ins выявлена у 2,9% пациенток, в гене PPAR-g – у 60%, в гене Cyp11A1 – у 80%, и в гене AR – у 91,4%. Была обнаружена прямая сильная корреляционная связь частоты мутации гена PPAR-g с нарушением толерантности к углеводам, и частоты гена Cyp11A1 с клиническими признаками гиперандрогении (акне, себорея, гирсутизм). Прямая корреляция выявлена между бесплодием и геном Cyp11A1. При нарушении менструальной функции по типу олиго-аменореи мутация в гене Cyp11A1 обнаружена в 85,7%, а в гене PPAR-g – 57,1% случаев, а в гене Ins – 14,2%. При ожирении и стриях мутация в гене PPAR-g была обнаружена в 50% случаев, кроме того, при ожирении в половине вариантов выявлена мутация Cyp11A1. при гормональных изменениях в виде повышения ДГА-С и тестостерона мутация в гене PPAR-g обнаружена в 100% случаев, в гене Cyp11A1 в 85,7% и в 88,9% случаев соответственно. Тогда как мутация в гене Ins – в 14,2% и 11,1% соответственно. Мутацию в гене AR мы сочли неинформативной, поскольку она выявлялась в 100% случаев независимо от клинических проявлений. Средний уровень ГЦ при СПКЯ составил 17,2±0,4 мкмоль/л, при ГА надпочечникового генеза – 16,8±0,3 мкмоль/л, а у здоровых пациенток (группа контроля) – 8,6±0,6 мкмоль/л. После 2-нед. курса фолиевой кислоты в сочетании с витаминами группы В – уровень ГЦ снизился до 9,2±0,3 и 8,9±0,5 мкмоль/л соответственно в группах.

Гипергомоцистеинемия была выявлена у 75,5% пациенток с СПКЯ и у 80% пациенток с ГА надпочечникового генеза. Нормой гомотеина вне беременности является уровень от 8 до 10 мкмоль/л. При этом у 15% и 15,5% в группах соответственно ГПЦ более 30 мкмоль/л, 25,5% и 20% ГПЦ в пределах от 20 до 30 мкмоль/л, у остальных от 11 до 20 мкмоль/л в группах соответственно. Пациенток давало 8,6% пациенток, кистозные изменения яичников и гиперплазия эндометрия (по данным УЗИ, лапароскопии и гисте

Выводы: мутации в данных генах могут быть использованы как скрининговый метод диагностики гиперандрогении различного генеза, что открывает новые горизонты в дифференцированных подходах к их терапии. При гиперандрогении различного генеза выявляется гипергомоцистеинемия в большом проценте случаев, что возможно свидетельствует об изменениях системы гемостаза на фоне гиперандрогении и о вероятной дисфункции эндотелия при дисгормонозе.

## **ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА И ЛОКАЛЬНОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРЕПАРАТОМ НОВАРИНГ**

**Доброхотова Ю.Э., Затикин Н.Г.**

*Россия, г. Москва, ГОУ РПО Росздрава Российский Государственный Медицинский Университет; Кафедра акушерства и гинекологии московского факультета с курсом ФУВ*

Задача сохранения репродуктивного здоровья женщин, путем планирования беременности и регуляции рождаемости, является основной для современной медицины. Решение этой

задачи осуществляется путем средств контрацепции, методов прерывания беременности и способов лечения бесплодия. Среди средств контрацепции общепризнанным достоинством гормональной контрацепции. Однако, учитывая распространённость соматических заболеваний, которые могут являться противопоказанием для применения того или иного контрацептивного средства, возникает необходимость разработки альтернативных методов введения препаратов, с целью снижения количества вероятных побочных явлений.

Одним из таких методов является трансвагинальный путь введения препарата. Также, в настоящее время, большой интерес представляют препараты, которые, кроме основного контрацептивного эффекта, обладают дополнительными свойствами лечебного воздействия на женский организм. Гормональное трансвагинальное контрацептивное кольцо НоваРинг / Органон, Нидерланды/ обладает всеми перечисленными свойствами.

Целью нашей работы является изучение особенности влагалищного биоценоза и локальной иммунной системы при контрацепции препаратом НоваРинг. В исследовании приняли участие 56 женщин в возрасте 17-40 лет (29±0,2года). Всем женщинам до контрацепции проводилось клинико-лабораторное исследование и лечение патогенной флоры влагалища. Контрольные анализы проводились через 3 и 6 месяцев с начала исследования. В число методов исследования включены: ПЦР анализ, бактериологический посев влагалищного содержимого, микроскопическое исследование мазков, цитологическое исследование, определение степени чистоты влагалищного содержимого, pH метрия влагалищной среды, определение количества про и противовоспалительных цитокинов в цервикальной слизи,

Кольпоскопическое исследование влагалищной части шейки матки, УЗИ органов малого таза и молочных желез.

В результате - если в начале исследования встречаемость факультативно-анаэробной грамположительной флоры составляет 17,25%, то через 3 и 6 месяцев составляет соответственно 6,6% и 4,7%. Встречаемость патогенной флоры: в начале 7%; через 3

месяца 0%; через 6 месяцев 0%, факультативно-микроаэрофильных бактерий (*G. vaginalis*): 52%; 20% и 18%, дрожжеподобных грибов: 49%; 25% и 21%. При этом количество  $H_2O_2$  продуцирующих лактобацилл увеличивается с 68% до 83%. На фоне вышеперечисленных изменений, общее количество бактерий микрофлоры влагалища не превышает 106-108 КОЕ/мл отделяемого у всех участниц.

Также, через 6 месяцев с начала исследования, в 76% случаев происходит изменение соотношения про (II 6;12) и противовоспалительных (II 4;5) интерлейкинов цервикальной слизи в сторону нарастания количества последних на 30,4% от исходных данных.

**Заключение**

Анализируя полученные нами результаты клинических исследований и данные литературы, достоверно можно говорить о следующих патогенетических механизмах, происходящие в организме женщин репродуктивного возраста, при применении препарата НоваРинг. В течении 6 месяцев, дающие возможность реализовать основное контрацептивное действие и дополнительное терапевтическое влияние особенно на микробиоценоз влагалища.

Под воздействием эстрогенного фактора препарата НоваРинг (-этинилэстрадиола), происходит стимуляция роста многослойного плоского эпителия, усиленный синтез в нем гликогена. Параллельно, за счет прогестагенного фактора НоваРинга (этоноргестрел), происходит стимуляция десквамации и цитолиза богатых гликогеном эпителиальных клеток. Палочки Додерлейна, расщепляя достаточное количество гликогена до молочной кислоты, поддерживают кислотность влагалищной среды. В этих условиях создаются более оптимальные условия для жизнедеятельности  $H_2O_2$  продуцирующих лактобацилл, которые, взаимодействуя с перексидом из цервикальной слизи, подавляют размножение патогенных микроорганизмов. Функция и количество этих макроаэрофильных бактерий нормальной микрофлоры женского организма, строго зависит от условий микросреды влагалища.

Важную защитную функцию реализуют гормональные компоненты НоваРинга:

а) повышая вязкость цервикальной слизи (один из основных механизмов контрацептивного

действия НоваРинга), ограничивают прохождение патогенных микроорганизмов через цервикальный канал.

б) активируют местную иммунную систему за счет увеличения количества противовоспалительных интерлейкинов (4,5), которые, в свою очередь, усиливают пролиферацию и дифференцировку В-клеток гуморального иммунитета. Последними синтезируются Ig A,G,E классов, благодаря которым инактивируется патогенный агент.

Перечисленные механизмы дают возможность уменьшить количество патогенных и условно-патогенных микроорганизмов во влагалище, оптимизировать условия жизнедеятельности нормальной, специфичной микрофлоры и, в результате, снизить вероятность наступления воспалительных заболеваний органов малого таза.

Таким образом, вагинальное кольцо НоваРинг соответствует требованиям современной медицины и является альтернативным методом гормональной контрацепции.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Дресвянская Т.В., Окладников Д.В., Цхай В.Б., Фокин Ю.А., Евдоченко И.И.**

*Россия, Красноярск, Государственная медицинская академия, МУЗ ГБ №4, Медицинский центр «Медика Хелп»*

Проблема эффективной терапии папилломовирусной инфекции (ВПЧ) гениталий у женщин является важной задачей специалистов различного профиля: гинекологов, урологов, онкологов и иммунологов. В настоящее время применяется множество различных пре-

паратов и методов лечения, однако ни один из них не позволяет полностью элиминировать вирус из организма. Отсутствие высокоэффективных методов лечения папилломовирусной инфекции человека, высокая частота рецидивирования обосновывают актуальность разработки новых подходов к этиотропной и патогенетической терапии.

Целью данного исследования являлась оптимизация комплексной терапии папилломовирусной инфекции гениталий у женщин репродуктивного возраста на основе применения препаратов местной интерферонотерапии.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы и пролечены 43 женщины в возрасте от 18 до 36 лет, с подтвержденным ВПЧ поражением слизистой влагалища и шейки матки, составивши основную группу. Группу сравнения составили 30 больных аналогичного возраста с генитальной формой ВПЧ инфекции, получавших лишь деструктивную терапию. Длительность клинических проявлений в обеих группах колебалась от одного месяца до нескольких лет.

При обследовании и курации больных оценивались сочетания клинико-anamnestических данных, результатов лабораторных методов диагностики (ПЦР и РИФ), данные кольпоскопии. С помощью ПЦР все женщины были обследованы на наличие в вагинальном и цервикальном секрете ДНК ВПЧ, при этом использовали качественную методику, позволившую выделить типы вируса условно высокого (16, 18, 31, 33, 45) и низкого (6, 11, 42, 43, 44) онкогенного риска.

В связи с поставленной целью данного исследования нами были оценены результаты местной интерферонотерапии при вирусных инфекциях гениталий препаратом «Реаферон – ЕС-липинт» путем локального применения в сочетании со стандартными схемами лечения. Рекомбинантный альфа 2в интерферон представляет собой высокоочищенный стерильный белок, содержащий 165 аминокислот, идентичен человеческому лейкоцитарному интерферону альфа 2в и обладает противовирусной и иммуномодулирующей активностью. Липосомальная форма препарата улучшает его адсорбцию на поверхности и проникновение внутрь эпителиальных клеток.

Результаты и их обсуждение. Подавляющее большинство исследуемых женщин ранее наблюдались и лечились по поводу гинекологических заболеваний, среди которых преобладали кольпиты (69,8%), эктопии шейки матки (49,2%), хронические сальпингоофориты (50,7%), хронические эндометриты (19,4%). Частота первичного бесплодия составила 12,4%, вторичного – 16,2%. У 30,6% пациенток были указания в анамнезе на привычное невынашивание беременности. Неразвивающиеся беременности были отмечены в анамнезе у 16,2% пациенток.

Следует отметить, что у 14,7% женщин ДНК ВПЧ обнаружить не удалось, несмотря на очевидные клинико-морфологические признаки инфекции. Высокоонкогенными типами ВПЧ были инфицированы 39,1% женщин, среди них у 62,4% диагностировали клиническую или субклиническую ПВИ шейки матки, при этом ведущим по частоте выявляемости был ВПЧ 16-го типа. При экзофитных кондиломах наружных гениталий и влагалища чаще определялись вирусы низкоонкогенных типов. Отрицательный тест ПЦР при ВПЧ инфекции почти у каждой 7-й женщины свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования методик выявления ВПЧ и целесообразности двукратного исследования у некоторых женщин и более углубленного гистологического исследования.

Комплексная терапия папилломовирусной инфекции гениталий у женщин включала в себя интерферонотерапию, иммунотерапию и деструктивные методы лечения. В качестве основных деструктивных методов мы использовали высокоинтенсивное лазерное излучение или радио-хирургическое воздействие. Пациенткам в основной группе инфицированных ВПЧ назначалась терапия препаратом «Реаферон – ЕС-липинт» до проведения деструктивной терапии и через 2-3 дня после нее. Через месяц после проведенного лечения всем пациентам в группах сравнения проводилось контрольное обследование на ВПЧ и определение интерфероновом статусе.

Результатом влияния сопутствующих инфекций на течение патологических процессов, вызванных ВПЧ, является хронизация процесса, формирование стойких, как правило, уже неспецифических воспалительных изменений со стороны мочеполовой сферы и значительные трудности в проведении терапевтических мероприятий, что приводит к удлинению продолжительности лечения. Большинство случаев рецидивов ПВЧ инфекций гениталий связывают с провоцированием их другими возбудителями из группы ИППП. В подавляющем большинстве случаев нами были выявлены признаки вторичной иммунологической недостаточности по Т-клеточному звену иммунитета. При оценке цитокинного статуса обращало на себя внимание снижение уровня продукции альфа-интерферона. Кроме того, отмечалось угнетение ответа лейкоцитов на индукторы интерферонов. На основании данных иммунологического обследования проводился подбор иммуномодулятора.

Как показали результаты нашего исследования у пациенток со спонтанным исчезновением бородавок в иммунный ответ были вовлечены главным образом CD4 Т-лимфоциты и макрофаги. Из всего разнообразия клеточно-опосредованных механизмов защиты от внутриклеточных паразитов для противодействия ВПЧ наибольшее значение имеют цитотоксические Т-лимфоциты, а именно лимфоциты с фенотипом CD8.

Критериями излеченности ПВЧ инфекции гениталий мы считали отсутствие жалоб, исчезновение клинических проявлений, исчезновение остроконечных кондилом вульвы и влагалища, нормализацию кольпоскопической картины и отсутствие патологических признаков в пределах зоны трансформации шейки матки, исчезновение койлоцитоза, нормализацию количества лейкоцитов и бактериальной флоры в мазках по Граму, отсутствие ДНК вируса, нормализацию интерфероновом статусе.

Отдаленные результаты лечения оценивались нами в течение 4-6 месяцев. У большинства пациенток в обеих группах сравнения отмечалась положительная динамика в течение 6 месяцев. В тоже время, у пациенток основной группы частота рецидивов составила только 9,8%, а у пациенток с ПВЧ инфекцией гениталий в группе сравнения, получивших только деструктивную терапию, частота рецидивов была статистически достоверно выше и составила 28%. При индивидуальном изучении случаев с рецидивами заболевания имело место значительное угнетение общего иммунитета, изменение интерфероновом статусе и наличие хронической персистирующей инфекции генитального тракта. Все случаи рецидивов были связаны с наличием сопутствующей инфекции, изначально вызывающие угнетение местного иммунитета, а также стойкое нарушение интерфероновом статусе.

Выводы:

1). Комплексная терапия воспалительных заболеваний, обусловленных вирусами папилломы человека, с применением интерферонов и иммунокорректоров до и после деструктивной терапии показала достаточно высокую эффективность.

2). Эффективность противовирусной терапии воспалительных заболеваний, обусловленных вирусами папилломы человека, во многом зависит от степени выраженности иммунологических нарушений.

3). Местное применение препаратов интерфероновом ряда повышает эффективность традиционной противовирусной терапии у пациенток с воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса и вирусом папилломы человека, а также способствует уменьшению числа рецидивов заболевания.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Дуб Н.В., Алексеева Е.Ю., Гладкова Л.Л., Бесова Н.В.**  
*МОНИИАГ, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского).*

Преимущество препаратов из лекарственных растений в том, что при употреблении их в организм человека поступает целый

комплекс родственных ему биологически активных соединений. Созданные на основе лекарственных растений препараты влияют на организм мягче, чем синтетические, лучше переносятся, значительно реже вызывают побочные аллергические реакции.

В работе представлены результаты терапии больных, которые ранее получали этиотропную антибактериальную, противовирусную терапию с применением широкого спектра лечебных средств и имели признаки хронического цервицита.

Цель. Оценить эффективность лечения хронических воспалительных заболеваний шейки матки минералорганическими и фито препаратами.

Материалы и методы. Обследование и лечение было проведено у 58 пациенток в возрасте 20-59 лет. Пациенток детородного возраста 20-45 лет было 49 (84,5%). Из них у 16 (33,7%) не было ни одной беременности, при этом 8 пациенток (16,3%) страдали первичным бесплодием. Вторичное бесплодие было у 11 (22,4%) пациенток, невынашивание 1-2 беременностей в ранние сроки было в анамнезе у 11 (22,4%). Длительность течения воспалительного процесса шейки матки составила от 1 года до 8 лет, по поводу чего, ранее всем пациенткам проводилось 1-3 курса лечения с применением широкого спектра лечебных средств, в том числе антибиотиков, иммунокорректирующих, общеукрепляющих, дезинфицирующих и эубиотических препаратов. 16 (27,6%) пациенткам ранее проводились различные виды коагуляции: 3 (5,2%) – диатермокоагуляция, 5 (8,7%) – криодеструкция, 3 (5,2%) – лазероапоризация, 2 (3,4%) – радиокоагуляция, 2 (3,4%) – коагуляция ваготилом, 1 (1,7%) – проводилась электрокоагуляция шейки матки. Несмотря на проведенное лечение 51 (89,6%) пациентки предъявляли жалобы на выделения из влагалища, 39 (67,1%) – на дискомфорт во влагалище, 42 (72,8%) – на диспареунию.

При первичном осмотре и в динамике всем пациенткам проводилось обследование: осмотр с помощью зеркал и кольпоскопия, цитологическое исследование мазка шейки матки по Папаниколу (Пап-мазок-тест, Pap-smear-test). Все женщины были обследованы на урогенитальную (хламидий, уреаплазмы, микоплазмы), вирусную (ВПГ, ЦМВ, ВПЧ) инфекцию, Jg M и G к ВПГ и ЦМВ, бактериальную инфекцию, грибы до и после лечения.

Курс лечения заключался в применении вагинальных тампонов минералорганического биосубстрата Балдонской целебной грязи и эфирных масел фирмы «Вивасан» Швейцария.

Противопоказаниями для проведения лечения были: острые воспалительные процессы, беременность, кормление грудью, наличие неопластических процессов.

Результаты. Анализ результатов обследования и лечения показал. При обследовании у 19 пациенток имелись заболевания тела матки: у 6 (10,3%) – хронический эндометрит, у 8 (13,8%) – аденомиоз, у 5 (8,7%) – миома матки. Нарушение функции яичников в виде синдрома поликистозных яичников выявлено у 4 (6%) пациенток.

При осмотре с помощью зеркал и кольпоскопии изменения обнаружены у 42 (72,4%) пациенток: у 4(6%) - кондиломы влагалища, у 3 (5,2%) – кондиломы шейки матки, у 7 (12,1%) шейка матки была гипертрофирована, у 3 (5,2%) – деформирована рубцами, у 8 (13,8%) определялись множественные кисты шейки матки, у 13 (22,4%) выявлена эктопия, в 2 случаях рецидивирующая, у 2 (3,4%) диагностирована простая лейкоплакия и у 2 (3,4%) – синдром коагулированной шейки матки.

После проведенного курса лечения значительно изменилось содержание инфекционных агентов, выделяемых из цервикального канала: не определялись хламидии, в 4-5 раз реже определялись микоплазма и уреаплазма, в 2 раза – гарднереллы, в 10 раз – бактериальная флора, грибы, в 5-6 раз – ВПГ и ЦМВ. Наименьшая эффективность лечения была по отношению к ВПЧ. У 6 из 10 пациенток ВПЧ продолжал выделяться, при этом у 5 пациенток были выделены высоко канцерогенные типы вируса, а у 1 пациентки выделялось сразу 5 типов ВПЧ. Практически не изменилась иммунологическая картина крови у пациенток с ВПГ и ЦМВ инфекцией. Только у 2 пациенток с ВПГ и у 1 с ЦМВ инфекцией были положительные изменения: у 2 пациенток почти 2 раза снизилась содержа-

ние Jg G, а у 1 пациентки с ВПГ 2 типа Jg G вообще не определялись. Данные наблюдения могут быть подтверждением возможности достижения ремиссии, или даже излеченности заболевания в случае подтверждения полученных результатов при динамическом наблюдении.

За дифференциально-диагностический критерий степени изменения эпителия шейки матки была принята классификация цитогрaмм по Папаниколу. II тип цитогрaммы, характерный для воспалительных заболеваний шейки матки отмечен у 22 (37,9%) пациенток, у 14 (24,2%), имевших II-III тип цитогрaммы, на фоне изменений, характерных для воспаления, имелись структурные клеточные нарушения в виде пара-, гиперкератоза, акантоза, а у 22 (37,9%), имевших III тип цитогрaммы с явлениями дискариноза, интерпритировались как дисплазия слабой степени. После лечения во всех наблюдениях отмечено значительное улучшение состояния экзоцервикса. При это у 2 (3,4%) пациенток установлена цитогрaмма I типа. У 26 (45,6%) определен I-II типа, у 8 (30,8%) из которых воспалительные изменения в клетках экзоцервикса носили слабый, невыраженный, локальный характер. У 25 (44,1%) пациенток, цитогрaмма которых была II типа аналогичные воспалительные изменения отмечены у 8 (32%) пациенток. 18 (69,2%) цитогрaмм I-II типа и 17 (68%) - II типа были без морфологических особенностей. Однако, при кольпоскопии у 2 (7,6%) пациенток при цитогрaмме I-II типа и у 5 (20%) пациенток при цитогрaмме II типа, а также у всех (4) пациенток с цитогрaммами II-III и III типа определялись атипические кольпоскопические картины в виде ацетобелых и (или) йоднегативных зон. У 12 (20,7%) пациенток в цитогрaммах имелись изменения состояния клеток экзоцервикса в виде пара-, дискератоза, лейкоплакии, в 4 случаях определена дисплазия легкой степени, что послужило основанием для проведения биопсии шейки матки. При морфологическом исследовании 10 (17,3%) биоптатов шейки матки выявлены признаки хронического цервицита в виде плазмолимфоцитарной, лимфомакрофагальной инфильтрации, расширения и усиления сосудистого компонента, что сочеталось с пара-, гиперкератозом, отеком, акантозом, формированием плоских кондилом и множественных кист.

Полученные результаты морфологического исследования указывают на то, что при хроническом течении воспалительного процесса данные изменения могут распространяются по всей толще шейки матки, что требует проведение дополнительных лечебных мероприятий.

После проведенного лечения у всех пациенток отсутствовали ранее предъявляемые жалобы, на фоне чего они отмечали и улучшение общего состояния. Побочных эффектов пациентки не отмечали.

Вывод. Таким образом, комплексное применение влагалищных тампонов Балдонской лечебной грязи с ароматическими маслами фирмы «Вивасан» оказывают ярко выраженное лечебное действие при хронических экзоцервицитах, так как происходит элиминация патогенных микроорганизмов, а также улучшается состояние клеток экзоцервикса.

## СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

Евтушенко И.Д., Оккель Ю.В., Сотникова Л.С.,

Болотова В.П., Шерстобоев Е.Ю.

Россия, Томск, ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, НИИ Фармакологии  
ТНЦ СО РАМН

Актуальность. Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) занимают первое место в структуре гинекологической патологии периода полового созревания (от 20% до 30%). У подавляющего большинства девочек с МКПП обнаруживается снижение общей иммунобиологической реактивности с развитием вторичного иммунодефицита и угнетением Т-клеточного звена иммунной системы.

В настоящее время ведущей из соматических заболеваний детского возраста является патология желудочно-кишечного тракта. В Томской области I место в генезе заболеваний органов пищеварения у детей до 14 лет занимает описторхозная инвазия. Доказано, что описторхоз отягощает и осложняет течение многих хронических соматических заболеваний, что обусловлено непосредственным поражением гепато-билиарной системы, вторичным иммунодефицитом, вегетативными и психоэмоциональными расстройствами. Выявлено, что при описторхозе наличие иммунной недостаточности подтверждается угнетением Т-клеточного звена иммунитета за счет хелперной субклеточной популяции, снижением фагоцитарной активности макрофагов, увеличением продукции циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и иммуноглобулинов, а также недостаточным синтезом лизоцима.

Исследования иммунного статуса пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода на фоне хронического описторхоза (ХО) не проводились. В связи с этим, большой интерес вызывает проведение комплексной и сравнительной оценки иммунного статуса у данной группы пациентов.

Цель: Изучить особенности иммунитета при маточных кровотечениях пубертатного периода на фоне хронического описторхоза.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования являлись 120 девушек-подростков. Основную группу составили 40 пациенток с МК ПП на фоне ХО. В группу сравнения вошли 40 девушек с МК ПП без ХО и патологии ЖКТ. Контрольную группу составили 40 практически здоровых девушек, сопоставимых с основной группой по возрасту, без нарушения менструального цикла. Критерии включения: пациентки с маточными кровотечениями на фоне хронического описторхоза, возраст от 13 до 19 лет, отсутствие тяжелых аллергических заболеваний в анамнезе, отсутствие заболеваний системы гемостаза, обязательное наличие письменного «информированного согласия» от каждого испытуемого (при несовершенности – от их родителей). Критерии исключения: несоответствие критериям включения, беременность, злоупотребление алкоголем, лекарственная или наркотическая зависимость, применение лекарственных препаратов без назначения врача.

Определяли показатели иммунного статуса: Т-лимфоциты (CD3+), Т-хелперы (CD4+), Т-цитотоксические (CD8+), иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+), В-лимфоциты (CD72+), Ig A, Ig M, Ig G, Ig E, ЦИК, ИЛ-2, интерферон – гамма.

Результаты нашей работы показали снижение процентного содержания CD4+ клеток, как у пациенток с МК ПП на фоне ХО (20,24±1,62%), так и у больных без описторхоза (28,14±2,41%) по сравнению со здоровыми девушками (p<0,05). Напротив, относительное количество CD8+ достоверно возрастало у пациенток с ХО (39,21±2,76%) и у пациенток без описторхоза (33,25±3,16%) (p<0,05). Значение иммунорегуляторного индекса снижалось при МКПП, как на фоне ХО (0,72±0,16), так и без него (0,74±0,08) (p<0,05). При исследовании уровня CD72+ отмечалось статистически значимое повышение абсолютного их числа в группе с наличием описторхоза (18,62±1,36%) и без него (15,16±2,58%) по сравнению с таковым в контрольной группе (p<0,05). В группе пациенток с МКПП на фоне хронического описторхоза зарегистрировано повышение уровня всех иммуноглобулинов (p<0,05). При МК ПП без ХО имело место усиление синтеза Ig классов G и E, кроме Ig A и M (p<0,05). У пациенток с МК ПП на фоне ХО выявлено повышение количества ЦИК (63,3±0,47 усл.ед.) (p<0,05). Уровень ЦИК у девушек без описторхоза варьировал в пределах нормальных значений. В ходе исследования уровня IFN было выявлено значительное снижение его секреции у пациенток с наличием описторхоза в 1,5 раза, без ХО в 1,2 раза по сравнению с таковым значением у здоровых девушек (p<0,05). Было установлено статистически значимое угнетение продукции ИЛ-2 у всех обследованных пациенток с МК ПП (p<0,05).

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что при МКПП на фоне ХО происходят нарушения иммунного статуса за счет дефицита Т-клеточного звена иммунитета и активации гуморального иммунитета (повышение продукции иммуноглобу-

линов и ЦИК), следствием которого, вероятно, явился выявленный дисбаланс продукции цитокинов с провоспалительными (IL-2, INF ) свойствами.

## ТЕРАПИЯ АНЕМИИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ИНТЕРФЕРОНУ ГАММА

Евтушенко И.Д., Сотникова Л.С., Шерстобоев Е.Ю.,  
Дыгай А.М., Болотова В.П., Суродеева М.А.

Россия, Томск, НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН, Сибирский государственный медицинский университет, Городской центр планирования семьи

Особое клиническое значение имеет у пациентки с маточным кровотечением пубертатного периода (МК ПП) наличие анемии тяжёлой степени, которая требует оказания неотложной медицинской помощи и длительного лечения препаратами железа. Известно, что развитие анемии усугубляет нарушения в системе гормонального гомеостаза и индуцирует иммунологическую недостаточность. Формируется феномен взаимного отягощения или «порочный круг». В связи с этим, поиск и разработка новых высокоэффективных методов коррекции нарушений, возникающих в иммунной системе при маточных кровотечениях, является одной из задач охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков. Применение препаратов сверхмалых доз (СМД) антител – приоритетное для нашей страны и перспективное направление в фармакологии. Представляет интерес применение у пациенток с МК ПП препарата «анаферон детский» (НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия), содержащего аффинно очищенные СМД антител к гамма-интерферону человека. Экспериментально и клинически доказано, что анаферон детский стимулирует гуморальные и клеточные реакции иммунной системы. В гинекологической практике до настоящего момента анаферон не применялся.

Цель работы – оценка клинической эффективности препарата сверхмалых доз антител к интерферону-гамма анаферона детского в качестве средства лечения иммунологических нарушений при анемии тяжёлой степени вследствие маточных кровотечений пубертатного периода.

Объект исследования составили 72 пациентки с МК ПП в возрасте от 13 до 18 лет с наличием анемии тяжёлой степени (гемоглобин менее 70 г/л). В контрольную группу вошли 30 практически здоровых девушек без нарушения менструального цикла, сопоставимых с основной группой по возрасту. Основная группа была разделена на две подгруппы: I подгруппа (n=35): принимала только антианемическую терапию – препарат железа сорбифер («Эгис», Венгрия); II подгруппа (n=37): дополнительно к препарату железа (сорбифер) принимала анаферон детский. Комплексная оценка состояния клеточного и гуморального иммунитета проводилась до назначения препарата железа и через 3 недели антианемической терапии. Критериями оценки эффективности терапии являлись показатели иммунного статуса: общее количество лейкоцитов и подсчёт их отдельных морфологических форм («Abacus», Diatron, Австрия, 2002); CD3+, CD4+, CD8+ и CD72+ лимфоциты («Сорбент», г.Москва); иммуноглобулины сыворотки крови Ig A, Ig M, Ig G (по Manchini), общий Ig E («Veda-Lab», Франция; «Вектор-бест», Россия); циркулирующие иммунные комплексы (Haskov V. et al., 1978); IFN, TNF-, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-10 в супернатантах с использованием твердофазного иммуноферментного «сэндвичевого» метода («Procon», Россия; «Cytimmune», США).

Результаты анализа клинического материала показали, что средний возраст пациенток с МК ПП в исследовании составил 14,2±0,3 года. Средний возраст появления менархе был 13,1±0,2 года.

Заболевание у всех девушек имело рецидивирующий характер. На момент обследования 22% (16) пациенток имели полименорею, 25% (18) - гиперменорею и 53% (38) - гиперполименорею. Длительность кровотечения варьировала от 16 до 48 дней (в среднем 20+2 дня). Циклические кровотечения наблюдались у 25% (18) больных, ациклические – у 75% (54). В контрольной группе средний возраст девушек был 14,2±0,2 года, возраст менархе – 13,5±0,3 года. На момент исследования менструальный цикл был регулярным, через 28±1,2 дней по 4±1 дня, кровянистые выделения были умеренные по количеству и безболезненные. Остановка маточного кровотечения всем пациенткам с МК ПП была проведена однофазным эстроген-гестагенным препаратом. В качестве профилактики рецидива кровотечения пациентки принимали гормональную терапию синтетическими прогестинами. Дизайн исследования в основной группе включал два запланированных визита с временным интервалом в три недели. Первый визит был до назначения антианемической терапии, второй через три недели лечения анемии. Также дважды оценивали состояние клеточного и гуморального иммунитета и продукцию основных Th1-цитокинов (IFN, TNF-, и IL-2) и Th2-цитокинов (IL-4 и IL-10). При сравнении количественных показателей клеток белой крови у пациенток основной группы достоверных различий при сравнении с контрольными значениями выявлено не было. Отмечена тенденция к снижению общего количества лейкоцитов в основной группе до 4,8±1,2 x10<sup>9</sup>/л, в отличие от показателя у здоровых подростков - 6,2±1,4 x10<sup>9</sup>/л.

Результаты исследования иммунного статуса у пациенток с анемией тяжелой степени на фоне МК ПП свидетельствовали о нарушениях иммунологической реактивности. У девушек с ЖДА зарегистрировано достоверное (p<0,05) снижение числа Т-лимфоцитов (CD3+) до 48,8±1,36% (контроль - 64,26±3,12%). Отмечалось достоверное (p<0,03) снижение количества популяции Т - лимфоцитов – хелперов (CD4+) (18,17±2,48% (контроль – 40,12±3,22%). Содержание цитотоксических лимфоцитов (CD8+) было повышенным (40,6±3,31%, в контроле – 25,06±1,24%). Иммунорегуляторный индекс (CD4+ /CD8+) у пациенток с анемией снижался до 0,48±0,18 (в контроле – 1,52±0,14%). При МК ПП с развитием ЖДА тяжелой степени имело место увеличение количества В-лимфоцитов (CD72+), а также усиление синтеза Ig классов G и E, кроме Ig A и M. Уровень IFN у пациенток с анемией на фоне МК ПП был значительно снижен (p<0,03). Продукция TNF- у больных основной группы имела тенденцию к снижению по сравнению с контрольными значениями. Было выявлено достоверное повышение по сравнению с контрольной группой уровней IL-2 и, особенно, IL-4 (p<0,05). Однако содержание IL-10 не было повышено, по сравнению с контрольным показателем. Через 3 недели терапии в группе пациенток, принимающих анаферон детский, отмечено достоверное (p<0,05) повышение CD3+-лимфоцитов (62,2±1,27%). У пациенток, принимающих только препарат железа, количество CD3+-лимфоцитов (56,2±1,24%) не достигло показателя контрольной группы. После лечения анафероном детским отмечалась выраженная активация Т-клеточного звена иммунитета, что проявилось в достоверном увеличении количества клеток, экспрессирующих CD4-антигены (41,20±3,13%), нормализации уровня CD8+ (24,4±2,86%) и повышении иммунорегуляторного индекса до 1,63±1,32. В группе пациенток, принимающих монотерапию препаратом железа, отмечена лишь тенденция к нормализации перечисленных показателей. По окончании курса анаферона детского зарегистрировано снижение количества CD72+ - лимфоцитов с 18,12±0,67% до 12,86±1,33% (в контроле – 14,21±1,06%). В группе монотерапии препаратом железа данный показатель оставался практически без изменений (от 18,3±1,43% до 16,4±1,2%) и был выше контрольного значения. Выявлено положительное влияние анаферона детского на синтез иммуноглобулинов, что достоверно (p<0,05) проявилось в нормализации уровней иммуноглобулинов G и E. У пациенток, принимающих только препарат железа данный эффект не зарегистрирован. При применении анаферона детского изменялась продукция иммунорегуляторных Th1- и Th2-цитокинов мононуклеарными лейкоцитами. При этом в большей степени отмечался рост

уровня IFN в периферической крови. Зарегистрировано изменение уровня цитокинов в периферической крови на фоне лечения анафероном детским, что проявилось в снижении содержания IL-2 и, особенно, IL-4. В группе пациенток, принимающих только препарат железа, через 3 недели антианемической терапии сохранялся дисбаланс в продукции Th1- и Th2-цитокинов. Данный факт может быть обусловлен нарушениями в сложной цепи цитокиновой взаиморегуляции межклеточной кооперации иммунных клеток в условиях вторичной иммунной недостаточности, вызванной анемией.

Проведённое сравнительное клиническое исследование в параллельных группах эффективности анаферона детского в качестве средства лечения иммунологических нарушений у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода, осложнёнными развитием железодефицитной анемии тяжёлой степени, позволяет рекомендовать его к применению у данного контингента больных.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВУЗов И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОБЛЕМЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

**Егорова Е.И.**

*Россия, г.Рязань, городская клиническая больница №11, женская консультация*

Сложившаяся в России демографическая ситуация требует комплексного решения многих проблем. Одна из них – сохранение репродуктивного здоровья молодежи.

Повышение образовательного ценза, стремление сделать карьеру приводит в настоящее время к увеличению интервала между началом половой жизни и вступлению в брачные отношения. Такая тенденция особенно характерна среди лиц, получающих высшее образование, как в России, так и за рубежом. Студенты в России представляют достаточно многочисленную группу молодежи – более 5 млн. человек. Сохранение репродуктивного здоровья среди данной группы населения особенно важно. В этой связи применение различных методов и средств контрацепции является одним из путей сохранения репродуктивного здоровья студентов.

Для изучения репродуктивного поведения студенток и их отношения к проблемам контрацепции было проведено анкетирование. В анкетированном опросе участвовали 302 девушки – студентки Рязанского Государственного Педагогического Университета в возрасте 17-20 лет (средний возраст 18,6±0,2 лет).

Наличие сексуального опыта указало 70,2% девушек. Средний возраст сексуального дебюта составил 16,3 лет. Для сравнения, согласно литературным данным, возраст начала половой жизни у современных девушек составляет 17,5-17,8 лет. Мотивами начала половой жизни у студенток в большинстве случаев оказались: любовь (68,3%), любопытство и эксперимент (25,5%), необдуманый поступок (4,8%). Результаты анкетирования позволяют судить о достаточно частой смене половых партнеров: одного полового партнера имеют 27,2%, двух – 20,7%, трех и более – 52,1%.

К сожалению, такая сексуальная активность сопровождается недостаточно грамотным уровнем знаний в вопросах контрацепции. Контрацептивные средства постоянно используют только 55,8% студенток. Во время первой половой близости тем или иным способом контрацепции воспользовались 60,0% девушек. В тоже время, для предупреждения нежелательной беременности более 70,0% пар в странах Запада постоянно используют контрацептивы.

Несмотря на существование большого количества эффективных средств контрацепции, 84,0% девушек используют презерватив как основное средство контрацепции, прерванный половой акт – 6,1%, ВМС – 1,1%, гормональную контрацепцию – 8,8%. Следует подчеркнуть, что такое эффективное средство как КОК не находит должного применения среди студенток.

Одной из причин низкого использования методов контрацепции является недостаток специальных знаний. Более половины студенток информацию по вопросам планирования семьи полу-

чают от сверстников и друзей – 57,5%, от врача – 21,7%, от педагогов – 7,0%, с родителями девушки практически не обсуждают эти вопросы. Только 24,3% девушек отметили, что с ними велась работа по контрацепции в женской консультации. Соответственно низкая контрацептивная активность приводит к возникновению нежелательной беременности и абортам.

По результатам анкетирования установлено, что 2,8% опрошенных имели беременность, которая закончилась родами, и 10,4% имели искусственное прерывание беременности. Из девушек – 52,5% отрицательно относились к аборту как методу планирования семьи, положительно к аборту относились – 9,9%, безразлично – 10,5%, затруднились с ответом – 27,1%. Все это свидетельствует об отсутствии должных знаний студенток по вопросам планирования семьи.

Таким образом, работа по охране репродуктивного здоровья студенток должна быть основана на профилактике нежелательной беременности и абортов. Необходимо создать условия для квалифицированного консультирования студенток по вопросам контрацепции, приобретение эффективных контрацептивов для студенток должно быть доступно. Необходимо разработать образовательные программы, способствующие формированию контрацептивной культуры и культуры сексуального поведения и внедрить их в процесс обучения студенток.

## **ЗНАЧЕНИЕ ГОМЕОСТАЗА АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

**Ермолова Н.В., Орлов В.И., Зинкин В.И., Берлим А.А.,  
Скачков Н.Н., Зинкина Е.В., Ширинг А.В.**

*Россия, Ростов – на – Дону, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Росздрава»*

Актуальность. Современная концепция патогенеза эндометриоза рассматривает его развитие в тесной взаимосвязи с процессами ангио- и неангиогенеза. Имеющиеся в научной литературе сведения, касающиеся количественных характеристик ангиогенных факторов роста, как в сыворотке крови, так и в перитонеальной жидкости (ПЖ) у пациенток с эндометриозом, свидетельствуют о значительных колебаниях содержания сосудисто-эндотелиального (СЭФР), эпидермального (ЭФР) и трансформирующего (ТФР-) факторов роста. Наряду с СЭФР, который способен модулировать пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки (Кушлинский Н.Е. и соавт., 2002), существенное значение в ангиогенезе имеет метаболически взаимосвязанный с данным полипептидом эндотелин-1 (ЭТ-1), являющийся маркером неангиогенеза. В настоящее время отсутствует единое мнение о характере и степени изменений указанных факторов роста в изучаемых биологических жидкостях при данной патологии (Confino E. et al., 1990; McLaren J. et al., 1996; Taylor R.N. et al., 1997; Barcz E., et al., 2000; Huang J.C. et al., 1996).

Целью исследования явилось изучение роли гомеостаза ангиогенных факторов роста в сыворотке крови и в ПЖ в патогенезе наружного генитального эндометриоза (НГЭ).

Материал и методы исследования. В исследование включено 50 пациенток с бесплодием, из которых 40 больных с гистологически подтвержденным НГЭ 2-4 стадии по классификации r-AFS (1985) составили основную группу, 10 пациенток без эндометриоза – контрольную. Уровни СЭФР, ЭФР, ТФР- в исследуемых биологических жидкостях, уровень ЭТ-1 в ПЖ, определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Bender MedSystems» (Austria) по стандартным протоколам. В процессе обследования больных применяли комплекс диагностических методик, включающих клинико-лабораторное обследование, УЗИ, лапароскопию, гистологическое исследование макропрепаратов, удаленных во время операций. Образцы ПЖ были получены во время диагностических и манипуляционных лапароскопий. Информированное согласие на использование крови и ПЖ, био-

платов брюшины и яичников было получено у всех пациенток. Данные пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по исходной клинической характеристике. Возраст женщин 1-ой группы составил  $30,2 \pm 0,8$  года, 2-ой –  $28,5 \pm 0,9$  года. В первой группе обследованных первичное бесплодие имело место у 61,7% женщин, вторичное у 38,3% пациенток. Во второй группе больных первичное бесплодие выявлено в 48,6% случаев, тогда как вторичное бесплодие было отмечено у 51,4%. Длительность бесплодия у женщин 1-ой группы составила  $6,5 \pm 0,7$  года, во 2-ой –  $5,7 \pm 0,2$  года.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий проверяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений – критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Полученные результаты. Объем ПЖ в 1-ой группе пациенток составил  $52 \pm 0,8$  мл, а во 2-ой –  $18 \pm 0,6$  мл. Изменения продукции изученных факторов роста носят однонаправленный характер в сторону их увеличения по сравнению с контролем. Так, содержание СЭФР в сыворотке крови превышало более чем в 4 раза контрольные величины ( $150,5 \pm 2,5$  пкг/мл и  $33,9 \pm 1,4$  пкг/мл) ( $p < 0,01$ ). При этом, уровень ЭФР в сыворотке крови был в 1,5 раза выше показателей в группе сравнения ( $157,6 \pm 6,5$  пкг/мл и  $104,4 \pm 4,5$  пкг/мл) ( $p < 0,05$ ).

В ПЖ отмечалась аналогичная тенденция. Содержание СЭФР у пациенток основной группы было увеличено в 1,2 раза ( $34,6 \pm 1,5$  пкг/мл и  $29,2 \pm 1,2$  пкг/мл) ( $p < 0,05$ ), а ЭФР – в 1,1 раза ( $58,1 \pm 2,5$  пкг/мл и  $52,6 \pm 2,5$  пкг/мл).

Содержание ТФР- в сыворотке крови пациенток обеих групп практически не отличалось ( $19,0 \pm 1,1$  пкг/мл и  $22,2 \pm 1,4$  пкг/мл), тогда как уровень его в ПЖ у больных НГЭ в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ) превышал контрольные величины ( $11,3 \pm 0,2$  пкг/мл и  $6,4 \pm 0,95$  пкг/мл).

Уровень ЭТ-1 в ПЖ пациенток основной группы в 4 раза ( $0,410 \pm 0,03$  фмоль/мл и  $0,102 \pm 0,01$  фмоль/мл) ( $p < 0,01$ ) превышал контрольные значения.

Выводы. Таким образом, определена взаимосвязь изменений содержания основных ангиогенных факторов роста, которые регулируют активность процессов ангиогенеза, на системном и местном уровнях при НГЭ. Высокие концентрации ЭФР и ТФР- являются мощными стимуляторами экспрессии СЭФР. Значительный уровень ТФР- в ПЖ способствует индукции гена СЭФР, что обуславливает усиленный его синтез. Это находит подтверждение в высокой концентрации данного полипептида, обнаруженного нами в этих условиях. Выявленное увеличение роста продукции СЭФР относительно данных контрольной группы обусловлено, по - видимому, особенностями гормонального статуса, характерного для пациенток с НГЭ.

Развитие новых кровеносных сосудов, их рост и регрессия имеют существенное значение в формировании сети капилляров из эндотелиальных клеток и, очевидно, являясь одним из факторов формирования эндометриоидных гетеротопий. Данный процесс обеспечивается СЭФР, который модулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки, формируя просвет сосуда. Участие СЭФР в формировании кровеносных сосудов осуществляется при его взаимодействии с рецептором. Подтверждением реализации одного из важных механизмов регуляции этого процесса является наличие рецепторов с высокой степенью аффинности к СЭФР только у эндотелиоцитов, в отличие от других ангиогенных элементов (Jakeman L.B. et al., 1995). Факт увеличенной продукции эндотелина-1 обусловлен, по - видимому, влиянием высокого уровня СЭФР на активность эндотелинпревращающего фермента, так как этот фактор роста участвует в реализации данного процесса (Matsura A. et al., 1997). Рост продукции СЭФР способствует чрезмерному синтезу ЭТ-1, который может выступать в качестве апоптозсупрессирующего агента, значительное содержание которого блокирует реакции, лежащие в основе апоптоза. Эти составляющие эндотелиальной системы не только метаболически взаимосвя-

симы, но и избирательно взаимосвязаны. В основе обнаруженных изменений продукции эндотелиальных факторов в ПЖ при НГЭ может иметь место возможное изменение рецепции ЭТ-1 и СЭФР, что усиливает стимуляцию пролиферации эндотелиальных клеток, а, следовательно, и ангиогенез. Выявленные нарушения продукции эндотелиальных факторов в ПЖ пациенток с НГЭ свидетельствуют о дисбалансе эндотелиальной пролиферации и апоптоза. По – видимому, развитие бесплодия при НГЭ обусловлено, в том числе, и повышенным ангиогенным потенциалом перитонеального окружения половых органов, инициирующим развитие гетеротопий.

Избыток ТФР- (в ПЖ в 1,8 раза), очевидно, будет способствовать усиленному синтезу коллагена, так как данный фактор роста считают самым мощным стимулятором этого процесса.

Результаты настоящего исследования указывают на то, что в основе развития эндометридных гетеротопий лежат активные процессы эндотелиальной клеточной пролиферации, обуславливающие чрезмерный рост кровеносных сосудов. Такой характер ангиогенеза достигается, надо полагать, с одной стороны – высоким уровнем в перитонеальной жидкости СЭФР и ЭФР. С другой стороны – значительная экспрессия СЭФР приводит к усиленному синтезу ЭТ-1, блокирующему апоптоз эндотелиальных клеток.

Надо полагать, что обнаруженный высокий ангиогенный потенциал у пациенток с НГЭ как в сыворотке крови, так и в ПЖ является тем неблагоприятным фоном, на котором прогрессирует бесплодие у данных больных. В связи с этим, выявленные особенности гомеостаза ангиогенных факторов роста у больных с НГЭ дают основание для проведения патогенетической терапии, направленной не только на устранение гетеротопий, но и их профилактику, позволяющую восстановить фертильность.

## **ДВОЙНОЙ СЛЕПОЙ ПЛАЦЕБО- КОНТРОЛЬ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ЭЛЬТОН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРВИЦИТАМИ В КАЧЕСТВЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ**

**Жаркин Н.А., Щетинина Т.А.**

*Россия, г. Волгоград, кафедра акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета*

Актуальность. Воспалительные процессы нижнего отдела гениталий является причиной развития хориоамнионита, интраамниального инфицирования, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, послеродового эндометрита.

Цель: повышение эффективности лечения воспалительных процессов нижнего отдела гениталий в качестве преграavidарной подготовки.

Материалы и методы: Исследование было рандомизированным, контролируемым проспективным испытанием, в ходе которого обследовано 175 больных с острыми и хроническими кольпитами цервицитами в возрасте от 16 до 30 лет. Жалобы больных на бели, боли внизу живота, зуд и жжение, контактное кровомазанье, диспареунию оценивались в баллах (от 0 до 2) до, во время и после окончания лечения. Параклинические методы обследования включали: мазок с окраской по Граму (с оценкой в баллах от 1 до 5) до, во время и после лечения, кольпоцитологию (в баллах от 1 до 7) до, во время и после лечения, анализ на внутриклеточную инфекцию (ПЦР) в баллах от 0 до 1 (до и после лечения), бактериологический посев на патогенную и условно патогенную флору с определением чувствительности к антибиотикам, расширенную кольпоскопию с прицельной биопсией (в баллах от 1 до 10) до и после лечения, определение концентрации Ig M,G,A в отделяемом из цервикаль-

ного канала (г/л) до и после лечения. Все обследованные сначала получали стандартное противовоспалительное лечение – антибиототики и иммуномодуляторы. Затем случайным образом все пациентки были рандомизированы на три группы: группу сравнения (58 человек), в которой использовались общепринятые методы лечения с последующими обработками шейки матки солковагином, основную группу (107 человек), в комплексном лечении которой применялось бальнеологическое средство «Эльтон», и группу плацебо (10 человек), где в качестве завершающего этапа лечения использовалась стерилизованная маслянистая жидкость, по цвету, запаху и консистенции сходная с бальнеологическим средством «Эльтон». Ни исследователь, ни пациентки не знали, какое именно средство использовалось на завершающем этапе лечения. Полученные данные обрабатывались с помощью методики Васильева П.М.(1991), основанной на использовании парного коэффициента Стьюдента и вычислении коэффициента информативности (совокупность значимых переменных и их среднее значение в каждой паре сравниваемых групп).

Результаты. Средний возраст пациенток составил  $22,04 \pm 0,33$  года. Внутриклеточная инфекция выявлялась в 70% случаев, в 18% - условно патогенная флора, у 12% пациенток было их сочетание.

Длительность лечения в группе сравнения составила в среднем  $53,52 \pm 3,22$  дней, в основной группе –  $50,45 \pm 2,01$  дней, в группе плацебо лечение длилось  $49,3 \pm 6,87$  дня ( $p < 0,05$ ). При использовании в комплексной терапии бальнеологического средства «Эльтон» не удалось достичь полного излечения в  $13,1 \pm 2,6\%$  случаев, а после лечения стандартными методами – в  $19 \pm 3,1\%$  ( $p < 0,05$ ). В группе плацебо ни у одной пациентки не был достигнут положительный эффект: после двух-трех процедур появлялся выраженный дискомфорт во влагалище. Лабораторными методами у всех больных этой группы выявлялась кандидоз, что требовало назначения дополнительной лекарственной терапии. У больных из группы сравнения и основной групп через 4-5 дней после начала лечения сравниваемыми средствами отмечалось значительное улучшение самочувствия: исчезали бели, зуд и жжение. Однако у 7 (12,06%) больных из группы сравнения появилась аллергическая реакция в виде сильного жжения и гиперемии слизистой. Ни в одном случае применения бальнеологического средства «Эльтон» этого не произошло. Нормальная кольпоцитология после окончания лечения была получена у 82% пациенток из группы сравнения и у 91% больных из основной группы. Исчезновение незаконченной зоны трансформации или уменьшение её площади кольпоскопически подтверждалось у 81% больных из группы сравнения и у 87% больных основной группы.

Концентрация Ig G после лечения в группе сравнения уменьшилась на  $0,884 \pm 0,056$  г/л, в основной группе - на  $1,495 \pm 0,052$  г/л, в группе плацебо – на  $0,491 \pm 0,021$  г/л; Ig M в группе сравнения - на  $0,038 \pm 0,001$  г/л, в основной группе – на  $0,034 \pm 0,001$  г/л, в группе плацебо – на  $0,046 \pm 0,019$  г/л; Ig A в группе сравнения - на  $0,356 \pm 0,009$  г/л, в основной группе – на  $0,389 \pm 0,012$  г/л, в группе плацебо - на  $0,320 \pm 0,030$  г/л. Изменение концентрации антител в отделяемом из цервикального канала было достоверным ( $p < 0,05$ ) в группе сравнения и в основной группе после лечения, что свидетельствует о снижении напряжённости местного иммунитета.

Обсуждение. Эффективность лечения больных была сопоставима в группе сравнения и в основной группе, эффективность лечения в группе плацебо отсутствовала с момента применения маслянистой жидкости. Улучшение самочувствия (субъективно) отмечалось у всех больных первых двух групп. Динамика изменения концентрации иммуноглобулинов классов G и A в группе сравнения и основной группе достоверно говорила о снижении напряжённости иммунитета.

Полученные данные свидетельствуют о том, то и стандартный метод лечения, и противовоспалительная терапия с использованием средства «Эльтон» достаточно эффективны. Солковагин вызывает химическую коагуляцию пораженных тканей с последующим отторжением и эпителизацией. Вытяжка из лечебной грязи обладает противовоспалительными свойствами, основанными на содержании ионов магния, который улучшает метаболизм клетки (повышает образование антимедиаторов воспаления, увеличивает



активность циклооксигиназы). Использование этого средства делает воздействие на очаг воспаления патогенетически обоснованным, щадящим и не менее эффективным.

Выводы. Применение бальнеологического средства «Эльтон» в комплексном лечении воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища способствует повышению эффективности терапии, уменьшению длительности лечения, исключению аллергических реакций, снижению напряженности местного иммунитета, что позволяет рекомендовать этот метод как один из способов совершенствования преградивной подготовки.

## ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ БРЮШИННОГО КОЛЬПОПОЭЗА

**Журавлева В.И.**

*г. Казань*

Брюшинный кольпопоз является в настоящее время операцией выбора у пациенток с аплазией влагалища и матки.

За 10 лет нами выполнено около 100 операций брюшинного кольпопоза. Средний возраст пациенток составил 21,4±3,5 года. Основную группу больных составили пациентки с синдромом Рокитанского-Кюстнера – Майера (87%). У 23 пациенток диагностирован синдром тестикулярной феминизации: из них неполная форма выявлена у 6 женщин. У больных с неполной формой тестикулярной феминизации кроме гонадэктомии выполнена клитерэктомия.

С патологией мочевой системы обратилось 67% женщин.

Брюшинный кольпопоз выполнили с лапароскопической ассистенцией, которая позволила произвести ревизию органов малого таза и при необходимости биопсию яичников.

Купол неовагины формировался: при наличии маточных тяжей за счет сшивания между собой, с подшиванием к ней париетальной брюшины спереди и сзади, при отсутствии маточных тяжей – путем ушивания брюшины кисетным швом без натяжения. Длина сформированной неовагины составила 10-12 см. Последующее ведение таких пациенток потребовало использование пелота из пенополиуретана (диаметр 2,5 см), который вводился с 3 дня ежедневно на время ночного сна. Выписка осуществлялась в среднем на 10 день послеоперационного периода. Половая жизнь становилась возможна через 1 месяц после операции. Дальнейшее использование пелота рекомендовалось при отсутствии половой жизни. Операции осложнились: в 2 случаях ранением прямой кишки и в 2 случаях ранением мочевого пузыря. Ушивание органов выполнено во время операции. Отдаленных осложнений не наблюдалось. К 3 месяцу после операции слизистая неовагины приобретала розовый цвет, умеренную складчатость. Появлялись палочк Додерляйна, т.е. приобретала все свойства слизистой нормального влагалища.

Однако отсутствие половой жизни и исключение использования пелота вело к укорочению длины неовагины на 1,5-2,0 см. Это не требовало каких-либо кардинальных вмешательств, а ограничивалось регулярным введением пелота.

Таким образом, реконструкция неовагины из брюшины малого таза является малоинвазивным практически безопасным и достаточно эффективным методом лечения женщин при аплазии матки и влагалища.

## ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

**Зайнуллина Р.М.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

В последние годы наметилась четкая тенденция к увеличению количества пациенток репродуктивного возраста страдающих дистрофическими заболеваниями вульвы (ДЗВ). Дистрофиче-

ские заболевания вульвы подразделяются на склерозирующий лишай, гиперпластические и смешанные дистрофии, в том числе с интраэпителиальной неоплазией различной степени тяжести. Клиническими особенностями ДЗВ являются тяжесть симптоматики, длительность и упорство течения заболевания, вероятность малигнизации. Причины развития данной патологии, вопросы эффективного лечения окончательно не решены. По нашим данным и большинства исследователей установлена значительная роль инфекционных факторов (ВПЧ, ВПГ, рецидивирующий кандидоз, хламидии) в возникновении и развития ДЗВ. Предлагаемые методы лечения с использованием лучей лазера в комбинации с противовоспалительной терапией медикаментозными средствами позволила улучшить результаты лечения ДЗВ. Для лечения склерозирующего лишая достаточно консервативных методов терапии. Гиперпластические и смешанные формы дистрофии вульвы, в том числе с интраэпителиальной неоплазией, требуют хирургического вмешательства с морфологическим контролем.

Целью работы явилась разработка и оценка эффективности радиохирургического метода воздействия на кожно-слизистые покровы наружных гениталий в комплексном лечении гиперпластических форм дистрофии вульвы.

По нашим наблюдениям находилось 15 пациенток с гиперпластическими дистрофиями вульвы в возрасте от 35 до 51 года. При мониторинге больных проводились общеклинические, микробиологические, ультразвуковой, эндоскопические (кольпоскопия, вульвоскопия), гистоморфологические методы исследования.

Все наблюдаемые женщины имели в анамнезе беременности, закончившиеся родами и абортми. Большинство пациенток с целью контрацепции использовали медьсодержащие ВМК с длительностью применения от 3 до 12 лет. У всех наблюдаемых женщин имелись нарушения биоценоза влагалища. У части пациенток выявлены ИППП, в том числе хламидиоз (5) микоплазмоз (2), ПВИ (4), ПВИ высокоонкогенного типа (2). Гиперпластические дистрофии вульвы сочетались с миомой матки у 4 пациенток, с хроническим аднекситом у 8 женщин, с полипозом эндометрия – у 5. Особо важное значение для постановки диагноза и выбора тактики ведения наблюдаемых больных имело вульвоскопическое исследование с последующим изучением гистоморфологического материала, полученного при прицельной биопсии. Патоморфологические изменения в тканях вульвы касались как эпидермиса, так и дермального слоя. Эпидермис чаще всего был истончен, наблюдались выраженные признаки гиперкератоза (гипертрофия рогового слоя) и дистрофические изменения в клетках шиповидного слоя. Иногда выявлялись признаки паракератоза. У отдельных больных в разной степени (от слабой до гиперактивности) была выражена полиферация клеток базального слоя многослойного плоского эпителия.

В подлежащих соединительнотканых слоях отмечались выраженные дистрофические и склеротические изменения пучков коллагеновых волокон в виде грубых малоклеточных или бесклеточных фиброзированных зон. В дерме выявлялись воспалительные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов. Инфильтраты были как диффузные, так и очаговые вокруг сосудов. Присутствовали признаки акантоза, лимфогенной инфильтрации сетчатого слоя дермы, разрастание эпителиального слоя, наличие койлоцитов в базальном слое эпителия. У пациенток диагностированы следующие формы ДЗВ: гиперпластическая дистрофия (9), в том числе с интраэпителиальной неоплазией (4), смешанные дистрофии (2).

Комплексная терапия наблюдаемых пациенток проводилась поэтапно, в амбулаторных условиях, с акцентом на первом этапе на выявление и этиотропное лечение ассоциированных инфекций половой системы по современным стандартам с индивидуальным подходом. Это достигалось, наряду с использованием медикаментозных средств, применением источников низкоинтенсивного лазерного излучения. На II этапе лечебной коррекции проводились малоинвазивные микрохирургические операции на кожно-слизистых покровах вульвы с использованием радиохирургического портативного аппарата «Сургитрон» производства корпорации «Ellman International» (США), выходной мощностью 140 Вт ± 5%,

выходной частотой 3,8 МНЗ, под кольпоскопическим контролем. Выполнялись радиохирургические эксцизии, деструкции, поверхностные вульвэктомии. Осложнения во время операций и в послеоперационном периоде не наблюдались. Толщина зоны некроза после воздействия на кожно-слизистые покровы вульвы прибором «Сургитрон» составила всего 0,04 мм, срок полной эпителизации - от 28 до 40 дней. Отмечены благоприятные как ближайшие, так и отдаленные результаты.

Таким образом, применение радиохирургии в комплексном лечении женщин страдающих гиперпластическими дисрофическими заболеваниями вульвы является эффективным, доступным, позволяет улучшить результаты лечения и обеспечивает вторичную профилактику рака вульвы.

## МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ

**Закрытая О.С., Ящук А.Г.**

*Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №2, г.Уфа*

Актуальность. Одной из важных проблем урогинекологии является недержание мочи у женщин. Данная патология не угрожает жизни больных, но значительно снижает ее качество, вызывает тяжелые моральные страдания, разрушает семейные и социальные связи. Частота этой патологии чрезвычайно высока - от 36 % в популяции до 68% в возрастной группе старше 55 лет. При этом за медицинской помощью обращаются лишь 4% больных. Особые трудности испытывают молодые женщины трудоспособного возраста, ведущие активный образ жизни, откладывающие визит к врачу, надеясь на самоизлечение, либо считая, что недержание мочи - норма после родов. Среди причин развития недержания мочи у них часто указываются травматичные роды.

Целью исследования явилось изучение частоты и причин манифестации мочевого инконтиненции после родов.

Материалы и методы. Обследованы 486 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 42 лет), имевших роды 2 - 12 месяцев назад. Верификация диагноза мочевого инконтиненции проводилась на основании сбора анамнеза, заполнения и анализа специально разработанного нами урогинекологического опросника, данных клинического обследования, включающего оценку состояния тазового дна, проведение традиционных функциональных проб. При оценке соматического статуса учитывались клинические проявления, патогномичные для дисплазии соединительной ткани. Диагностическими критериями являлись: жалобы на потерю мочи при физической нагрузке, кашле, чихании, возникшие во время беременности или после родов; недержание мочи после внезапного сильного позыва к мочеиспусканию, возникшее во время беременности или после родов; положительные функциональные пробы (кашлевая, проба Вальсальва, тест Бонне, стоп-тест, прокладочный тест).

Результаты и их обсуждение. Из 486 обследованных женщин - у 106 (21,8%) отмечалась потеря контроля над мочеиспусканием. В 74 (69,8%) случаях недержание мочи впервые появилось после родов, в 28 (26,4%) - первые симптомы наблюдались уже во время беременности и продолжались после родов, 4 (3,7%) женщины после абдоминального родоразрешения отметили отсутствие позывов к мочеиспусканию и периодическое самопроизвольное подтекание мочи при переполнении мочевого пузыря.

Более половины женщин (58 - 54,7%) с расстройствами мочеиспускания находились в возрасте 28 - 35 лет. Менархе наступало в возрасте от 11 до 16 лет, в 72 случаях (67,9%) - в возрасте 12 - 14 лет, а в 34 случаях (32%) менархе было либо ранним (у 14 женщин в 11 лет), либо поздним (у 20 - в 15 и 16 лет). Менструации были регулярными у 90 (84,9%), нарушение цикла по типу олигоменореи выявлено у 16 (15%), из них у троих беременность наступила после стимуляции овуляции, в одном случае после ЭКО.

Гинекологическими заболеваниями страдали 82 (78,1%) женщины. Из них 39 имели патологию шейки матки, 16 - нарушение менструального цикла, 10 - воспалительные процессы придатков матки, 8 - опущение стенок влагалища I - II степени, 5 - наружный эндометриоз, 4 - миома матки. Обращает на себя внимание тот факт, что из 16 пациенток, имеющих нерегулярные менструации, у 11 после родов возникла ургентная симптоматика, и лишь у 5 - стрессовая.

Экстрагенитальные заболевания отмечались у 98 (92,4%) больных. Наиболее часто (95 - 89,6%) встречались болезни дыхательных путей (частые респираторные заболевания - 78, хронический бронхит - 17). Сердечная и сосудистая патология наблюдалась в 77 (72,6%) случаях, из них пролапс митрального клапана - 12, артериальная гипертензия - 8, варикозное расширение вен нижних конечностей - 27, геморрой - 30. Заболевания органов пищеварения отмечались у 65 (61,3%) женщин (хронический гастрит - 28, дискинезия желчевыводящих путей - 24, хронический колит - 7, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 6). Расстройство вегетативной нервной системы имели 54 (50,9%) пациентки, заболевания опорно-двигательного аппарата - 37 (34,9%), в том числе артрозо-артриты и остеохондроз - 23, сколиоз - 2, плоскостопие - 3, привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава - 3, коленной чашечки - 1, плеча - 1, травматические вывихи - 4. Заболевания мочевыделительной системы - 31 (29,2%), из них хронический пиелонефрит - 23, нефроптоз - 6, мочекаменная болезнь - 2. Миопию I - II степени тяжести - имели 32 (30,1%) женщины, диффузный эутиреоидный зоб - 18 (16,9%), аллергические реакции на медикаменты и продукты питания - 13 (12,2%), грыжи - 6 (5,6%). В среднем на одну пациентку приходилось 3,9 заболевания.

Общее число беременностей составило 3,1 на 1 женщину. Из 106 обследованных женщин у 31 (29,2%) беременность и роды были первыми. У 18 (16,9%) первым родом предшествовали от 1 до 3 медицинских абортов. Повторно рожали 75 (70,7%) женщин, причем 12 (11,3%) из них в анамнезе не имели абортов и роды были вторыми и третьими, а 63 (59,4%) из них перед повторными родами перенесли от 1 до 5 медицинских абортов.

Течение данной беременности осложнилось у 93 (87,7%) пациенток. Явления раннего токсикоза наблюдались в 18 случаях (16,9%), у 23 (21,6%) беременных наблюдалась водянка, у 5 (4,7%) - нефропатия I и II. 85 женщин (80,1%) имели анемию во время беременности, у 66 (62,2%) отмечена хроническая внутриутробная гипоксия плода, у 18 (16,9%) - ХФПН, в 9 (8,4%) случаях выявлена задержка внутриутробного развития плода. Угроза прерывания беременности возникала в 21 случае (19,8%).

Самопроизвольные срочные роды произошли у 91 (85,8%) женщины, 15 (14,1%) беременных были родоразрешены операцией кесарева сечения. Показаниями для оперативного родоразрешения служили: рубец на матке (4), преждевременное излитие околоплодных вод (5), крупный плод (5), слабость родовой деятельности (1).

Акушерские травмы мягких тканей шейки матки, влагалища и промежности I и II степени произошли у 23 (21,6%) рожениц, по поводу угрожающего разрыва промежности у 11 (10,3%) женщин была произведена срединно-латеральная эпизиотомия. Следует особо отметить, что из 23 родильниц, имеющих акушерскую травму - у 20 выявлено недержание мочи при напряжении.

Масса новорожденных колебалась от 2200 до 4500 грамм, у 68 (64,1%) женщин дети имели массу тела более 3800 грамм.

Урогинекологическое обследование 106 женщин с расстройствами мочеиспускания проводилось в динамике через 2-6-12 месяцев после родов. На основании результатов клинического осмотра и функциональных проб стрессовое недержание мочи было выявлено у 71 (66,9%), ургентное - у 24 (22,6%), смешанный тип недержания мочи с преобладанием стрессового компонента - у 7 (6,6%), парадоксальная ишурия - у 4 (3,7%) пациенток.

Таким образом, нами выявлены признаки мочевого инконтиненции у 21,8% женщин репродуктивного возраста имевших роды от 2 до 12 месяцев назад, из них у каждой третьей женщины первые симптомы появились уже во время беременности. Отягощенный

акушерский и гинекологический анамнез выявлен у 87% пациенток, экстрагенитальные заболевания - у 92% (в том числе симптомы недифференцированной дисплазии соединительной ткани – пролапс митрального клапана, варикозное расширение вен, миопия и др.). Осложнения беременности наблюдались в 87,7% случаев. У 64% женщин масса детей при рождении была свыше 3800 грамм. У большинства женщин, имеющих травмы мягких тканей родовых путей выявлено недержание мочи при напряжении.

Выводы. Предварительные результаты нашего исследования подтвердили актуальность данной проблемы, показали возможность выделения групп риска и клинического прогнозирования развития мочевой инконтиненции после родов, необходимость дальнейшего изучения этой серьезной и тяжело поддающейся лечению патологии, разработки мер профилактики и лечения.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ**

**Зарубенко И.П., Кира Е.Ф., Ермолинский И.И.,  
Мелько А.И., Вязьмина К.Ю.**

*Россия, г.Москва, Клиника женских болезней и репродуктивного здоровья Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова МЗиСР РФ*

Цель исследования: Обоснование и оптимизация органосберегающих методов хирургического лечения миом матки и доброкачественных цистаденом яичников на современном этапе.

Материал и методы. Проведено когортное исследование в которое были включены все оперированные больные доброкачественными опухолями яичников и матки, которые в течение 8 лет (1991 – 1999 гг.) лечились или обследовались в клинике акушерства и гинекологии им. А.Я. Крассовского ВМедА и в клинике женских болезней и репродуктивного здоровья ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова (1996-2004 гг.).

Проведены исследования: Клиническое: традиционный сбор анамнеза и гинекологическое исследования; Во время гинекологического осмотра производили отбор образцов материала для кольпоцитологического исследования и выполняли рН-метрию содержимого влагалища из заднего свода;

Лабораторное: биохимические методы исследования; общеклиническое исследование крови и мочи; по стандартным методикам определены показатели, характеризующие белковый, углеводный, липидный и пигментный обмены; ФСГ, ЛГ, Е2, прогестерона, тестостерона, ТТГ, Т3, Т4 и других по показаниям.

Методы функциональной диагностики: Цитологическое исследование; маммография; УЗИ малого таза;

Оценка качества жизни: общий опросник SF-36, модифицированный менопаузальный индекс, разработанный в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Кулаков В.И. и соавт., 1996).

Методы статистической обработки материалов: сбор информации с помощью специально разработанных карт и банка данных, позволяющих получать массивы данных, и - собственно математико-статистическая обработка, для которой использовалась статистическая графическая система под Windows XP. Для статистической обработки данных использовались цифровые формализованные результаты данных клинического обследования, гинекологического и общесоматического анамнеза, гинекологического исследования и лабораторно-инструментального обследования. Работа выполнялась на персональном компьютере IBM-Pentium III -750. Значимость различий сравниваемых показателей определялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: результаты наших исследований свидетельствуют о необходимости расширения показаний к операциям, сохраняющим анатомо-функциональные взаимоотноше-

ния у больных миомой матки, обеспечивающим менструальную и репродуктивную функции, а также о необходимости разработки принципиально нового консервативного метода лечения этого заболевания, действующего на центральное звено всей многоступенчатой репродуктивной системы. Онкологическая настороженность при определении показаний к оперативному лечению и его объему является мало оправданной. Выработана новая классификация органосберегающих и консервативных оперативных вмешательств на матке и придатках

## **ЦВЕТОВОЕ ДОПЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ И ДОПЛЕРОМЕТРИЯ СОСУДОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЖИДКОСТЬЮ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ**

**Захарова Л.В., Гасанова М.К.**

*Россия, г.Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава*

Целью данной работы явилось исследование васкуляризации сосудов матки у женщин с серозометрой, которое дает возможность выявить доклиническую диагностику скопления жидкости в полости матки.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин постменопаузального периода в возрасте от 60 до 75 лет, не предъявлявших гинекологических жалоб, не имевших ранее оперативных вмешательств на органах малого таза, не имевших кровянистых выделений из половых путей или кровотечений в постменопаузе и не получавших заместительную гормональную терапию.

Основную группу составили 30 женщин с внутриматочной жидкостью в полости матки. Контрольную группу - 30 женщин без серозометры. Наблюдалась идентичность больных в группах по возрасту, времени наступления и длительности постменопаузы, экстрагенитальных заболеваний в анамнезе.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате AU-5 (ESAOTE, Италия). Использовался датчик с частотой сканирования 3,5 – 5,0 МГц.

При трансвагинальном сканировании для серозометры была характерна полная анэхогенность. Количество внутриматочной жидкости варьировал от 0,1 до 12 мм.

У всех обследованных производили анализ доплерометрических кривых скоростей кровотока (КСК) в маточных, аркуатных, радиальных, базальных артериях. При анализе кривых скоростей кровотока определяли максимальную систолическую (Vps) и конечную диастолическую (Ved) скорости кровотока. Эти показатели использовали для вычисления пульсационного индекса (PI) и индекса резистентности (RI), которые являются показателями периферического сосудистого сопротивления.

При проведении ЦДК и доплерометрии маточные и аркуатные артерии визуализировались у всех обследуемых. Радиальные артерии определялись у 17, базальные у 4 женщин в основной группе.

Закономерность снижения индексов по мере удаления от основных маточных сосудов и однонаправленность их изменений, выявленная у женщин в контрольной группе, оказалась идентичной и для женщин с серозометрой. Во всех маточных артериях прослеживалась отчетливая тенденция к снижению средних показателей сосудистого сопротивления по сравнению с аналогичными данными женщин без внутриматочной жидкости периода постменопаузы. При анализе индекса резистентности и пульсационного индекса выявлялась четкая зависимость между значениями RI и PI как с длительностью постменопаузы так и количеством внутриматочной жидкостью.

Если при скоплении небольшого количества серозной жидкости в полости матки, доплерографические показатели в артериях

матки были идентичны с показателями у женщин без внутриматочной жидкости ( $V_{ps}$  в маточных артериях –  $26,8 \pm 2,14$  см/с, в аркуатных –  $14,8 \pm 0,8$  см/с, в радиальных –  $8,0 \pm 0,3$  см/с, в базальных –  $4,8 \pm 0,14$  см/с;  $V_{ed}$  в маточных артериях –  $2,8 \pm 0,4$  см/с, в аркуатных –  $2,0 \pm 0,16$  см/с, в радиальных –  $1,03 \pm 0,7$  см/с, в базальных –  $0,9 \pm 0,07$  см/с) то по мере увеличения количества внутриматочной жидкости, увеличивалась как пиковая систолическая, так и конечная диастолическая скорость, которая коррелировалась с повышением артериального давления ( $V_{ps}$  в маточных артериях –  $30,4 \pm 1,2$  см/с, в аркуатных –  $15,4 \pm 0,3$  см/с, в радиальных –  $8,2 \pm 1,2$  см/с, в базальных –  $6,8 \pm 0,2$  см/с;  $V_{ed}$  в маточных артериях –  $5,2 \pm 2,4$  см/с, в аркуатных –  $3,7 \pm 0,22$  см/с, в радиальных  $2,4 \pm 1,4$  см/с, в базальных  $1,8 \pm 0,4$  см/с). Все КСК имели диастолический компонент.

Установлено, что значительное скопление жидкости в полости матки является патологией и требует тщательного обследования и лечения. Использование доплерометрических критериев дает возможность выявить доклиническую диагностику скопления жидкости в полости матки, выделить группу риска пациентов на развитие данной патологии и проводить раннее профилактическое лечение, что может предотвратить развитие патологических процессов в эндометрии.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ВЛАГАЛИЩА

**Захарова Т.В., Иванова О.В.**

*Россия, Тула, Тульский государственный университет*

Актуальность. Публикации последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту числа больных с оппортунистические инфекциями влагалища 45-86,9%.

Цель: установить распространенность оппортунистических инфекций влагалища и ИППП у женщин репродуктивного возраста (18-45 лет) г.Тулы.

Материалы и методика исследований. Проведено комплексное клинко-микробиологическое обследование 1100 женщинам в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в женскую консультацию №1 г.Тулы за период 2003-2006 года с целью подготовки к предстоящей беременности или по поводу различных гинекологических заболеваний. Комплексное обследование пациенток включало клинические методы, предусматривающие анализ анамнестических данных, гинекологический осмотр, рН-метрию влагалищной среды, расширенную кольпоскопию, бактериоскопическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое (ПЦР) исследование вагинального отделяемого. Выявление и количественную оценку *U.urealyticum* и *M.hominis* осуществляли культуральным методом с помощью питательных сред, выпускаемых в НИИ ЭМ им. Пастера г.Санкт-Петербурга. Верификацию диагноза БВ проводили в соответствии с диагностическими критериями R.Amsel и соавт. (1984). Диагноз кандидоза ставился на основании обнаружения мицелия дрожжеподобных грибов при микроскопическом исследовании и выделения чистых культур грибов *Candida* при бактериологическом исследовании.

Результаты. В результате комплексного обследования 1100 женщин было сформировано 4 группы. В I группу вошли женщины, которым на основании клинического обследования был поставлен диагноз кандидомикоз – 148 (13,5%), II – бактериальный вагиноз (БВ) 372 (33,8), III – кольпит 396 (36%), IV – составили женщины с нормальным микробиоценозом влагалища 184 (16,7%). Большинство пациенток обращались к врачу по поводу различных гинекологических заболеваний. Установлено, что доброкачественные заболевания шейки матки и цервикального канала, чаще выявлялись среди женщин I (43,2%), II (53,2%) и III (44,9%) групп, причем частота встречаемости данной патологии примерно одинакова, в том время как в IV группе данная патология обнаруживается лишь в 11,4% случаев. Хронический сальпингоофорит выявлялся с частотой

22,8% в выбранной популяции женщин, при этом в группах I (26,4%) и II (23,7%) он был у каждой четвертой женщины, в III группе встречался у каждой третьей женщины (31,3%), а в IV группе только в 2 наблюдениях (1,1%). Вульвит имел место у каждой 10 обследованной женщины, причем данная патология была обнаружена лишь в I и III группах по 36,5% и 14,9% соответственно. Инфекции, передающиеся половым путем (трихомониаз – 32 (2,9%), хламидиоз – 19 (1,7%) и гонорея – 6 (0,5%)), были выявлены лишь у 5,2% (57) больных. Микоплазмы и уреаплазмы встречались в I (1,3% и 2%), II (1,1% и 1,3%) и III (4,3% и 5,6%) группах практически с одинаковой частотой. При более детальном обследовании пациенток обнаружилось, что из 1100 обратившихся женщин у 499 (45,4%) были обнаружены микроорганизмы, характерные для БВ, причем 372 (74,5%) женщин был диагностирован только БВ, у 70 (14%) была ассоциация БВ с кандидозом и у 57 (11,4%) БВ сочетался с неспецифическим кольпитом. Среди пациенток III группы неспецифический кольпит, вызванный условно-патогенной микрофлорой, был выявлен у 339 (30,8%), причем заболевание наиболее часто имело место в возрасте от 18 до 24 лет.

Выводы. Установлена высокая частота оппортунистических инфекций влагалища у женщин репродуктивного возраста (18-45 лет) г.Тулы 78,1% (859). Нормальный микробиоценоз влагалища был выявлен только у 184 (16,7%) обследованных женщин, что подтверждает точку зрения о высокой частоте инфекций влагалища, среди обратившихся гинекологических больных. Среди вагинитов ведущее место занимает бактериальный вагиноз – 45,4%. В 25,5% бактериальный вагиноз выступал не как моноинфекция, а в сочетании с другими вагинальными инфекциями, и возможно является фоном для их развития. Кандидозный кольпит наиболее часто встречался в форме хронической персистирующей грибово-бактериальной инфекции (47,3%), что создает трудности при выборе схем лечения. ИППП (трихомониаз, хламидиоз, гонорея) не играют ведущую роль в развитии инфекционных вагинитов и встречаются в незначительном проценте случаев (5,2%).

## НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

**Захарова Т.П., Архипенко Н.И., Манухин И.Б.**

*Россия, г.Москва, Московский Государственный медико-стоматологический Университет.*

В последние годы особенностью кандидной инфекции является высокая частота, частое рецидивирование процесса, длительное течение, высокая резистентность возбудителей к антимикотическим препаратам, что диктует необходимость поиска новых методов, повышения эффективности лечения больных с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом (РКВВ).

Известно, что у 5-10% женщин с первичным эпизодом вагинального кандидоза в последующем наблюдаются рецидивы заболевания и в том случае, если их число колеблется от 3-х и более раз в год правомочно говорить о РКВВ.

При сохраненной ведущей роли *C.albicans* (45-80% случаев) в этиологии заболевания внутри этого вида растет число устойчивых штаммов к антимикотикам (20-35% резистентны к флуконазолу). Говоря о значении чувствительности *Candida* к антимикотическим препаратам в развитии РКВВ, следует отметить, что последние часто обладают фунгистатической, а не фунгицидной активностью, в связи с чем не достигается полной эрадикации *Candida*. Кроме того, устойчивость к антимикотикам связывают с инфицированием *C.glabrata*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis*, *Sacharomyces cerevisiae*.

Другие виды *Candida*, такие как *C.krusei*, *C.quillermondii*, *C.kefyr* обладают природной резистентностью к флуконазолу, сохраняя чувствительность к другим азолам (итраконазол). Распространенность урогенитального кандидоза non-albicans увеличилась вдвое

за последние 10 лет (15-30% случаев), а заболевание вызванное этими возбудителями протекает в хронической рецидивирующей форме, устойчиво к препаратам местного действия.

Цель работы: изучение эффективности румикоза в лечении РКВВ у 46-ти пациенток (18-42 лет) с длительностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет. Все пациентки ранее неоднократно принимали разные курсы антимикотических препаратов местного и/или системного действия. Большинство пациенток жаловались на вагинальные выделения (79,5%), зуд и/или жжение в области наружных половых органов (54%), диспареунию (15,7%).

При обследовании микроскопии мазков у всех 46-ти пациенток (100%) обнаруживались грибы рода *Candida*, культуральный посев выявил их наличие (*S.albicans*-69,7%, 31%-*Candida spp.*) в количестве от 10 до 10 КОЕ/мл. Всем больным с лечебной целью назначался антимикотический препарат Румикоз (итраконазол) по 200 мг внутрь два раза в день, в течение трех дней в период рецидива. С целью профилактики рецидивов заболевания «Румикоз» назначался по 200 мг однократно в день от одного до трех дней накануне менструации в течение 6 месяцев (учитывали зависимость наступления рецидива в анамнезе).

В процессе дальнейшего наблюдения получены достоверные показатели эффективности «Румикоза». Редукция симптомов отмечалась у 42-х пациенток со 2-го дня лечения, к 7-му дню контрольный осмотр показал значительное разрешение проявлений микотического процесса на вульве и НПО у 46-ти (100%) пациенток. За период профилактического лечения у 3-х пациенток отмечено по 1-му рецидиву РКВВ через 5 и 6 месяцев наблюдения.

Таким образом, представленные результаты собственных исследований указывают на высокую эффективность «Румикоза» (93,4%) при лечении хронических рецидивирующих форм кандидозного вульвовагинита (в том числе и non-*albicans* этиологии). Пероральный прием итраконазола (Румикоза) обеспечивает высокие концентрации препарата в тканях, поэтому он может элиминировать колонии дрожжевых грибов даже из глубоких слоев слизистой оболочки влагалища, что способствует быстрому купированию симптомов заболевания и профилактике его рецидивов.

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ IVM

**Здановский В.М.<sup>1,2</sup>, Бедник Д.Ю.<sup>1,3</sup>, Смирнова О.А.<sup>1</sup>**

*1 Медицинский центр «ЛЕРА», 2 РГМУ, 3 МГУ им. М.В.Ломоносова*

Введение: Дозревание ооцитов *in vitro* (*in vitro* maturation – IVM) является новым подходом, который постепенно внедряется в клиническую практику центров ЭКО. При этом подходе получают незрелые ооциты, последующее дозревание которых со стадии GV до стадии метафазы II (MII) происходит *in vitro*. Процедура IVM исключает применение дорогостоящих препаратов для стимуляции суперовуляции, при этом отсутствует риск возникновения синдрома гиперстимуляции яичников. Этот подход также является перспективным для проведения программ с донорскими ооцитами.

Материалы и методы: В нашей клинике в течение 3 лет проводилась программа IVM. В ходе этой программы проведено лечение 58 бесплодных супружеских пар, в 70 лечебных циклах трансвагинальным доступом были получены незрелые ооциты, в 55 случаях осуществлен последующий перенос эмбрионов. В двух лечебных циклах (группа I) параллельно с IVM осуществлялась программа суррогатного материнства, в остальных 53 циклах бесплодным пациенткам переносили их собственные эмбрионы (группа II). Для дозревания незрелых ооцитов использовали среду IVM (MediCult, Дания) с добавлением сыворотки крови пациентки, ФСГ и ХГ. Ооциты помещали в среду дозревания на 30 часов. Дозревшие ооциты оплодотворяли методом ИКСИ. На 4-й день после пункции пациентке переносили 3-4 эмбриона хорошего качества. Подготовка эндометрия осуществлялась с помощью эстрадиола и прогестерона.

Результаты: Процент созревания ооцитов *in vitro* составил 52,1, оплодотворения – 69,0%. В первой группе было получено две беременности (одним и двумя плодами), которые завершились рождением здоровых детей. Во второй группе мы получили только 5 беременностей (9,4%): 2 биохимические, 2 замершие и 1 беременность, завершившаяся родами здорового ребенка.

Заключение: Мы считаем, что причиной низкой частоты наступления беременности во второй группе является недостаточная подготовка эндометрия у IVM-пациенток ко дню переноса. В первой группе пациенток такой проблемы нет, т.к. мы можем синхронизировать стадию развития эмбрионов и зрелость эндометрия реципиентки. По нашему мнению, наиболее перспективным представляется применение IVM в сочетании с программами суррогатного материнства и донорства ооцитов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Зудикова С.И.**

*г. Саратов, Областной центр планирования семьи и репродукции*

Высокая частота различных форм и степени тяжести климактерического синдрома (КС) у современных женщин диктует необходимость поиска методов профилактики как самой патологии, так и ее тяжелых форм.

Многочисленные исследования, основанные на экспериментальных и клинических наблюдениях с использованием фитопрепаратов, свидетельствуют об эффективности фитотерапии при лечении пациенток с различными дисгормональными и другими функциональными расстройствами репродуктивной системы, в т.ч. с предменструальным и климактерическим синдромами. Особое внимание привлекают препараты мастодиона, основным активным компонентом которого является экстракт прутняка, и климадинона, содержащий экстракты цимицифуги (Бионорика, Германия).

Цели исследования: 1 - оценка эффективности мастодиона и климадинона как средств профилактики КС, 2 - оценка эффективности климадинона при КС.

Методы исследования: клиническое обследование с определением модифицированного менопаузального индекса (ММИ) и индекса массы тела (ИМТ), гинекологическое обследование, кольпоцитологические исследования с определением степени чистоты, индексов созревания и кариопикнотического, анализ содержания в сыворотке крови фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов и пролактина, ультразвуковое исследование половых органов и молочных желез. Полученные данные статистически обработаны по общепринятым методикам.

Проведено обследование 37 пациенток в возрасте 45-55 лет с сохраненным или (чаще) нарушенным ритмом менструаций (олигоменорея), соответствующей возрасту концентрацией ФСГ, ЛГ, нормопролактинемией, получавшие мастодион по поводу предменструального синдрома – 1 группа; 49 пациенток того же возраста, у которых давность отсутствия менструации составила 1 - 4 года, с аналогичными показателями гипофизарных гормонов, получавшие климадинон по поводу КС - 2 группа; в группу сравнения вошли 50 женщин в перименопаузе с отсутствием какой-либо терапии – 3 группа. Длительность наблюдения всех обследованных составляла не менее 2-х лет. Критерием отбора пациенток 1 группы служил ИМТ 17,5-24 кг/м<sup>2</sup>, т.е. обследованные имели нормальную или пониженную массу тела, поскольку, согласно данным литературы, у них чаще развивается КС, имеет место более раннее появление урогенитальных нарушений. Показанием для назначения мастодиона являлся предменструальный синдром (ПМС), который был расценен как предшественник КС. Препарат назначался по 30 капель 2 раза в день на протяжении 3-х месяцев, эффективность 89,2%. После 2-3-месячного перерыва аналогично

проводился повторный курс использования мастодинона. С наступлением менопаузы в течение данного срока наблюдения на фоне отсутствия у всех пациенток клиники КС дополнительно назначался климадинон в виде таблеток по 20 мг или в жидком виде по 30 капель 3 раза в день первые 3 месяца и двукратно последующие 3 месяца. На протяжении дальнейшего 2-летнего наблюдения ранние симптомы КС легкой степени имели место у 6 (16,2%) пациенток, признаки урогенитальных нарушений отсутствовали. Пациентки не отмечали какие-либо побочные явления указанной терапии, потребовавшие отмены фитопрепаратов.

Развитие КС легкой и средней степени тяжести имело место у 27 (54,0%) из 50 женщин группы сравнения.

Критерием отбора пациенток 2-й группы служил ММИ, свидетельствующий о наличии типичной формы КС легкой (28 больных) и средней (21 больная) степени тяжести. Лечение проводилось климадином в течение 24 недель в ранее указанном режиме. Эффективность лечения оценивали через 12 и 24 недели. Через 12 недель отмечено снижение ММИ у 27 (55,1%) пациенток, через 24 недели – у 41 (83,7%) пациентки, какие-либо психовегетативные симптомы КС отсутствовали. Кроме того имело место снижение исходно высокого уровня ЛГ на 35%, хотя возврат к показателю у женщин детородного возраста не отмечался; содержание ФСГ статистически достоверно не снизилось. Из урогенитальных расстройств наблюдались стресс-недержание мочи и учащенное мочеиспускание у 5 (10,2%) пациенток. По данным эхографии стимулирующее влияние на матку и молочные железы отсутствовало. Побочные явления использования климадинона не наблюдались.

Выводы

1. Сравнительный анализ частоты развития КС у пациенток 1-ой и 3-й групп позволяет сделать предварительный вывод о целесообразности использования с целью профилактики КС мастодинона в период менопаузы и его комбинации с климадином в первые годы прекращения менструаций.

2. Климадинон относится к эффективным средствам лечения КС.

3. С учетом возрастного изменения функции гипоталамуса целесообразно прием климадинона продолжить в течение 3-х месяцев после достижения положительного лечебного эффекта.

4. Мастодинон относится к эффективным средствам лечения предменструального синдрома у пациенток в менопаузе.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРМОАБЛАЦИИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

**Зуев В.М., Джигладзе Т.А., Крятова А.В.**

*Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета*

Актуальность. В структуре гинекологических заболеваний маточных кровотечений занимают одно из ведущих мест и встречаются у женщин всех возрастных групп. Рецидивирующие дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) обусловленной функциональными нарушениями гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы являются достаточно сложной для лечения патологией. В лечении женщин с ДМК используются как консервативные, так и хирургические методы. Гормональная и гемостатическая терапия не всегда эффективна, а иногда и противопоказана из-за сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Метод криодеструкции эндометрия, так же имеет ряд недостатков (невозможность визуального контроля за воздействием на эндометрий, стандартная температура криозонда). Гистерэктомия в свою очередь сопровождается значительным травматизмом, а также вегетативно-сосудистыми, обменно-эндокринными, нервно-психическими и сексуальными расстройствами в послеоперационном периоде. Воздействие на эндометрий лазером или высокочастотным электрическим током наряду с достаточным эффектом имеет и ряд недостатков.

Таким образом, остается актуальным вопрос поиска минимально инвазивного, безопасного и эффективного метода лечения ДМК.

Целью исследования является повышение эффективности лечения дисфункциональных маточных кровотечений с помощью термоабляции эндометрия.

Материалы и методы. Были обследованы и пролечены 11 пациенток с дисфункциональными маточными кровотечениями в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями, в возрасте от 38 до 52 лет (средний возраст 47 лет). У 5 больных ДМК сочеталось с тяжелой формой сахарного диабета, у 4 с выраженной патологией сердечно-сосудистой системы, у 1 больной с мененгиомой гипофиза и у 1-ой пациентки был выявлен синдромом Виллибрандта. Диагноз ДМК устанавливался на основании жалоб больных, клинической картины и был подтвержден данными трансвагинального ультразвукового исследования, гормональными, гистологическим и цитологическим исследованиями. Всем пациенткам производилось внутривенное анестезиологическое пособие. В полость матки вводился баллонный катетер. Последний наполнялся 10 мл 5% раствора глюкозы, создавалось давление 160 мм.рт.ст. За счет нагревания до 87 С в течение 8 минут производилась термическая абляция эндометрия. Интраоперационных осложнений не отмечено, кровотечений не наблюдалось. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия.

Период наблюдения за больными составил от 3 до 12 месяцев. У 9 прооперированных больных в последующем отмечалась нормализация менструального цикла, у 2 – аменорея. В течение периода наблюдения ни одной больной не потребовалось дополнительных лечебных мероприятий.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об эффективности термальной абляции эндометрия при лечении ДМК. Данный метод может служить альтернативой гормональному и другим видам хирургического лечения, он является минимально инвазивным, легко переносимым и может быть использован при лечении женщин с отягощенным экстрагенитальным анамнезом.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Зуев В.М., Джигладзе Т.А., Нисимова И.С.**

*Россия, г.Москва, ММА им. И.М.Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии №1*

Проблема лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин, страдающих нарушением менструальной функции и бесплодием, продолжает оставаться крайне актуальной.

Несмотря на значительные успехи фармакотерапии (широкое использование современных антибактериальных препаратов), частота воспалительных заболеваний, обусловленных различными инфекционными факторами, не имеет тенденции к снижению и составляет 40-50% среди гинекологических больных

Вместе с тем возрастающая частота алергизации населения (40-50%) и нечувствительность микроорганизмов к антибиотикам существенно ограничивают их применение, и ограничивается арсенал лечебных средств. В этой связи большое значение приобретают немедикаментозные средства лечения, обладающие широким спектром патогенетического воздействия на органы и ткани. (сокращение фаз воспалительного процесса, улучшения микроциркуляции и оксигенации, активация тканевого метаболизма, ферментных систем и синтеза белков и т.д.)

Одним из таких средств является лазерное излучение с длиной волны 248 н.м.

Цель исследования: повысить эффективность лечения хронических воспалительных заболеваний женских половых органов с применением УФ-лазерного излучения с длиной волны 248 н.м.

Проведено обследование и лечение 35 женщин с использованием лазерной установки «Мария».

Возраст обследованных женщин – от 28 до 41 года, одна женщина 82 лет с трофическими язвами обеих голеней.

Нозологические формы гинекологических заболеваний распределились следующим образом:

Хронический эндометрит – 16

Хронический цервицит – 8

Вульвовагинит – 4

Кольпит – 7.

Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее микробиологическое, цитологическое, в ряде случаев патоморфологическое исследование, а также УЗИ, доплерометрию, цервико- и гистероскопию.

Основное внимание уделялось микробиологическому и цитологическому исследованиям.

При микробиологическом исследовании было выделено:

*E. coli* – у 15 больных – 104- 107

*Enterobacter* – у 13 больных – 105- 107

*Klebsiella pn.* – у 3 больных – 103- 104

*Staph. Spp.* – у 5 больных – 105- 106

*Enterococcus faecalis* – у 4 больных – 104

Сочетание тех или иных микроорганизмов было выявлено у 19 женщин.

Клинически у 17 женщин имела место метроррагия, у 11 - патологические бели, зуд и жжение в области вульвы и влагалища – у 9.

У 21 женщины было первичное или вторичное бесплодие, из них у 8 – неудачные попытки ЭКО, у 8 – невынашивание.

У 24 женщинам после цервико- и гистероскопии (из них у 11 были выявлены внутриматочные синехии и у 6 – фиброзные сращения и стенозы цервикального канала) проводилось внутриматочное и внутрицервикальное облучение эндометрия и эндоцервикса УФ-лазером.

Женщинам с хроническим эндометритом проводилось по 5 процедур, с хроническим цервицитом – по 3.

Параметры лазерного излучения составили: мощность 15 мВт, время экспозиции – 2 мин.

Внутриполостное облучение проводилось с помощью кварцевых световодов.

11 больным с кольпитом и вульвовагинитом проводилось наружное облучение от 4 до 6 процедур в дозе 16 мВт

Результаты исследования:

Микробиологическое исследование:

*E. coli* – у 5 больных – 103

*Enterobacter* – у 4 больных – 104

*Klebsiella pn.* – у 1 больной – 103

*Staph. Spp.* – у 4 больных – 103

*Enterococcus faecalis* – у 1 больной – 103

*Lactobac.* – у 16 больных - 104- 105

Таким образом, у большинства больных выявлено уменьшение титра микроорганизмов. Клинически симптомы кольпита и вульвовагинита уменьшались после второй процедуры и исчезали после 5-6 ой (уменьшение гиперемии, отека, белей).

Уменьшение воспалительной реакции выражалось в уменьшении количества лейкоцитов во влагалищном и цервикальном содержимом со 120 до 20-25, при этом преобладали клетки цилиндрического эпителия.

## СКАНЕРНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛАЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Зуев В.М., Джигладзе Т.А., Пальцева Е.М.**

*Россия, г.Москва, ММА им.И.М.Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии №1*

Проблема лечения предраковых заболеваний шейки матки не теряет своей значимости.

Несмотря на широко применяемые методы лечения патологических состояний шейки матки, включая лазерные технологии, частота рецидивирования предраковых заболеваний шейки матки составляет 5-12%.

Новые возможности в оптимизации лечения заболеваний шейки матки, в том числе и цервикальной интраэпителиальной неоплазии I-III степени, открываются с внедрением в практическую гинекологию лазерных сканирующих устройств на базе углекислотного лазерного излучения.

Цель исследования: повысить эффективность лечения предраковых состояний шейки матки с применением сканирующего лазерного излучения с длиной волны 10,6 мкм.

Проведено обследование и лечение 48 женщин с использованием лазерной установки «Scharplan 40С».

Возраст обследованных женщин – от 32 до 51 года.

Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее микробиологическое, цитологическое, патоморфологическое исследование биоптатов шейки матки и соскоба цервикального канала, а также цервико- и гистероскопию. 8 пациенткам была проведена МЧ-ПЦР-диагностика клинических онкологических маркеров MLH1, p16, N33 в цервикальном соскобе и материале биопсии.

В результате обследования у 17 пациенток была диагностирована ЦИН I, у 21 – ЦИН II и у 10 – ЦИН III. У 4 из 8 пациенток в результате МЧ-ПЦР исследования было выявлено метилирование генов p16 и N33, что ассоциируется с дисплазией шейки матки.

Всем пациенткам была произведена сканерная углекислотная лазерная абляция шейки матки в условиях операционной под местным обезболиванием.

Особенностью послеоперационной сканированной раны явилось: равномерная глубина дефекта в пределах одного операционного поля и отсутствие карбонизации, «сухое» операционное поле. Отмечалась ускоренная репарация тканей: эпителизация происходила в течение 10-14 дней в зависимости от площади и глубины инвазии.

Все пациентки наблюдались в течение 6-10 месяцев после вмешательства. Через 3, 6, 9 месяцев производился цитологический и кольпоскопический контроль.

Ни в одном случае рецидива заболевания отмечено не было.

Таким образом, сканерная углекислотная лазерная абляция шейки матки является высокоэффективным современным малотравматичным методом лечения предраковых состояний шейки матки.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО – ДИСТРОФИЧЕСКИХ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОЦЕРВИКСА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

**Зуев В.М., Нисимова И.С., Джигладзе Т.А., Шадыев А.Х.**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета  
ММА им И.М. Сеченова*

Бесплодие – одна из наиболее важных и сложных медицинско-социальных проблем. Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодия в браке колеблется от 8 до 29%. При бесплодии нередко имеет место комбинированное поражение полового аппарата в разных сочетаниях. Роль так называемого «шеечного фактора» в настоящее время изучена недостаточно. Вместе с тем эндоцервициты, гипертрофии эндоцервикса, гиперпластические процессы, травматические и рубцовые деформации шейки матки, которые ведут к изменениям анатомии и физиологии цервикального канала, сопровождающиеся структурно-функциональными изменениями шеечной слизи и даже к её отсутствию - часто встречающаяся находка при обследовании пациенток с бесплодием. Такие нередкие находки послужили актуальностью к разработке данной работе.

С целью улучшения результатов лечения женского бесплодия при воспалительно-дистрофических и гиперпластических процессах эндоцервикса было обследовано 60 пациенток в возрасте от 20 до 38 лет. Первичным бесплодием страдали 22 женщины, вторичным – 38. Длительность бесплодия колебалась от 1 до 5 лет.

При комплексном обследовании был исключен трубный и гормональный фактор бесплодия.

У всех 60 женщин имела место различная патология шейки матки, подтвержденная кольпоскопией, цервикогистероскопией, а так же гистологическими и цитологическими исследованиями:

железистая гиперплазия, железисто-фиброзная гиперплазия, фиброзные изменения цервикального канала, рубцовых изменений, сочетанная патология совместно с вирусными поражениями.

Из 60 пациенток у 19 отмечена взаимосвязь воспалительно-дистрофических и гиперпластических процессов эндоцервикса с патологией эндометрия в различных сочетаниях.

В комплексное лечение больных входило воздействие патологически измененный эндоцервикс в виде CO<sub>2</sub> лазерной абляции в режиме сканирования. Дополнительно больным в послеоперационном периоде проводилось лазерное воздействие на шейку гелий-неоновым или полупроводниковым лазерными аппаратами. Пациенткам с сочетанными поражениями эндоцервикса и эндометрия проводилась цервикогистероскопическая диссекция или абляция фиброзной ткани Nd-YAG лазерным излучением.

Из 60 пролеченных больных рецидив заболевания отмечен в 8 случаях. Этой группе больных через один месяц произведено повторное лечение.

Из 60 пациенток беременность наступила у 15 (25%). Через три месяца после лечения - у 2, через пять месяцев – у 3, через шесть месяцев – у 8 и через девять месяцев у 2 женщин.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает значение «шеечного фактора» бесплодия и эффективность метода лечения с помощью CO<sub>2</sub> лазерной абляции в режиме сканирования и Nd-YAG-лазерной диссекции, который займет должное место в лечении бесплодия цервикального происхождения.

## ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

**Иванова М.Н., Ли Б., Минаева И.Г.**

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия*

Актуальность. Герпетическая инфекция является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека. Наиболее актуальным для клинической практики является генитальный герпес. Деформация шейки матки является неблагоприятным фактором, отягощающим течение инфекционного процесса шейки матки. Посттравматический эктропион требует безусловного лечения, т.к. на его фоне противовоспалительная терапия теряет свою эффективность. Виды лечения этой формы фоновой патологии различны – они колеблются от сложных пластических операций до рутинных манипуляций типа электродиатермокоагуляции и криодеструкции.

Цель. Анализ эффективности терапии герпетической инфекции у женщин перенесших хирургическое, электродиатермическое и криогенное лечение деформации шейки матки.

Материал и методы. Были сформированы 4 исследовательские группы: I группа - 68 пациентка, у которых посттравматическая деформация пролечена диатермокоагуляцией шейки матки; II группа - 62 пациенток, которым была произведена пластика шейки матки; III группа - 68 пациентки, которым была произведена криодеструкция шейки матки и IV группа – 56 пациентки, перенесших электродиатермокоагуляцию шейки матки.

До операции и в послеоперационном периоде у женщин каждые 3 месяца в течение 1 года производилась ПЦР-диагностика вирусного

поражения (выявлялся ВПЧ 16 и 18). При выявлении герпетического поражения пациенткам всех групп проводилось лечение ацикловиром и эпиген-интим (выделялись соответствующие подгруппы).

Было проведено два типа анализа обследуемого материала: стандартный анализ с использованием общепринятых методик медицинской статистики и вероятностный анализ динамики результатов исследования вирусной контаминации с помощью линейных трендов.

Полученные результаты. Характер проведенного лечения деформации шейки матки отражается на эффективности противовирусного лечения. Наиболее предпочтительно хирургическое лечение травматического эктропиона – после этого вида коррекции шейки матки терапия герпетического поражения наиболее эффективна, как в отношении ВПЧ 16, так и в отношении ВПЧ 18. Тренды, с высокой степенью аппроксимированности, показывают, что элиминация герпетической инфекции завершается у этих пациенток в промежутке 9-12 мес. послеоперационного периода. Наибольшая эффективность курации достигалась при использовании эпиген-интим.

При восстановлении шейки матки методом электродиатермокоагуляции период элиминации герпетической инфекции затягивается более чем на 12 мес. У пациенток этой группы также была выявлена большая эффективность использования эпиген-интим в послеоперационном периоде.

Криодеструкция наиболее эффективна в отношении ВПЧ 18 – элиминация герпетической инфекции у пациенток, перенесших этот вид лечения шейки матки, практически завершалась к 9 мес. курации. Однако, элиминация ВПЧ 16 у пациенток этой группы, затягивается на срок более 12 мес.

Наименее эффективна курация герпетической инфекции (ВПЧ 16) ацикловиром и эпиген-интимом у пациенток, перенесших электродиатермокоагуляцию. Ацикловир у этих больных практически не оказывал какого-либо лечебного эффекта.

Заключение. Посттравматическая деформация шейки матки является крайне неблагоприятным фактором, отягощающим течение герпетического инфекционного процесса шейки матки. Эффективность консервативного лечения герпетического поражения шейки матки прямо зависит от вида коррекции шейки матки. Методом выбора следует признать пластические операции шейки матки и ее криодеструкцию. Последующая курация вирусной инфекции более эффективна с помощью местного противовирусного препарата эпиген-интим.

## СОВРЕМЕННЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

**Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Овсянкина Н.Л., Аветисян Т.Г., Киракосян Л.С.**

*Россия, Смоленск. Смоленская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

В мире нет единого мнения о наиболее информативном и адекватном методе скрининговой диагностики патологии шейки матки и предрака в том числе. Общепринятым в Европе и у нас в стране является цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала. Но рутинное цитологическое исследование имеет низкую эффективность, а с выявлением этиологического фактора развития предрака и рака шейки матки (вирус папилломы человека) еще и низкую специфичность. Применяемые рядом исследователей методы усовершенствованной цитологии (Цитоскрин) и компьютеризация исследования позволили улучшить его результаты незначительно. Немаловажно то, что рак шейки матки является полностью предотвратимым заболеванием, поэтому на скрининг его возлагается большая ответственность, а требования к методу объясняют необходимость наиболее высокой эффективностью.

Цель исследования: Определение наиболее эффективного метода скрининга патологических состояний шейки матки.



Материалы и методы. В исследование были включены 100 пациенток, отобранных методом случайной выборки в возрасте 20-35 лет. Для выявления патологии шейки матки всем проводилось цитологическое, кольпоскопическое, молекулярно-биологическое (ПЦР на ДНК ВПЧ) исследование и определение косвенной вирусной нагрузки методом гибридного захвата на ДНК ВПЧ (Digene тест). По показаниям бралась биопсия с проведением морфологического исследования и выявление экспрессии p16 (маркер онкопротеина E7).

Результаты и их обсуждение. Из 100 пациенток патологические состояния шейки матки выявлены у 32%. Это были только плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (ВПЧ-поражения и ЦИН различной степени тяжести). Врожденные эктопии, эктропионы были нами исключены из исследования, в виду того, что являются гистофизиологической нормой и не могут быть отнесены к патологическим состояниям. По степеням выраженности плоскоклеточных поражений они были распределены следующим образом: ВПЧ-поражения без неоплазии 17(53%), CIN I- 7 (22%), CIN II 6(19%), CIN III 2(3,2%).

При проведении цитологического исследования по Папаниколу выявлен: у 12 пациенток (CIN I-5, CIN II-4, CIN III-3) при чем ложноположительная диагностика (не подтвержденная гистологией и ПЦР) имела место у 5 пациенток (15,6%). В нашей клинике как метод скрининга применяется расширенная кольпоскопия. При проведении кольпоскопии выявлено 46 патологических состояний шейки матки. При чем визуально наличие эктопии цилиндрического эпителия рассматривалось нами как потенциальная патология (возможность инфицирования ВПЧ). Только в 1 случае при кольпоскопически нормальной шейке имелся положительный тест на ДНК ВПЧ в клинически значимых количествах. В США «золотым» стандартом диагностики поражений шейки матки является HPV-Digene test. Ко всем 100 пациенткам мы применили обычное ПЦР-тестирование и количественное определение методом гибридного захвата. Положительными на ДНК ВПЧ (ПЦР) высокого канцерогенного риска оказались 68% обследованных женщин, при чем у 30 из них кольпоскопически и цитологически не было признаков данной патологии, что расценено нами как наличие латентной формы папилломавирусной инфекции. При проведении тестирования методом гибридного захвата и интерпретации этих данных в соотношении с кольпоскопическими нами установлено, что клинически значимые нагрузки по ВПЧ высокого канцерогенного риска были у 35 пациенток, при чем у 1 они имелись при нормальной кольпоскопической картине. Важно отметить, что эктопии ЦЭ так же были ВПЧ положительными у 5 женщин, но в клинически не значимых количествах. С целью верификации диагноза и определения онкологического потенциала нами проводилось изучение экспрессии маркера онкопротеинов белка E7 (p16) в биоптатах. Установлена корреляционная зависимость экспрессии p16 и количества ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Вывод. Таким образом, расширенную кольпоскопию можно считать основным методом скрининга патологии шейки матки, на 2 этапе целесообразно проведение количественного определения ДНК ВПЧ с оценкой экспрессии онкопротеинов. Наибольшую эффективность имеет комплексная диагностика - кольпоскопия и метод гибридного захвата.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ**

**Иленко Е. В., Артымук Н. В., Магарилл Ю.А., Хоботкова Е.А.**  
*Россия, Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия; Кемеровский областной клинический онкологический диспансер*

Опухоли тела матки составляют одну из наиболее часто встречающихся групп новообразований женской репродуктивной системы (Бохман Я.В., 1992). Особенно актуальной данная проблема представ-

ляется для пациенток, имеющих избыток массы тела. Сравнительно недавно (1994), благодаря современным методам исследования в молекулярной биологии, был открыт новый гормон белой жировой ткани – лептин. Лептин оказывает «тонизирующий эффект» на центральные отделы нервной системы и регулирует секрецию гонадотропинов гипофизом. Существующие сведения указывают на то, что жировую ткань можно рассматривать как эндокринную железу. Тщательное эпидемиологическое и эндокринологические исследования способствовали развитию представления о том, что почти все факторы риска развития рака эндометрия (РЭ) связаны с эстрогенами. В действительности же гормональные взаимоотношения при этом заболевании значительно более сложны и включают в себя, в частности, большую группу иных потенциальных стимуляторов роста эндометрия, таких, как надпочечниковые андрогены, инсулин, инсулиноподобные факторы роста и некоторые другие (Берштейн Л.М., 2002). Имеются данные о том, что, возможно, влияние ожирения на риск РЭ реализуется не только через увеличение уровня инсулина, а существуют также другие механизмы регуляции (Troisi R., 1997). У пациенток с РЭ при увеличении индекса массы тела происходит изменение частоты встречаемости типов опухолей с низкой, умеренной и высокой биологической активностью (Тетерин А.С., 2004). Дальнейшее изучение влияния лептина и инсулина на течение физиологических процессов в организме, изменение его уровня при патологических состояниях поможет расширить методы диагностики и лечения РЭ.

Цель работы – исследовать взаимосвязь гормонального статуса и степени дифференцировки РЭ.

Материалы и методы: Обследовано 150 женщин с РЭ. 1 группу составили 100 пациенток, страдающие ожирением, во 2 группу вошли 50 пациенток, имеющие нормальную массу тела, а 3 группу (сравнения) составили 22 женщины без ожирения и РЭ. Средний возраст пациенток 1-й группы составил 56,8 ±10,0 лет, во 2-й группе 55,4 ±7,6 лет (p=0,334), в 3 – й группе - 47,5 ± 6,7 лет, соответственно (p=0,05). Индекс массы тела (ИМТ) у женщин 1-й группы составлял 37,9 ±4,3 кг/м<sup>2</sup>, что было достоверно выше, чем у женщин 2-й группы - 26,1±3,6 кг/м<sup>2</sup> (p <0,001). В 3-й группе ИМТ составил 22,6±4,2 кг/м<sup>2</sup> (p<0,001). Среди соматических заболеваний у пациенток 1-й и 2-й групп наблюдались артериальная гипертензия - у 76% и 47% (p<0,001), сахарный диабет - у 19,2 и 10,8% (p=0,002), ишемическая болезнь сердца – у 40% и 21,2% (p<0,001), заболевания желчевыводящих путей – у 30,8% женщин 1-й группы и у 41,2% женщин 2-й группы (p=0,02). Менопауза наступила у пациенток 1-й группы в возрасте от 29 до 58 лет, в среднем через 50,3±4,5 года, во 2-й группе - через 51,4±2,8 года (p=0,182). Обращает на себя внимание высокая частота у больных ожирением как ранней (8,7%), так и поздней менопаузы (8,3%). Основными клиническими проявлениями РЭ у пациенток обеих групп, были мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы. Продолжительность постменопаузы у женщин 1-й группы составила 10,9±7,5 лет, во 2-й группе - 6,6±5,9 лет (p=0,001). Высокодифференцированная аденокарцинома выявлена у 26% женщин 1 группы и у 22% женщин 2 группы (p=0,245); умеренно дифференцированная аденокарцинома – у 67% и 60%; низкодифференцированная – у 7% и 16% (p<0,05).

Проводилось общеклиническое и специальное гинекологическое обследование, определение уровня ИРИ и лептина проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов « Diagnostic system laboratories» (USA). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ « Statistica 6.0».

Результаты исследования показали, что уровень лептина у женщин 1 группы составил 97,5 нг\мл, что было достоверно выше, чем у женщин 2 группы - 24,8 нг\мл (p=0,001). Уровень лептина у женщин 3 группы составил 18,7±9,3 нг\мл, что было достоверно ниже, чем в 1 и 2 группах (p=0,02; p=0,04). Содержание ИРИ у женщин, страдающих ожирением и РЭ, составляет - 37,4±23,3 мМЕ\мл, что так же достоверно выше показателя ИРИ во 2-й группе - 15,0±7,3 мМЕ\мл (p=0,001), в 3-й группе уровень ИРИ составил 11,2±8,1

мМЕ/мл, что было существенно ниже, чем в 1 группе ( $p=0,01$ ) и статистически значимо не отличалось от 2 группы ( $p=0,467$ ). Выявлена зависимость между видом опухоли и значением ИМТ.

У пациенток с высокодифференцированной аденокарциномой уровень лептина составил 84,3 нг/мл, с умереннодифференцированной – 75,2 нг/мл и низкодифференцированной – 89,0 нг/мл ( $p=0,682$ ). Содержание ИРИ у женщин с высокодифференцированной аденокарциномой составило 24,8 мМЕ/мл, с умереннодифференцированной – 23,7 мМЕ/мл и низкодифференцированной – 27,3 мМЕ/мл ( $p=0,842$ ).

Таким образом, результаты исследования показали, что уровень ИРИ и лептина у женщин с ожирением и РЭ достоверно выше, чем у женщин с РЭ без ожирения. Для обследованных без РЭ характерно более низкое содержание лептина относительно женщин с РЭ, что указывает на возможное участие данного гормона в процессе формирования неопластического процесса в эндометрии. Уровень лептина и ИРИ не связан со степенью дифференцировки рака эндометрия.

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ – БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ

**Иозефсон С.А.**

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

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщины.

Аборты являются ведущей причиной материнской смертности и приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, бесплодию, а также отрицательно влияют на течение последующих беременностей.

В России медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространённостью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности, гинекологической заболеваемости.

В настоящее время в нашей стране существовало несколько вариантов прерывания нежелательной беременности: мини-аборт (до 5 – 6 недель беременности), проводимый методом вакуум-аспирации, метод инструментального выскабливания полости матки (6-12 недель), амниоцентез (14-22 недели беременности). Все эти методы предполагают инвазивные процедуры, которые негативно сказываются на последующем репродуктивном здоровье женщины.

Есть ли альтернатива?

Да! Медикаментозный аборт препаратом «МИФЕПРЕКС» (мифепристон), который даёт возможность прерывать беременность малого срока (до 6 недель) без инструментального метода.

Мифепристон – это 19-норстероид, который специфически блокирует рецепторы прогестерона и глюкокортикоидов. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желёз и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращение матки.

Мифепристон примерно в пять раз превышает чувствительность матки к аналогам простагландинов. Этот эффект развивается через 24-48 часов и лежит в основе схемы медикаментозного аборта, при которой через 36-48 часов после перорального приёма мифепристона вводят аналоги простагландинов.

Нами проведено наблюдение за 80 пациентками, решивших прервать беременность с помощью медикаментозного метода.

Возраст: 18-21 – 26 (32,5%); 22-25 – 30 (37,5%); 26-30 – 14 (17,5%); 31-45 – 10 (12,5%).

Паритет: не рожавшие – 17 (21%); 1 роды – 28 (35%); 2 роды – 23 (29%); 3 роды – 12 (15%).

В анамнезе – 1 аборт – 24 (30%); 2 аборта – 36 (45%); более 3-х – 20 (25%).

Социальный статус – работающие – 64 (80%), не работающие – 16 (20%).

Причина прерывания беременности – не желание иметь детей – 28 (35%); не устроенность в семье – 25 (31%); другие причины – 27 (34%).

Наличие и срок беременности подтверждался объективным обследованием, данными УЗИ, и положительным тестом на беременность.

Препарат «Мифепрекс» назначался пациенткам в дозе 600 мг (3 таблетки), которые пациентка принимала в течение 2-х часов под наблюдением врача, находясь на дневном стационаре. На следующий день пациентка принимала 800 мг (4 таблетки) мизопростола (сайтотека) в течение 3-х часов под наблюдением врача.

Изнание продукта зачатия пациентка подтверждала на следующий день – либо лично, или по телефону.

По рекомендации врача 45% пациенток принимала спазмолитические препараты (но-шпа, баралгин) для снятия болезненных ощущений внизу живота.

Изнание продукта зачатия произошло в первые 6 часов от принятия мизопростола у 62 пациенток (77,5%), в течение 12 часов – у 18 пациенток (23,5%).

Продолжительность кровянистых выделений составила, в среднем – 7,6 дней.

Контрольное УЗИ проводилось на 12-16 день после медикаментозного аборта.

Из осложнений – отмечен эндометрит у 1 пациентки (1,25%) на 12-е сутки после аборта, лечение которого проведено в амбулаторных условиях.

После проведения медикаментозного аборта пациенткам назначалась контрацепция (ВМС, гормональная контрацепция – синтетические прогестины).

Таким образом, медикаментозный аборт – альтернатива хирургическому методу (вакуум-аспирации, инструментальному методу), безопасный и безболезненный метод прерывания нежелательной беременности.

## АКТИНОМИКОЗ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТРУБНОЯИЧНИКОВЫХ ОПУХОЛЯХ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПАТОГЕНЕЗА

**Исаченко С.И., Левченко В.Г.**

*Россия, г. Новокузнецк, МУЗ «Городское патологоанатомическое бюро», ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин занимают одно из первых мест в структуре гинекологической заболеваемости, составляя 62,5%. У 9,5% женщин диагностируются гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников (Маянский Д.Н., 1992., Мирзабалаева А.К., 2000). Относительно редкое выявление актиномикоза (А), объясняется особенностями клинической картины заболевания, имитирующей неспецифический воспалительный процесс, новообразования органов женской половой сферы.

Патогенез актиномикоза женских половых органов (АЖПО) окончательно не изучен. Существуют различные мнения о путях внедрения и распространения актиномицетов в организме. Т. Maguotti и соавт. (1990) описывают 2 варианта патогенеза: 1-й – восходящее инфицирование флорой нижних отделов генитального тракта, 2-й – распространение микроорганизмов из экстрагенитальных очагов, в том числе из кишечника. В настоящее время господствует теория о восходящем (интраканаликулярном) пути инфицирования

(Краснопольский В.И., Буянова С.Н., 1999., 2001., Mendez L.E., Bholola S.M., 1998).

Большинство авторов различают экзогенный путь проникновения инфекции, однако решающая роль в патогенезе АЖПО принадлежит эндогенному пути заражения. Особую роль играет

слепая кишка, расположенная в непосредственной близости от внутренних половых органов. Возникновение А органов брюшной полости в большинстве случаев может быть связано с аппендэктомией. АЖПО является чаще всего вторичным поражением, развивающимся в результате перехода процесса из брюшной полости на органы малого таза. Пути распространения инфекции могут быть различными, но на первом месте ставят контактный и лишь затем – гематогенный и лимфогенный. Не исключена восходящая инфекция из влагалища и с поверхности кожи наружных половых органов (Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., 1996, Мирзабалаева А.К., 2006). Гематогенное распространение процесса, обычно, наблюдается при прорыве актиномикотической гранулемы в кровеносный сосуд (Хмельницкий О.К., 1973), возможность лимфогенного распространения А разделяется не всеми.

Обширные сосудистые анастомозы в пределах широкой маточной связки между подчревной и маточной артериями с одной стороны и основным стволом брюшной аорты и яичниковой артерии с другой, могут способствовать оседанию патогенных микроорганизмов в половых органах. Существенную роль в распространении и течении актиномикотического процесса играет неспецифическая флора, под влиянием которой могут изменяться свойства актиномицетов, что затрудняет диагностику. Развитию А, как правило, предшествует банальный воспалительный процесс, вследствие чего создаются благоприятные условия для активации и внедрения актиномицетов в пораженные ткани. (Минскер О.Б. 1988).

Овуляция и связанное с ней нарушение целостности фолликула создают благоприятные условия для внедрения актиномицетов в яичник. Маточные трубы поражаются в дальнейшем при распространении процесса контактным, гематогенным, лимфогенным путями. В результате развивается воспалительный спаечный процесс брюшной полости с вовлечением внутренних половых органов, париетальной брюшины, часто большого сальника, кишечной трубки, с формированием воспалительных конгломератов, достигающих, иногда, больших размеров (Westrom L., 1983, Westrom L., Mardh P.A., 1990., Мирзабалаева А.К. 2000, 2006).

Для возникновения заболевания необходим ряд факторов, ослабляющих и сенсibiliзирующих макроорганизм: нарушение целостности эпителия кожи или слизистых оболочек (входные ворота), что может произойти во время операций, в результате травм; перенесенные ранее инфекции, охлаждения и т.д.). В таких случаях возможно проникновение возбудителя заболевания в ткани (Duguid H.L.D., 1980, Fiorino A.S., 1996). К факторам риска развития А органов брюшной полости и малого таза у женщин относят: длительные хронические воспалительные заболевания матки и придатков, осложненные аборт и роды, лечебно-диагностические внутриматочные вмешательства, разрыв промежности и шейки матки при родах и травмах, внедрение инородных тел во влагалище и матку, осложнения после аппендэктомии, одонтогенные очаги инфекции и т.д. (Мирзабалаева А.К., 2006).

Широкое, нередко нерациональное, использование антибиотиков приводит к возрастанию роли грибов в развитии гнойного процесса ЖПО (Максименко Т.А., 1996, и др.).

Имеются многочисленные сообщения о развитии воспалительного процесса, формировании тубоовариальных опухолей и их абсцедировании при применении внутриматочных спиралей (ВМС) (Mishell D.P., Mojer D.L., 1969; Mead P. и соавт., 1976; Тумарев А.В., 1996; Максименко Т.А., 1996, и др.). Авторы указывают, что ВМС способны колонизировать на себе различные микробы, из которых особую опасность для абсцедирования представляют *E. coli*, анаэробы и, иногда, актиномицеты (Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., 1999., 2001). К сожалению, в отечественной литературе практически отсутствуют статистические данные о частоте гнойных заболеваний при использовании ВМС (Краснопольский и соавт. 2001). L. Westrom (1986), Хетчер Р.А., 1994). показали, что риск возникновения тазовой инфекции для женщины – носительницы ВМС увеличивается в 3 – 4,5 раза, а для нерожавших женщин – в семь раз. Обсуждают два обстоятельства, связанных с повышенным риском инфицирования внутренних половых органов - длитель-

ность использования ВМС и ее тип. Так, в момент введения спирали возможен механический перенос микроорганизмов из нижних отделов половой системы в верхние. Не исключено, что распространение бактерий происходит по нитям ВМС, свисающим во влагалище. ВМС находящийся в полости матки, нарушает слушивание эндометрия во время менструации, подавляет фагоцитоз и другие факторы локальной иммунной системы, способствует появлению микроэрозий и перифокальной воспалительной реакции стромы (Westrom L., 1983., World Health., 1990., Егорова Е.В. и соавт., 1988, Бурова С.А., 2001).

Эндометриты и тубоовариальные образования придатков матки чаще возникали на фоне применения инертных ВМС, значительно реже – при использовании ВМС с медью (Минай-чева Л.М., 1995). Согласно заключению экспертов ВОЗ, наиболее высок риск инфицирования внутренних половых органов при использовании пластмассовых спиралей (петля Липпса) и значительно ниже (приблизительно в 2 – 5 раз) при применении контрацептивов с медью. Присутствие в ВМС меди способствует подавлению факторов, усиливающих рост анаэробных бактерий, включая *Actinomyces israelii* (Maenpaa J., et al, 1988).

В клинических исследованиях выявлено, что у 21,4% женщин возникновение гнойной инфекции гениталий было непосредственно связано с использованием ВМС, причем у 89,8% из них длительность ВМС в полости матки превышала 3,5 года (Fiorino A.S., 1996, Мирзабалаева А.К. 2006). У женщин, не использовавших ВМС, актиномицеты были обнаружены лишь в единичных случаях (у 2 из 17734 женщин) (Dybdahl Y. и соавт., 1991).

Таким образом, вопрос о патогенезе АЖПО в настоящее время остается дискуссионным. Решающая роль в патогенезе АЖПО принадлежит эндогенному пути распространения (контактный, аспирационный, гематогенный, лимфогенный, интраканаликулярный и т. д.). Существенную роль в распространении и течении актиномикотического процесса играет неспецифическая флора, а также особенность кровоснабжения внутренних ЖПО и физиологические циклические изменения в них. Для возникновения АЖПО необходим ряд факторов, ослабляющих и сенсibiliзирующих макроорганизм (хронические воспалительные заболевания матки и придатков, осложнения родов и абортов, одонтогенные очаги инфекции, перенесенные ранее инфекции, переохлаждения и т. д.). Наличие ВМС, особенно пластмассовой (типа петли Липпса), при использовании ее более 3,5 лет является высоким фактором риска инфицирования внутренних половых органов актиномицетами.

## **ЭКСПРЕССИЯ АГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ: ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА, ЕГО РЕЦЕПТОРА И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В НОРМАЛЬНОМ И ГИПЕРПЛАЗИРОВАННОМ ЭНДОМЕТРИИ**

**Ищенко А.И., Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Коган Е.А.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, кафедра патологической анатомии*

Актуальность. Неоангиогенез является неотъемлемой частью циклического ремоделирования эндометрия (Э). Интенсификация процессов неоангиогенеза может играть ключевую роль в возникновении и прогрессировании гиперпластических изменений Э.

Цель. Оценка экспрессии ангиогенных факторов при гиперплазии эндометрия (ГЭ): эпидермального фактора роста (EGF), его рецептора (EGFR), сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF).

Материал и методы. Морфологическое (окраска гематоксилин-эозин) и иммуногистохимическое исследование методом двойных антител проведено на операционном материале, полученном от 41

женщины в возрасте от 35 до 56 лет. Число случаев простой гиперплазии (ПГ) составило 19, комплексной без атипии (КГБА) – 6, комплексной с атипией (КГСА) – 5, высокодифференцированной аденокарциномы (АКЭ) – 3. 33 пациентки с морфологически верифицированной гиперплазией или АКЭ составили основную группу, 8 пациенток с гистологически подтвержденной фазой пролиферации, без патологии Э – контрольную. В качестве первичных специфических антител применяли моноклональные антитела к EGF 1:300 (Santa Cruz Biotechnology, США), EGFR 1:300 (Santa Cruz Biotechnology), VEGF 1:100 (Dako Cytomation). Наличие или отсутствие положительной иммуногистохимической реакции оценивалось в ядрах и цитоплазме эпителиальных и стромальных клеток. Результаты реакций по EGF, EGFR, VEGF выражались в баллах по 6-балльной системе: 1 балл – 5-10% окрашенных клеток, 2 балла – 10-20%, 4 балла – 20-40%, 6 баллов – более 40%.

Результаты. При микроскопическом исследовании ПГ характеризовалась гиперплазией ткани Э с укрупнением размеров клеток эпителия желез, хорошим развитием стромы. Железы сохраняли простое трубчатое строение, местами были кистозно расширены. КГБА, КГСА и АКЭ отличало прогрессирующее нарастание тканевой атипии – железисто-стромального соотношения, как за счет увеличения паренхимы, так и за счет уменьшения стромообразования. Железы при комплексных гиперплазиях и АКЭ приобретали сложное строение. Признаки клеточной атипии появлялись и усиливались от КГСА к АКЭ.

При иммуногистохимическом исследовании отмечено усиление экспрессии маркеров неоплазии наиболее выраженное в паренхиме от ПГ к КГБА, КГСА и АКЭ: EGF –  $2,46 \pm 0,03$  балла,  $4,4 \pm 0,03$  балла,  $6 \pm 0,06$  балла и  $6 \pm 0,06$  балла; EGFR –  $2,23 \pm 0,02$  балла,  $4,4 \pm 0,03$  балла,  $6 \pm 0,06$  балла и  $6 \pm 0,06$  балла соответственно. В строме EGF –  $1,33 \pm 0,05$  балла,  $2,8 \pm 0,03$  балла,  $3,2 \pm 0,05$  балла и  $3,8 \pm 0,03$  балла; EGFR –  $0,33 \pm 0,01$  балла,  $3,34 \pm 0,03$  балла,  $3,6 \pm 0,07$  балла и  $3,8 \pm 0,02$  балла соответственно. EGF, EGFR при гиперплазиях и АКЭ достоверно выше, чем в контроле (в паренхиме  $3 \pm 0,02$  балла и  $1,5 \pm 0,03$  балла, в строме  $0,38 \pm 0,01$  балла и  $0,5 \pm 0,02$  балла). Кроме того, обнаружено усиление экспрессии VEGF, преимущественно в строме Э, в ряду КГБА-КГСА-АКЭ:  $0,1 \pm 0,02$  и  $0,3 \pm 0,01$  балла;  $1,1 \pm 0,02$  и  $1,38 \pm 0,01$  балла;  $2,7 \pm 0,03$  и  $3,4 \pm 0,01$  балла в паренхиме и строме соответственно. В контроле и при ПГ экспрессия данного фактора отсутствовала.

Заключение. ПГ, КГБА, КГСА характеризуются прогрессирующим увеличением экспрессии маркеров неоплазии по сравнению с нормальным пролиферативным Э. Комплексные изменения Э сопровождаются появлением и усилением экспрессии VEGF, что свидетельствует о вовлечении новых механизмов ангиогенеза по мере нарастания признаков тканевой и клеточной атипии по сравнению с пролиферативным Э и ПГ.

Особенности экспрессии маркеров ангиогенеза при гиперплазии и раке эндометрия свидетельствует о различных механизмах их роста и могут быть использованы в их дифференциальной диагностике.

## СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПОЧЕЧНОЙ АГ В КЛИМАКТЕРИИ

Какваева С.Ш., Хашаева Т.Х.-М.

Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗСР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Изучение состояния здоровья женщин в климактерическом периоде представляет общемедицинскую проблему, так как находится на стыке нескольких клинических дисциплин: гинекологии, эндокринологии, терапии, невропатологии и др. Исследования, посвященные этой проблеме, показали, что течение климактерия во многом зависит от перенесенных генитальных и экстрагенитальных заболеваний, которые могут привести к ослаблению цен-

тральных механизмов регуляции адаптации организма. Это, в свою очередь, ведет к тому, что у части женщин физиологическое течение климактерия осложняется патологическим симптомокомплексом – климактерическим синдромом (КС).

Среди патологических состояний, нередко осложняющих течение переходного периода, чаще всего наблюдается артериальная гипертензия (АГ). Эпидемиологические исследования, проведенные в России в конце 20 столетия, убедительно показали, что АГ является одним из наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения. (Оганов Р.Г., 1997). Артериальную гипертензию называют «тихим убийцей», поскольку она часто протекает бессимптомно. Смертность населения РФ от АГ, за 2000 год составила 27414 случаев, временная нетрудоспособность составила 1184876 случаев, больничная летальность в лечебно-профилактических учреждениях – 1592 случая. Таким образом, АГ приводит к серьезным социально-экономическим последствиям для общества.

Несмотря на то, что проблемы, как артериальной гипертензии, так и климактерия являются предметом исследований многих ученых в нашей стране и за рубежом, многие их аспекты остаются нерешенными и до настоящего времени.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния гипофизарно-яичниковой системы у женщин с почечной гипертензией в климактерии.

Обследованы группы женщин в перименопаузе. Средний возраст всех обследованных нами женщин составил  $49,46 \pm 3,92$  лет. В основной группе (100 женщин с АГ и климактерическим синдромом - КС) он составил  $48,4 \pm 2,44$  лет, во II группе (30 пациенток с КС и без АГ) он составил  $48,9 \pm 1,43$  года, в III группе (30 женщин с АГ без КС) –  $49,1 \pm 2,37$  лет, в IV группе (20 здоровых женщин) –  $50,2 \pm 1,43$  года. Как видно из приведенных данных возрастные показатели в группах сопоставимы.

Для изучения гормонального профиля было обследовано 137 женщин в климактерическом периоде, отобранных из общего числа наблюдаемых. Из них 70 женщин основной группы, 22 женщины второй группы АГ, 25 женщин третьей группы и 20 женщин с физиологически протекающим климактерическим периодом.

У больных АГ концентрация ФСГ составила  $22,6 \pm 1$  мМЕ/мл и ЛГ –  $16,3 \pm 0,4$  мМЕ/мл в сыворотке крови в перименопаузе, в постменопаузе – ФСГ –  $48,3 \pm 1,2$  мМЕ/мл, ЛГ –  $30,0 \pm 0,9$  мМЕ/мл ( $p < 0,001$ ). У больных с осложненной АГ формой КС в фазе пре- и постменопаузы с коэффициентом ЛГ/ФСГ –  $0,5 \pm 0,2$  достоверно ниже, чем у больных АГ при физиологическом течении климактерического периода (ЛГ/ФСГ –  $0,7 \pm 0,1$ ) ( $p < 0,05$ ). При сочетании АГ с КС содержание пролактина было несколько выше, чем у женщин с ФКП и КС. Однако полученные данные оказались недостоверными.

Результаты исследования концентрации гонадотропных гормонов в зависимости от тяжести почечной АГ позволили заключить, что их содержание не связано с тяжестью течения почечной гипертензии. Однако, индекс ЛГ/ФСГ был тем ниже, чем тяжелее степень АГ, что свидетельствует о зависимости степени тяжести КС от тяжести АГ. Нам удалось установить, что чем продолжительнее женщины страдали АГ, тем ниже был у них уровень ЛГ и выше ФСГ. Так, при длительности заболевания менее трех лет содержание ЛГ составило  $14,17 \pm 1,08$  МЕ/л, ФСГ –  $21,3 \pm 2,51$  МЕ/л, в том случае, если болезнь была более длительной, концентрация ЛГ снижалась до  $10,1 \pm 1,13$  МЕ/л, а средний уровень ФСГ возрастал до  $26,1 \pm 2,32$  МЕ/л. ( $p < 0,05$ ).

При сравнении содержания гонадотропных гормонов в крови женщин с почечной АГ и без нее установлено, что у больных АГ уровни ЛГ, ФСГ были ниже во всех подгруппах.

Определение концентрации эстрадиола у женщин различных групп позволило установить, что наибольшее снижение этого показателя наблюдалось в первой группе обследуемых женщин (АГ и КС) –  $145,53 \pm 12,23$  пмоль/л. Концентрация Е-2 в крови больных АГ с ФКП составила  $165,46 \pm 10,25$  пмоль/л ( $p < 0,05$ ). У нормотензивных женщин с КС уровень эстрадиола оказался равным  $158,32 \pm 13,19$  пмоль/л. У больных АГ в постменопаузе уровень Е-2 достоверно не отличался от его уровня у нормотензивных женщин (Е-2

- 29,1±3,3 пмоль/л.) ( $p>0,1$ ). Не выявлено достоверной корреляции между уровнем Е-2 в сыворотке и уровнем АД (САД, ДАД) у больных АГ в фазе пременопаузы ( $p>0,1$ ) и в постменопаузе ( $p>0,1$ ). Не выявлено достоверных различий в уровнях Е-2 (20,6±2,8 пмоль/л.) у больных АГ в постменопаузе в сочетании с КС и у больных АГ в постменопаузе при физиологическом течении климакса (36,6±3,5 пмоль/л.) ( $p>0,1$ ).

Уровень прогестерона (Р)- 0,8±0,1 нмоль/л в сыворотке у больных АГ в постменопаузе, как и предполагалось, оказался статистически достоверно ниже уровня Р у больных АГ в пременопаузе – 2,0±0,04 нмоль/л ( $p<0,001$ ). У нормотензивных женщин в КП уровень Р – 2,9±0,1 нмоль/л достоверно выше, чем у больных АГ в пре- и постменопаузе – 1,8±0,2 нмоль/л ( $p<0,01$ ). При сравнительном анализе уровня Р между больными АГ, возникшей в репродуктивном возрасте с достоверно более высоким уровнем АД (САД, ДАД) и больными АГ, развившейся в период перименопаузы, установлено, что у 15 женщин с АГ, развившейся в более позднем возрасте уровень Р (2,2±0,06 нмоль/л) был достоверно выше чем содержание Р (1,8±0,03 нмоль/л) у 49 больных того же возраста с АГ, развившейся в репродуктивном периоде ( $p<0,05$ ). Таким образом, чем продолжительнее заболевание, тем более значимым является снижение прогестерона.

Анализ вышеизложенных результатов показал, что при АГ в большей степени нарушается функциональное состояние желтого тела или процесс овуляции, чем продукция эстрогенов. У женщин в перименопаузе, страдающих АГ, как при наличии КС, так и без такового, происходит большая рассогласованность в деятельности механизмов, регулирующих секрецию ЛГ и ФСГ, которая является одним из моментов, приводящих к срыву гомеостатических процессов и проявлению патологических симптомов КС. Не исключена также вероятность того, что более низкие концентрации гипофизарных гормонов у женщин с АГ обусловлены склеротическими изменениями сосудов мозга, что свойственно этой патологии.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Калинкина О.Б., Мельников В.А.

Россия, Самара, СамГМУ, кафедра акушерства и гинекологии № 1

Актуальность нашего исследования заключается в том, что нами выявлено значительное снижение акушерских осложнений в группе женщин с СПКЯ, получавших комплексную догестационную подготовку с использованием препаратов, корригирующих инсулинорезистентность.

Объектом нашего исследования послужили 96 женщин в возрасте 23-35 лет с синдромом поликистозных яичников и бесплодием. Всем пациенткам было проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование, включающее изучение анамнеза, объективное исследование с оценкой индекса массы тела и гирсутного числа, изучение гинекологического статуса при бимануальном и ультразвуковом исследовании. Определялись биохимические показатели крови, проводилось исследование гормонального статуса. Оценивалось состояние ЦНС при проведении рентгенографии черепа в 2 проекциях и турецкого седла, электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии гипофиза. Использовалась компьютерная томография надпочечников для оценки их состояния. Всем пациенткам была проведена оценка полового хроматина и кариотипа с целью исключения генетической патологии. Проводились консультации окулиста с осмотром полей зрения и глазного дна, эндокринолога, невропатолога.

При лабораторном исследовании сыворотки крови определяли содержание стероидных гормонов: фолликулостимулирующего, лютеинизирующего, эстрадиола, тестостерона, прогестерона, пролактина, дегидроэпиандростерона сульфата, суточный ритм экс-

креции кортизола, тироксина, трийодтиронина, тиреотропного гормона. Кроме того, оценивался биохимический анализ крови, включая определение времени свертывания крови, длительности кровотечения, содержание общего холестерина и В-липопротеинов, уровень глюкозы натощак и после углеводной нагрузки. В качестве контроля оценивались результаты аналогичных исследований у 80 здоровых женщин в возрасте 23-35 лет.

После проведенного комплексного клиничко-лабораторного исследования нами были получены следующие результаты. У всех 96 женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) выявлено нарушение менструального цикла по типу олигоменореи с менархе. Возраст пациенток, индекс массы тела (ИМТ), гирсутное число, показатели гормонального фона: уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), тестостерона, пролактина, дегидроэпиандростерона сульфата, уровни глюкозы натощак и после углеводной нагрузки, показатели липидного профиля крови: липопротеины высокой плотности, низкой плотности, холестерин, триглицериды и коэффициент атерогенности, объем яичников представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика клиничко-метаболических показателей пациенток с СПКЯ

Показатели	1 группа (n=96)	2 группа (n=80)
Возраст (лет)	25,7±1,1	24,9±0,6
Вес (кг)	70,6±4,0*	56,6±0,6
ИМТ	26,7±0,89*	20,5±0,3
Гирсутное число	13,1±1,3*	6,2±0,3
Тестостерон (мк/ед/л)	3,9±0,15*	2,5±0,12
ЛГ (мк/ед/л)	12,3±0,6	10,6±1,1
ФСГ (мк/ед/л)	4,3±0,3*	7,1±0,5
ЛГ/ФСГ	2,9±0,2.*	1,6±0,2.
Пролактин (мМЕ/л)	310±10,2	280±9,9
Дегидроэпиандростерона сульфат (нг/мл)	7,1±0,4*	4,2±0,3
Уровень глюкозы натощак (моль/л)	5,1±0,1	4,5±0,3
Уровень глюкозы ч/з 2ч, после нагрузки (моль/л)	8,0±0,2*	5,5±0,3
Холестерин (моль/л)	5,9±0,2*	4,0±0,2
Триглицериды (моль/л)	2,8±0,3*	1,9±0,2
Липопротеины высокой плотности (моль/л)	1,2±0,1	1,7±0,1
Липопротеины низкой плотности (моль/л)	4,5±0,1*	2,0±0,2
Коэффициент атерогенности	8,1±0,3*	3,5±0,25
Объем яичников (см3)	13,5±0,2*	4,5±0,1

\* - различие между показателями значимо при заданном уровне ( $p \neq 0,05$ )

При УЗИ выявлено, что гиперплазированная строма составляет 25% объема яичников, в яичниках более 10 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм. расположенных по периферии под капсулой. При обследовании патологии ЦНС, генетических аномалий, изменений в надпочечниках выявлено не было.

Нами была проведена догестационная подготовка пациенток с учетом выявленных метаболических нарушений, дислипидемии, изменения гормонального баланса, инсулинорезистентности. Терапия проводилась в течение 3-6 месяцев и включала назначение гормональных препаратов (Диана-35, дюфастон), статинов (лова-статина, симвастатина), бигуанидов (метформин, сиофор).

Нами выявлено, что у 28 пациенток уже через 3 месяца при проведении терапии отмечалась нормализация показателей гормонального статуса, липидного спектра крови, толерантности к глюкозе. У этих пациенток с момента менархе (реализация клинических проявлений синдрома поликистозных яичников) прошло не более 10 лет. У 68 женщин через 6 месяцев показатели гормонального статуса, липидного спектра крови, толерантность к глюкозе не отличались от контрольных.

С целью стимуляции овуляции у 31 пациентки использовалась монотерапия метформинном с индивидуальным подбором дозировки. В результате лечения у 14 пациенток (46%) достигнута наступление овуляции. 32 женщинам проводилась стимуляция овуляции с использованием клостильбегита по стандартным методикам. Овуляторные циклы зарегистрированы у 13 (42%). 33 пациенткам проводилась стимуляция овуляции сочетанным применением метформина и клостильбегита. Наступление овуляции зарегистрировано у 25 (76%).

Беременность наступила у 35 пациенток. Ретроспективный анализ исходов беременности у этих пациенток показал, что гестоз развился у 15 пациенток, преждевременные роды произошли у 3 пациенток, а самопроизвольным выкидышем закончилось 5 беременностей. Ретроспективный анализ исходов беременностей у 42 женщин с синдромом поликистозных яичников, получавших только хирургическую стимуляцию овуляции без этапа догестационной подготовки показал, что у них в большем количестве встречаются осложнения беременности и родов. Гестоз развился у 35 пациенток, преждевременные роды произошли у 7, самопроизвольным выкидышем закончилось 11 беременностей.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что у пациенток с синдромом поликистозных яичников имеется нарушение гормонального фона, дислипидемия, метаболические нарушения, инсулинорезистентность. Вышеперечисленные нарушения являются основой для возникновения акушерских осложнений, таких как: развитие гестоза, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов. Нами доказано, что коррекция инсулинорезистентности ведет к восстановлению овуляторных циклов и может использоваться как монотерапия при стимуляции овуляции. Однако, сочетанное использование клостильбегита и метформина значительно повышает эффективность стимуляции овуляции у данной группы пациенток. Кроме того, нами выявлено значительное снижение акушерских осложнений в группе женщин с синдромом поликистозных яичников получивших комплексную догестационную подготовку с использованием препаратов, корригирующих инсулинорезистентность. Следовательно, перед индукцией беременности в данной группе пациенток необходимо проводить комплексную коррекцию всех нарушенных звеньев метаболизма.

## **СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

**Калинкина О.Б., Мельников В.А., Высоцких Т.С.,  
Усова М.А., Калинкина Л.В.**

*Россия, Самара, СамГМУ, кафедра акушерства и гинекологии № 1*

Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки адекватной и своевременной комплексной терапии дисбиотических состояний нижних отделов половой системы у беременных женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ).

Цель исследования заключается в доказательстве преимущества использования собственных лактобацилл на этапе восстановления биоценоза влагалища в предгравидарном периоде у женщин с СПКЯ.

Объекты и методы исследования. Были обследованы 86 пациенток, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным характеристикам. У всех обследованных проведен анализ течения беременности. Пациенткам проводилось комплексная предгравидарная подготовка, включающая коррекцию гормонального фона и метаболических нарушений. В 1-ю (основную) группу вошли 46 женщин с синдромом поликистозных яичников и различными формами нарушений микробиоценоза влагалища, которым назначали санацию влагалища метронидазолом с после-

дующим восстановлением нормальной лактофлоры. Использовалось заселение влагалища собственными живыми лактобациллами и формирование индивидуального биоценоза. Метод заключался в использовании селективной среды для культивирования аутолактобацилл. В состав среды после культивирования входили лактобациллы в количестве 40 – 60 в поле зрения, молочная кислота 1,5–2,8 %, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, 2,1–3,3%, pH–4,0–4,3. Во 2-ю группу вошли 40 женщин с синдромом поликистозных яичников и различными дисбиотическими состояниями влагалища, которым после санации влагалища метронидазолом проводилось восстановление лактофлоры ацилактом. Критериями эффективности лечения были результаты клинического, бактериологического, а также микроскопического исследований, учитывали также исход беременности, течение родов и раннего послеродового периода. В третью группу вошли 35 женщин с синдромом поликистозных яичников не получавших коррекции биоценоза влагалища у которых беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на разных сроках гестации.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в группах был сопоставимым— 23±2,3, 25,1±2,1, 24±2,3 года соответственно. Анализ данных бактериоскопического и бактериологического исследований биотопов влагалища и цервикального канала в 1-й (до лечения) и 2-й группах показал, что дисбиотический характер выявленных изменений заключался в резком угнетении резидентной микрофлоры влагалища и цервикального канала (лактобактерии), в норме обеспечивающей колонизационную резистентность этого биотопа, на фоне конкурентного замещения представителями факультативной условно-патогенной группы микроорганизмов: аэробов, анаэробов.

Результаты бактериологических исследований биотопов влагалища и цервикального канала коррелировали с бактериоскопией влагалищных мазков.

Состояние микробиоценоза влагалища у 86 женщин с синдромом поликистозных яичников в предгравидарном периоде характеризовалось следующими вариантами: нормоценоз у 18 (21%), промежуточный тип – у 32 (37%), дисбиоз – у 36 (42%). В результате 1 этапа лечения микробная флора влагалища и цервикального канала существенно изменилась: снизилась концентрация условно-патогенных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Нами выявлено 3 варианта биоценоза после санации. Вариант 1, характеризовался полным отсутствием микрофлоры во влагалище (58%), вариант 2 – наличием единичных лактобацилл (29%), вариант 3 – наличием аэробной и анаэробной флоры (13%). Уже после первого курса терапии у пациенток 1 группы после использования собственных лактобацилл, отмечалась нормализация микрофлоры. Нормоценоз выявлен у 40 женщин, промежуточный тип – только у 6, дисбиоза выявлено не было. Рецидив дисбиоза в течение года был выявлен только у 2% пациенток. У женщин 2 группы (после 1 курса лечения результаты были иными: нормоценоз у 13, промежуточный тип – у 15, дисбиоз – у 12. Восстановление микрофлоры отмечалось только при 2 и 3 курсе лечения, и рецидив дисбиоза в течение года отмечался у 45 % женщин. Положительные результаты терапии выражались в купировании клинических субъективных симптомов на фоне нормализации уровня pH влагалищной среды. Анализ исходов беременности у женщин 1 группы показал, что самопроизвольным выкидышем закончилось 5 беременностей (11%), преждевременные роды произошли у 3 пациенток (6,5%), в то время как у женщин 2 группы эти показатели соответствовали 11 и 7 (27,5% и 17,5%). У женщин 3 группы нами была проведена оценка морфологических изменений в тканях плодного яйца и эндометрия. В результате исследования выделено 3 патогенетических варианта самопроизвольных abortов у женщин с эндокринным бесплодием, обусловленным синдромом поликистозных яичников, в первом триместре беременности. Первый вариант (32,5%) характеризовался выраженными изменениями воспалительного характера, которые выражались в лейкоцитарной инфильтрации тканей плодного яйца и децидуальной ткани. Вторым вариантом (40,5%) характеризовался нарушением плацентации и инвазии цитотрофобласта. При этом варианте отсутствовала геста-

ционная перестройка спиральных артерий, определялось наличие бессосудистых ворсин как признак нарушения плацентации, а так же выраженная дистрофия клеток децидуальной ткани. При третьем варианте (27%) самопроизвольного аборта отмечались изменения комбинированного характера: лейкоцитарная инфильтрация, неполная гестационная перестройка спиральных артерий, разнообразие типов ворсин по степени их созревания, а так же лейкоцитарная инфильтрация эндометрия. По видимому проведение коррекции биоценоза влагалища у женщин с синдромом поликистозных яичников и эндокринным бесплодием в предгравидарном периоде позволило бы снизить частоту самопроизвольных аборт, поскольку изменения воспалительного характера в тканях плодного яйца были обнаружены у 59,5% женщин.

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить наличие промежуточного типа биоценоза влагалища у 37%, а дисбиоза влагалища у 42% женщин с синдромом поликистозных яичников. Это потребовало назначение двухэтапной схемы лечения включающей в себя санацию влагалища с последующим восстановлением его биотопа. Доказано преимущество использования аутолактобацилл на втором этапе лечения, учитывая низкий процент рецидива заболевания. В 59,5% случаев самопроизвольных аборт у женщин с синдромом поликистозных яичников в первом триместре беременности было выявлено наличие выраженных изменений воспалительного характера. Проведение в данной группе женщин мероприятий, направленных на санацию влагалища с последующим восстановлением его биоценоза позволило бы снизить количество осложнений гестации.

Таким образом, проведение оценки биоценоза влагалища у женщин с эндокринным бесплодием, обусловленным синдромом поликистозных яичников на этапе догестационной подготовки с последующей его коррекцией позволяет значительно снизить осложнения гестации у данной группы пациенток.

## **РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ПВИ)**

**Каллаева А.Х. , Алиханова З.М.**

*Россия, РД г.Махачкала, Дагестанская Медицинская Академия*

Актуальность: в настоящее время во всем мире отмечается учащение случаев диагностики экзофитных кондилом гениталий, обусловленных ПВИ; число инфицированных на земле за последнее десятилетие возросло более чем в 10 раз. Почти у четверти больных с остроконечными кондиломами выявляется дополнительные очаги инфекции, а также ассоциированные с нею заболевания: цервикальные интразителлиальные неоплазии (CIN) различной степени тяжести. В то же время, по мнению ведущих специалистов в области ПВИ, любое проявления папилломавирусной инфекции и все степени CIN относятся к одной биологической совокупности и представляют с собой ступени опухолевого процесса шейки матки.

Целью исследования явилось оценка эффективности комбинированной системной неспецифической противовирусной терапии и локального лечения препаратами иммуномакс и солкодерм при остроконечных кондиломах аногенитальной области.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены две группы больных в возрасте от 18 до 37 лет с впервые возникшими проявлениями ПВИ в виде кондилом. В исследовании не привлекались больные, подвергнутые ранее любому виду противовирусной терапии, а также беременные или кормящие грудью.

1-ю группу составили 23 больных с цитологической и кольпоскопической верификацией диагноза, у которых при ПЦР-диагностике выявлена ПВ-инфекция (тип 6 и / или 11). Клинически ПВИ проявлялась в виде остроконечных кондилом в области малых

половых губ (12), влагалища (6) и ануса (5). Иммуномакс вводился по 200 ЕД, в/м курсом до 6 инъекций в 1,2,3,8,9,10 дни. После 3-ей инъекции иммуномакса кондиломы обрабатывались солкодермом с помощью специального аппликатора, при этом площадь нанесения не превышала 4 см в совокупности. При необходимости проводилось повторная аппликация солкодерма через неделю.

Во время лечения и в течение 6-ти последующих месяцев больным была рекомендована барьерная контрацепция с помощью презерватива. Результаты оценивались через две недели, 3 и 6 месяцев после окончания лечения.

Во вторую группу вошло 15 женщин с экзофитными кондиломами с подтвержденным (аналогично 1-й группе) диагнозом. Лечение кондилом, локализовавшихся в области клитора и в устье уретры у 9-ти больных, у 6-ти - на боковых и передней стенках влагалища проводилось только местно, солкодермом, по стандартной методике. Повторная аппликация также, как и 1-й группе, была проведена через неделю.

Полученные результаты: при оценке эффективности комбинированного лечения у больных 1-й группы установлено, что через две недели после окончания лечения остроконечные кондиломы не выявлялись как невооруженным глазом, так и по данным кольпоскопии и цитологии. Через 3 и 6 месяцев картина была аналогичной, только у одной больной на фоне нарушения предложенного режима контрацепции при контрольном осмотре через 3 месяца выявлена реинфекция. Во 2-й группе у 7-ми больных через две недели были выявлены вновь возникшие кондиломы на других участках гениталии; у 8-ми клинические проявления отсутствовали. Контрольный осмотр через 3 и 6 месяцев показало, что у 11-ти больных произошел рецидив заболевания, несмотря на соблюдение условий барьерной контрацепции, а у 4-х женщин признаки ПВИ отсутствовали.

Таким образом, судя по представленным данным комбинированное лечение ПВИ является более эффективным и перспективным и позволяет оптимизировать состояние больных с остроконечными кондиломами.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ В ПЕРИМENOПАЗУЕ.**

**Карахалис Л.Ю., Федорович О.К.**

*Россия, Краснодар, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ*

Традиционно симптомы климактерического синдрома (КС) делятся на вегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные. Эмоциональные расстройства могут иметь различную степень выраженности от небольшого снижения настроения до депрессии. Smith and Studd в обзоре 1994г показали, что самая высокая частота эмоциональных расстройств у женщин наблюдается во время глубоких гормональных перестроек: в климактерии (особенно за 1-2 года до наступления менопаузы), в послеродовом периоде (послеродовая депрессия), в лютеиновой фазе менструального цикла (предменструальный синдром). Авторы предположили, что изменение гормонального уровня (возможно, снижение) является более важным фактором, чем просто низкая концентрация гормонов. Климактерическая депрессия диагностируется в том случае, если она сопровождается соматовегетативными расстройствами, характерные для КС, а ее выраженность зависит от тяжести и длительности патологического климактерия (Тювина Н.А., Балабанова В.В., 2002). Особое место среди этих состояний занимают депрессивные расстройства, развивающиеся при хирургической менопаузе (частота более 44%)... Многими исследователями (Richardson T.A., Robinson R.D., 2000) было показано, что эстрогены могут

улучшать настроение и качество жизни у женщин в перименопаузе, причем у женщин, принимавших более высокие дозы эстрогенов, отмечался больший уровень энергии, лучшее качество сна, повышенное самочувствие.

Целью нашего исследования явилось оценить эффективность заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в коррекции эмоциональных расстройств у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. С целью оценки исходного психического статуса и его динамики после 3-х месяцев ЗГТ использовали оригинальный опросник для оценки онтогенеза женской половой роли и материнской роли пациентки и методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (в адаптации Т.И. Балашовой). Результаты методики интерпретировали следующим образом: менее 50 баллов – состояние без депрессии, 50-59 баллов – легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, 60-69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, 70 баллов и более – истинное депрессивное состояние (Райгородский Д.Я. 2002).

ЗГТ назначали, строго соблюдая алгоритм обследования пациенток перед их назначением. Препараты применяли по стандартной схеме. Статистическую обработку результатов производили с помощью непараметрических методов. В исследовании приняли участие 20 женщин в возрасте от 43 до 50 лет. Из них 8 человек находилось в периоде менопаузы, у 12 человек со времени последней менструации прошло менее 1 года.

Результаты. Все пациентки предъявляли жалобы на снижение настроения: повышенная раздражительность беспокоила 11 (55%) женщин, плаксивость – 7 (35%), утомляемость, слабость – 16 (80%), плохой ночной сон – 15 (75%), снижение памяти и внимания – 12 (60%), апатия – 6 (30%), недовольство собственным внешним видом (лицом, фигурой) – 18 (90%) пациенток. Оказалось, что у 17 пациенток (85%) в детстве не было доверительных отношений со своими матерями. Матери не рассказывали дочерям о физиологии женского организма и о предстоящем наступлении менструаций, индифферентно отреагировали на наступление менархе у дочери, сухо давали только минимальную информацию. Также мамы пациенток не рассказывали им о сексуальных отношениях, деторождении и контрацепции. Всю информацию девочки черпали из рассказов подруг и скудной в то время литературы. Первый сексуальный контакт опрошенных пациенток произошел по взаимной любви у 12 женщин (60%), из-за любопытства у 9 пациенток (45%), у одной респондентки в результате изнасилования. На момент опроса замужем в первом браке были 5 (25%) женщин, замужем во втором браке – 7 (35%), в гражданском браке – 4 (20%), не замужем – 4 (20%) пациентки. Из числа обследованных 13 (65%) женщин имели в течение жизни случайных половых партнеров. По шкале самооценки о неудовлетворенности своими сексуальными отношениями заявили 9 женщин (45%), о неудовлетворенности душевной близостью с мужем – 7 пациенток (35%), о неудовлетворенности собою как женой – 5 женщин (25%).

Анализ онтогенеза материнской сферы показал, что только 8 женщин (40%) имели столько детей, сколько хотели. Три пациентки (15%) в группе наблюдения были бездетными, 18 женщин (90%) в течение репродуктивного периода прибегали к искусственному прерыванию беременности, причем только у двоих оно производилось по медицинским показаниям, причем 16 пациенток (80%) сожалели о своих абортированных детях. На момент опроса о теплых, близких отношениях с детьми сказали 12 пациенток (60%), о конфликтных – 5 женщин (25%). Тяжело переживали отъезд детей из дома 9 женщин (45%). О неудовлетворенности количеством детей сказали 4 женщины (20%), неудовлетворенном взаимопонимании с детьми – 5 пациенток (25%), собою как матерью – 8 женщин (40%).

В группе наблюдения было 8 домохозяйек, из 12-ти работающих женщин 9 человек оказались довольны тем, как сложилась их профессиональная жизнь, трое – недовольны ею, как не приносящей дохода и морального удовлетворения.

В исходном тестировании по шкале депрессии были получены

следующие результаты: 6 пациенток набрали менее 50 баллов (44,7±0,9), что трактовалось нами как состояние без депрессии, 14 человек – 50-59 баллов (54,4±1,3), что было расценено как легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. Достоверных различий между группами выявлено не было (p=0,68). Средний по группе результат: 51,5±1,1 баллов.

После 3-х месяцев терапии ЗГТ пациентки наряду с уменьшением других климактерических жалоб отмечали улучшение общего эмоционального фона, улучшение настроения, уменьшение раздражительности, плаксивости, улучшение сна (он стал более глубоким и продолжительным), бодрость, повышение работоспособности, улучшение отношений в семье. У 80% женщин произошло принятие себя, образа своего нового тела, появилось желание заниматься утренней гимнастикой, следить за своим питанием.

Мы повторно провели тестирование по шкале депрессии и выявили снижение балла по этой шкале у каждой пациентки от 4-х до 11-ти баллов (8±1,8). В среднем по группе результат 43,3±1,4, в подгруппе с исходным состоянием без депрессии 38,8±0,8, в подгруппе с исходной легкой депрессией 45,2±1,1 баллов.

Заключение. Таким образом, перименопауза является критическим периодом для возникновения эмоциональных расстройств у женщин. Способствуют этому многочисленные факторы, такие как отсутствие доверительных отношений с матерью в период становления менструальной и половой функций, проблемы в сексуальной сфере и в семейных отношениях, искусственные прерывания беременности и бездетность и т.д., Методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (в адаптации Т.И. Балашовой) можно использовать в клинической практике для скрининговой диагностики нарушений эмоционального состояния пациенток и оценки эффективности проводимой терапии. Использование препаратов ЗГТ для лечения климактерического синдрома также показало высокую эффективность в коррекции эмоциональных расстройств менопаузального периода.

Следует отметить, что при отсутствии эффекта от ЗГТ или при диагностике истинного депрессивного состояния по предложенной методике обязательна консультация психоневролога или психиатра и назначение антидепрессантов.

## **АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ГЕСТАГЕНОТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Карева Е.Н., Гаспарян Н.Д., Горенкова О.С., Маняхина А.Е.**  
*Россия, г.Москва, МОНИИАГ, РГМУ*

Неослабевающий интерес к проблеме гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) определяется их склонностью к длительному, рецидивирующему течению, которые могут служить фоном для развития злокачественных поражений слизистой оболочки матки. В свете современных концепций в основе патогенеза ГПЭ лежит гормональный дисбаланс, который выражается абсолютной или относительной гиперэстрогемией. Эндометрий является самой чувствительной тканью-мишенью половых гормонов. Известно, что реализация действия гормонов определяется состоянием рецепторного аппарата эндометрия, которому, по современным представлениям, в развитии ГПЭ придается большое значение.

Для противорецидивной терапии ГПЭ применяют гормональные препараты, состав и дозу которых подбирают в зависимости от результатов гистологического исследования соскоба эндометрия, сочетанных гинекологических и соматических заболеваний, возраста женщины и индивидуальной переносимости препарата. Для клиницистов основным вопросом в лечении ГПЭ является выбор и режим назначения препарата с целью профилактики рецидивов



заболевания. Следовательно, одним из резервов снижения рецидивов ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста является выбор противорецидивной гормональной терапии.

Цель. Оценить отдаленные результаты гормональной терапии ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Нами было обследовано 65 пациенток позднего репродуктивного возраста с ГПЭ. Возраст пациенток в среднем составил  $42,62 \pm 0,76$  года; с индивидуальными вариациями от 35 до 48 лет.

На первом этапе всем женщинам проводилось выскабливание матки под контролем гистероскопии, тогда же производился забор биоптатов эндометрия, окончательный диагноз был поставлен после гистологического исследования полученного препарата. Ни одна из обследованных нами пациенток не имела тяжелой соматической патологии и выраженных метаболических нарушений, и не получала гормональную терапию в течение 3-х месяцев до проводимого нами обследования.

Для выбора терапии изучали уровень рецепторов эстрадиола (РЭ) и прогестерона (РП) в цитозоле биоптатов эндометрия по общепринятой методике EORTC Breast Cancer Group (1982). Затем, в цитозольной фракции определяли специфическое связывание РП с тестируемыми гестагенами, по методу Бассальк Л.С. (1987). Всем пациенткам проводилась противорецидивная гестагенотерапия ГПЭ с учетом специфического связывания рецепторов прогестерона (РП) с синтетическими гестагенами.

Контроль, за состоянием эндометрия осуществлялся при УЗИ каждые 3 месяца на фоне терапии и в течение первого года после окончания лечения, а затем – два раза в год.

Результаты. Для изучения чувствительности эндометрия к различным синтетическим гестагенам, использовали следующие препараты: прогестерон как препарат сравнения, дидрогестерон, медроксипрогестерон ацетат (МПА) и норэтистерона ацетат. В зависимости от силы связывания РП с прогестинами женщинам назначались следующие препараты: 21-ой пациентке - дюфастон по 20 мг в сутки с 5 по 25 день цикла, 19 - норколут или примолут-нор по 10 мг в сутки с 5 по 25 день цикла в течение 6 месяцев и 25 - депо-провера 150 мг 1 раз в месяц внутримышечно в течение 3 месяцев.

На фоне проводимой терапии у пациенток с ГПЭ через 3 месяца были диагностированы 3 рецидива заболевания. Из них 2 женщины получали норколут и 1 – дюфастон. Пациентки, получавшие лечение норколутом были прооперированы в связи с наличием рецидива заболевания и роста миомы матки. Пациентке, получавшей дюфастон, была произведена абляция эндометрия.

Через 3 месяца после окончания гормональной терапии был 1 рецидив после терапии дюфастоном. Пациентке была произведена гистерэктомия по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия, не поддающейся консервативному лечению. При терапии МПА во время лечения и через 12 месяцев после его окончания рецидивов заболевания не было.

Через 4-16 месяцев по окончании противорецидивной гестагенотерапии 10 женщин без дополнительной стимуляции реализовали генеративную функцию. 8 женщин больше в клинику не обращались.

В дальнейшем под нашим наблюдением в течение 3-х лет находились 43 женщины позднего репродуктивного возраста с ГПЭ. Через 3 года после окончания гестагенотерапии рецидив ГПЭ был у 1 пациентки, получавшей депо-провера 150. Дальнейшая гормональная терапия была невозможна в связи с заболеванием печени, и больной была произведена гистерорезектоскопия - абляция эндометрия. У остальных пациенток рецидивов заболевания отмечено не было.

Для оценки эффективности гестагенотерапии был проведен сравнительный анализ частоты рецидивов заболевания в анамнезе и после нашего лечения. В анамнезе у 35 (53,9%) женщин была рецидивирующая ГЭ, остальные 30 (46,1%) пациенток обратились впервые. За время лечения и в течение 3-х лет после проведенного лечения были диагностированы рецидивы у 5 (7,8%) пациенток.

Вывод. Противорецидивная гестагенотерапия ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста с учетом специфического связывания РП эндометрия с синтетическими прогестинами позволила снизить частоту рецидивов ГПЭ в 7 раз.

## ЛАЗЕРНАЯ И ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ У ДЕВОЧЕК

Картелишев А.В., Коколина В.Ф., Нафталиева Д.И., Румянцев А.Г.

*Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Росздрава, г.Москва; Российский государственный медицинский университет, г.Москва*

В настоящее время проблема эффективности лечения заболеваний, обусловленных и ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), приобретает все большее значение как в педиатрии, так и в акушерстве и гинекологии. При этом в детском возрасте особенно актуальна проблема аногенитальных кондилом (АГК) у девочек, ибо в последние годы именно у них регистрируют существенный рост этой патологии. Вследствие способности ВПЧ к длительному персистированию в базальном слое эпителия АГК характеризуются пролонгированным, рецидивирующим течением, склонностью к формированию либо углублению иммуносупрессивных состояний, частым присоединением вторичной инфекции, а также возможностью злокачественного перерождения и существенного влияния на репродуктивную функцию. Данные литературы свидетельствуют, что эффективных средств и методов стабильного лечебного воздействия при ВПЧ-поражении гениталий, обладающих, в том числе стабильным противорецидивным действием, до настоящего времени не существует.

Целью работы явился анализ эффективности комплексного лечения АГК у девочек, включающего комбинированную лазерную технологию и противовирусные препараты.

Материалы и методы исследования. Комплексный анализ результативности новой лечебной технологии в терапии АГК был проведен на базе отделений лазерной хирургии и детской гинекологии Российской детской клинической больницы Росздрава (г.Москва) у 64 девочек в возрасте от 3 мес. до 18 лет с давностью заболевания до 4-х лет. Большая их часть ранее безуспешно лечилась традиционным методом. Комплексное обследование включало клинические данные, а также вагиноскопию, бактериоскопию и ПЦР-диагностику влажнотканевого отделяемого, рН-метрию вагинальной среды, цитологическое, гистологическое и иммунологическое обследования. В качестве группы контроля использовали данные больных (n=21), ранее получивших только традиционную терапию. Для объективизации анализа эффективности новой технологии терапии АГК наблюдаемые больные были разделены на 3 группы: I группа – 14 больных, пролеченных с помощью технологии лазерной вапоризации по возможности всего массива новообразований (с использованием высокоэнергетического лазерного Nd:YAG излучения длиной волны 1,06 мкм при мощности излучения на конце световода 10–15 Вт по известной методике); II группа – 14 больных, получивших лечение по той же технологии в комбинации с последующим курсом воздействия на регионы поражения АГК с помощью низкоэнергетического лазерного излучения в ежедневном режиме, курсом 8–10 процедур (красный He-Ne лазерный свет длиной волны 0,632 мкм, расфокусированный с диаметром пятна на выходе световода 3–5 см, плотностью мощности луча на коже 0,4–0,6 мВт и экспозицией 2–3 мин на каждый регион поражения, по методике «поле за полем, пятно за пятном», с обработкой за один лечебный сеанс 3–4 области 9–12 мин.); III группу – 36 больных, пролеченных с помощью той же комбинированной технологии лечения, но с включением в курс терапии противовирусного лечения иммуномодулирующим фармакопейным препаратом Виферон (по известной

методике). Все больные перед лазерной вапоризацией получали антигистаминные препараты в течение 5–7 дней и обязательное лечение вульвовагинита. В методическом аспекте необходимо указать на то, что при невозможности одномоментного удаления всех кондилом следует провести повторное вмешательство через 8–10 дней. Регионы лазерной вапоризации обрабатывали спиртовым раствором бриллиантовой зелени в течение 7–10–12 дней в зависимости от объема и хода заживления раневой поверхности. В первые 5 дней после удаления кондилом у всех больных применяли фармакопейные ректальные метилурациловые свечи. С 6-го дня у больных III группы проводили терапию Вифероном в возрастной дозировке курсами по 10 дней в течение 3 мес. По окончании курса комбинированной лазерной терапии поствапоризационные регионы обрабатывали с помощью мазей или кремов в течение 2–3 мес.: в младшей и средней возрастной группах комбинированно Виферон + Ацикловир, а в старшей – Виферон + Фарматекс.

Полученные результаты и их обсуждение. Установлено, что курсовое лечение с использованием высокоэнергетической лазерной установки является безопасным, наименее травматично по сравнению с деструкциями кондилом путем действия электрокоагуляции или жидкого азота, бескровно, с достаточно быстрым заживлением, и образованием очень нежного рубца. Динамический анализ показал, что у девочек, получивших терапию по новой фармаколазерной технологии, уже после первого воздействия исчезал болевой синдром. При этом не наблюдались признаки отека и гиперемии тканей, обычные для других методов деструкции кондилом, а сроки заживления поствапоризационной раневой поверхности сократились в зависимости от объема вмешательства до 5–7, 10–12 дней, что в 1,6–2 раза короче общепринятых. С учетом мягкого рубцевания поврежденных тканей можно говорить о значительности выявленной разницы в эффектах традиционной и новой технологии лечения АГК. Подчеркнем, что обязательное параллельное проведение противовирусной иммуномодулирующей терапии сделало возможными значительную коррекцию и повышение защитного потенциала больного организма, доказанное соответствующей кинетикой у наблюдаемых больных изученных показателей иммунного статуса. Из наиболее частых жалоб были: постоянный, порою мучительный зуд и боли в регионе поражения (37%); существенный дискомфорт в области наружных половых органов (29%); выделения с неприятным запахом из половых путей (21%); болезненность при мочеиспускании и/или при дефекации. Локализация АГК была различной, но чаще кондиломы поражали не один регион и обнаруживались в областях малых половых губ, клитора, задней стенки вульвы, ануса, нижнего отдела прямой кишки и прилегающих кожных покровов (места возможной мацерации). При этом у 59,6% девочек имелись остроконечные кондиломы в генитальной и анальной областях, у 31% – только в анальной области и у 9,4% – в генитальной. АГК представляли собой фибро-эндотелиальные образования на поверхности кожи и слизистых в виде одиночных узелков или множественных выростов, имеющих тонкую ножку или широкое основание. Собственный опыт указывает на обязательность обследования всех профильных больных также и регистр, ибо у 27% наблюдаемых нами девочек были обнаружены кондиломы в ампуле прямой кишки (на расстоянии до 2,5 см от анального жома). У 43 (67,2%) больных по данным вагинального исследования выявлены признаки острого вульвовагинита, а в процессе ПЦР-диагностики обнаружены: вирус герпеса – у 31 (48%) больной преимущественно из I и II групп; ВПЧ – у 6 (9,4%) больных (в III группе); цитомегаловирус – у 6 (6,3%) больных (из I и II групп). Практически у всех девочек имелись сдвиги в иммунном статусе той или иной степени выраженности. В итоге можно констатировать существенные преимущества перед традиционным лечением девочек с АГК 3-го варианта курсовой комбинированной фармаколазерной терапии. При этом наиболее объективным показателем может служить частота рецидивов заболевания. Так, если в I группе комплексная терапия по сравнению с традиционным методом лечения позволила снизить рецидивы болезни до 51%, а II группе – до 25,8%, то в III группе рецидив развился лишь у 11,4% девочек.

Выводы. В соответствии с полученными результатами новую лечебную технологию терапии АГК, включающую этапное применение комбинации лазерной фотодеструкции, низконтентивного лазерного излучения, а также противовирусного и иммуномодулирующего воздействия, следует считать методом выбора. Особенно важно, что оригинальная методика комплексной терапии отличается полной медицинской безопасностью и оперативностью реабилитации детей, стабильностью и отсутствием побочных эффектов, обеспечивает пролонгацию достигнутого результата за счет коррекции и восстановления иммунного статуса и резкого сокращения рецидивов заболевания. В аспектах полученных данных видится целесообразным широкое внедрение новой технологии в широкую гинекологическую и педиатрическую практику.

## **АТИПИЧНЫЕ МИОМЫ МАТКИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

**Карушина Л.М., Кулавский В.А.**

*Россия, Уфа, НУЗ «Отделенческая больница на ст. Уфа»*

Степень риска травматизации пациента при абдоминальных гинекологических операциях так же, как и при любых других хирургических вмешательствах, зависит от возраста, исходного соматического статуса больного, выраженности патологического процесса и его распространенности. Фундаментальные исследования в области морфологии, патогенеза и патофизиологических изменений в организме женщины при различных формах миомы матки, дают более четкое и расширенное понимание того, что кровопотеря в совокупности с операционной травмой, вызванной удалением патологического очага (миомэктомия, тотальная, субтотальная гистерэктомия без придатков или с придатками) неизбежно ухудшает течение послеоперационного периода и предрасполагает к возникновению осложнений и снижению качества жизни больной. В связи с этим, предоперационная подготовка пациенток с атипично расположенными узлами миомы, включающая в себя адекватную коррекцию гомеостаза (заготовку аутокрови накануне операции и проведение нормоволемической гемодилюции), дает возможность сохранить клеточный, именно, эритроцитарный, состав крови, а интраоперационное применение экстракорпорального ультрафиолетового облучения аутокрови еще более улучшает показатели гемореологии. Это связано с быстрым и стойким снижением вязкости крови после фотомодификации, в первую очередь, за счет дезагрегации эритроцитов и уменьшения количества их дефектных форм и увеличения деформируемости. Все это в совокупности с вазодилатацией приводит к улучшению реологических свойств крови и микроциркуляции и позволяет значительно снизить потребность в переливании аллогенной крови во время операции.

Целью настоящего исследования явилось изучение раннего послеоперационного периода при плановых операциях у 100 женщин с атипичным расположением миоматозных узлов, которые получили периоперационное обеспечение по разработанной методике (предоперационного забора аутокрови с нормоволемической гемодилюцией, возврат аутокрови с предварительным ее облучением ультрафиолетовыми лучами после завершения основных этапов операции). Контрольную группу составили 180 пациенток с такой же патологией и с общепринятым ведением предоперационного и послеоперационного периодов.

Субтотальная гистерэктомия в основной группе произведена у 95 (95%), в контрольной - у 162 (90,2%) больных. Предварительная энуклеация узлов выполнена в основной группе в 95%, а в контрольной - в 91,2% случаев. В основной группе гемотрансфузия не потребовалась ни в одном случае, а в контрольной использовалась у 36 (20%) больных. Общая кровопотеря во время операции составила в основной группе  $411,73 \pm 86,7$  мл (от 325 до 500 мл), в контрольной –  $538,45 \pm 137,02$  мл (от 300 до 700 мл). Практически, в основной

группе кровопотеря была восполнена аутокровью полностью. В контрольной потребовалась гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массы во время операции или в первые сутки после нее в 20% случаев. В контрольной группе 18 больным была проведена трансфузия кровезаменителей (свежезамороженная плазма) во время операции и в ранний послеоперационный период. После окончания операции по данным пульсоксиметра сатурация кислородом зарегистрирована в пределах  $98 \pm 0,3\%$  в основной группе и  $96 \pm 0,4\%$  - в контрольной.

Характер температурной кривой в первые 7 суток выявлен двух видов: постоянная лихорадка и послабляющая (ремитирующая). В основной группе больных с ремитирующей лихорадкой, когда суточные колебания температуры превышают  $1^\circ\text{C}$ , достигая  $2^\circ\text{C}$ , было 2 человека (2%), в контрольной – 53 (29,4%). Постоянная лихорадка, когда регистрируется умеренно высокая или высокая температура с суточными колебаниями в  $1^\circ\text{C}$ , в основной группе выявлена у 14 больных (14%), в контрольной – у 26 (14,4%).

При исследовании уровня гемоглобина в группах до операции выявлено, что среднее исходное значение его уровня составляло:  $120,04 \pm 15,77$  и  $119,40 \pm 17,07$  г/л. В первые сутки послеоперационного периода наблюдалась достоверная разница в содержании гемоглобина в основной группе ( $114,92 \pm 16,20$  г/л) и контрольной ( $102,67 \pm 18,70$  г/л). На пятые и десятые сутки после операции разница в содержании уровня гемоглобина в эритроцитах существенна.

При исследовании периферической крови на 5-е сутки в контрольной группе выявлена токсическая зернистость нейтрофилов у 103 больных (57,2%), гипохромия, анизохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз у 112 (62,2%). На 10-е сутки эти показатели снизились до 32,2% и 42,7%. В основной группе токсическая зернистость нейтрофилов наблюдалась лишь у 3-х пациенток, а патология форм и окраски эритроцитов - у 10. К 10-му дню послеоперационного периода в основной группе патология красной крови отсутствовала. Полученные данные свидетельствуют о том, что своевременное восполнение операционной кровопотери у пациенток основной группы за счет аутогемотрансфузии способствуют стабильности показателей гемоглобина и полноценностью самих эритроцитов, переносящих кислород к тканям и органам, а так же косвенно указывают на отсутствие интоксикации в результате имеющихся воспалительных реакций в области операционной раны.

При оценке скорости оседания эритроцитов выявлены следующие показатели: в первые послеоперационные сутки этот показатель был примерно одинаков в основной группе ( $16,6 \pm 6,05$  мм в час) и контрольной ( $19,7 \pm 10,23$ ); на 5-е сутки выявлена достоверная разница этого показателя соответственно  $24 \pm 10,11$  и  $38,17 \pm 13,4$ ; на 10-е сутки -  $12,6 \pm 11,7$  мм в час. Изменение показателя скорости оседания эритроцитов связано с хронической анемией, отягощенной операционной кровопотерей и токсическим действием воспаления в области культы шейки или влагалища.

При исследовании системы гемостаза определялись и сравнивались несколько показателей. Количество тромбоцитов в обеих группах за весь послеоперационный период не имело выраженных колебаний и находилось в пределах нормальных величин. Уровень фибриногена в основной группе практически не изменялся и находился в пределах: от  $4,43 \pm 1,53$  г/л до  $5,08 \pm 1,49$  г/л. В контрольной группе минимальное значение зарегистрировано на 1-е сутки после операции ( $4,68 \pm 1,48$  г/л). На 5-е и 10-е сутки этот показатель увеличился до  $6,56 \pm 1,43$  и  $6,80 \pm 1,29$  г/л соответственно. Такой показатель, как время свертывания у пациенток основной группы за весь период после операции не выходил за границы нормальных величин:  $5,62 \pm 0,91$  и  $7,32 \pm 1,42$  минут. У женщин контрольной группы данный показатель, оставаясь практически неизменным, свидетельствовал об ускорении процесса свертывания, то есть о гиперкоагуляции и находился в пределах:  $4,56 \pm 1,07$  -  $4,32 \pm 0,87$  минут. Показатель активированного парциального/частичного тромбопластинового времени в контрольной группе находился на уровне значений, характеризующих гиперкоагуляцию. Особенно низким этот показатель был на 5-е послеоперационные сутки -  $31,25 \pm 2,57$  секунд.

Таким образом, применение таких кровесберегающих методик, как аутогемодонорство, восполнение объема циркулирующей жидкости за счет нормоволемической гемодилюции, влияние на гемопоз и реологию путем фотомодификации аутокрови, а позволяет улучшить качество послеоперационного периода и ускорить процесс реабилитации больных после гистерэктомии по поводу атипичного расположения миоматозных узлов.

## АМБУЛАТОРНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кира Е.Ф., Гамирова Е.В., Хазиахмедова Р.Р.

Россия, г.Москва. Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ НМХЦ им. Н.И.Пирогова

В настоящее время амбулаторная, стационарзамещающая хирургия гинекологических заболеваний доказала свою состоятельность и приобрела статус проблемы государственной важности. Данное положение подтверждается в проекте «Стратегического развития Российской Федерации до 2010 года».

Применение стационарзамещающих технологий в амбулаторной гинекологической практике имеет ряд преимуществ: максимальный диагностический эффект на раннем этапе заболевания, органосберегающий принцип хирургического лечения, мининвазивный доступ, обоюдная экономическая заинтересованность, что в итоге способствует не только интенсификации хирургической помощи гинекологическим больным на амбулаторном этапе, но самое главное - увеличивает продолжительность репродуктивного периода, изначально сопряженного с патологическими изменениями.

Вместе с тем, в России, на сегодняшний день лишь 19,4% оперативных вмешательств проводится в амбулаторно - поликлинических условиях.

Цель исследования: Оптимизация оказания стационарзамещающей хирургической помощи гинекологическим больным.

Задачи:

1. Определить показания и противопоказания к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно - поликлинических условиях.
2. Разработать стандарты предоперационного обследования и алгоритм послеоперационного мониторинга.
3. Оптимизировать распорядок деятельности операционного блока поликлиники.
4. Оценить экономическую эффективность внедрения стационарзамещающих технологий.

Материалы и методы исследования

В гинекологическом отделении поликлиники ФГУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» с 2005 по 2006 гг. проведено обследование и оперативное лечение с применением эндохирургических технологий (лапароскопия, гистероскопия) 566 пациенток с различной гинекологической патологией (основная группа).

Контрольную группу составили пациентки, имеющие аналогичные показания для проведения оперативного лечения и получившие хирургическую помощь в стационарном отделении Центра.

Показаниями к оперативному лечению являлись доброкачественные опухоли придатков матки, трубно-перитонеальное бесплодие, спаечный процесс малого таза,

небольшие миоматозные узлы, синдром тазовых болей и др.

Относительными противопоказаниями для проведения оперативного лечения в амбулаторных условиях являлись: спаечный процесс брюшной полости 3 - 4 ст., коагулопатии, ургентные состояния, алкоголизм, сексуально-трансмиссионные инфекции. Абсолютные противопоказания: обострение хронического процесса, сопутствующие заболевания органов и систем в стадии суб- и декомпенсации, аллергические заболевания и психические нарушения пациенток.

Техника выполнения лапаро- и гистероскопии стандартная, аналогичная проводимым в стационарных условиях.

Организация работы операционного блока представлена следующим образом:

7.15 – поступление женщины для оперативного лечения

8.15 – оформление письменного информированного согласия на проведение анестезиологического пособия и оперативного лечения (вид, объем) и другой необходимой документации

8.30 - начало операций окончание операций до 12.00 20.00-выписка

Сравнительный анализ экономических показателей со стационарным подразделением позволяет сделать вывод, что лечение в поликлинике реально снижает расходы на 1 больного, при этом объем и качество медицинской помощи сравнимы со стационарными.

Выводы:

Внедрение стационарзамещающих технологий возможно при высокой технической оснащенности клиники, что обеспечивает интенсификацию амбулаторной хирургической помощи, а так же качество и результативность лечения.

Предложенная тактика амбулаторной оперативной гинекологии наиболее рациональна, т. к. обеспечивает раннюю диагностику и в ряде случаев полную хирургическую коррекцию.

3. Оптимизация оказания хирургической помощи в поликлинике существенно повысила экономические показатели деятельности гинекологического отделения.

Внедрение гинекологической эндохирургии и лазерных технологий в поликлиническую практику расширяет оперативные возможности, являясь залогом

успеха деятельности стационарзамещающего звена .

## РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

**Кира Е.Ф., Гамирова Е.В., Хазиахмедова Р.Р., Сорокин А.Н.**

*Россия, г. Москва Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, поликлиника ОАО «Газпром»*

Ухудшение показателей здоровья населения Российской Федерации, рост общей заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности, реструктуризация коечного фонда круглосуточных стационаров, ограниченные финансовые возможности большинства населения при реализации программ амбулаторного лечения обуславливают необходимость дальнейшего развития стационарзамещающих технологий (СЗТ), в том числе и дневных стационаров.

Лечение хирургических больных в круглосуточном стационаре – наиболее затратный вид традиционной медицинской помощи, так как значительная доля расходов приходится на обследование, предоперационную подготовку и на саму операцию. Современные тенденции развития и реформирования отечественного здравоохранения предусматривают более широкое внедрение в практику СЗТ, среди которых одно из ведущих мест занимает дневной стационар амбулаторно-поликлинического учреждения.

Стационар дня является структурой, которая позволяет осуществлять прием, оказывать помощь и выписку пациенток в тот же день, она избегает проводить несколько ночей в стационаре.

Амбулаторная хирургия не является новым понятием, так как первая публикация по этой теме принадлежит Nicoll в British Medical Journal, датированной 1909. В статье говорится о результатах 9000 интервенционных операций у детей и заключала что этот метод, который используется в педиатрии, должен быть адаптирован в хирургию взрослых.

Активное развитие и внедрение эндоскопических методов диагностики и лечения гинекологических больных позволяет применять их в условиях амбулаторной хирургии.

Основная цель амбулаторной лапароскопии - максимальный органосохраняющий принцип оперативного лечения.

Отбор пациентов и предварительное обследование пациента включают в себя: консультацию акушером-гинекологом, консульта-

цию анестезиолога, контроль документации. График работы стационара одного дня при оперативных пособиях лапароскопическим доступом следующий: Госпитализация утром в 7 час. 15 мин. Операция (до 12.00). Пребывание в палате пробуждения

Наблюдение после операции. Выписка в 20.00ч.

С 2005г в гинекологическом отделении поликлиники «НМХЦ ФГУ им. Н.И. Пирогова» и поликлиники ОАО «Газпром» амбулаторно выполнено 77 лапароскопических оперативных вмешательств:

гистерэктомий-1, консервативных миомэктомий-7, овариоцистэктомий-33, резекций яичников-9, тубэктомий – 3, стерилизаций – 5, хромогидротубаций с адгезиолизисом- 19.

Вмешательства проводили в операционной, оснащенной стандартным лапароскопическим оборудованием фирмы «Karl Storz» и общим хирургическим инструментарием, а так же анестезиологической (наркозный аппарат, дыхательный автомат) и диагностической аппаратурой (пульсоксиметр, кардиомонитор с дефибриллятором).

Пребывание женщин в отделении в среднем составило менее суток. Сроки реабилитации пациентов значительно сокращены.

Осложнений как интраоперационных так и послеоперационных не отмечено.

При оценке качества жизни в 98% случаев наблюдений отмечено отсутствие «стресса госпитализации», 97% женщин на 5 сутки после операции оценивают свое состояние здоровья как хорошее, 3% удовлетворительное, 100% женщин отмечают экономическую заинтересованность, которая не требует круглосуточного медицинского наблюдения и необходимость дополнительной оплаты койко-дней.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что лапароскопические операции с успехом могут проводиться в дневном стационаре при ряде гинекологических заболеваний. Ранняя диагностика, малая травматичность, кратковременность пребывания в стационаре, быстрая реабилитация после операции и наркоза благоприятно влияют на физическое и психическое состояние женщин и способствует раннему восстановлению трудоспособности.

Благодаря лечению больных хирургического профиля в стационарах одного дня многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения существенно сокращаются финансовые расходы, в том числе экономятся кадровые ресурсы, снижаются затраты на питание, размеры коммунальных платежей.

Нам представляется перспективным дальнейшее расширение практики проведения лапароскопических операций в дневном стационаре, поскольку экономическая и социальная значимость подобной тактики очевидна.

Это изменение может послужить серьезной мотивацией по увеличению объемов и спектра медицинских услуг, оказываемых в дневных стационарах поликлиники и, следовательно, более полному удовлетворению потребностей населения в этих услугах.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

**Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю., Хохлова И.Д.**

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

Актуальность. Частота оперативных вмешательств в гинекологической клинике остается стабильной. Абсолютная частота, с которой встречаются инфекционные осложнения после гинекологических операций варьирует от 1 до 5%. Инфекционные осложнения имеют большое медицинское и социальное значение, т. к. увеличивают продолжительность пребывания пациенток в стационаре, повышают медикаментозную нагрузку, ухудшают непосредственные и отдаленные результаты лечения, снижают качество жизни, увеличивают стоимость лечения.

Традиционные методы профилактики и лечения инфекционных осложнений после гинекологических операций базируются на использовании антисептиков и антибактериальных препаратов и не в полной мере соответствуют современным требованиям. Одной из наиболее важных задач в послеоперационном периоде является оптимизация течения всех компонентов воспаления и выведение организма женщины из иммунодефицитного состояния, связанного с хирургической агрессией. Новые технологии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения, оказывающие системное воздействие на организм, создают предпосылки для разработки новых методик для борьбы с инфекцией.

Цель. Снизить частоту возникновения инфекционных осложнений после гинекологических операций, повысить эффективность их лечения при помощи комплексной терапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы. Исследование выполнено на основании обследования 157 женщин, которые подвергались оперативным вмешательствам на матке и придатках в гинекологической клинике. В динамике изучали наиболее значимые лабораторные показатели (клинический и биохимический анализ крови, иммунограмма, циркулирующие иммунные комплексы, интерфероновый статус).

Результаты. При традиционных методах профилактики частота инфекционных осложнений составила 3,75% (в 3 случаях из 80). Применение комбинированной схемы профилактики с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения позволило снизить частоту инфекционных осложнений до 1,3% (в 1 случае из 77).

Включение в состав комплексной терапии низкоинтенсивного лазерного излучения позволило повысить эффективность лечения проявлений раневой инфекции и сократить сроки пребывания в стационаре женщин с инфекционными осложнениями после гинекологических операций почти на 2 суток.

Комплексная терапия оказывала на женщину в послеоперационном периоде общее адаптогенное действие, способствовала улучшению общего состояния, быстрой нормализации температуры тела, более быстрому уменьшению и исчезновению болей, способствовала более быстрому обратному развитию воспалительного процесса в области послеоперационной раны, повышала резистентность, оказывала стимулирующее и иммуномодулирующее влияние на организм, что было подтверждено более быстрым повышением показателей, характеризующих уровни эритроцитов, гемоглобина, лимфоцитов, общего белка, Ig G, более быстрым уменьшением лейкоцитоза, СОЭ, уровня ЦИК, уровня АсАТ и АлАТ.

Выводы. Применение новых медицинских технологий с использованием НИЛИ позволяет снизить частоту и повысить эффективность лечения послеоперационных инфекционных осложнений в гинекологической практике, качественно улучшить течение послеоперационного периода.

## **ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю.**

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

Актуальность. Количество оперативных вмешательств в гинекологической клинике не имеет тенденции к снижению. Особую актуальность приобретает разработка новых доступных и эффективных методов профилактики и лечения послеоперационных инфекционных осложне-

ний. Используемые для этих целей антибиотики, не всегда в состоянии решить все проблемы связанные с профилактикой и лечением инфекционных осложнений. Возможно, решение проблемы лежит в плоскости комплексного использования всех имеющихся в арсенале современной медицины факторов, которые могут воздействовать на микро- и на макроорганизм. Есть данные, свидетельствующие о благоприятном влиянии низкоинтенсивного лазерного излучения на иммунную систему и в том числе на индукцию интерферонов. Интерфероны это группа разнородных цитокинов, которые активируют все формы цитотоксичности. - интерферон продуцируется Т-клетками и является главным активатором макрофагов. Интерфероновый статус и методы его коррекции у женщин в послеоперационном периоде пока изучены не полностью.

Цель. Снизить количество инфекционно-септических осложнений после гинекологических операций за счет разработанной методики комплексной терапии и иммуномодуляции с использованием лазерной терапии и оценить влияние комплексной терапии на интерфероновый статус.

Материалы и методы. Объектом исследования служили женщины (n=120) после надвлагалищной ампутации матки выполненной по поводу миомы матки. В 1 группе (n=60) в послеоперационном периоде проводили традиционную терапию антибиотиками. Во 2 группе (n=60) в состав комплексной терапии наряду с традиционными методами входила лазерная терапия. Интерфероновый статус исследовали в динамике в процессе лазерной терапии после оперативного вмешательства у 20 женщин в 1-й и у 20 женщин во 2-й группе. Первый раз интерфероновый статус оценивали на 1 сутки после операции, повторное определение проводили на 5-6 сутки после операции.

Результаты. Инфекционные осложнения в виде раневой инфекции возникли у 2 (3,3%) женщин первой группы и у 1 (1,6%) женщины второй группы. У большинства женщин в послеоперационном периоде были выявлены признаки иммунодефицита. Было выявлено снижение сывороточного (циркулирующего) интерферона на 20-25%, митоген-индуцированной продукции -интерферона на 40% и вирус-индуцированной продукции -интерферона на 50%.

Традиционная терапия только антибиотиками не приводила к нормализации показателей иммунограммы в части интерферонового статуса на протяжении 1 недели после операции. Введение в состав терапии лазерного излучения способствовало нормализации показателей интерферонового статуса в большей степени, чем при проведении традиционной терапии. Частота инфекционных осложнений была ниже во 2 группе, в которой использовали комплексную терапию с использованием лазерного излучения.

Выводы. Комплексная терапия с использованием лазерного излучения оказывает стимулирующее влияние на иммунную систему женщины, способствует нормализации интерферонового статуса, приводит к повышению уровней сывороточного (циркулирующего) интерферона, митоген-индуцированной продукции -интерферона и вирус-индуцированной продукции -интерферона после оперативного вмешательства. Комплексная терапия способствует снижению количества инфекционных послеоперационных осложнений.

## **ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю., Хохлова И.Д., Клементе Апумайта Х.М.**

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

Актуальность. Оперативные вмешательства оказывают неблагоприятное влияние на состояние иммунной системы. По данным ряда исследователей нормализация показателей характеризующих состо-

яние иммунной системы происходит в течение длительного периода. Иммунодефицитное состояние, связанное с перенесенной хирургической агрессией может продолжаться несколько месяцев (до 3 и более) после произведенного оперативного вмешательства. Количество доступных способов стимулирующего воздействия на иммунную систему в такой ситуации невелико. Лазерная терапия может стать методом выбора при лечении и реабилитации пациенток, которые перенесли оперативные вмешательства в гинекологической клинике.

Цель. Повысить эффективность реабилитации женщин после гинекологических операций путем разработки методики стимуляции клеточного иммунитета в послеоперационном периоде. Изучить в динамике показатели, характеризующие некоторые звенья клеточного иммунитета (фагоцитарную активность нейтрофилов и фагоцитарный индекс) у женщин после гинекологических операций в процессе лазерной терапии.

Материалы и методы. В динамике обследовано 46 женщин перенесших оперативные вмешательства по поводу миомы матки. 26 из них (1 группа) получали комплексную терапию с использованием лазерного излучения в послеоперационном периоде. Для лечения использовали лазерное излучения с длинами волн 0,63 и 0,89 мкм. Женщины 2 группы (n=20) получали традиционную терапию и составили группу сравнения. У всех женщин исследовали в динамике на 1-2 и 5-6 сутки после операции фагоцитарную активность нейтрофилов и фагоцитарный индекс.

Результаты. В результате анализа полученных данных было выявлено, что при сходных показателях в обеих группах в 1 сутки после операции (фагоцитарная активность нейтрофилов  $68\pm 1\%$ , фагоцитарный индекс  $18\pm 1$ ), к 5-6 суткам после операции в 1 группе пациенток (получали комплексную терапию с использованием лазерного излучения) основные показатели, характеризующие функциональную активность нейтрофилов (фагоцитарная активность нейтрофилов  $78\pm 1\%$ ) и фагоцитарный индекс ( $21,2\pm 0,8$ ) были достоверно выше, чем аналогичные показатели в группе сравнения с традиционной терапией ( $72\pm 1\%$  и  $18,2\pm 1,1$  соответственно).

Выводы. Низкоинтенсивная лазерная терапия оказывает благоприятное влияние на функциональную активность нейтрофилов у женщин в послеоперационном периоде, повышает уровень фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарный индекс. Лазерную терапию можно использовать в качестве иммуномодулирующей терапии для реабилитации женщин, которые перенесли оперативные вмешательства по поводу гинекологических заболеваний.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ОПТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

**Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю.**

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

Актуальность. Остается актуальной проблема разработки метрологически обоснованных методик лазеротерапии с объективизацией и индивидуализацией параметров облучения, объективных методик диагностики и контроля за течением различных гинекологических заболеваний. В большинстве публикаций основными параметрами лазерной терапии являются экспозиция и выходная мощность лазера. Дозу рассчитывают по падающей на ткани, а не по поглощенной энергии. Ткани у каждого человека имеют индивидуальные характеристики. Оптические характеристики ткани интегрально определяются коэффициентами отражения (КО), поглощения и пропускания. КО - это отношение потока излучения, отраженного биотканью, к падающему на нее потоку излучения. КО зависит от многих

физических факторов: длины волны излучения, угла падения и поляризации луча, соотношения показателей преломления сред, химического состава тела, качества и структуры поверхности (шероховатости). Величина КО от биологических тканей зависит не только от перечисленных физических факторов, но и от ряда свойств, которые присущи только живой материи. КО зависит от физико-химических (наличие пигментов и химических соединений, способных избирательно поглощать излучение) и чисто биологических свойств (тургор ткани, кровенаполнение, наличие патологических изменений, например, воспаления, отека, гематомы и т.д.). При одинаковой падающей дозе лазерного излучения, поглощенная доза у различных людей может быть разной. А биологическое действие излучения зависит от поглощенной дозы. При одинаковой падающей дозе конечный эффект у различных пациентов может быть неодинаковым и невоспроизводимым. Результаты лечения в этом случае трудно анализировать и интерпретировать. Чтобы добиться воспроизводимых и оптимальных результатов необходимо знать поглощенную дозу излучения. Для решения этой задачи и нужно знать КО от ткани. Дозы при лазеротерапии необходимо рассчитывать с учетом поглощенной дозы для обеспечения принципа лечения больного, а не болезни.

Цель. Изучить оптические характеристики тканей передней брюшной стенки у женщин после лапаротомии для объективизации диагностики инфекционных осложнений, индивидуализации и оптимизации лазерной терапии в гинекологической практике.

Материалы и методы. Исследование выполнено на основании обследования 60 женщин. Было обследовано 30 женщин, которые перенесли лапаротомию по поводу различных гинекологических заболеваний. Из них у 20 женщин послеоперационный период протекал без осложнений. Было обследовано также 10 женщин, у которых в послеоперационном периоде была выявлена раневая инфекция. В группу сравнения вошли 30 практически здоровых женщин с интактной передней брюшной стенкой. Всего произведено 1200 измерений коэффициентов отражения лазерного излучения с  $\lambda=0,63$  мкм и 0,89 мкм от тканей передней брюшной стенки.

Результаты. В работе обобщены результаты исследования, в котором изучены оптические характеристики тканей передней брюшной стенки у женщин в гинекологической клинике. Проведение такого исследования представлялось необходимым для разработки комплексной методики профилактики и лечения ряда заболеваний в гинекологической практике с использованием НИЛИ. Коэффициенты отражения лазерного излучения от кожи интактной передней брюшной стенки составили  $0,330\pm 0,005$  (для  $\lambda=0,63$  мкм),  $0,094\pm 0,001$  (для  $\lambda=0,89$  мкм). После операции оптические характеристики изменялись. Коэффициенты отражения лазерного излучения от области послеоперационного шва на передней брюшной стенке были ниже, чем аналогичные показатели от интактной брюшной стенки и составили  $0,220\pm 0,004$  (для  $\lambda=0,63$  мкм) и  $0,063\pm 0,001$  (для  $\lambda=0,89$  мкм). При возникновении инфекционных осложнений коэффициенты отражения лазерного излучения снижались в еще большей степени и составили  $0,192\pm 0,006$  (для  $\lambda=0,63$  мкм) и  $0,073\pm 0,001$  (для  $\lambda=0,89$  мкм) при возникновении инфильтрата послеоперационного шва и  $0,170\pm 0,007$  (для  $\lambda=0,63$  мкм) и  $0,062\pm 0,002$  (для  $\lambda=0,89$  мкм) при расхождении послеоперационного шва.

Выводы. Для получения оптимальных и воспроизводимых результатов лечения необходимо в каждом конкретном случае индивидуализировать параметры лазерной терапии в зависимости от оптических характеристик облучаемых тканей.

Коэффициенты отражения лазерного излучения от кожи интактной передней брюшной стенки у женщин составили  $0,330\pm 0,005$  (для  $\lambda=0,63$  мкм),  $0,094\pm 0,001$  (для  $\lambda=0,89$  мкм).

Коэффициенты отражения лазерного излучения от области послеоперационного шва на передней брюшной стенке составили  $0,220\pm 0,004$  (для  $\lambda=0,63$  мкм) и  $0,063\pm 0,001$  (для  $\lambda=0,89$  мкм).

Коэффициенты отражения лазерного излучения от области послеоперационного шва на передней брюшной стенке при возникновении инфильтрата послеоперационного шва составили  $0,192 \pm 0,006$  (для  $\lambda = 0,63$  мкм) и  $0,073 \pm 0,001$  (для  $\lambda = 0,89$  мкм).

Коэффициенты отражения лазерного излучения от области послеоперационного шва на передней брюшной стенке при расхождении послеоперационного шва составили  $0,170 \pm 0,007$  (для  $\lambda = 0,63$  мкм) и  $0,062 \pm 0,002$  (для  $\lambda = 0,89$  мкм).

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ

**Ковач В.С., Плахотников И.А.**

*Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет,*

Кафедра акушерства и гинекологии; Центральная медико-санитарная часть №122 федерального медико-биологического агентства России, г.Санкт-Петербург).

Актуальность проблемы: Гистероскопия в настоящее время является одним из ведущих методов диагностики и лечения. Однако, пока не может служить основой для постановки окончательного диагноза, требующего обязательного гистологического подтверждения. Нередки случаи, когда окончательный диагноз является гистологической находкой для пациентки.

Цель работы: Провести анализ диагностических возможностей гистероскопического исследования у больных с внутриматочной патологией.

Материалы и методы исследования: В гинекологическом отделении Центральной медико-санитарной части №122 обследовано 42 женщины, из них в раннем репродуктивном возрасте были 9 (21,43%), в позднем - 12 (28,58%), в перименопаузе - 20 (47,6%), в постменопаузе - 1 (2,38%), которым была выполнена гистероскопия с биопсией эндометрия и эндоцервикса и последующее гистологическое исследование полученного материала. Гистероскопия производилась гистероскопом фирмы «Аксиома» (Россия). Основными жалобами были гиперполименорея (44,65%), межменструальные кровотечения (37,5%), боли внизу живота (12,5%), вторичное бесплодие (1,79%), у 2 женщин патологические изменения эндометрия выявлены при ультразвуковом исследовании (3,58%).

Результаты: По данным гистологического исследования установлено, что полипы эндометрия различной структуры имели место у 35 (83%) женщин (у 30 железисто-фиброзного строения, у 4 – железистого, у 1 – фиброзного), из них лишь у 10 полипы были на фоне секреторных преобразований эндометрия; полипы цервикального канала диагностированы у 8 пациенток (19%); гиперплазия эндометрия у 17 (40,5%); у 1 женщины в соскобе из цервикального канала эктоцервикс был в состоянии гиперплазии и лёгкой степени дисплазии; у 1 пациентки гистологически эндометрий соответствовал фазе цикла. Гистологическое исследование удалённого в процессе гистероскопии субмукозного миоматозного узла подтвердило диагноз лейомиомы. Следует отметить, что полное совпадение гистероскопического и гистологического диагнозов наблюдалось лишь у 21 пациентки, т.е. в 50 % случаев. В ходе проведения гистероскопии ложноотрицательный результат в основном наблюдался при гиперплазии эндометрия и полипах цервикального канала.

Выводы: Таким образом, гистероскопия как самостоятельный метод диагностики гиперпластических процессов эндометрия и эндоцервикса рассматриваться не может. Однако, визуальный контроль внутриматочного вмешательства позволяет целенаправленно получить материал для последующего гистологического исследования, что имеет особую актуальность при подозрении на неопластический процесс.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Ковтун О.Г.**

*Россия, г.Москва, ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

Актуальность: Одной из актуальных проблем современного акушерства продолжают оставаться инфекционно-воспалительные послеродовые заболевания. Несмотря на комплексное применение современных методов диагностики, профилактики и лечения значительного снижения их частоты в последние годы не наблюдается. Послеродовые воспалительные осложнения по-прежнему занимают одно из лидирующих мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Возросшая частота операции кесарева сечения влечет за собой и увеличение числа послеоперационных осложнений у родильниц. Инфекционный процесс в матке после оперативного родоразрешения при отсутствии своевременной ранней диагностики и адекватной терапии отличается тяжелым и длительным течением, сопровождается развитием несостоятельности швов на матке и является ведущей причиной генерализованных форм пuerперальной инфекции.

В последние годы предложены различные методы диагностики послеродового эндометрита (ПЭ), основанные на клинических проявлениях заболевания и данных дополнительного исследования (УЗИ-матки, УЗ-доплерометрия кровотока в маточных сосудах, гистероскопия, анализ провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и лохиях у родильниц и др.), однако существенным недостатком этих методов является относительно позднее (на 5-6 сутки) выявление признаков заболевания. В плане доклинической, ранней диагностики ПЭ представляется перспективной оценка возможностей магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике воспалительных изменений матки.

Цель исследования: разработка и совершенствование методов прогнозирования и ранней диагностики послеродового эндометрита с учетом данных магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы исследования:

1. Общеклинические; 2. Специальные; 3. Статистические.

На первом этапе проведено ретроспективное исследование 7154 историй родов пациенток, находившихся под наблюдением и родоразрешенных в ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (из них 3423 - с высоким инфекционным риском) за период 2002-2005 гг (за полных три года); из них были отобраны и изучены 110 историй родов пациенток с послеродовыми осложнениями – эндометритом, лохиометрой и субинволюцией матки.

Полученные методом ретроспективного исследования данные свидетельствуют о том, что общая частота ПЭ, несмотря на успехи, достигнутые в профилактике, диагностике и лечении составила 4,2%, с ее тенденцией к росту в 2005 году до 5,1%, в группе пациенток высокого инфекционного риска – соответственно от 14,6% до 16,2%.

Углубленное изучение данных анамнеза, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, состояния новорожденного у этих пациенток позволило выявить следующие значимые факторы риска развития инфекционных осложнений: 1. Острая или рецидив хронической бактериальная, вирусная или др. инфекции в период беременности; 2. Пороки развития матки, наличие ее рубцовых изменений после перенесенных ранее оперативных вмешательств; 3. Позднее и нерациональное применение антибактериальных препаратов с накоплением в стационаре антибиотико-резистентных видов и штаммов микроорганизмов; 4. Снижение показателей неспецифической резистентности организма под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды 5. Сопутствующая иммунная (в том числе аутоиммунная), эндокринная патология; 6. Наличие тяжелых экстрагенитальных

заболеваний неинфекционной этиологии 7. Осложненное течение беременности – истмикоцервикальная недостаточность с последующей хирургической коррекцией, применение современных инвазивных методов пренатальной диагностики (кордоцентез, амниоцентез), анемия, гестоз; 8. Осложнения в родах – несвоевременное излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток, хориоамнионит, инвазивные методы наблюдения за плодом и роженицей, многократные влагалищные исследования в процессе родов, ручная ревизия послеродовой матки, аномалии родовой деятельности, патологическая кровопотеря, травмы мягких родовых путей; 9. При оперативном родоразрешении – экстренность вмешательства и отсутствие предоперационной подготовки, дополнительные манипуляции во время кесарева сечения (консервативная миомэктомия и др.); 10. При наличии инфекции и других заболеваний в анамнезе – отсутствие прегравидарной подготовки и планирования беременности.

Вторым этапом данного исследования является: разработка показаний и оптимальной методики проведения МРТ у родильниц в норме для ранней диагностики послеродового эндометрита, а также определение МРТ критерии послеродовых изменений матки в норме и при послеродовом эндометрите.

МРТ – неинвазивный, неионизирующий метод, позволяющий получать изображения с высокой степенью контрастирования тканей и дающий возможность отображать изучаемый объект в различных ортогональных проекциях. Использование различных режимов сканирования при МРТ дает возможность выявить особенности изменения тканей, которые невозможно обнаружить с помощью УЗ – исследования и получить изображение изучаемого органа с 98% совпадением с его анатомической структурой.

Важным также является безопасность метода МРТ, не вызывающего нарушений в клетках, тканях и органах человека. Его использование позволяет визуализировать не только полость послеродовой матки, но и при наличии воспалительного процесса – оценить глубину поражения миометрия, степень вовлечения в воспалительный процесс прилежащих к матке органов малого таза. В перспективе данный метод исследования, возможно, позволит разграничить воспалительный процесс (гнойный и/или серозный) возможностью более четкого выбора консервативного или хирургического лечения ПЭ. Использование МРТ в сочетании с УЗ – исследованием помогает дифференцировать следующие патологические процессы (абсцесс, гематому, тромбозы вен яичников, маточно-пузырные свищи, непроходимость кишечника и др.) вне матки. После оперативного родоразрешения МРТ позволяет провести раздельную оценку состояния швов на матке, апоневрозе, мышцах и др., позволяет определить степень их вовлечения в воспалительный процесс, оценить глубину поражения регионарных лимфатических узлов.

Выводы: Таким образом, комплексное применение дополнительных, неинвазивных и высокоточных методов ранней диагностики ПЭ лежит в основе современных принципов ведения родильниц и выбора оптимального сочетания, общих и местных лечебных воздействий, позволяющих предупредить переход локализованных форм воспалительных заболеваний в генерализованный процесс. Особо перспективным представляется применение метода МРТ у родильниц с высоким инфекционным риском и отягощенным акушерским, гинекологическим и соматическим анамнезом, что позволит не только диагностировать ПЭ на самых ранних его стадиях, но и прогнозировать развитие гнойно-септических осложнений в первые дни и часы после родов, с их своевременной профилактикой и лечением.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ФАКТОРОВ ЭРИТРОПОЭЗА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕВОЧЕК

Коколина В.Ф., Нафталиева Д.А., Казюкова Т.В.,

Дядик Т.Г., Левина А.А., Кочанова Н.А., Романов В.М.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, ГУЗ Российская детская клиническая больница, ГУ Гематологический научный центр РАМН, ГУЗ детская городская поликлиника № 148 (подростковый центр)

У девочек пубертатного возраста на фоне недостаточной зрелости рецепторного аппарата яичников и несовершенства гормональной регуляции легко возникают маточные фертильные кровотечения (МФК), на долю которых приходится до 20% всей встречающейся у детей гинекологической патологии. Помимо незрелости гормональной функции яичников, развитию МФК способствуют инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) и гиперпролиферативные процессы (ГПП) эндометрия. Длительные и часто повторяющиеся МФК приводят к постгеморрагической анемии и развитию дефициту железа (ДЖ), что препятствует установлению нормального стереотипа и регуляторного механизма менструальной функции. В дальнейшем это может приводить к серьезным нарушениям репродуктивного здоровья, обуславливая тем самым актуальность и огромную значимость проблемы для практического здравоохранения и общества в целом.

Целью исследования явилось определение клинической значимости биохимических показателей, оценивающих феррокинетику, состояние эритропоэза, адаптационные механизмы в ответ на кровопотерю, и возможности их использования для верификации генеза анемического синдрома при МФК. Лечебная тактика в значительной мере отличается при железодефицитной анемии (ЖДА) и анемии, возникающей на фоне ИВЗ и ГПП, т.н. «анемии хронических заболеваний» (АХЗ), поэтому в практической работе часто возникает необходимость дифференцировать эти состояния, имея надежные критерии их верификации.

Материалы и методы: проведено открытое контролируемое сравнительное исследование, в ходе которого 88 девочек-подростков в возрасте 11,5-17,5 лет, находившиеся на лечении по поводу МФК, были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести анемии, определяемой по уровню гемоглобина (Hb), и значений ферритина сыворотки (ФС). Группу контроля (ГК) составили 45 практически здоровых девушек в возрасте 13,5-17,5 лет с установленной менструальной функцией, обследованных в середине менструального цикла. У пациенток с МФК и девушек из ГК определяли следующие показатели: трансферрин (Тф), ферритин сыворотки (ФС), ферритин эритроцитов (ФЭ), растворимый трансферриновый рецептор (рТфР), эритропоэтин (ЭПО), а также «традиционные» лабораторные тесты, оценивающие метаболизм железа: железо сыворотки (ЖС), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), насыщение трансферрина железом (НТЖ). Пациентки с МФК обследованы до начала, и после завершения терапии, девушки из ГК – однократно, при диспансерном осмотре.

В 1 группу включены 52 девушки с ДЖ. Согласно рекомендациям ВОЗ, критериями верификации ЖДА служили: гипохромно-микроцитарный характер анемии, сниженные значения Hb (<120 г/л) и ФС (<12 мкг/л); критерием латентного ДЖ (ЛДЖ) – снижение только уровня ФС (<12 мкг/л). У этих пациенток степень выраженности ДЖ коррелировала со сроком «давности» МФК. Так, при впервые возникшем МФК (n=32) примерно с одинаковой частотой выявлялись латентный ДЖ (ЛДЖ) (15) и ЖДА I ст. (17); при повторяющихся в течение 6 месяцев эпизодах кровотечений (n=14) регистрировались ЖДА I ст. (8) и ЖДА II ст. (6); при рецидивах МФК на протяжении 7 и более месяцев (n=6), как правило, выявлялась ЖДА III ст. (5). Помимо гемостатических средств и витаминов, в лечении пациенток данной группы использовались оральные ферропрепа-



раты (ФП) (ферро-фольгамма и феррум лек), в 3 случаях применяли трансфузии эритроплазмы (однократно) по витальным показаниям ( $Hb < 50$  г/л, обильное кровотечение). Курс лечения ФП (в полной и поддерживающей дозе) составлял 10-16 нед в зависимости от темпов восполнения депо железа, определяемому по уровню ФС.

Во 2 группу включены 17 девушек, у которых обнаружена легкая анемия ( $Hb = 93-113$  г/л) в сочетании с высоким уровнем ФС (600-1300 мкг/л). Как показало дальнейшее обследование, МФК у этих девушек протекали на фоне ИВЗ (13) или ГПП (4) эндометрия. Лечение этих пациенток осуществлялось с помощью гемостатических, антибактериальных и антимикотических препаратов, витаминов, гормональных средств. После лечения, через 2-3 мес, исследованные показатели нормализовались у 88,2% девушек, у 17,7% выявлен ЛДЖ.

В 3 группу вошли 19 девочек-подростков 12-13,5 лет, у которых формально ДЖ не подтвержден: у них был нормальный уровень  $Hb (> 120$  г/л), а значения ФС (33-65 мкг/л) и ЖС ( $6,4 \pm 0,5$  мкмоль/л) снижены. У этих девочек за 7-14 мес до настоящей госпитализации произошла менархе, но менструации не были регулярными; маточное кровотечение у них отмечено впервые и было связано с эмоциональными или физическими перегрузками. У девочек этой группы использовались гемостатические средства и витамины, у 10 из них (52,7%) при обследовании через 2-3 мес терапии выявлен ДЖ: у 6 – ЛДЖ, у 4 – ЖДА I ст.

При анализе полученных данных установлено, что уровень ФС прогрессивно уменьшается в зависимости от степени тяжести ЖДА: от 11,8 мкг/л при ЛДЖ до 4,3 мкг/л – при ЖДА III ст. ( $t = 0,8977$ ), что указывает на истощение запасов железа. При АХЗ средние значения ФС составляли  $963,3 \pm 37,7$  мкг/л ( $p < 0,0001$ ), отражая активацию системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ) на фоне воспаления. При ДЖ были достоверно повышены уровни ФЭ ( $14,6 \pm 3,5$  мкг/г  $Hb$ ), что указывает на неэффективный эритропоэз из-за нехватки железа, и Тф, основного железо-транспортного белка ( $2,8 \pm 0,08$  г/л). В то время как при АХЗ значения ФЭ и Тф не отличались от показателей ГК ( $11,9 \pm 2,3$  мкг/г  $Hb$  и  $2,57 \pm 0,04$  г/л, соответственно). Содержание рТФР, белка, осуществляющего интернализацию железа в клетки, у девушек в ГК было равно  $2,0 \pm 0,4$  мг/л. Его концентрация у пациенток с МФК была увеличена, причем как при ДЖ ( $6,4 \pm 0,4$  мг/л), так и при АХЗ ( $4,7 \pm 0,9$  мг/л), но в последнем случае менее значимо. Уровень ЭПО, служащего регулятором дифференцировки эритроидных клеток, отражает активность эритропоэза и напрямую зависит от степени оксигенации тканей, составляя в норме  $5,6 \pm 0,4$  мкУ/л. Содержание ЭПО было одинаково высоким у пациенток с ЛДЖ и ЖДА I-II ст., а также у девушек во 2 и 3 группах (40-300 мкУ/л). Однако при ЖДА III ст., напротив, его значения были снижены ( $1,5 \pm 0,4$  мкУ/л), что, вероятно, указывает на срыв компенсаторно-адаптационных механизмов при тяжелом ДЖ. В то же время традиционные лабораторные методы оценки обмена железа у девочек-подростков с ДЖ и при АХЗ оказались идентичными в 63,7% случаев, демонстрируя снижение уровня ЖС ( $5,1 \pm 0,4$  мкмоль/л), НТЖ ( $18,7 \pm 4,1\%$ ), и повышение содержания ОЖСС ( $84,8 \pm 3,7$  мкмоль/л).

Выявлено, что современные параметры феррокинетики и факторов эритропоэза (ФС, ФЭ, рТФР, Тф, ЭПО) имеют высокую корреляцию со степенью тяжести ДЖ, обладают высокой информативностью и специфичностью. В целом, они позволяют оценить различные фонды железа, адаптационные возможности организма, эффективность процессов гемопоэза, степень активности СМФ у девочек пубертатного возраста в условиях МФК. Наконец, они служат критериями дифференциальной диагностики ДЖ от АХЗ.

Таким образом, необходимо более широкое внедрение современных недорогостоящих методов для всесторонней оценки феррокинетики, особенно при МФК, поскольку при этих состояниях под маской ИВЗ и ГПП может скрываться ДЖ, а более 50% девочек-подростков в первые 2-3 года после менархе испытывают недостаток железа. Нами также установлено, что МФК не всегда сопровождаются ДЖ: при АХЗ анемия носит перераспределительный характер и назначать ФП при ней излишне. Очевидно, что рутинные био-

химические тесты оценки обмена железа (ЖС, НТЖ, ОЖСС) не могут предоставить тот объем информации, который становится доступным при исследовании совокупности современных показателей (ФС, ФЭ, рТФР, Тф, ЭПО и др.). Комплекс полученных данных предоставляет клиницистам уникальную возможность определять не только генез анемического синдрома у девушек-подростков при МФК, но также оценить эффективность и адекватность проводимой терапии.

## ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ФУНКЦИИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО- ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ

Коколина В.Ф., Фомина М.А., Паренкова И.А.

*Российский государственный медицинский университет, г. Москва*

В свете современных представлений созревание репродуктивной системы (РС) женского организма представляет собой длительный процесс развития от плода до взрослого организма и включает несколько периодов, каждый из которых характеризуется определенными морфологическими и эндокринными особенностями.

Молочная железа новорожденной девочки представляет собой билатеральный орган, который в последующем развивается в результате воздействия внешних и внутренних факторов, интимно связанных с репродуктивной системой.

К моменту рождения молочные железы у девочек не развиты, имеют примитивную структуру, состоящую из протоков, заканчивающихся короткими канальцами, выстланными одним-двумя слоями эпителиальных клеток и одним слоем миоэпителиоцитов.

Процессы роста, развития и формирования молочных желез находятся под сложным контролем эндокринной системы. Их состояние меняется в зависимости от гормонального фона, как в результате физиологических процессов (менархе, менструальный цикл), так и при патологических состояниях репродуктивной системы (Ильин А.Б., Бескровный С.В., 2000).

Нами были обследованы 66 девочек в нейтральном периоде, 93 девочки, находящиеся в препубертате, 89 девочек пубертатного периода и 99 – юношеского.

Нейтральный период характеризуется низким содержанием прогестерона, пролактина и эстрогенов в сыворотке крови. Содержание прогестерона в крови девочек исследуемого периода практически не меняется. Абсолютные значения гормона меньше нижней границы базального уровня гормона у женщин репродуктивного возраста и составляют в возрасте 1 год  $0,9$  ( $0,3-2,9$ ) нмоль/л, в 4 года –  $1,3$  ( $0,7-2,3$ ) нмоль/л. Уровень пролактина в периферической крови практически не меняется у девочек в возрасте от 1 года до 4 лет и колеблется в пределах  $179-209$  мМЕ/л. Концентрация эстрадиола (основного гормона яичника) также ниже базального уровня в крови женщин детородного возраста и колеблется от  $31$  ( $6-140$ ) пмоль/л в 1 год жизни до  $58$  ( $19-181$ ) пмоль/л в 4 года. Молочные железы, как правило, находятся в состоянии относительного покоя, хотя и в этом возрасте отмечаются гистологические признаки развивающейся молочной железы: появляются единичные молочные протоки, строма вокруг них разрыхлена и хорошо кровоснабжается. Внутренний слой эпителия образует выросты в просвет протоков, где имеется небольшое количество белковых масс (Серова О.Ф., 2003).

В препубертатном периоде (8-10 лет) уровень прогестерона практически не меняется и соответствует нижней границе базальной секреции прогестерона у женщин репродуктивного возраста и колеблется от  $1,2$  до  $1,4$  нмоль/л. Это совпадает с данными литературы. Концентрация пролактина также практически постоянна в течение всего препубертатного периода и находится в пределах  $231-248$  мМЕ/л. Стероидная активность гонад несколько увеличивается к концу препубертата, о чем свидетельствует большая концентрация в периферической крови эстрадиола –  $100$  ( $68-148$ ) пмоль/л по сравнению с началом этого периода –  $62$  ( $48-80$ )

пмоль/л. Под влиянием эстрогенов и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в этот период начинается активное формирование молочных желез. Интенсивно увеличивается масса фиброзной ткани, развивается паренхима. Происходит увеличение объема молочной железы (телархе) (Серова О.Ф., 2003).

Гонадотропная функция гипофиза в пубертатный период прогрессивно увеличивается от начала пубертата (ЛГ 2,8 (1,9–4,1) МЕ/л, ФСГ – 1,8 МЕ/л), достигая максимума к его концу (ЛГ – 7,2 (5,7–9,3) МЕ/л, ФСГ – 7,1 (5,1–9,8) МЕ/л). К этому времени абсолютные значения базального уровня ЛГ в периферической крови достигают величин, характерных для нижней границы базального уровня женщин репродуктивного периода. Секреция пролактина гипофизом практически не меняется в течение всего пубертатного периода, возрастая только к его концу (640 (532–769) мМЕ/л). Каких-либо различий в концентрации пролактина у девочек с наличием или отсутствием менструаций обнаружить не удалось. Имеется зависимость секреции пролактина гипофизом от характера менструального цикла: уровень пролактина в крови в овуляторном цикле выше как в I, так и во II фазе цикла. Выявленная активация гонадальной активности отмечается к 14 годам, что выражается увеличением концентрации эстрадиола – 445 (338–578) пмоль/л, прогестерона – 19,4 (13,3–27,9) нмоль/л в крови обследуемых девочек.

Нет разницы между концентрацией указанных гормонов в крови у менструирующих и не менструирующих девочек в течение пубертатного периода. Концентрация прогестерона в овуляторном цикле девочек этого периода прогрессивно увеличивается, не достигая соответствующих значений у женщин репродуктивного возраста.

Подводя итог анализу гормонального статуса девочек пубертатного периода, можно сказать, что существенная активация функции РС как в ее центральном (гипофиз), так и в периферическом звене (гонады) отмечается только в конце пубертатного периода.

С менархе каждый нормальный менструальный цикл способствует постепенному увеличению массы молочных желез, главным образом, за счет разрастания протоков и стромальной ткани. Эти изменения сопряжены с повышением в крови концентрации овариальных гормонов, которые определяют интенсивность и тип роста молочных желез (Сметник В.П., 2000; Серова О.Ф., 2003).

Гонадотропная активность гипофиза девушек в течение юношеского периода (14–17 лет) не обнаруживает существенных изменений. Базальный уровень ЛГ в периферической крови обследуемых несколько ниже, чем у женщин репродуктивного возраста. В этот период абсолютные значения концентрации ЛГ приближаются к нижней границе доверительных интервалов соответствующих значений у здоровых женщин детородного возраста и составляют 4,2 (3,1–5,6) МЕ/л в I фазу цикла и 9,9 (5,6–17,3) МЕ/л во II фазу цикла 17-летних девушек. Уровень ФСГ в I и II фазах цикла практически не отличается от такового взрослых женщин и в 17 лет соответственно равен 3,6 (2,7–4,8) МЕ/л и 4,2 (2,5–7,1) МЕ/л. Концентрация пролактина в крови у девушек в этот период в обеих фазах цикла отличается от таковой у женщин репродуктивного возраста и к 17 годам равна 337 (226–502) мМЕ/л в I фазу цикла и 277 (167–460) мМЕ/л во II фазу цикла. Обращает на себя внимание снижение базального уровня гормона у 16-летних девушек – 202 (161–253) мМЕ/л в I фазу цикла и 229 (164–320) мМЕ/л во II фазу цикла. Концентрация эстрадиола и прогестерона в I фазе цикла у обследуемых девушек не отличалась от таковой у зрелых женщин, кроме 16-летних девушек, у которых отмечалось снижение их концентрации, соответственно 195 (143–264) пмоль/л, 262 (16–3,2) нмоль/л. Уровень эстрадиола во II фазе цикла достигала уровня, характерного для женщин репродуктивного периода, лишь у 17-летних девушек – 559 (453–644) пмоль/л.

Базальный уровень прогестерона в течение всего юношеского периода практически не меняется и не отличается от такового у женщин репродуктивного возраста. Исключение составляют девушки 17 лет, у которых уровень прогестерона во II фазе цикла в сравнении с предшествующими возрастными уменьшается до 15,5 (10,5–23,2) нмоль/л. Это совпадает с увеличением процента ановуляторных циклов в этой возрастной группе.

С установлением регулярного овуляторного менструального цикла процессы пролиферации и обратного развития циклически сменяют друг друга под влиянием двух основных женских гормонов – эстрадиола и прогестерона. Эстрогены оказывают преимущественно пролиферативное действие на молочную железу (Сметник В.П., 2000). Основная роль прогестерона заключается в стимуляции развития альвеол.

Подводя итог, можно сказать, что юношеский период является периодом окончательного формирования «зрелого» типа функционирования РС – переходом к овуляторным менструальным циклам. Как гонадотропная активность гипофиза, так и стероидогенная активность яичников у девушек этого периода приближается к соответствующему уровню у женщин, но не достигает ее.

Таким образом, представленные данные показывают зависимость развития молочной железы от функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы во все периоды созревания РС.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МАТЕРИ БРОМОКРИПТИНОМ

Коколина В.Ф., Романцова Т.И., Бобров А.Е.,  
Рашидова Е.Ю., Цветкова Н.И., Яровая И.С.

*Российский государственный медицинский университет,  
г. Москва; Московская медицинская академия им. И.И. Сеченова,  
г. Москва*

В связи с все возрастающим количеством страдающих бесплодием женщин и увеличением количества информации о причинах бесплодия и возможностях его преодоления с каждым годом растет число детей, зачатых на фоне лечения матери различными фармакологическими препаратами. Здоровье таких детей, называемых «артифициальными» или искусственными, вызывает интерес с момента зачатия, поскольку влияние большинства этих препаратов на эмбриогенез неизвестно, мало изучены отдаленные последствия их действия на различные аспекты здоровья ребенка.

Примерно у 30% женщин бесплодие обусловлено гиперпролактинемическим гипогонадизмом. Применение дофаминомиметиков при этой форме бесплодия приводит к восстановлению репродуктивной функции у 29–86% больных, что, несомненно, вызывает интерес к особенностям течения беременности, родов, состоянию новорожденных и их дальнейшему развитию. Не стоит забывать, что без применения дофаминомиметиков эти дети не могли бы появиться на свет, и гены, которые они несут, были бы элиминированы из популяции. Пролактинсекретирующие аденомы гипофиза могут наблюдаться в рамках синдрома множественных эндокринных неоплазий I типа (МЭН-1), причем манифестация других неоплазий, типичных для данного синдрома, может происходить через много лет после формирования микроаденомы гипофиза. В основе патогенеза МЭН-1 лежит мутация генов, которая может наследоваться потомством. Существует большое количество исследований, посвященных особенностям течения беременности, родов и состоянию здоровья детей первых лет жизни, рожденных женщинами, получавшими лечение дофаминомиметиками. Женщины, получавшие дофаминомиметики, относятся к группе риска по невынашиванию, дородовому излитию околоплодных вод, слабости родовой деятельности. Согласно существующим данным, дофаминомиметики не обладают тератогенными свойствами, состояние новорожденных и детей раннего возраста существенно не отличается от состояния здоровья детей в популяции.

Цель: оценить комплексное состояние репродуктивной системы, поведенческих и личностных особенностей и психических нарушений у девушек, рожденных от беременностей, индуцированных дофаминомиметиками.

Материалы и методы: в отделении эндокринологии клиники эндокринологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и отделении эндокринной гинекологии Эндокринологического научного центра РАМН в период с 2003 по 2006 г. были обследованы 25 девушек в возрасте от 14 до 27 лет (медиана возраста 20,5 года), рожденных матерями с гиперпролактинемическим гипогонадизмом от индуцированных парлоделом беременностей – основная группа. Все женщины получали бромкриптин в дозе 2,5–10 мг/сут., продолжительность приема препарата во время беременности составила от 5 до 40 нед. Контрольную группу составили 25 девушек в возрасте от 17 до 22 лет (медиана возраста 20 лет) ( $p=0,523$ ), рожденные от спонтанной беременности.

Обследование девушек проводили по 3 основным направлениям:

- соматический статус;
- гинекологический статус;
- психический статус.

Проводили гормональное обследование, включавшее определение содержания пролактина (ПРЛ), тиреотропного (ТТГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, а также тестостерона (Т), дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-с), иммуннореактивного инсулина (ИРИ), антител к пероксидазе тиреоцитов (АТ-ТПО). Проводили УЗИ органов малого таза, молочных желез и щитовидной железы. Все девушки были осмотрены гинекологом. Всем проведено психологическое тестирование с использованием методики многостороннего исследования личности (ММИЛ).

Для сравнения дихотомических номинальных (категориальных) переменных использовали метод 2 Пирсона, U-критерий Манна–Уитни использовали для сравнения числовых переменных в 2 независимых выборках, не удовлетворяющих параметрическим критериям. Различия между сравниваемыми параметрами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования: комплексное изучение состояния здоровья девушек от индуцированной бромкриптином беременности показало, что по таким показателям как физическое развитие (рост и масса тела до 18 лет и индекс массы тела в возрасте старше 18 лет) и соматическая заболеваемость (хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, диффузный эутиреоидный зоб) основная группа девушек статистически значимо не отличалась от девушек, рожденных от спонтанной беременности. Средние значения исследованных на 5–7 день гормонов (ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4 св., ПРЛ, Т, ДГЭА-с), а также глюкозы, инсулина, индекса НОМА статистически значимо не различались в двух группах. В основной группе отмечено 5 (20%) случаев нарушения функции щитовидной железы (первичный гипотиреоз – 2 случая, субклинический гипотиреоз – 3), отмечались ранний возраст манифестации заболевания и отсутствие АТ-ТПО. В контрольной группе функция щитовидной железы соответствовала норме в 100% случаев.

У девушек основной группы выявлено статистически значимо более раннее начало менархе – 12 (12–13) лет, чем в группе контроля – 13 (12–14) лет ( $p=0,046$ ). В отношении размеров матки, объема яичников, частоты встречаемости различной патологии молочных желез, нарушений менструального цикла, гинекологических заболеваний статистически значимых различий между группами не выявлено.

У девушек, родившихся от индуцированной бромкриптином беременности, статистически значимо чаще встречались психическая дезадаптация, психовегетативные расстройства и характерологические нарушения по сравнению с группой контроля ( $p=0,015$ ).

Заключение: полученные результаты позволяют подтвердить предположение об отсутствии отрицательного внутриутробного воздействия бромкриптина на постнатальное развитие. Выявленные проявления психической дезадаптации связаны, по мнению психологов, с особенностями семейного воспитания.

## СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Коколина В.Ф., Дядик Т.Г., Рашидова Е.Ю., Антюхова О.В.

*Российский государственный медицинский университет,  
г. Москва; Российская детская клиническая больница, г. Москва;  
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, г. Москва*

Особую группу подростков составляют девушки в возрасте 12–16 лет, поскольку именно в этот период происходит становление менструальной функции, которое может сопровождаться различными нарушениями и приводить к необходимости обращаться за медицинской помощью. Причины нарушения менструального цикла у девочек разнообразны. Чаще всего данная патология обусловлена анатомическими аномалиями, инфекциями, системными заболеваниями, нарушениями пищевого поведения, эндокринными заболеваниями, в том числе и патологией щитовидной железы (ЩЖ). Поэтому наряду с гинекологическим обследованием у девушек-подростков, имеющих нарушения менструальной функции, проводится активное выявление патологии (ЩЖ).

Материалы и методы: в 2002–2003г. в клинике эндокринологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ММА И.М. Сеченова) были обследованы 23 девушки в возрасте 14–19 лет (медиана возраста 16,5 года (15;18)), которые в период 1998–2000 гг. проходили лечение в Российской детской клинической больницы (РДКБ) с диагнозами ювенильное маточное кровотечение (13 или 56,5%) или гипоменструальный синдром (10 или 43,5%) и у которых была выявлена патология щитовидной железы (ЩЖ): аутоиммунный тиреоидит – у 11 (47,8%), диффузный эутиреоидный зоб – у 5 (21,7%), одноузловой эутиреоидный зоб – у 3 (13%), многоузловой эутиреоидный зоб – у 2 (8,7%), первичный гипотиреоз – у 1 (4,4%), гипотрофия щитовидной железы – у 1 (4,4%). Все девушки постоянно проживали в Москве и Московской области.

Обследование девушек включало определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), УЗИ ЩЖ, заполнение анкет, в которых указывались уровень половых и тиреоидных гормонов на момент первичной госпитализации, описание УЗИ ЩЖ, характер нарушения менструальной функции на момент первичной госпитализации и ее состояние на момент обследования, препараты, применяемые для лечения патологии ЩЖ, дозировка, длительность приема.

Уровень ТТГ (норма 0,4–4 мМЕ/л) оценивали иммунохемилюминисцентным методом с использованием наборов “Immulite” на автоматическом анализаторе (“Diagnostic Products Corporation”, Лос-Анджелес, США), уровень АТ-ТПО (норма < 30 МЕд/л) – иммуноферментным методом с использованием набора «Хема-Медика» (Россия). УЗИ ЩЖ проводили с помощью аппарата «Hitachi EUB-405 plus» с линейным датчиком 7,5 МГц. Увеличенным считали объем ЩЖ, превышающий 18 мл, рассчитанный по формуле J. Brunn (1981) в возрастной группе старше 18 лет, а у лиц младше 18 лет нормальный объем определяли в зависимости от площади поверхности тела по таблице F. Delange и соавт. (1997). Диффузным зобом обозначали диффузное увеличение ЩЖ без узловых образований; узловым – узловое образование без увеличения объема ЩЖ, смешанным зобом – сочетание узлового зоба с общим увеличением ЩЖ; многоузловым зобом – несколько узловых образований в ЩЖ. Клинически значимыми узловыми образованиями у девушек старше 18 лет считали образования, размер которых в диаметре превышал 1 см. При обнаружении таких образований всем пациентам выполняли пункционную биопсию.

Определить адекватность постановки диагноза диффузного эутиреоидного зоба по данным имевшихся у пациенток выписок было невозможным т.к. отсутствовали данные о росте и весе на момент исследования, необходимые для расчета площади поверхности тела и, таким образом для сравнения объема ЩЖ с индивидуальной нормой.

Результаты исследования: ранее установленный диагноз многоузловой зоба не подтвердился ни в 1 случае, поскольку ранее узлами были признаны образования менее 10 мм в диаметре. В 6 (26%) случаях выявлен узловой зоб, диаметр узлов составил 10–15 мм, в 2 случаях размеры узла оставались стабильными с момента обнаружения, в 1 случае отмечался быстрый рост узла на фоне терапии большими дозами L-тироксина (150 мкг/сут.). Пункция выявленных узловых образований в РДКБ проводилась лишь в 1 случае (при быстром росте узла), при этом был выявлен узловой коллоидный зоб. При повторной пункции узлового образования во время обследования в ММА И.М.Сеченова выявлена аденома из фетальных клеток, рекомендовано оперативное лечение. В данном исследовании всем пациенткам с узлами проведена их пункция, выявлены узловые коллоидные зобы.

Диагноз аутоиммунного тиреоидита в РДКБ ставился на основании обнаружения изменений структуры ЩЖ по данным УЗИ; уровень АТ-ТПО не определяли никому из обследованных, в 2 случаях был определен уровень антител к тиреоглобулину, в 1 из них он был незначительно повышен. В 19 (82,6%) случаях назначалось лечение L-тироксин. Дозировка L-тироксина варьировала от 25 до 150 мкг/сут., длительность приема препарата составляла от 2 до 48 мес. Прием L-тироксина в рекомендованной дозе осуществляли 10 (52,6 %) девушек, 6 (31,6%) пациенток принимали препарат в сниженной дозе в связи с плохой переносимостью, остальные 3 девушек препарат не принимали вообще.

В настоящее время никто из обследованных L-тироксин не принимает, уровень ТТГ в пределах нормы определяется у 22 (95%) девушек, а объем ЩЖ и уровень АТ-ТПО соответствуют норме у 100% обследованных. В 1 случае выявлен субклинический гипотиреоз (ТТГ – 4,1 мМЕ/л).

Регулярный менструальный цикл отмечается только у 10% обследованных, у остальных цикл нерегулярный, улучшения его на фоне лечения L-тироксин не отмечалось ни у 1 из обследованных девушек.

Выводы:

У девочек в период становления менструальной функции могут наблюдаться как структурные, так и функциональные изменения ЩЖ.

При обследовании подростков через 3–5 лет после обнаружения патологии ЩЖ в 100% случаев, независимо от того, получали они L-тироксин или нет, выявлен нормальный объем ЩЖ, отсутствие АТ-ТПО. У большинства (95%) пациенток определялся эутиреоз, в 1 случае субклинический гипотиреоз (ТТГ – 4,1 мМЕ/л). У 26% обследованных выявлен узловой зоб.

При выявлении солитарного узла диаметром более 10 мм необходимо проводить его пункционную биопсию, поскольку у подростка до 14 лет такой узел в 50% случаев оказывается злокачественным.

При патологии ЩЖ (диффузный эутиреоидный зоб, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит) у подростков должны использоваться не только L-тироксин, но и препараты йода (йодбаланс 100/200), являющиеся наиболее патогенетически оправданными в случае доказанного дефицита йода.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОАГИНИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Коколина В.Ф., Миллер А.П., Киреева Е.С., Паренкова И.А.**  
*Российский государственный медицинский университет, г.Москва*

В последние десятилетия возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте.

Воспалительные процессы половых органов занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек в возрасте от 1 года до 8 лет. Вульвовагиниты у девочек составляют 68–83% среди всей гинекологической патологии. К развитию воспалительного процесса предрасполагают следующие анатомо-физиологические особенности девочек: близость ануса к вла-

лищу; особенности строения девственной плевы; рыхлые, нежные, ранимые слизистые вульвы и влагалища; щелочная реакция влагалищного содержимого; эпителий не содержит гликогена.

Таким образом, вопросы лечения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями наружных гениталий весьма актуальны, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является социальной и экономической проблемой.

Основные клинические проявления неспецифических вульвовагинитов: зуд, жжение в области влагалища и/или наружных половых органов, перианальной области, усиливающиеся при мочеиспускании; боли при ходьбе; наличие инфильтрации и трещин в области наружных половых органов, перианальной области; гнойные выделения из влагалища. Вульвовагиниты у девочек имеют преимущественно бактериальное происхождение и нередко сопровождаются аллергическим компонентом.

Перед началом терапии всем девочкам необходимо проведение комплексного обследования с целью выяснения причины заболевания и уточнения диагноза.

Программа обследования при вульвовагинитах включает вагиноскопию, ультразвуковое исследование внутренних половых органов, мазок на флору, посев выделений из влагалища на флору и определение чувствительности к антибиотикам, общий и биохимический анализ мочи, клинический анализ крови, анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, исследование иммунного статуса при хроническом вульвовагините.

В настоящее время в лечении больных с вульвовагинитами достигнуты большие успехи в связи с синтезом различных лекарственных средств. При этом, безусловно, важное значение имеет выбор метода терапии, который определяется следующими основными факторами: клиническим течением заболевания; результатами микробиологического исследования; особенностями действия лекарственного средства, показаниями и противопоказаниями; возможностью (в первую очередь финансовой) приобретения препарата.

Как известно, существует 2 основных пути введения препаратов: системный (per os, внутримышечно, внутривенно) и локальный (внутривагинальный, ректальный в виде кремов, мазей, свечей и т.д.). Преимущества локальной терапии состоит в отсутствии системного влияния на организм, минимальном риске побочных реакций, простоте и удобстве применения, отсутствии противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости), возможности применения у больных с экстрагенитальной патологией, приемлемой стоимостью.

С целью лечения неспецифических вульвовагинитов предлагаются различные препараты: Орнидазол, Метронидазол, Клиндамицин, Клион-Д, Тиберал, вагинальный крем Далацин и др. Важно отметить, что наиболее частым осложнением при применении вышеперечисленных препаратов является андидозный вульвовагинит, наблюдаемый в 6–18% случаев. В связи с этим в настоящее время предпочтение отдается комбинированным препаратам, наиболее ярким представителем которых является препарат Тержинан.

Тержинан – вагинальные таблетки, имеющий следующий состав: Тернидазол – 200 мг; Неомидина сульфат – 100 мг; Нистатин – 100000 ЕД; Преднизолон – 3 мг; эксципиенты (лактаза, кукурузный крахмал, диоксид кремния, тальк, магния стеарат, натрия лаурил-сульфат, повидан). Показаниями для применения Тержинана являются вульвовагиниты смешанной этиологии, бактериальный вагиноз, трихомонадный вульвовагинит, вагинальный кандидоз. При трихомониазе ввиду особенностей этой инфекции должно быть предусмотрено сочетание специфической, чаще всего пероральной, терапии и локальной, в частности использование Тержинана. В зависимости от возраста препарат назначается внутривагинально в дозе от 1/4 до 1 таблетки (предварительно намоченной в воде) в сутки в течение 7–10 дней.

Нами обследованы 68 девочек в возрасте 15–18 лет, которые предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов. Первая группа, состоящая из 56 девочек, получала лечение Тержинаном. Вторая группа, которую составили 12 девочек, получала традиционное лечение.

На фоне лечения тержианом отмечалось уменьшение количества девушек, имеющих обильные выделения (с 87,5 до 15,7%), неприятный запах (с 81,2 до 10,4%), зуд, жжение в области гениталий (с 31,2 до 5,2%), дизурические расстройства (с 15,6 до 5,2%); при традиционном лечении количество девушек, имеющих симптомы вульвовагинита, также уменьшилось, но не столь значительно: обильные выделения – с 88,3 до 35,7%, неприятный запах – с 79,1 до 25,3%; зуд, жжение в области гениталий – с 33,4 до 15,4%, дизурические расстройства – с 14,7 до 9,2%.

Эффективность лечения оценивалась по результатам клинического и лабораторных методов исследования (микробиологического исследования: окраска мазков по Граму, рН влагалищного отделяемого). Данные клинико-лабораторного исследования показали, что эффективность терапии Тержианом пациенток первой группы составила 94,3%, что проявлялось нормализацией степени чистоты влагалищного содержимого, снижением рН среды влагалища, исчезновением или уменьшением выделений из половых путей.

Таким образом, Тержиан – комбинированный препарат широкого спектра действия, который не оказывает системного влияния на организм. Высокая противомикробная активность препарата позволяет быстро купировать симптомы воспаления и обеспечить надежность лечения.

## ОСОБЕННОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМENOПАУЗЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Константинова О. Д., Лискова Ю. В.

Россия, г. Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается значительной и возрастающей причиной всемирной заболеваемости и смертности. По данным последнего эпидемиологического исследования в Российской Федерации ЭПОХА – ХСН, распространенность ХСН среди женского населения в 1,44 раза больше, чем среди мужского, и составляет 14,2% (Фомин И. В., Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф.Т., 2006).

Сердечная недостаточность на фоне менопаузального синдрома у женщин длительное время протекает в скрытой, бессимптомной форме, плохо диагностируется и при отсутствии лечения быстро прогрессирует, переводя пациентов в группу самых тяжелых больных. Среди лиц женского пола, страдающих ХСН, 70% приходится на пациенток старше 50 лет (Подзолков В.И., Подзолкова Н.М., Можарова Л.Г., 2004).

На сегодняшний день экспериментально доказаны в женском организме сердечно-сосудистые защитные свойства эстрогенов, обнаружены эстрогеновые рецепторы на поверхности кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток сосудов (Овчинников А.Г., 2004). Депривация благоприятных эффектов эстрогенов на липидный и углеводный обмен, сосудистую стенку, ренин-ангиотензиновую систему и свертывающую систему крови и, как следствие, развитие менопаузального метаболического синдрома могут расцениваться как причина роста заболеваемости ХСН у женщин в постменопаузе (Подзолкова Н.М., Подзолков В.И., 2006).

Важная роль отводится применению у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХСН в постменопаузальном периоде органопротективных препаратов с минимумом побочных эффектов, к которым можно отнести ингибитор АПФ – моэксиприл (Глезер М.Г., Тхостова Э.Б., Демидова М.А., 2005). Опыт применения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин с ХСН настолько невелик, что в настоящее время на этот счет не существует четких рекомендаций и актуально проведение новых исследований в данной области.

Нами проводится работа по изучению особенностей менопаузального синдрома у женщин в состоянии ранней постменопаузы с хронической сердечной недостаточностью.

Цель: оптимизировать лечение менопаузального синдрома у женщин с ХСН в состоянии ранней постменопаузы путем применения ингибитора АПФ III поколения моэксиприла и эстроген-гестагенного препарата «Анжелика».

Материалы и методы: Обследованно 25 женщин в возрасте 45–55 лет в постменопаузальном периоде с менопаузальным синдромом различной степени тяжести и ХСН I-IIa стадии и I-II ФК (по классификации NYHA), проходящих лечение по поводу ИБС, артериальной гипертензии. В зависимости от особенностей лечения исследуемые разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, гормональному статусу, основному заболеванию, тяжести менопаузального синдрома и ХСН. Обследуемые I группы (10 человек) получают лечение по поводу ХСН ингибитором АПФ моэксиприлом по 7,5–15 мг в сутки. Обследуемым II группы (5 человек) проводится лечение, включая одновременно моэксиприл по 7,5–15 мг в сутки и ЗГТ эстроген-гестагенным препаратом «Анжеликом» фирмы SCHE-RING (1 мг эстрадиола и 2 мг дроспиренона) по 1 таблетке в сутки. Обследуемые III группы (10 человек) получают традиционную терапию ХСН (эналаприл, в-блокаторы, диуретики по показаниям).

Для выполнения работы мы используем шкалу определения тяжести менопаузального синдрома в баллах по индексу Куппермана в модификации Е. В. Уваровой (1982), Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН, шкалу оценки тяжести ХСН в баллах (В.Ю. Мареев, 2001).

Из лабораторных данных оцениваются общие анализы крови и мочи, уровень креатинина, билирубина, Са крови, фибриногена, АЧТВ, липидный профиль. Гормональный статус женщин определяется по уровню эстрадиола, ФСГ, ЛГ в крови. Всем больным проводится ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ гениталий, маммография, проба с 6-минутной ходьбой с использованием шагомера. Оценка клинического состояния, данных лабораторных и инструментальных исследований, гормонального статуса проводится у женщин до лечения и во время лечения с контрольным обследованием через 3 месяца и 6 месяцев.

Результаты: Из 25 женщин в I группе у 5 наблюдалась фибромиома матки, у 3 экстирпация матки с придатками и у 2 без патологии половых органов. Во II группе у 3 женщин наблюдалась фибромиома матки, у 2 экстирпация матки с придатками. В III группе у 4 женщин наблюдалась фибромиома матки, у 3 экстирпация матки с придатками, у 3 без патологии половых органов. Из 25 женщин у 3 наблюдался менопаузальный синдром легкой степени, у 12 средней степени тяжести, у 10 тяжелой степени. Гормональный статус женщин до лечения: эстрадиол в пределах от 10 до 32 пг/мл, ФСГ от 33,31 до 82,5 мМЕ/мл, ЛГ в пределах от 4,28 до 18,05 мМЕ/мл. Липидный спектр до лечения: ХС в пределах от 6,1 до 7,2 ммоль/л, ЛПНП от 1,6 до 2,1 ммоль/л, ЛПВП от 1.1 до 1,8 ммоль/л, ТГ от 1,7 до 2,4 ммоль/л.

Выводы: дополнительный прием эстроген-гестагенного препарата анжелика во II группе сопровождается значительным улучшением клинико-функционального состояния пациентов. На фоне приема моэксиприла и анжелика наблюдается значительное улучшение КЖ по данным Миннесотского опросника, уменьшается тяжесть менопаузального синдрома по индексу Куппермана, отмечается повышение толерантности к физической нагрузке. В результате исследования выявлено благоприятное влияние комбинации моэксиприла и анжелика на липидный обмен, показатели свертывающей системы крови, на гормональный статус, данные ЭХО-КГ.

## ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Коротовских Л.И., Прохоров В.Н., Кононова И.Н., Сысоев Д.А.

Россия, Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Актуальность проблемы обусловлена тем, что внематочная беременность занимает ведущее место в структуре urgentных гинекологических заболеваний и является одной из основных

причин бесплодия трубно-перитонеального генеза. Частота эктопической беременности по отношению к общему числу беременностей в настоящее время составляет 1,2 -1,4% и сохраняет стойкую тенденцию к росту, особенно в группе молодых нерожавших женщин. Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7-17%. В связи с этим, сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет собой важную медико-социальную проблему. Увеличение частоты развития внематочной беременности обусловлено в основном пандемией заболеваний, передающихся половым путем, увеличением числа оперативных вмешательств на придатках матки, а также появлением новых репродуктивных технологий.

Цель исследования: сравнительный анализ органосохраняющих операций при лапароскопии и лапаротомии. Органосохраняющее хирургическое лечение трубной беременности известно с конца 19 века, но не получало широкого распространения в гинекологической практике, так как, с одной стороны, хирургов привлекала простота операции тубэктомии, а с другой – хирургический инструментарий и шовный материал не позволяли получить хорошие результаты пластических операций.

Современный уровень технического и материального оснащения дает возможность проводить органосохраняющие операции, однако в ряде случаев сохранение маточной трубы либо нерационально, либо нецелесообразно. Противопоказаниями для пластических операций на беременной трубе в нашей практике являются: 1) значительные анатомические изменения маточной трубы, 2) образование гематомы или гематоцеле на месте «старой» трубной беременности, 3) тяжелое состояние больной, вызванное геморрагическим шоком. Органосохраняющие операции значительно лучше отвечают задачам сохранения генеративной функции женщин, нежели радикальные. Особое значение органосохраняющие операции приобретают у женщин молодого возраста, не страдающих воспалительными заболеваниями, у которых нет необходимости проведения операции на второй трубе.

Материал и методы исследования. За 2005 год лапароскопическим доступом нами было прооперировано 94 пациентки с трубной беременностью. 73 пациентки из них прооперированы методом туботомии, что составило 77,6%. Лапаротомным доступом прооперировано 65 пациенток с трубной беременностью. 18 пациенток из них прооперированы методом туботомии, что составило - 27,7%. Время от поступления пациентки в стационар до начала оперативного вмешательства лапаротомным доступом составило от 20 минут при тяжелом состоянии больной (геморрагический шок), до 15 суток при огромном желании женщины любым путем сохранить беременность малого срока, в которой она была крайне заинтересована. Послеоперационный койко-день после лапаротомии составил – 8(+ 1,2) койко-дней. При лапаротомии отмечен 1 случай прогрессирующей трубной беременности, что составило - 1,5%. Кровопотеря при лапаротомии составила в среднем – 406(+ 20)мл, при этом 13 (20%) пациенток практически не имели кровопотери, а 5 пациенток поступили с массивной кровопотерей в состоянии геморрагического шока при кровопотерях от 1000,0 до 2500,0. В 24 случаях (37%) после операции применялось дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку. Длительность операции по органосохраняющим методикам (туботомия, удаление плодного яйца путем выдавливания) при лапаротомии составила в среднем 50(+ 10) минут. С целью диагностики перед операцией путем чревосечения проведено 38 (58%) пункций брюшной полости через задний свод влагалища. При лапаротомии проведено сопутствующих операций -30, из них: разделение спаек -11, стерилизация - 4, стоматопластика второй трубы-2, удаление параовариальной кисты - 1, сальпингоооариолизис второй трубы - 2, резекция яичника по поводу кисты желтого тела - 10.

Из пациенток, прооперированных путем лапароскопии, отмечен 41 случай прогрессирующей трубной беременности, что составило 43,6%. Данный факт обусловлен более ранней и точной диагно-

стикой. Это помогло пациенткам сохранить после перенесенной операции репродуктивную функцию. Время от поступления в стационар до операции составило 1 сутки и меньше. Послеоперационное пребывание в стационаре после лапароскопии составило 3,5 койко-дня. При лапароскопии применялось дренирование брюшной полости. Дренаж вводился через имеющийся троакарный доступ в 34 случаях (36%). При лапароскопии средняя кровопотеря составила -100(+ 20мл). 35 пациенток (37,2%) не имели кровопотери вообще или имели минимальную кровопотерю до 50,0мл.

При лапароскопии проведено сопутствующих операций -72, из них: разделение спаек при спаечном процессе брюшной полости и малого таза -38, сальпинголизис второй трубы -3, фимбриопластика второй трубы -7, ХСС(хромосальпингоскопия) -6, пункция кисты желтого тела -3, удаление параовариальной кисты -2, миомэктомия -3, энуклеация кисты яичника -6, стерилизация -4. Лапароскопические операции продолжались в среднем – 38(+ 5) минут. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища перед лапароскопической операцией проводилась в 5 (5,3%) случаях.

Показания к проведению консервативных операций на трубе при внематочной беременности: 1) желание женщины беременеть в будущем, 2) гемодинамическая стабильность пациентки, 3) размер эктопической беременности не более 3 см. в диаметре, 4) срок гестации не больше 4 недель, 5) внематочная беременность единственной трубы, 6) отсутствие обширного спаечного процесса, 7) целостность трубы, 8) локализация плодного яйца в ампулярном или истмическом отделе трубы, 9) соответствующий (малоинвазивный) доступ. При повторной трубной беременности показана тубэктомия.

Электрхирургия по сравнению с традиционным методом рассечения тканей скальпелем имеет следующие преимущества: 1) гемостатический эффект, 2) сокращение продолжительности операции, 3) абластичность раневой поверхности, 4) уменьшение реакции тканей на процесс рассасывания инородных тел, т.е. лигатур, используемых для достижения гемостаза, 5) уменьшение болезненности в послеоперационном периоде в области раны за счет коагуляции пересеченных нервных окончаний, 6) универсальность метода благодаря возможности смены электродов.

Заключение: Таким образом, частота внематочной беременности, сложность диагностики и тяжесть ее медико-социальных последствий для женщины диктуют необходимость поиска и внедрения наиболее эффективных методов диагностики и лечения, к которым в первую очередь относятся лапароскопический. Лапароскопическое хирургическое вмешательство не только является высокоточным диагностическим методом, отлично зарекомендовало себя в ургентной гинекологии, в том числе при выявлении прервавшейся и прогрессирующей внематочной беременности, но и как оптимальный способ органосохраняющей операции. Как диагностический этот метод особенно информативен в случаях, требующих дифференциальной диагностики с острыми гинекологическими и хирургическими заболеваниями. Внедрение лапароскопической хирургии при внематочной беременности позволило сократить послеоперационный койко-день (на 3,5 дня), уменьшить стоимость лечения, сократить расход антибактериальных и обезболивающих препаратов, достичь косметического эффекта и полноценной реабилитации больных, включая их генеративную функцию.

## НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Костина М.А., Зубарева Г.М.\*

ГУ поликлиника № 5 ФСБ России, г.Москва, \*Тверская государственная медицинская академия

Миома матки - наиболее часто встречающееся доброкачественное заболевание женских половых органов. Данная патология диагностируется в различных возрастных группах у каждой 4-5-ой

женщины. После 30 лет риск возникновения опухоли увеличивается до 76-80 %. В индустриально развитых странах лейомиома матки встречается у 20-30 % женщин достигших детородного возраста, что приходится на период расцвета профессиональной деятельности, когда ограничения трудоспособности особенно дорого обходятся государству, ведь около 1/3 всех пациенток оперативной гинекологии составляют женщины с миомой матки. Истинная частота заболевания данной патологией остается неизвестной в связи с частым асимптомным течением заболевания.

Цель настоящего исследования состояла в том, чтобы выявить особенности показателей пропускания инфракрасного спектра сыворотки крови у больных с миомой матки до и в процессе проводимого лечения. Это позволит выработать критерии ранней диагностики и даст возможность прогнозировать течение заболевания на фоне проводимой терапии.

Под нашим наблюдением находилось 85 женщин репродуктивного возраста. Диагноз миомы матки устанавливался при помощи общепризнанных методов диагностики: анкетно-опросный, бимануальное исследование, трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое сканирование на базе поликлиники № 5 ФСБ РФ г.Москва, а также проводилась гистеро- и лапароскопия в гинекологических отделениях стационаров г.Москвы. Всех больных разделили на 3 группы: первая группа – больные с миомой матки, не получавших патогенетического лечения (40 человек); второй группе (25 больных того же возраста) проводилась патогенетическая терапия гормональными препаратами (норколут, новинет, др.) с дополнением фито-, витаминотерапии; третья группа - это больные, оперированные по поводу миомы матки (надвлагалищная ампутация тела матки с придатками и без придатков, экстирпация матки с придатками и без, консервативная миомэктомия) – всего 20 женщин.

Исследования показателей пропускания инфракрасного спектра сыворотки крови больных проводились на кафедре общей и биоорганической химии Тверской государственной медицинской академии с помощью аппаратно-программного комплекса «ИКАР», представляющего собой девятизонный спектроанализатор. Значения показателей пропускания регистрировали в следующих диапазонах длин волн инфракрасного электромагнитного излучения: 3500-3200 см<sup>-1</sup>, 3085-2832 см<sup>-1</sup>, 2120-1880 см<sup>-1</sup>, 1710-1610 см<sup>-1</sup>, 1600-1535 см<sup>-1</sup>, 1543-1425 см<sup>-1</sup>, 1430-1210 см<sup>-1</sup>, 1127-1057 см<sup>-1</sup>, 1067-963 см<sup>-1</sup>. Ширина диапазона определялась оптическими параметрами соответствующего интерференционного фильтра. Устройством спектрометра повторяло измерения в каждой полосе через 0,1 сек. В отличие от классических спектрометров в использованном приборе светофильтры располагались не между образцом и источником света, а после исследуемого раствора перед фотоприемником. Время исследования одного образца объемом 0,02 мл не превышало 30 секунд. Спектрометр сертифицирован как новый тип измерителя (сертификат № 5745 от 20.11.98г) и позволяет регистрировать показатели пропускания ИК- излучения и их дисперсии после многократного определения данных величин в девяти широких диапазонах в слоях жидкости толщиной 15 мк. За один цикл осуществляли около 300 измерений в каждом из 9 диапазонов частот. Кюветы, в которых проводили анализы, изготавливали из сплава хлористо-бромистого и йодисто-бромистого талия. Для сравнения исследуемых систем в качестве эталона были взяты предварительно определенные значения дисперсий показателей пропускания ИК-излучения тонких слоев сыворотки крови контрольной группы здоровых женщин репродуктивного возраста. Первичную обработку сигнала с аппаратно-программного комплекса «ИКАР» и аппаратных данных проводили специализированным программным обеспечением, разработанным для этих целей на базе операционной системы Windows XP в вычислительной среде системы MATLAB 6.5 фирмы Math Works Inc (лицензия №146229).

Обработка полученных данных исследования осуществлялась методами многомерного анализа с использованием следующих критериев: расстояние Махаланобиса и многомерный критерий Бартлетта, позволяющие оценивать статические и динамические свойства биологического объекта соответственно.

Результаты анализов показали, что для первой группы больных - целостные показатели сыворотки крови критерии Махаланобиса и Бартлетта имеют следующие значения: 209,7±12,4 и 130,7 соответственно. Для женщин второй группы, эти величины равны 300,8±11,4 и 81,4. У 3-ей группы женщин мы получили следующие результаты 368,1±23,8 и 85,2. Исходя из полученных данных, для первой группы - статические показатели (Махаланобис) в 1,8 раз больше, а динамические показатели (Бартлетт) в 5 раз меньше, чем в группе здоровых людей. Для больных с проведенным патогенетическим и оперативным лечением полученные данные несущественно отличаются друг от друга, но имеют достоверную разницу относительно здоровых женщин, так по динамическим показателям в 2,6 и в 3,2 раза выше, по статическим меньше в 8,4 и 8 раз соответственно.

Следовательно, полученные данные показывают возможность применения ИК-спектрометрии для диагностики и прогнозирования течения заболевания наряду с другими общепризнанными методами исследования. Важным аспектом является быстрота исследования (30 секунд), небольшой необходимый объем биологического материала (0,02 мл сыворотки крови), дешевизна обследования (стоимость анализа не превысит стоимости обычного клинического анализа крови). Разработанная технология является универсальной и дает возможность анализировать состояние систем в целом, так как регистрирует суммарный эффект влияния разнообразных компонентов исследуемых объектов на состояние их водной основы и показывает возможность применения данного метода в комплексной диагностике заболевания, особенно в тех случаях, когда широко используемые биохимические показатели практически не изменяются при формировании патологий.

## СТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ СОЗРЕВАНИЕМ

Котова С.Ф.

Россия, г.Орел, Орловский государственный университет

Становление менструальной функции является интегрирующим показателем состояния репродуктивной системы будущих матерей. В основе многих патологических процессов в репродуктивной сфере, реализуемых в фертильном периоде, лежат нарушения физического и полового развития в детском возрасте.

Преждевременным половым созреванием называется симптомокомплекс, характеризующийся появлением вторичных половых признаков у девочек до 8 лет. В общей структуре гинекологической патологии ППР составляет 3-4% (Гуркин Ю.А., 2000; Коколина В.Ф., 2006).

Целью настоящего исследования явилось изучение становления менструальной функции у девочек подростков, в анамнезе имевших отклонения в сроках и последовательности появления вторичных половых признаков.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 47 девочек в возрасте 12-17 лет, которое включало ретроспективный анализ течения беременности и родов у матерей пациенток, течение неонатального периода, перенесенные заболевания в раннем детском возрасте. Проспективно оценивалось физическое и нервно-психическое развитие, степень выраженности половых признаков на момент обследования, гормональный профиль и ультразвуковые параметры внутренних гениталий.

ППР центрального генеза было диагностировано у 6 пациенток (12,7%). Наряду с признаками преждевременного полового развития (изолированное телархе, полная форма ППР) у этих больных наблюдалась неврологическая симптоматика, лабильность артериального давления. У 41 девочки (87,2%) отмечена ложная или периферическая форма преждевременного полового созревания, обусловленная автономной продукцией половых гормонов гонадного или надпочечникового генеза. Контрольную группу составили 20 девочек подросткового возраста со своевременным половым развитием.

В результате проведенного исследования установлено, что возраст менархе составил в среднем 11, 6 лет, т.е. раньше, чем в популяции. При этом менархе у девочек с ППР центрального типа наступило в 9,8 лет, при ППР периферического типа в возрасте 11,2 года. В контрольной группе возраст менархе составил 13,4 года. У большинства девочек (n=40) отмечено удлинение сроков становления менструального цикла (87%), у 7 подростков в течение 5 лет наблюдения цикл нерегулярный. Продолжительность менструального цикла варьировала от 62 до 19 дней, при чем у девочек с преждевременным половым созреванием центрального генеза с тенденцией к укорочению, а у пациенток перенесших ППР периферического происхождения к развитию как опсо - так и к пройоменореи. Продолжительность менструации также характеризовалась большой вариабельностью, составляя в среднем 7,8 дня. В подавляющем большинстве случаев отмечено нарушение цикла в виде альгодисменореи (n=36). Необходимо отметить, что в основной группе чаще диагностировались ювенильные маточные кровотечения, гиперполименорея (у 22% против 12% в контрольной группе).

Концентрация стероидных и пептидных гормонов в крови девочек на момент обследования не отличалась от средних показателей за исключением 2 пациенток с полной формой изосексуального полового развития на фоне церебральной патологии. Формула полового развития у девочек 14 лет составила 10,7 балла (в контрольной группе – 7,8 балла). У 17-летних подростков половая формула соответствовала средним показателям, однако нарушения менструальной функции наблюдались значительно чаще (у 32% против 12% у девушек контрольной группы).

При ультразвуковом исследовании тазовых органов значительное отклонение от средних показателей наблюдалось у пациенток с полной формой раннего и преждевременного полового развития. У 24% девочек подросткового возраста, в анамнезе имевших ППР, отмечалось увеличение среднего объема яичников, большое количество фолликулов, персистирующие ретенционные образования яичников.

Таким образом, установлены значительные отклонения в менструальной функции девочек подросткового возраста, перенесших различные формы преждевременного полового развития, уточнена структура генитальной патологии в подростковом возрасте, выявлена тенденция к удлинению менструального цикла, формированию ановуляторных менструальных циклов. На основании полученных данных разрабатывается программа рациональной терапии и профилактики генитальной патологии у девочек с нарушением полового развития.

## К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ ОПУЩЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Кох Л.И. , Дорош Т.Н.**

*Россия, г.Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава*

В структуре гинекологических заболеваний опущение внутренних половых органов (ОВПО) встречается в 15-30 % случаев. Заболевание обусловлено несостоятельностью мышц тазового дна, развитию которого способствует ряд факторов: наследственная предрасположенность; наличие в анамнезе двое и более родов, осложненные роды (травмы мягких родовых путей, быстрые роды, стимуляция родовой деятельности, применение различных акушерских пособий в родах, ручное обследование полости послеродовой матки и др.); имеются факторы, способствующие хроническому повышению внутрибрюшного давления (кашель, запоры, тяжелый физический труд и др.); сосудистые, обменные нарушения, заболевания соединительной ткани (гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен, сахарный диабет, ожирение, грыжи различной локализации и др.).

С ЦЕЛЬЮ выявления особенностей течения и причины опущения половых органов нами проведен ретроспективный анализ 142 историй болезни с данной патологией у женщин в возрасте от 31 до 74 лет.

Изучались следующие параметры: возраст, особенности менструальной, детородной функции, экстрагенитальная и генитальная патология, место проживания, вид деятельности (тяжелый или легкий труд), образ жизни, степень и длительность ОВПО до момента поступления в гинекологическое отделение ОКБ.

Результаты: все пациентки были разбиты на группы в зависимости от степени опущения половых органов: I - 10 (7, 04%), II -73 (51,4%), III -29 (20,4%), IV - 30 (21,1%).

Средний возраст обращения женщин I группы составил 44,2 года, во II - 55,4, в III - 49,4 и в IV - 60,1.

Средний возраст начала заболевания у пациенток I группы был - 43,3 года, во II - 46,6, в III - 42,7 и в IV - 48,8.

Продолжительность этой патологии от начала установления диагноза до оперативного лечения выглядит следующим образом: в I группе - 6,8 лет, во II - 7,9 лет, в III - 9, в IV - 10,1.

Анализ репродуктивной функции женщин показал, что у пациенток I группы среднее количество родов было 2,4; во II - 2,3; в III - 2,6 и в IV 2,7. Роды сопровождались травмой промежности в I группе - в 40 %, во II - в 37,1 %, в III - в 42,6% , IV - в 20%. Среднее количество аборт в этих группах 3,1, 6,2, 4,7, 7,4 соответственно.

Место жительства и вид трудовой деятельности представлены в таблице (табл.1).

**Табл. 1. Место жительства и вид трудовой деятельности в исследуемых группах**

Показатель	I группа (n=10), %	II группа (n=73), %	III группа (n=29), %	IV группа (n=30), %	ИТОГО (n=142), %
Город	7 (70%)	40 (54,8%)	14 (48,3%)	9 (30%)	70(49,3%)
Село	3 (30%)	33 (45,2%)	15 (51,7%)	21 (70%)	72(50,7%)
Легкий труд	6 (60%)	23 (31,5%)	3 (10,3%)	3 (10%)	35(24,6%)
Тяжелый труд	4 (40%)	50 (68,5%)	26 (89,7%)	27 (90%)	107(75,4%)

Несмотря на то, что место жительства не имеет существенных отличий, во всех группах обследованных женщин превалирует тяжелый физический труд.

Экстрагенитальная патология представлена в таблице 2.

**Табл.2. Экстрагенитальная патология у женщин с ОВПО**

Экстрагенитальная патология	I группа (n=10)	II группа (n=73)	III группа (n=29)	IV группа (n=30)	ИТОГО (n=142)
Варикозная б-нь	2	21	9	8	40
Забол. легких	1	9	4	5	19
СС заболевания	5	43	16	20	84
Забол. ЖКТ	4	49	11	16	80
Эндокринные заболевания	1	21	7	9	38
Урологич.патол.	5	25	7	11	48
Неврология	2	10	6	6	24

Таким образом, все пациентки имели две и более экстрагенитальные патологии, из которых наиболее распространенными являются сердечно-сосудистые заболевания (59,2%), заболевания ЖКТ (56,3%), урологическая патология (33,8%),варикозная болезнь (28,2%).

Гинекологические заболевания: миома матки (35,9%), хронические воспаления придатков (26,8%), заболевания шейки матки (16,9%).

Основным методом лечения опущения и выпадения половых органов на сегодняшний день является хирургический, поскольку консервативные не дают стойкого положительного эффекта и не приостанавливают прогрессирование процесса. Так из 142 пациенток использовали пессарии 9,2 %, делали гимнастику на укрепление мышц промежности 2,8 %. Однако заболевание усугублялось, ухуд-



шало качество жизни, в связи с чем пациентки были направлены на оперативное лечение в гинекологический стационар ОКБ.

Было прооперировано 137 (96,5%) пациентки с опущениями и выпадениями половых органов различной степени выраженности (табл. 3).

Табл.3. Объем хирургического лечения у больных с ОВПО.

Объем хирургического лечения	I группа (n=10)	II группа (n=73)	III группа (n=29)	IV группа (n=30)	ИТОГО (n=142), %
Перинеорофия с передней, задней, леваторопластикой	3	25	6	0	34(23,9%)
Ампутация шейки с передней, задней, леваторопластикой	5	20	6	1	32(22,6%)
Влагалищная экстерпация с передней, задней, леваторопластикой	0	15	16	21	52(36,6%)
Лефоры	0	2	0	9	11(7,8%)
Укрепление кардинальных связок с передней, задней, леваторопластикой	0	3	1	0	4(2,8%)
Подшивание слизистого лоскута передней, задней, леваторопластикой	1	3	0	0	4(2,8%)
Лапаротомия с фиксацией связок	1	3	0	1	5(3,5%)

Как видно из таблицы основной объем хирургического лечения - влагалищная экстирпация с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой. Послеоперационный период протекал без осложнений в I группе в 100% случаев; во II - у двух пациенток отмечены дефекты шва, у трех обострение хронических заболеваний (цистит, аллергическая реакция, жидкий стул); в III - у двух обострение хронических заболеваний (цистит, пиелонефрит), у одной кровотечение; в IV - послеоперационный период у трех пациенток осложнился обострением хронических заболеваний (цистит, бронхит, остеохондроз).

Таким образом, опущения и выпадения внутренних половых органов различной степени выраженности довольно часто встречаемая патология, которая возникает в репродуктивном возрасте. К причинам ее возникновения можно отнести роды и большое количество аборт, тяжелый физический труд. Высокая частота запущенных форм ОВПО обусловлена поздней обращаемостью, что увеличивает объем влагалищных экстирпаций.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКОВ

**Кох Л.И., Содномова Н.В, Балакшина Н.Г.**

*Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава*

Апоплексия яичников является одной из главных причин возникновения синдрома «острого живота» у женщин репродуктивного возраста. Данное заболевание встречается примерно в 0,3% случаев ко всем гинекологическим заболеваниям и в 1-3% является причиной внутрибрюшного кровотечения. Диагностика заболевания всегда трудна. В связи с чем всегда встает вопрос о дифференциальной диагностике с другими заболеваниями. Наиболее часто при апоплексии яичника ставится диагноз острого аппендицита, а при обильном внутреннем кровотечении – внематочная беременность.

С целью улучшения диагностики – изучить клинические особенности различных форм апоплексии яичника.

Материал и методы. Нами проанализировано 303 истории болезней женщин в возрасте 15–44 года с апоплексией яичников. Диагноз верифицирован на основании анамнестических, клинических, ультразвуковых, лапароскопических, операционных и гистоморфологических заключений. В зависимости от форм апоплексии яичника были сформированы две группы: первая - болевая

(n= 192), вторая – геморрагическая (n=111). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали отличия с  $p < 0,05$ .

Результаты. Болевая форма апоплексии яичника составила 67,0%, геморрагическая – 37,0%. Все пациентки находились в репродуктивном возрасте, с преобладанием болевой формы у юных до 20 лет; а геморрагической после – 20 (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от возраста, %

Группы заболевания	Возраст больных, %				
	15-20 лет n, %	21-25 лет n, %	26-30 лет n, %	31-35 лет n, %	36-44 лет n, %
1 группа n=192 (100%)	64 (33,4%)*	59 (30,7%)	27 (14,0%)	14 (7,3%)	28 (14,6%)
2 группа n=111 (100%)	26 (23,4%)	47 (42,3%)*	19 (17,1%)	9 (8,1%)	10 (9,0%)
P 1-2	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Болевая форма апоплексии в правом яичнике встретилась в 56,8%, в левом в 43,2%, геморрагическая соответственно в 64,0% и в 36,0% случаях.

Менархе наступали в возрасте 11-14 лет у 81,1% женщин 1-ой группы и у 85,6% - 2-ой; менструальный цикл был регулярным, соответственно в 85,9% и в 89,2%.

Почти все пациентки жили половой жизнью. Virgo составили 5,7% обследованных в 1-ой группе и 3,6% во 2-ой.

Беременности имели 51,5% пациенток 1-ой группы и 60,0% - 2-ой, из них роды соответственно 77,8% и 76,2%, медицинский аборт 71,7% и 71,6%, самопроизвольный выкидыш 9,0% и 15,0%.

Различными методами контрацепции пользовались 73,0% обследованных 1-ой группы и 70,0% - 2-ой. В обеих группах преобладали condom (53,8% и 50,0%) и coitus interruptus (22,7% и 34,7%;  $p 1-2 < 0,05$ ).

Более половины пациенток обеих групп (50,0% и 51,4%) имели те или иные экстрагенитальные заболевания, чаще желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

Гинекологические заболевания отмечены у 78,6% случаев 1-ой группы и 75,7% - 2-ой, соответственно: воспаления придатков 25,2% и 39,3% ( $p 1-2 < 0,05$ ), кисты яичников 33,1% и 23,8%, НМЦ 19,9% и 14,2% ( $p 1-2 < 0,05$ ), миомы матки 6,6% и 2,4%. Ранее перенесенная апоплексия яичников в группах сравнения была: болевая форма соответственно 2,6% и 4,8%, геморрагическая 3,3% и 4,8%.

Оперативные вмешательства в анамнезе указали 52,0% женщин с болевой формой апоплексии яичника и 42,2% - с геморрагической. Из них операции по поводу акушерско- гинекологической патологии составили соответственно 56,0% и 39,6% ( $p 1-2 < 0,05$ ): оперативное лечение кист яичников, апоплексии яичников, внематочной беременности, аднексэктомия, кесарево сечение.

Основной жалобой независимо от формы заболевания являлась боль внизу живота. Однако болевой симптом с иррадиацией в прямую кишку был более характерен для женщин 2-ой группы (23,0% и 41,4%,  $p 1-2 < 0,05$ ). В ряде случаев боль сопровождалась кровянистыми выделениями из половых путей (8,3% и 3,6%,  $p 1-2 < 0,05$ ), вегето-сосудистыми проявлениями, такими как головокружение (11,5% и 18,9%,  $p 1-2 < 0,05$ ), тошнота (7,9% и 11,7%), сухость во рту (12,5% и 17,1%), общая слабость (8,3% и 18,0%,  $p 1-2 < 0,05$ ), рвота (2,6% и 2,7%), субфебрильная температура (6,3% и 3,6%).

В покое апоплексия яичника возникала в 56,7% случаях в 1-ой группе и в 36,9% во 2-ой ( $p 1-2 < 0,05$ ), после полового акта соответственно в 34,0% и 51,4% ( $p 1-2 < 0,05$ ), после физической нагрузки – в 9,3% и 11,7%. Заболевание чаще провоцировалось во II фазу менструального цикла (73,6% и 71,2%), пик возникновения - 26-30 день.

Все пациентки при поступлении в стационар имели клинику «острого живота». Для постановки диагноза помимо сбора анамнеза, объективного исследования были использованы дополнительные методы: УЗИ малого таза, кульдоцентез. На основании полученных данных правильный диагноз был поставлен в 78,6% случаев в 1-ой группе и в 72,0% во 2-ой ( $p 1-2 < 0,05$ ), в остальных - окончательный диагноз установлен во время оперативного вмешательства.

Хирургическое лечение проведено всем пациенткам 2-ой группы. Выполнены следующие объемы операции: энуклеация оболочек кисты – 64,9%, резекция яичника – 23,4%, ушивание яичника – 12,6%.

Пациентки 1-ой группы получали консервативное лечение: инфузионная терапия, спазмолитики, физиолечение. В 15,6% случаях в связи с отсутствием эффекта от лечения (сохраняющийся болевой синдром) было проведено оперативное вмешательство, в объеме энуклеация оболочек кисты яичника.

Последующая гистологическая картина выявила, что апоплексия яичника в 76,7% случаев в 1-ой группе и 70,3% во 2-ой, обусловлена кровоизлиянием в кисту желтого тела, соответственно в 23,3% и в 9,9% - кровоизлиянием в фолликулярную кисту ( $p\ 1-2 < 0,05$ ). Кровоизлияние в желтое тело (18,0%), паренхиматозное кровоизлияние (1,8%) встречались только в 1-ой группе.

Таким образом, апоплексия яичника приводит к развитию симптома «острого живота», для диагностики которого используются данные клинического, ультразвукового и эндоскопического исследований.

Апоплексия яичника чаще возникает справа, причем болевая форма преобладает до 20 лет, геморрагическая – после.

Факторами риска апоплексии яичников являются гинекологическая патология, различные оперативные вмешательства на органах малого таза, методы контрацепции.

## **ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО, СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ**

**Красникова М.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Актуальность. Подростки – это потенциальные родители и состояние их здоровья будет определять здоровье будущих поколений. Состояние здоровья девушек-подростков в последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом хронических болезней, увеличением уровня психических расстройств, значительными отклонениями в формировании репродуктивного здоровья, ростом болезней, передаваемых половым путем, учащением девиантных форм поведения, проституцией, социальным одиночеством, юным материнством, деформацией медико-социального портрета подростка, значительной степенью ограничения возможностей социальной интеграции.

В медицинском аспекте все большую актуальность приобретает проблема беременности у подростков. Ежегодно в индустриальных и развивающихся странах мира от 5% до 10% девушек в возрасте 15-19 лет становятся беременными. В результате ежегодно в мире рождают 15 миллионов девушек-подростков, а 5 миллионов прибегают к прерыванию нежелательной беременности.

Целью исследования явилась оценка репродуктивного, соматического и психического здоровья девушек-подростков, живущих половой жизнью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 306 девушек-подростков, живущих половой жизнью, которым было проведено многофакторное анкетирование. При обследовании изучаемого контингента девушек-подростков применялись общепринятые клинические методы, бактериологические, бактериоскопические, эндоскопические, гистологические, иммунологические методы, ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. По возрасту девушки-подростки распределились следующим образом: 15 лет – 37 (12,2%), 16 лет – 50 (16,3%), 17 лет – 111 (36,2%), 18 лет – 108 (35,3%) девушек-подростков.

В анамнезе имели прерывание беременности 47 девушек: один аборт – 43 опрошенных, два – 4 подростка. Беременность прервана медицинским абортom до 12 недель у 44 девушек, до 22 недель беременности – у 3. По состоянию здоровья беременность прервана только у одной девушки, у остальных 46 причина прерывания – незапланированная, нежелательная внебрачная беременность.

О характере эмоциональных реакций девушек-подростков, прервавших беременность, можно судить по следующим ответам: не боялись аборта (4), испытывали чувство страха перед абортom (22),

беспокоило чувство угрызения совести (21), то есть большинство опрошенных испытывали перед абортom отрицательные эмоции. Вместе с тем настораживает тот факт, что каждая десятая девушка не видит ничего отрицательного в операции аборта.

На наличие гинекологических заболеваний указали 21,8% девушек-подростков. Основное место среди гинекологических заболеваний (47,2%) занимают нарушения менструальной функции. На втором месте стоит эрозия шейки матки (22,4%), на третьем – воспаление придатков (17,8%). Вагиниты составляют 11,9%.

Все девушки – подростки имели в анамнезе детские инфекционные заболевания. На втором месте стоят ЛОР заболевания (тонзиллит, отит - 11,4%). На третьем месте по частоте – заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит – 9,2%). Заболевания дыхательной, мочевой системы и анемия составляют по 2,5%; заболевания органов зрения, сердечно-сосудистой системы и травмы - по 0,5%. Таким образом, следует отметить высокую соматическую заболеваемость (33,0%) в анамнезе у девушек-подростков. В то же время, субъективные ощущения, свидетельствующие о клинических признаках соматических заболеваний, отметили 81,1% респонденток, что позволяет предполагать, что реальная цифра наличия соматических заболеваний у подростков выше приведенной. По-видимому, это можно объяснить нерегулярностью обращения к врачам (не обращались к врачам 32,9% опрошенных, 11% высказали недоверие к врачам).

Выводы. Изучение медико-социальных данных девушек-подростков, на основании проведенного многофакторного анкетирования, показало высокий процент у них соматических и гинекологических заболеваний. Негативное влияние медицинского аборта на организм девушки-подростка подтверждается наличием отрицательной психоэмоциональной реакции у юных пациенток. В группу высокого риска по нарушению репродуктивного здоровья следует отнести сексуально-активных девушек-подростков, рано начавших половую жизнь.

Проведенное исследование позволяет считать необходимым создание системы управления здоровьем подростков, основанной на управлении факторами риска и использовании принципов гигиенического обучения и воспитания, привлечение образовательных и спортивно-оздоровительных учреждений к формированию здорового, социально-эффективного жизненного стиля девушек-подростков, создание многоуровневой системы просвещения девушек-подростков в области соматического и репродуктивного здоровья.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА**

**Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Мельникова Ю.Н., Бабунашвили Е.Л.**

*Россия, г. Москва, МОНИИАГ*

По данным ВОЗ проблемы лечения и профилактики остеопороза занимают по значимости четвертое место среди неинфекционных заболеваний, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы, онкологии и сахарному диабету.

Заместительную гормональную терапию (ЗГТ) препаратами женских половых стероидов вполне обоснованно можно рассматривать как “первую линию” лечебных воздействий, направленных на обеспечение сохранности костной ткани в условиях гипоэстрогении. Необходимость назначения ЗГТ обосновывается еще и тем, что, помимо костно-протективного действия, ее использование обеспечивает купирование ранних проявлений климактерического синдрома, предупреждает возникновение поздних обменно-эндокринных нарушений, в частности атрофических изменений кожи и слизистых оболочек, а также заметно снижает риск развития атеросклероза и его осложнений.

Целью нашей работы явилось: оценка качества жизни женщин с постменопаузальным остеопорозом/остеопенией, получавших в течение 12 месяцев терапию фемостонem 1/5 или комбинацией фемостона 1/5 и альфакальцидола.

Материалы и методы исследования. В отделении гинекологической эндокринологии МОНИИАГ были обследованы 48 женщин с постменопаузальным остеопорозом/остеопенией, длительность менопаузы которых в среднем равнялась  $5,5 \pm 0,5$  года. Перед лечением и через 12 месяцев после терапии всем женщинам проводилось влагалищное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, а также ультразвуковая денситометрия лучевой и большеберцовой кости («Sunlight Omnisense 7000»). До начала терапии и через 12 месяцев мы оценивали: плотность костной ткани (ПКТ), выраженность болевого синдрома по 4-х бальной шкале, частоту падений и ассоциированных с ними переломов костей, а также - степень выраженности климактерических расстройств по индексу Куппермана (ИК).

Климактерический синдром (КС) средней или тяжелой степени был у всех женщин, составляя в среднем  $22,1 \pm 2,5$  балла. Методом слепой выборки пациентки были разделены на 2 группы: в I группу вошли 33 женщины, которые получали фемостон 1/5 в непрерывном режиме в течение года. II группу составили 15 женщин, которые ежедневно 12 месяцев получали терапию фемостоном 1/5 и альфакальцидолом (1мкг в сутки) в непрерывном режиме.

Результаты. Средний возраст пациенток I группы, получавших терапию фемостоном 1/5, составил  $54,7 \pm 0,7$  года (от 48 до 65 лет). До лечения все женщины отмечали боли в конечностях и позвоночнике. На фоне проводимой терапии болевой синдром достоверно снижался, исходно составляя в среднем  $2,9 \pm 0,1$  балла, а через 12 месяцев –  $1,0 \pm 0,2$  баллов ( $p < 0,001$ ). За год до лечения каждая четвертая пациентка (8 женщин – 24,2%) имела падения 1-3 раза в 1 год. В анамнезе у 10 женщин были переломы конечностей и компрессионные переломы позвоночника. На фоне проводимой терапии в течение 12 месяцев падения были отмечены только у 4 (12,1%) женщин, два из которых сопровождались переломами костей нижних конечностей. До лечения ИК в среднем равнялся  $24,7 \pm 1,5$  баллам. В процессе терапии наиболее выраженное снижение проявлений КС касалось изменения частоты приливов и повышенной потливости. Положительный терапевтический эффект гормональной терапии был подтвержден при оценке КС, который через 12 месяцев у 15 женщин (45,4%) купировался, а у остальных - снизился более чем в два раза, равняясь  $11,6 \pm 0,7$  балла ( $p < 0,001$ ).

Снижение ПКТ в лучевой кости было диагностировано у 13 пациенток, в большеберцовой кости - у 11 женщин; у 9 пациенток остеопения была в лучевой и большеберцовой костях. До лечения показатели Т-критерия в лучевой кости равнялись в среднем  $-1,8 \pm 0,2$  SD с колебаниями от  $-3,2$  до  $-1,2$  SD, в большеберцовой -  $-2,4 \pm 0,3$  SD с колебаниями от  $-4,6$  до  $-1,0$  SD. Через 12 месяцев ЗГТ отмечено замедление костных потерь: Т-критерий в лучевой кости равнялся в среднем  $-1,7 \pm 0,2$  SD с вариациями от  $-2,8$  до  $-1,2$  SD, в большеберцовой кости -  $-2,3 \pm 0,3$  SD с индивидуальными изменениями от  $-3,2$  до  $-1,0$  SD.

Во II группе средний возраст женщин составил  $53 \pm 1,4$  года с индивидуальными колебаниями от 48 до 61 года. Именно в этой группе был отмечен исходно выраженный болевой синдром ( $3,2 \pm 0,2$  баллов) и динамичное его снижение через 12 месяцев на фоне лечения комбинацией препаратов фемостона 1/5 и альфакальцидола до  $1,0 \pm 0,3$  баллов ( $p < 0,005$ ). В анамнезе за полгода до начала терапии падения были у 4 женщин (20,6%), сопровождающиеся переломами костей (из них у 2-х - перелом лучевой кости, у 1-й - травматический перелом шейки бедра, у 1-й - перелом фаланги пальца руки). В течение 12 месяцев терапии падений и переломов зафиксировано не было. До лечения у всех пациенток II группы был диагностирован КС средней или тяжелой степени (среднее значение ИК равнялось  $19,6 \pm 2,8$  баллов). В процессе терапии тяжесть КС снизилась в 3 раза.

При денситометрии снижение ПКТ в лучевой кости было диагностировано у 4 пациенток, в большеберцовой кости - у 6 женщин, у 5 больных была выявлена остеопения в обеих исследуемых костях. Через год после ЗГТ (фемостон 1/5) в сочетании с альфакальцидолом была отмечена тенденция к повышению Т-критерия: в лучевой кости исходно Т-критерий равнялся в среднем  $-2,2 \pm 0,2$  SD, после лечения -  $-1,8 \pm 0,2$  SD; в большеберцовой кости -  $-2,4 \pm 0,2$  SD и  $-2,2 \pm 0,1$  SD, соответственно.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у пациенток обеих групп через 12 месяцев лечения были выявлены однонаправленные изменения. Отмечалась тенденция к замедлению костных потерь, достоверное уменьшение проявлений болевого и климактерического синдрома, а также снижение количества падений и ассоциированных с ними переломов, что, безусловно, положительно влияет на качество жизни женщин.

## ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Крешнянская Н.Г., Мельникова Л.Е., Усольцева Е. Н., Брюхина Е.В.  
ЦОРЗП, г. Челябинск

В настоящее время активно обсуждается вопрос о влиянии гормональных контрацептивов на костную ткань, однако результаты оценки минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у подростков противоречивы. Одни исследования показали положительное влияние КОК на минеральную плотность костной ткани (Berenson и соавт., 2001; Cromer, 2003), в то время как другие работы какого-либо значимого влияния не обнаружили (Lloyd и соавт., 2000).

Цель исследования: сравнение плотности костной ткани у девушек, принимающих КОК и контрольной группы.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 80 девушек в возрасте 14-21г. (средний возраст 16-17 лет). Основная группа состояла из 40 человек принимавших в течение 12 месяцев КОК (20 человек принимали Диане-35 и 20 человек - Три-мерси). В группу сравнения включили 40 практически здоровых подростков никогда не принимавших гормональные препараты. Длительность приема 12 месяцев. Обследование проводили при помощи ультразвукового денситометра ЭОМ-02.

Измеряли скорость распространения ультразвука по кости (SOS) в метрах на секунду (м/с), на основании SOS косвенно оценивалась МПКТ. Оценку показателей проводили в проекции основания тела нижней челюсти, диафизов проксимальных фаланг кистей рук, надколенника, средней трети большой берцовой кости, пяточной кости справа и слева. Фиксировалось 6 значений SOS в каждой локализации измерения, затем показатели правой и левой симметричных костных областей объединяли.

В соответствии с рекомендациями группы экспертов ВОЗ по остеопорозу, диагностические критерии степени выраженности деминерализации костной ткани оценивали по значению Т-критерия. Получили данные в виде средних значений (медиана). Для характеристики разброса значений использовали процентильные кривые: 16 процентиль - соответствует Т-критерию (-18); 0,988 процентиль - соответствует Т-критерию (-2,55).

Диагноз «остеопения» ставили, если показатели SOS находились между 16 и 0,988 процентилями, а «остеопороз» - при показателях SOS ниже 0,988 процентиля. Всем девочкам проводилась трехкратное исследование с интервалом 4 месяца.

Результаты:

В ходе наблюдения в группе сравнения у всех пациенток медианы по всем точкам соответствовали возрастной норме. В группе подростков принимающих три-мерси и Диане-35 показатели менялись незначительно, но на 9-12 месяце приема имеется четкая тенденция повышения всех параметров относительно исходной (в нижней челюсти 0,65%-4,25%, большеберцовой кости 3,3%-6,5%, пяточной кости 1,13%-5,9%, надколенник 0,27%-1,75%).

Выводы:

Прием КОК (Три-мерси и Диане-35) более 9 месяцев способствует повышению плотности костной ткани.

Ультразвуковая денситометрия простой и информативный способ для контроля плотности костной ткани у подростков.

# ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кузнецова Е.П., Серебrenникова К.Г., Халипов Р.З.

Россия, Ижевск, Ижевская Государственная Медицинская Академия, г. Москва, Московская Медицинская Академия  
им. И.М. Сеченова

На этапе предоперационного обследования опухолевидных образований яичников важным является проведение дифференциального диагноза с раком яичника. К числу перспективных методов доклинической диагностики следует отнести иммунологические методы исследования, с помощью которых возможно определение так называемых опухолевых маркеров, являющихся антигенами, вырабатываемыми опухолевой тканью.

Наиболее современными методами определения в сыворотке крови и перитонеальной жидкости опухолевых маркеров: СА-125, СА-19-9, СА-50, СЕА и др. являются иммунологические.

Цель исследования – определение онкомаркеров у больных с опухолевидными образованиями яичников и последующий мониторинг после оперативного лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами исследована концентрация опухолевых маркеров СА-125, СА-19-9 в сыворотке крови у 138 женщин, из них у 61 с фолликулярными кистами яичников, у 64 с эндометриозными и у 13 с раком яичников, проходящих лечение в химиотерапевтическом отделении РКОД г.Ижевска (группа сравнения). При отрицательных значениях (нормальных) опухолевых маркеров последующие измерения проводили через 1 месяц после окончания гормонального лечения. Повторное измерение концентраций онкомаркеров СА-125, СА-19-9 у пациенток с повышенными значениями производили через 1 и 3 месяцев после начала медикаментозного лечения, а также через 1 месяц после завершения терапии.

С целью выявления опухолевых антигенов проводили иммуноферментный анализ (ИФА), основанный на применении меченых антител. Иммуноферментные тесты на СА-125 и СА-19-9 проводились на оборудовании швейцарской фирмы “Hoffman La Roch” на основе моноклональных антител двойной специфичности (МКАТ) к разным гистотипам этого антигена.

Результаты. Анализ исходных данных в группе фолликулярных кист показал, что среднее значение СА-125 колебалось в зоне низких величин от 9,2 до 21,5 Ед/мл и не превышало дискриминационный показатель (35 Ед/мл). СА-19-9 не превышал 37 Ед/мл, составляя в среднем  $6,34 \pm 0,4$  Ед/мл.

Среднее значение СА-125 в группе эндометриозных кист достоверно превышало дискриминационного значения в 1,5 раза у 30 обследованных больных ( $49,9 \pm 5,4$ ). СА-19-9 превышал дискриминационную величину у 27 больных ( $46,7 \pm 5,4$ ), составляя в среднем 18,53 Ед/мл, что было достоверно выше, чем в группе больных с фолликулярными кистами в 2,9 раз и ниже, чем у больных со злокачественными опухолями яичников в 4 раза.

Изучение чувствительности онкомаркеров в исследуемых группах показало, что наибольшая чувствительность онкомаркеров имеется при злокачественных опухолях яичников: СА-125 – 76,9%, СА-19-9 – 61,5%. Однако уровень этой чувствительности был различным у разных онкомаркеров: наиболее чувствительный СА-125, далее по мере убывания СА-19-9. При эндометриозных кистах яичников чувствительность СА-125 составила – 46,9%, СА-19-9 – 43,7%.

Прогностическая ценность положительных результатов при злокачественных опухолях яичников при использовании СА-125 составляет 25%, СА-19-9 – 22,2%. Прогностическая ценность отрицательных результатов при злокачественных опухолях яичников при использовании СА-125 составляет 3,1%, СА-19-9 – 4,9%. Прогностическая ценность положительных результатов при эндометриозных кистах яичников при использовании СА-125 составляет 75%, СА-19-9 – 69,4%. Прогностическая ценность отрицательных

результатов при эндометриозных кистах яичников при использовании СА-125 составляет 34,7%, СА-19-9 – 54,5%. У больных с фолликулярными кистами яичников повышенных значений онкомаркеров выявлено не было, поэтому их чувствительность при данной патологии равна 0,00%. Прогностическая ценность отрицательных результатов у больных с фолликулярными кистами при использовании СА-125 составляет 62,2%, СА-19-9 – 59,8%.

Установлено, что наиболее высокая специфичность онкомаркеров при злокачественных опухолях яичника: СА-125 – 76,0%, СА-19-9 – 77,6%. Специфичность при эндометриозных кистах составила при СА-125 – 86,5%, СА-19-9 – 89,1%. Специфичность при фолликулярных кистах яичника – СА-125 – 48,1%, СА-19-9 – 53,2%.

Наиболее чувствительным оказался онкомаркер СА-125 – выявляется при раке яичников у 76,9% больных. Средние значения концентрации онкомаркеров при фолликулярных кистах не превышают дискриминационных значений. При эндометриозных кистах исключение составил СА-125, который превышал контрольные значения в 1,5 раза. При эндометриозных кистах наиболее чувствительным был СА-125 (46,9%).

С целью определения эффективности лечения, своевременного распознавания рецидивов заболевания и выявления зависимости от течения послеоперационного периода изучение уровней опухолевых маркеров проведено у 64 больных с эндометриозными и 61 больной с фолликулярными кистами яичников в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после операции.

После операции у больных с фолликулярными кистами каких-либо отклонений от нормы не было выявлено. СА-125 находился в пределах  $8,8-24,3$  МЕ/мл, в среднем  $7,75 \pm 0,7$  МЕ/мл. СА-19-9 составил в среднем  $17,22 \pm 0,4$  МЕ/мл ( $2,5-10,4$ ).

Полученные данные показывают, что средние значения онкомаркеров при фолликулярных кистах яичников достоверно уменьшаются по сравнению с дооперационными значениями: СА-125 – в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ). Среднее значение СА-19-9 увеличилось в 2,7 раза ( $p < 0,05$ ), но тем не менее осталось в пределах нормальных значений, что может быть связано с осложнением воспалительного характера у одной пациентки. Мы провели анализ динамики онкомаркеров также и у 64 больных с эндометриозными кистами в процессе лечения и после него. Анализ полученных данных свидетельствует о положительной динамике онкомаркеров в процессе лечения и в течение 3 месяцев после него. Через 1 месяц после начала гормонального лечения уровень СА-125 снижался более, чем в 3 раза, через 3 месяца в 12 раз и практически не изменялся до конца лечения ( $p < 0,05$ ).

Среди пациенток, принимавших Дюфастон, рецидивы в течение периода наблюдения выявлены у 5 пациенток (7,8%). При рецидивировании эндометриозной кисты в большинстве случаев отмечалась характерная динамика СА-125. Это повышение обнаруживается, как правило, значительно раньше клинических проявлений и поэтому должно рассматриваться как показание к срочному дополнительному клинико-лабораторному обследованию.

Динамика СА-19-9 была аналогична СА-125, однако снижение было не столь явно выраженным. Через 1 месяц после начала лечения уровень СА-19-9 снижался в 1,2 раза ( $P < 0,01$ ), через 3 месяца в 2,6 раз ( $P < 0,01$ ). Через 3 месяца после окончания лечения уровень СА-19-9 приближался к таковому до оперативного лечения.

Выводы. После хирургического удаления опухолевидных образований яичников, особенно эндометриозных кист, важным критерием оценки эффективности комбинированного лечения и фактором раннего выявления рецидивов является контроль за динамикой уровней СА-125, что позволяет выявлять доклинические формы эндометриоза даже при отсутствии объемных образований.

# РЕЦИДИВЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Кузнецова И.В., Вельхива Р.А., Якокутова М.В.

Россия, г.Москва, ГУ Российская Медицинская Академия Последипломного Образования

Рецидивы гиперпластических процессов эндометрия являются одной из клинических проблем, решение которой часто лежит в плоскости выбора хирургической тактики. Такую тактику следует признать обоснованной при рецидиве атипичской гиперплазии или при повторном возникновении сложной гиперплазии без атипии в пременопаузе. Что же касается простой гиперплазии без атипии и таких патологических состояний эндометрия, как полипы (исключая аденоматозные), то лечение этих заболеваний предусматривает, главным образом, консервативные методы. Однако эффективность противорецидивной гормональной терапии оценивается явно недостаточно, что часто приводит к необоснованному назначению препаратов.

Цель исследования – оценить частоту рецидивов простой гиперплазии и полипов эндометрия в зависимости от проведенной гормональной терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 542 женщин с установленным морфологическим диагнозом «полип эндометрия» при условии нормального состояния окружающей слизистой оболочки тела матки (232 наблюдения) и «простая гиперплазия эндометрия без атипии» (310 наблюдений). В исследование включались женщины 40-50 лет; исключались пациентки, находящиеся в постменопаузе. Оценка состояния эндометрия проводилась не ранее, чем через год после выскабливания эндометрия либо окончания гормонального лечения с помощью УЗИ на первом этапе обследования, диагностического выскабливания или аспирационной биопсии эндометрия с последующим морфологическим исследованием в зависимости от клинических и эхографических данных на втором этапе обследования. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием общепринятых методов медицинской статистики с помощью программных систем Microsoft Excel-2000 и Biostat. Оценка статистической значимости различий осуществлялась с использованием точного критерия Фишера и метода . Различия групп считались достоверными при уровне значимости ( $p$ ) ниже 0,05.

Результаты исследования. Полипы эндометрия характеризуются частым рецидивированием. Повторное выскабливание по поводу полипов эндометрия проводилось в 71 (30,7%) из 232 случаев. Из 71 случаев рецидивов полипов 33 (46,5%) наблюдений составили железистые полипы, 22 (31,0%) – железисто-фиброзные и 16 (22,5%) – фиброзные полипы. Рецидивы фиброзных полипов встречались достоверно реже по сравнению с рецидивами железистых полипов ( $p < 0,01$ ). Возрастной фактор не влиял на частоту рецидивов. Морфологическая характеристика тканей полипа, полученных в результате повторного выскабливания, была идентична гистологическому заключению при первом эпизоде заболевания. Из 71 женщины гормональную терапию после выскабливания по поводу впервые выявленного полипа эндометрия получили 32 (45,1%) пациенток. Это была терапия медроксипрогестерона ацетатом в непрерывном режиме, гестагенами норстероидного ряда в непрерывном или циклическом 21-дневном режиме, дидрогестероном в циклическом 21-дневном или 12-дневном режиме. Следует отметить, что из 161 женщин, у которых не было отмечено рецидива полипов эндометрия, гормональную терапию после выскабливания получили 66 (41,0%) пациенток. Характер терапевтических воздействий не различался. Не получали гормональную терапию после выскабливания 38 (53,5%) пациенток с рецидивами полипов эндометрия. Полученные данные позволяют утверждать, что проведение гормональной терапии не влияет на частоту рецидивов полипов эндометрия.

Мы также проанализировали 310 случаев простой гиперплазии эндометрия. Рецидивы заболевания в пременопаузе наблюдались у 91 (29,4%) больных. У 5 (5,5%) из них в анамнезе выявлялась сложная гиперплазия без атипии, у остальных – простая гиперплазия без атипии. Большинство (78%) случаев рецидивов простой гиперплазии эндометрия приходилось на возрастной интервал 47-49 лет.

Из 310 проанализированных случаев в 231 (74,5%) проводилась противорецидивная гормональная терапия. После проведения гормональной терапии рецидивы встречались у 60 (26,0%) больных через 4 месяца-3 года после окончания курса терапии. Основными методами противорецидивной терапии были прогестагены в непрерывном или циклическом режиме, аналогично указанным выше вариантам лечебных воздействий, предпринимавшихся при полипах эндометрия, комбинированные оральные контрацептивы и агонисты гонадолиберина. Оценка эффективности различных методов противорецидивной терапии приведена в таблице.

Наибольший эффект терапии отмечался при назначении депонированной формы медроксипрогестерона ацетата и агонистов гонадолиберина. Однако было бы неверным на этом основании делать вывод о целесообразности лечения простой гиперплазии именно этими препаратами, в том числе и потому, что группы больных не могли быть рандомизированы по ряду признаков, в том числе по возрасту. Кроме того, остается дискуссионным вопрос, можно ли расценивать повторный эпизод простой гиперплазии эндометрия как рецидив заболевания, или правильнее считать его проявлением новой ановуляторной дисфункции. Это соображение особенно актуально в тех ситуациях, когда между двумя эпизодами простой гиперплазии проходит несколько лет.

Таблица. Эффективность методов противорецидивной терапии простой гиперплазии эндометрия

Вид терапии	Кол-во наблюдений	Рецидивы гиперплазии	
		n	%
Дидрогестерон, режим 2-й фазы	35	19	52,3
Дидрогестерон, 21-дневный режим	43	18	41,9
Норстероиды, режим 2-й фазы	32	7	21,9
Норстероиды, 21-дневный режим	20	4	20
Медроксипрогестерона ацетат (депо-форма), непрерывный режим	31	1	3,2
Комбинированные оральные контрацептивы, 21-дневный режим	25	5	20
Даназол	15	5	33,3
Агонисты гонадолиберина, непрерывный режим	30	1	3,3

Среди 79 пациенток с простой гиперплазией, не получивших лечения, у 57 (72,1%) наблюдались рецидивы заболевания, возникшие в ближайшие месяцы после проведенного выскабливания, то есть в указанных случаях, вне всяких сомнений, имели место именно рецидивы гиперплазии эндометрия. Достоверно более высокая частота рецидивов простой гиперплазии у пациенток, не получавших гормональной терапии ( $p < 0,001$ ), диктуют необходимость индивидуального подбора лечения при простой гиперплазии эндометрия.

Заключение. Рецидивы полипов эндометрия в пременопаузе встречаются в трети случаев, малигнизации железистых, железисто-фиброзных и фиброзных полипов не наблюдаются, проведение гормональной терапии не влияет на частоту рецидивов и, следовательно, не является целесообразным. Напротив, проведение гормональной терапии в пременопаузе значительно уменьшает число рецидивов простой гиперплазии эндометрия без атипии. Сравнительная эффективность различных видов противорецидивной гормональной терапии простой гиперплазии эндометрия нуждается в дальнейшем изучении.

# ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Кузнецова И.В., Якокутова М.В.

Россия, г.Москва, ГУ Российская Медицинская Академия Последипломного Образования

Перименопауза является тем особым периодом в жизни женщины, который сопровождается многочисленными изменениями во всех системах организма. Поэтому лечебные мероприятия, которые по тем или иным показателям проводятся в перименопаузе, должны учитывать не только гинекологический статус, но и особенности состояния других функциональных систем организма и метаболизма в целом. Сегодня накоплен большой опыт применения различных методов лечения менопаузальных расстройств. При этом в выборе метода лечения особенности метаболизма учитываются явно недостаточно.

Цель исследования – с учетом особенностей действия различных препаратов для заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на параметры углеводного и жирового обмена оптимизировать выбор средства для лечения женщин с клиническими признаками возрастного дефицита эстрогенов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 125 пациенток в возрасте 45-54 лет с клиническими проявлениями эстрогенного дефицита. Из исследования исключались пациентки, имевшие противопоказания к проведению гормональной терапии. Перед назначением заместительной гормональной терапии проводилось антропометрическое исследование (масса тела, рост, окружность талии, бедер, индекс массы тела (ИМТ) и соотношения окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ)). При лабораторном исследовании определяли уровни глюкозы, инсулина, в том числе в условиях стандартного перорального глюкозотолерантного теста, общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП). Выбор препарата для ЗГТ осуществлялся в зависимости от результатов предварительного исследования. В первую группу лечения вошли 50 пациенток с нормальной массой тела без нарушений жирового и углеводного обмена. Женщинам этой группы назначался препарат «Климонорм». Вторую группу лечения составили 45 женщин с нормальной или избыточной массой тела и низким (либо находящимся на нижней границе нормы) уровнем ХС ЛВП. В этой группе использовался препарат «Фемостон 1/10». Женщины третьей группы лечения (30 наблюдений) страдали ожирением либо имели повышенный уровень триглицеридов, что является противопоказанием к назначению оральных форм препаратов ЗГТ. В данной группе 17- эстрадиол назначался трансдермально в виде пластыря «Климара», а прогестагенный компонент терапии был представлен левоноргестрелсодержащей внутриматочной системой (ЛНГ-ВМС) «Мирена». Контроль показателей углеводного и жирового обмена проводился через 9 месяцев от начала лечения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием общепринятых методов медицинской статистики с помощью программных систем Microsoft Excel-2000 и Biostat. Оценка статистической значимости различий осуществлялась по t-критерию Стьюдента либо непараметрическим критериям Манна-Уитни, Уилкоксона, Лорда, для сравнения групп по качественным признакам применяли точный критерий Фишера и метод . Различия групп считались достоверными при уровне значимости (p) ниже 0,05.

Результаты исследования. Во всех группах наблюдался положительный эффект терапии, который выражался в значительном уменьшении количества и выраженности приливов жара вплоть до полного их исчезновения, а также снижении степени выраженности других вазомоторных симптомов наряду с улучшением настроения, повышением жизненного тонуса. В первой группе больных,

получавших Климонорм, масса тела оставалась стабильной (ИМТ  $24,3 \pm 2,0$  и  $23,4 \pm 2,2$  кг/м<sup>2</sup> до и после лечения соответственно). Также не было отмечено существенных изменений других антропометрических показателей. Не было выявлено достоверных изменений уровней ОХС, ЛВП, ЛНП, однако незначительные отклонения этих показателей от исходных значений привели, в совокупности, к статистически существенному уменьшению соотношений ЛНП/ЛВП ( $2,3 \pm 0,37$  и  $1,5 \pm 0,46$  до и после лечения,  $p < 0,05$ ) и ОХС/ЛВП ( $3,1 \pm 0,42$  и  $2,5 \pm 0,54$  до после лечения,  $p < 0,05$ ). Уровень ТГ на фоне проводимой терапии значительно снизился ( $1,4 \pm 0,22$  и  $0,9 \pm 0,18$  ммоль/л до и после лечения,  $p < 0,001$ ). При отсутствии значимых изменений уровней глюкозы и инсулина на фоне проведения терапии Климонормом отмечалось достоверное снижение индекса НОМА ( $2,48 \pm 0,14$  и  $1,89 \pm 0,13$  до и после лечения,  $p < 0,001$ ). Таким образом, в целом Климонорм оказывал благоприятное влияние на жировой и углеводный обмен у здоровых женщин.

Вторая группа лечения отличалась от первой группы наличием избыточной массы тела и достоверно более высокими, по сравнению с первой группой, уровнями холестерина и ЛНП наряду со сниженным содержанием ЛВП. Это явилось основанием для назначения препарата «Фемостон 1/10». Использование Фемостона положительно влияло на показатели метаболизма. Была отмечена тенденция к снижению массы тела за счет висцерального жира, в результате мы констатировали достоверное уменьшение ОТ и соотношения ОТ/ОБ ( $0,87 \pm 0,03$  и  $0,83 \pm 0,01$  до и после лечения). Наблюдалась тенденция к снижению ОХС, повышению ЛВП, в совокупности с достоверным снижением ЛНП, что стало основой достоверного уменьшения соотношения ЛНП/ЛВП ( $2,7 \pm 0,31$  и  $1,8 \pm 0,42$  до и после лечения,  $p < 0,001$ ) и ОХС/ЛВП ( $3,8 \pm 0,42$  и  $2,4 \pm 0,53$  до и после лечения,  $p < 0,05$ ). В отношении углеводного обмена Фемостон также продемонстрировал позитивный эффект, что выразилось в достоверном уменьшении уровня инсулина натощак ( $15,3 \pm 3,3$  и  $9,7 \pm 1,3$  мЕД/л,  $p < 0,001$ ) и индекса НОМА ( $3,44 \pm 0,19$  и  $2,63 \pm 0,14$  до и после лечения,  $p < 0,001$ ).

Больные третьей группы отличались наиболее выраженными нарушениями обмена веществ. У всех пациенток наблюдалось ожирение, и средний ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ достоверно превышали соответствующие показатели в других группах ( $p < 0,001$ ). Достоверное увеличение уровня ЛНП, ТГ и снижение уровня ЛВП по сравнению с соответствующими показателями в других группах ( $p < 0,01$ ) определяло повышенный риск осложнений, связанных с атеросклерозом у данного контингента больных. У 20% пациенток были выявлены нарушения толерантности к глюкозе, у 13,3% - гликемия натощак. Инсулинорезистентность была подтверждена у 83,3% больных. Поскольку рекомендованным методом гормональной терапии у больных с ожирением является парентеральное введение гормональных препаратов, в данной группе мы использовали пластырь «Климара» и ЛНГ-ВМС «Мирена». На фоне проводимой терапии не было отмечено существенных колебаний массы тела и антропометрических показателей. Биохимические параметры жирового обмена существенно не изменялись, за исключением снижения уровня ТГ ( $2,2 \pm 0,31$  и  $1,8 \pm 0,12$  ммоль/л до и после лечения,  $p < 0,05$ ). Показатели углеводного обмена имели незначительную тенденцию к улучшению, но снижения частоты нарушений углеводного обмена не наблюдалось. Отсутствие влияния на показатели жирового и углеводного обмена при проведении парентеральной гормональной терапии является ожидаемым и позитивным фактом, поэтому результат назначения женщинам с ожирением комбинации пластыря «Климара» и ВМС «Мирена» следует расценивать как положительный.

Заключение. Особенности метаболизма могут использоваться в качестве одного из критериев выбора препарата для заместительной гормональной терапии, что позволит, во-первых, обеспечить безопасность лечения и, во-вторых, максимально реализовать положительные эффекты различных методов и схем применения лекарственных средств. Назначение Климонорма показано женщинам с нормальной массой тела без нарушений обмена веществ, пациенткам с избыточной массой тела и дислипидемиями (за

исключением гипертриглицеридемии) целесообразно применять Фемостон, больные с ожирением нуждаются в парентеральном использовании гормональных препаратов (сочетание пластыря «Климара» и ЛНГ-ВМС «Мирена»).

## **ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

**Кузнецова Н.Н., Тетелютина Ф.К.**

*г.Ижевск*

Воздействие неблагоприятных факторов химической и физической природы приводит к изменениям функционирования иммунной системы, в связи с ее чрезвычайно высокой чувствительностью. Результаты исследований специалистов Института медицины труда РАМН состояния здоровья работающих женщин в неблагоприятных производственных условиях свидетельствуют о серьезных нарушениях в иммунном статусе этих лиц, в виде формирования состояния поливалентной сенсibilизации, независимо от формы заболевания, с истощением защитного потенциала организма и развитием иммунодефицита.

Оценка влияния воздействия профессиональных факторов на организм человека, в том числе и на иммунитет, необходима для выработки правильных подходов к профилактике и лечению профессиональных заболеваний. Воздействие токсических веществ на организм женщины приводит к снижению иммунологической реактивности организма, что способствует развитию осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Выраженная перестройка иммунных процессов в период адаптации приводит к раннему истощению резервных способностей организма.

Материалы и методы исследования: нами проведено обследование женщин, работающих на механическом заводе г.Ижевска. Группа наблюдения представлена 29 работницами, имеющими профессиональные вредности. Группу сравнения составили 25 женщин, работа которых не связана с влиянием вредных промышленных факторов (работницы административно-хозяйственных отделов).

Определяли содержание Т лимфоцитов, их субпопуляций: Т хелперов, Т киллеров, а также В лимфоцитов методом проточной цитометрии с помощью моноклональных антител. Концентрации сывороточных иммуноглобулинов Ig A, Ig M, Ig G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Определение фагоцитарного показателя (фагоцитарной активности) проводили с помощью тест - набора «Определение фагоцитоза». Кроме этого, проводили измерение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови. Взятие крови для определения этих показателей у работниц предприятия осуществляли в одинаковых условиях и в одно и то же время суток.

Результаты исследования: возраст женщин колебался от 18 до 49 лет. Средний возраст в группе наблюдения составил  $28,1 \pm 3,7$  лет, в группе сравнения  $27,8 \pm 2,1$  лет ( $p > 0,05$ ).

Группы рандомизированны по возрасту, менструальной функции, паритету беременности и родам, состоянию соматического и репродуктивного здоровья.

Средний стаж работы на промышленном производстве в группе наблюдения составил  $8,7 \pm 1,3$  года, в группе сравнения  $7,5 \pm 1,2$  ( $p > 0,05$ ). Стаж работы на производстве с влиянием вредных факторов до одного года имели 7 женщин (24%), от 1 до 5 лет - 11 (37%), от 6 до 10 лет - 8 человек (27%) и более 10 лет - 3 (10%).

Соматическая патология была выявлена в 68% случаев в группе наблюдения и в 47% в группе сравнения. Чаще всего в обеих группах встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы (21% и 17% соответственно). На втором месте в группе наблюдения заболевания дыхательной системы - 18%, а в группе сравнения заболевания опорно-двигательного аппарата - 10%.

Гинекологические заболевания в группе наблюдения констатированы у 89% работниц. У женщин, работающих с профвредностями наиболее часто встречаются доброкачественные образования матки и придатков (78%) и воспалительные заболевания женских половых органов (51%). В группе сравнения гинекологические заболевания имеются у 62% обследуемых. Из них чаще выявляются также доброкачественные образования матки и придатков (51%) и воспалительные процессы (38%). В группе наблюдения были выявлены нарушения менструального цикла в 56% случаев, а в группе сравнения в 28%. Заболевания молочных желез отмечены в группе наблюдения у 27% обследуемых, а в группе сравнения у 36%.

У большинства работниц наблюдается сочетание нескольких заболеваний (52% в группе наблюдения и 48% в группе сравнения).

Проведенные исследования выявили отсутствие достоверной разницы в концентрации лейкоцитов и моноцитов в крови между группами наблюдения и группой сравнения ( $p > 0,05$ ). Изменения Т-клеточного звена характеризовались дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций и проявлялись повышением уровня Т-супрессоров ( $24,8 \pm 0,6$  и  $23,1 \pm 1,1$  соответственно),  $p < 0,05$  и снижением Т-хелперов ( $35,5 \pm 0,4$  и  $41,7 \pm 1,1$ ),  $p < 0,01$ . Иммунорегуляторный индекс в целом был достоверно снижен ( $1,4 \pm 0,8$  и  $1,8 \pm 0,1$ ),  $p < 0,01$ . Концентрация лимфоцитов в группе наблюдения была значительно увеличена ( $23,3 \pm 1,2$ ) в сравнении с группой сравнения ( $18,4 \pm 1,1$ ), статистическая достоверность  $p < 0,01$ . Получена достоверная разница ( $p < 0,05$ ) между группами в концентрации фагоцитарной активности нейтрофилов ( $60,8 \pm 0,6$  и  $62,4 \pm 1,0$  соответственно).

Состояние гуморального иммунитета, структурные элементы которого - иммуноглобулины - выполняют роль связывания антигенного материала и участвуют в межсистемных и межклеточных взаимодействиях, оценивали по концентрации иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови. Содержание иммуноглобулина А у обследуемых женщин в гр.наблюдения составило в среднем  $3,4 \pm 0,9$ , в сравнении с группой сравнения получена достоверная разница ( $1,9 \pm 0,3$ ),  $p < 0,05$ . Выявлено, что содержание IgM практически не отличалось в группе наблюдения и сравнения ( $2,6 \pm 1,3$  и  $2,4 \pm 1,2$  соответственно),  $p > 0,05$ . Концентрация IgG в группе наблюдения составила  $13,2 \pm 0,6$ , что достоверно выше, чем в группе сравнения  $11,1 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ . Уровень циркулирующих иммунных комплексов в периферической крови, который отражает происходящие в организме иммунологические перестройки составил в группе наблюдения  $2,3 \pm 0,2$ , что достоверно не отличалось от данных по группе сравнения  $2,1 \pm 0,1$ ,  $p > 0,05$ .

При исследовании иммунного ответа у работниц промышленного производства было выявлено напряжение лимфоцитов с киллерной функцией. Эти данные дали основание предполагать возможные отдаленные онкологические процессы. Кроме этого были установлены нарушения гуморального иммунитета, проявляющихся в виде дисбаланса основных классов иммуноглобулинов. При этом преимущественная гиперпродукция иммуноглобулинов класса А, по существу, является неспецифическим маркером воздействия промышленных пылей.

Таким образом, при иммунологическом обследовании в крови у работниц, контактирующих с профессиональными факторами обнаружено угнетение клеточного иммунитета (снижение Т-хелперов при возрастающем количестве Т-киллеров), выявлена активация гуморального звена, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. Полученные факты свидетельствуют об ослаблении клеточного иммунитета с одной стороны, и о напряженности гуморального звена иммунной системы у работниц, входящих в группу наблюдения, что позволяет думать о проявляющихся признаках вторичного иммунодефицита.

# ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПО- И ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫХ СОСТОЯНИЙ

Кузьмина С.А., Зудикова С.И.

Саратов, областной центр планирования семьи и репродукции.

Нарушения гормональной функции яичников относятся к частым причинам расстройства менструальной функции, невынашивания беременности, бесплодия и другой патологии репродуктивной системы.

Эффективность лечения пациенток с неполноценностью функции яичников во многом зависит от первопричины патологии, одним из методов дифференциальной диагностики которой является эхографическое исследование внутренних половых органов.

Цель работы: изучение эхографической структуры матки и яичников у пациенток с гипер- и гипогонадотропным состоянием.

Методы исследования: общеклиническое, эхографическое, измерение базальной температуры и определение в крови концентрации гормонов - ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол. Для исключения гиперандрогении у женщин с гирсутизмом определялся уровень тестостерона, ДЭА-С.

Обследованы 103 пациентки в возрасте от 25 до 40 лет с измененным уровнем гонадотропинов. Группу контроля составили здоровые женщины детородного возраста. В зависимости от показателей ФСГ и ЛГ больные распределены на две группы:

I – с гипогонадотропным состоянием (58 человек)

II – с гипергонадотропным состоянием (45 человек).

Эхографическое исследование женских половых органов осуществлялось на 3-5 день от начала менструации или на фоне аменореи с последующим повторением через 2 недели. Использовался ультразвуковой сканер «Алока-1700» с трансабдоминальным (3,5МГц) и трансвагинальным (5МГц) датчиками. Определяли размеры матки, толщину и структуру эндометрия, объем яичников, количество и диаметр фолликулов, а также объем фолликулов и его отношение к объему яичника. Результаты исследования статистически обработаны по общепринятым методикам.

Результаты обследования.

У всех пациенток с гипогонадотропным состоянием наблюдалось расстройство менструальной функции, в том числе олиго-, опсоменорея в 38 (65,5%), аменорея в 20 (34,5%) случаях. Нарушение репродуктивной функции также имело место у всех женщин I группы, в том числе у 22 (38%) – первичное бесплодие, у 36 (62%) – вторичное бесплодие.

Все пациентки II группы предъявляли жалобы на отсутствие менструаций в течение 6-8 месяцев и вторичное бесплодие.

Термометрия выявила монотонный тип температурной кривой.

Определение концентрации гормонов в сыворотке крови показало снижение уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола у пациенток I группы и повышение концентрации ФСГ, ЛГ, снижение эстрадиола во II группе. Показатели пролактина, тестостерона и ДЭА – С находились в пределах нормативных значений.

Эхографическое обследование выявило уменьшение размеров матки, причем достоверных различий у пациенток с гипогонадотропным и гипергонадотропным состоянием не обнаружено ( $p > 0,1$ ).

Толщина эндометрия у пациенток I группы составила  $3 \pm 2$  мм с максимальным увеличением до 5 мм. Структура эндометрия при динамическом ультразвуковом наблюдении сохранялась трехслойной, что свидетельствовало о наличии пролиферативных и отсутствии секреторных изменений. Во II группе эндометрий визуализировался в виде тонкой гиперэхогенной полоски толщиной  $2 \pm 0,5$  мм без изменений в динамике.

Определение объема яичников выявило его уменьшение до  $1,82 \pm 0,8$  см у пациенток с гипергонадотропным состоянием, что достоверно меньше по сравнению с больными I группы -  $4,22 \pm 1,0$  см и женщинами контрольной группы -  $5,7 \pm 2,2$  см ( $p < 0,05$ ).

Количество фолликулов и их размеры в исследуемых группах

также оказались различными. У больных с гипогонадотропным состоянием среднее количество фолликулов составило  $5 \pm 2$  (в контрольной группе  $7 \pm 2$ ), диаметр фолликулов равнялся  $4 \pm 2$  мм (в контрольной группе  $5 \pm 3$  мм). Для пациенток с гипергонадотропным состоянием было характерно наличие в яичниках единичных фолликулов диаметром 2 мм.

С целью более глубокого изучения структуры яичников определялся общий объем фолликулов, который представлял собой сумму объемов фолликулов, с последующим вычислением отношения данного показателя к объему яичника.

Исследование структуры яичников у больных с гипогонадотропным состоянием на 3-5 день цикла или на фоне аменореи показало уменьшение общего фолликулярного объема до  $0,55 \pm 0,4$  см и отношения объема фолликулов к объему яичника до  $0,14 \pm 0,05$  по сравнению с контрольной группой ( $1,44 \pm 0,4$  см и  $0,25 \pm 0,05$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

Общий фолликулярный объем у пациенток II группы составил 0,03 см, отношение объема фолликулов к объему яичника – 0,015. Данные показатели достоверно уменьшены по сравнению с контрольной группой и значениями в I группе.

Ультразвуковой мониторинг за состоянием фолликулов выявил у 30% больных с гипогонадотропным состоянием замедленное созревание одного из фолликулов до диаметра  $12 \pm 2$  мм с последующей его персистенцией. Структура яичников у пациенток с гипергонадотропным состоянием при динамическом наблюдении оставалась без изменений.

Проведенное обследование позволяет сделать следующие выводы.

Выводы.

1. Для больных с нарушенным уровнем гонадотропинов характерно уменьшение размеров матки, тонкий эндометрий, уменьшенные объем яичников, объем фолликулов и отношение объема фолликулов к объему яичника.

2. Для пациенток с гипергонадотропной аменореей относительно гипогонадотропного расстройства менструальной функции характерно более выраженное уменьшение объема яичников ( $1,82 \pm 0,8$  см и  $4,22 \pm 1,0$  см соответственно), наличие единичных фолликулов диаметром не более 2 мм или их отсутствие.

3. При гипергонадотропном нарушении менструальной функции относительно гипогонадотропных расстройств наблюдается более значительное уменьшение общего фолликулярного объема ( $0,03$  см и  $0,55 \pm 0,4$  см соответственно), а также отношения объема фолликулов к объему яичника ( $0,015$  и  $0,25$ ).

## ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Кулавский В.А., Насырова Н.И.

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

Актуальность эндоскопической диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе определяется тем, что эта патология является предраковым состоянием и последние годы существует тенденция к росту заболеваемости (Давыдов А.И. и др., 2003). Однако, существующие методы верификации диагноза не позволяют на ранних стадиях провести дифференциальную диагностику различных форм гиперплазии эндометрия. В этой связи фармакотерапия и хирургическое лечение осуществляется в значительной степени эмпирически. В то же время, активно развивающееся в последние годы иммуногистохимическое исследование гормон-рецепторного статуса при данной патологии позволяет оптимизировать раннюю диагностику и дифференцированное лечение гиперпластических процессов эндометрия (Ашхаб М.Х., Владимирцева А.Л., Шелястина Н.Н. и др., 2002; Пугач Н.А., 2006).



Цель исследования оптимизировать диагностику и лечение гиперпластических процессов эндометрия на основе применения современных иммуногистохимических технологий.

Имуногистохимическое исследование. Использовались реактивы концерна DakoCytomation. Антитела: Monoclonal Mouse Anti-Human Estrogen Receptor (Clone A1); Monoclonal Mouse Anti-Human Topoisomerase II (Clone SWT3D1); Monoclonal Mouse Anti-Human Progesterone Receptor (Clone HT31). Система детекции: EnVision+ System-HRP (DAB), для использования с мышиными первичными антителами. Буферные растворы для демаскировки: Tris-HCl pH 6,0 и Tris-EDTA pH 9,0.

Всего, комплексное морфологическое исследование биоптатов эндометрия, было проведено 81 пациентке. В настоящем исследовании, в дальнейшем, были изучены три формы гиперпластических процессов эндометрия: типичная железистая гиперплазия эндометрия, атипичная гиперплазия эндометрия и полипы эндометрия.

Между возрастом и степенью экспрессии рецепторов, у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия, отсутствовала статистически значимая взаимосвязь.

Статистически значимое изменение экспрессии рецепторов происходило в полипах эндометрия. При которых, в полипах приблизительно в 2 раза снижается уровень экспрессии рецепторов к прогестерону, по сравнению с типичной и атипичной железистой гиперплазией эндометрия, совпадающая с исходно низким уровнем экспрессии рецепторов к эстрогенам. Статистически достоверных отличий в экспрессии рецепторов в группах с типичной железистой гиперплазией и с атипичной железистой гиперплазией эндометрия не обнаружено. Однако при типичной железистой гиперплазии уровень экспрессии рецепторов несколько выше. При этом экспрессия рецепторов к прогестерону в среднем была в два раза выше экспрессии рецепторов к эстрогенам и при типичной и атипичной железистой гиперплазии и по существующим критериям относится к высокой степени экспрессии. Однако данные значения и выводы справедливы только в целом для исследованных групп и морфологических типов гиперпластических процессов.

Помимо того, что отсутствует корреляционная взаимосвязь между степенью экспрессии рецепторов и возрастом, также не была выявлена значимая корреляционная связь с морфологическим типом гиперпластического процесса в эндометрии. Данные факты объясняются индивидуальными особенностями гормон-рецепторного профиля эндометрия у каждой женщины, а также этиологической и патогенетической мультифакторностью возникновения гиперпластических процессов в эндометрии.

Иллюстрируя данные особенности в отдельных наблюдениях можно подчеркнуть, что, например, при железисто-кистозной гиперплазии экспрессия рецепторов к прогестерону часто бывает средней степени выраженности, а не высокой, как в целом по группе типичной железистой гиперплазии. При атипичной железистой гиперплазии, часто бывают проявления синхронной гипоплазии гиперэкспрессии рецепторов.

Лечебный патоморфоз исследовался после 3-х месячного курса применения 17ОПК и 6-ти месячного курса применения диферелина.

Экспрессия рецепторов к стероидным гормонам после лечения соответствовала циклическим перестройкам эндометрия, в зависимости от фаз менструального цикла, как в ядрах эпителия желез, так и в ядрах стромальных клеток. При этом наиболее значительные изменения выявлены нами в ядрах эпителиальных клеток по сравнению со стромальными. Максимальная чувствительность эпителия желез эндометрия к эстрогенам в результате выраженной экспрессии эстрогеновых рецепторов отмечена в железах эндометрия, соответствующего средней и поздней фазе пролиферации. Высокая чувствительность железистого эпителия к прогестерону выявлена в средней и позднюю фазы пролиферации и раннюю стадию фазы секреции. Клетки стромы проявляют чувствительность к действию стероидных гормонов более длительный период по сравнению с эпителием желез, к эстрогенам - начиная с ранней стадии пролиферации. До ранней стадии фазы секреции, и со средней стадии фазы пролиферации и до поздней стадии фазы секреции к прогестерону.

Выводы. Таким образом, экспрессия биологически активных рецепторов к эстрогену является предпосылкой для синтеза рецепторов к прогестерону, а сама система регуляции синтеза стероидных рецепторов находится под влиянием уровня эстрогенов и прогестерона в крови. В фазу пролиферации высокий уровень эстрогенов в крови приводит к увеличению экспрессии стероидных рецепторов к эстрогену и прогестерону в эндометрии. В лютеиновую фазу персистенция прогестерона вызывает снижение концентрации рецепторов к эстрогену и прогестерону в железах и наблюдается секреторная трансформация эндометрия.

Биологический смысл, вытекающий из этого и свидетельствующий о необходимости применения в гинекологической практике оценку гормон-рецепторного статуса гиперпластически измененного эндометрия перед лечением, заключается в двух моментах.

Во первых, гормон-рецепторный статус при гиперпластических процессах в эндометрии носит индивидуальный характер.

Во вторых, интенсивность экспрессии рецепторов свидетельствует о механизме развития нарушений: степени недостаточности или избытка эстрогенов и прогестерона, степени нарушения цикличности действия гормонов.

В третьих, гормон-рецепторный статус определяет чувствительность гиперпластических процессов эндометрия к гормональной терапии.

Исходя из выше изложенного, имеется возможность предложить следующую лечебную тактику.

Женщинам старше 50 лет имеющим типичные формы железистой гиперплазии эндометрия наиболее целесообразно проводить лечение 17ОПК, при условии, что экспрессия рецепторов к эстрогенам как минимум в два раза меньше, чем экспрессия рецепторов к прогестерону.

Женщинам моложе 50 лет имеющим типичные формы железистой гиперплазии эндометрия наиболее целесообразно проводить лечение комбинированными гормональными препаратами, при условии, что экспрессия рецепторов к эстрогенам как минимум в два раза меньше, чем экспрессия рецепторов к прогестерону.

Женщинам, имеющим различные формы атипичной железистой гиперплазии эндометрия целесообразно проводить лечение диферелином и его аналогами.

Женщинам, имеющим полипы эндометрия и другие формы гиперпластических процессов целесообразно рекомендовать соответствующего объема оперативное лечение.

## ИНФЕКЦИЯ В ГЕНЕЗЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

**Кулавский В.А., Мустафина Г.Т., Каримова А.З.**

*Россия, г.Уфа, Башкирский Государственный Медицинский Университет, Республиканский перинатальный центр*

Среди существующих форм, бесплодие трубного генеза, по данным разных авторов, составляет 20-35%. Развитие трубного бесплодия связано с воспалительными изменениями и образованием спаек в полости малого таза, сопровождающихся нарушением проходимости и функциональной несостоятельности маточных труб. Преобладающей формой воспалительных процессов малого таза считается хронический сальпингоофорит (ХСО). В основе развития и формирования ХСО лежит множество взаимосвязанных процессов, начиная от острого воспаления и заканчивая сложными деструктивными изменениями тканей. Безусловно, пусковым механизмом развития воспаления является микробная инвазия. Кроме микробного фактора имеют значение провоцирующие факторы. Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологических функций слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами, при длительном течении возникает непроходимость маточных труб с образованием гидросальпинкса или без него, с образованием спаечного процесса.

Цель исследования: изучение характера спаечного процесса состояния маточных труб у женщин с бесплодием трубного генеза.

Были обследованы 120 больных репродуктивного возраста страдающих воспалительными заболеваниями придатков матки в сочетании с бесплодием. Проведен полный анализ клинико-анамнестических показателей: хронические воспалительные заболевания половых органов; оценка детородной функции, включающей выяснение общего числа и исходов предыдущих беременностей у женщин с вторичным бесплодием; продолжительность бесплодия; данные предыдущего обследования по поводу бесплодия и ранее проведенные методы лечения; особенности течения послеабортных, послеродовых, послеоперационных периодов, методы регуляции фертильности, которые когда либо применялись женщиной; смена половых партнеров, анамнестические данные о перенесенных заболеваниях передающиеся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, гонорея, вирусная инфекция и др.). Известна их роль в развитии приобретенной патологии маточных труб.

Возраст обследованных больных составил от 20 до 25 лет и в среднем 23,2 года. Первичное бесплодие отмечалось у 32 пациенток (26,6%), вторичное - у 88 больных (73,4%). Средняя продолжительность бесплодия составила 2,4 года. В возрастной группе от 20 до 22 лет - 30 женщин с продолжительностью бесплодия до 1,5 лет; в группе от 22 до 24 лет с продолжительностью бесплодия 2-3 года - 60 женщин, и в возрасте от 24-25 лет с продолжительностью бесплодия 3,5 года - 30 женщин. Верификация диагноза хронического сальпингоофорита всем больным была проведена на основании эндоскопических признаков органического поражения маточных труб. Лапароскопическая картина хронического сальпингита у больных с бесплодием характеризовалась следующими признаками: нарушением проходимости маточных труб, инфицированностью маточных труб, перитубарными спайками, гидросальпинксами. Утолщение и истончение стенок маточных труб выявлено у 88 % обследованных больных; гиперемия маточных труб - в 38% случаев, складчатость слизистой оболочки маточной трубы разрушена у 49% пациенток, наличие перетяжек - у 28% больных. Изменения маточных труб по типу гидросальпинксов наблюдались у 30% больных. Диаметр гидросальпинксов варьировал от 2 - 12 см. При хромогидротубации выявлено, что нормальная проходимость маточных труб сохранена у 15,2 % больных. Затрудненная проходимость одной или обеих маточных труб (фимоз фимбрий) обнаружена у 30,8 % пациенток. Непроходимость одной или обеих маточных труб выявлена у 54,2 % больных. При выполнении оперативных вмешательств использован комплекс интраоперационной профилактики образования спаек и реокклюзии маточных труб, включающий в себя атравматичность техники, мягкость работы с тканями, минимум коагуляции, тщательный гемостаз, удаление ступков и промывание брюшной полости.

Выраженность анатомических изменений маточных труб находились в прямой зависимости от продолжительности рецидивирующего течения хронического сальпингита. При проходимых маточных трубах не редко отмечается спаечный процесс в малом тазу, причем не установлена зависимость между степенью проходимости маточных труб и степенью распространенности спаечного процесса в малом тазу. Проведена оценка характера спаечного процесса у обследованных больных. По классификации S.Hulka существует 4 степени распространения спаечного процесса: 1-2 степень распространения спаечного процесса - в малом тазу обнаруживаются пленчатые, легко разрываемые сращения вокруг маточных труб и яичников. При 3-4 степени распространения спайки бывают плотными, трудно поддаются разделению, снабжены сосудами и в патологический процесс вовлечены матка, кишечник, сальник.

Перитубарные и периварикальные спайки, препятствующие захвату яйцеклетки, являются частым признаком хронического сальпингита и обнаружены у 72 пациентки с ХСО в сочетании с бесплодием. Спаечный процесс 1-2 степени распространения с нарушением пространственного соотношения концевых отделов маточных труб и яичников выявлен 56,7% обследованных больных, и 3-4 степени распространения с вовлечением в процесс матки, кишечника, сальника выявлен у 54,3 % больных.

Таким образом, у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза с бесплодием значительно выражен спаечный процесс. Профилактика трубного бесплодия предусматривает профилактику и своевременное, адекватное лечение воспалительных заболеваний половых органов у супругов. Повышение эффективности реконструктивно - пластических операций у женщин с бесплодием трубного генеза, и использование комплекса реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде снижает риск и регулирует процессы в спайкообразовании в малом тазу, что имеет существенное значение для восстановления репродуктивной функции.

## СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кулавский Е. В.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Несмотря на то, что изучению миомы матки посвящено множество работ, эта проблема до настоящего времени остается недостаточно решенной. Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль половой системы женщины. Ее частота среди гинекологических заболеваний варьирует от 20 до 45%. В 12-27% случаев миома матки наблюдается в репродуктивном возрасте. Сравнительно часто данная патология сопровождается морфологическими изменениями со стороны эндометрия, в частности возникновением гиперпластических процессов. Оценка состояния эндометрия определяет объем оперативного вмешательства и радикальность его выполнения.

Гиперпластические процессы эндометрия, как возможная основа для формирования злокачественных опухолей в течение многих десятилетий представляет важную медико-социальную проблему. Традиционно гиперпластические процессы слизистой тела матки подразделяются на фоновые и предраковые. К последним относят атипичную гиперплазию, очаговый аденоматоз и аденоматозные полипы. Атипичные процессы подразделяются на три степени в зависимости от выраженности патологической трансформации эндометрия: при 1 и 2 степенях наблюдаются структурные anomalies слизистой, при 3 степени - помимо структурных anomalies обнаруживаются изменения в строении клеточных элементов. Частота озлокачествления гиперпластических процессов эндометрия колеблется в широких пределах и определяется морфологическими особенностями заболевания, длительностью его рецидивирования, а также возрастом пациенток. Вероятность перехода в рак не только атипичной гиперплазии (аденоматоза), но и других гиперпластических процессов эндометрия, не относящихся к морфологическому предраку, достаточно высока при определенных условиях, к которым относятся нарушения эндокринной системы (нейро-обменно-эндокринный синдром), возраст (пре- и постменопауза) и характер течения гиперпластического процесса (рецидивирование). Неслучайно гиперпластические процессы эндометрия целесообразно оценивать в соответствии с возрастом больной, клиническим течением патологического процесса, нарушениями гормонального и обменного характера.

Целью исследования явилась оценка состояния эндометрия у больных с миомой матки. Для этого было проведено комплексное обследование 100 женщин в возрасте от 19 до 56 лет, страдающих миомой матки. Обследованные женщины составили в группах: от 19 до 24 лет- 6, от 25 до 30 лет-6, от 31 года до 35 лет- 7, от 41 до 45 лет- 17, от 46 до 50- 29 и старше 51 года- 22. У больных имелись жалобы на нарушения менструальной функции. Клиническими проявлениями миомы матки были ациклические маточные кровотечения на фоне периодических задержек менструации, межменструальные кровянистые выделения, обильные и/или длительные менструации, кровянистые выделения до и после менструации.

При изучении особенностей менструальной функции обследованных больных установлено, что средний возраст наступления менархе составил 14±1,7 года. Продолжительность менструального

цикла у большинства больных (68%) варьировала в пределах 27-30 дней. Удлиненный цикл (свыше 35 дней) отмечен в 18% наблюдений, ускоренный (до 24 дней) - в 14%. У 64 пациенток менструации длились 5 и более дней. Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели все женщины. Причем удельная частота искусственных аборт составила 38%. Из соматических заболеваний одинаково часто регистрировали анемию средней степени тяжести - у 52, патологию желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, хронический холецистит и панкреатит) - у 34 и нарушение жирового обмена - у 26. Из гинекологических заболеваний в анамнезе часто встречались инфекционно-воспалительные заболевания половых органов - у 44, также около одной трети женщин (32) указывали на какой-либо фактор, предшествовавший возникновению миомы: аборт, диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала по поводу различных нарушений менструального цикла (имело место рецидивирование гиперпластических процессов эндометрия), обострение хронического воспалительного процесса гениталий.

Показаниями к гистероскопии явились различные нарушения менструального цикла, кровянистые выделения из половых путей, данные ультразвукового исследования. Гистероскопическая картина была различной и зависела от характера выраженности патологического процесса эндометрия.

Всем женщинам было произведено диагностическое выскабливание слизистой тела матки и шеечного канала с последующим гистологическим исследованием соскобов. В ходе гистологического исследования соскобов эндометрия были обнаружены следующие морфологические изменения в слизистой:

- железистый полип эндометрия - у 36;
- железистая (железисто-кистозная) гиперплазия эндометрия - у 28;
- аденоматозные полипы эндометрия на фоне железистой гиперплазии слизистой - у 18;
- очаговый аденоматоз - у 6;
- атрофия желез эндометрия - у 5;
- низко дифференцированная аденокарцинома - у 4 (все женщины были старше 51 года);
- эндометрий поздней стадии фазы секреции - у 3.

Таким образом, у больных с миомой матки высока частота гиперпластических процессов, что требует необходимым использование современных методов диагностики (УЗИ, гистероскопию, морфологию эндометрия). Это в последующем определяет характер и объем лечебных мероприятий.

## **ЭКСПРЕССИЯ мРНК ХЕМОКИНОВ И ХЕМОКИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В МИОМЕТРИИ И МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ**

**Кулагина Н.В., Сысоев К.А., Чуловин А.Б., Морозова Е.Б., Тоголян Арег А.**

*Россия, г. Санкт-Петербург, ГУ Медицинская академия последипломного обучения, государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова*

Патогенез миомы матки, а также механизмы развития разнообразных клинических форм заболевания остаются до конца не выясненными. Представляется актуальным поиск новых маркеров, отражающих как состояние миометрия так и ткани миомы у больных с различными вариантами течения опухолевого роста. В ряде работ изучено влияние концентрации половых стероидов на активность хемокинов и их рецепторов. Хемокины являются пептидами, с плейотропными эффектами, проявляющимися на клеточном и организменном уровне. Биологическая активность хемокинов опосредована взаимодействием со специфическими рецепторами,

относящимся к семейству GPCR (рецепторы, связанные с G-белками). Изучение нами экспрессии мРНК хемокинов MIP-1, MIP-1, RANTES, эотаксина, эотаксина-2, IL-8, а также оценка содержания мРНК соответствующих хемокиновых рецепторов – CCR1, CCR3, CCR5, CXCR1, CXCR2 в неизменном миометрии и в миоматозном узле были обусловлены попыткой оценить систему хемокинов в комплексе. Так, эотаксины ответственны за привлечение эозинофилов, а специфическим рецептором для них является CCR3. IL-8, действуя через CXCR1 и CXCR 2, способствует хемотаксису и активации нейтрофильных гранулоцитов. Для MIP-1, MIP-1 и RANTES клетками-мишенями являются прежде всего моноциты и Т-лимфоциты, экспрессирующие CCR1 и CCR5 (Тоголян А.А., 2001).

Целью исследования явилось изучение зависимости содержания мРНК хемокинов и соответствующих рецепторов в ткани миометрия и миоматозного узла от различных клинических форм течения миомы матки.

Материалы и методы. В настоящей работе был исследован операционный материал (ткань миомы и миометрия), полученный в результате хирургического вмешательства у 22 женщин в возрасте от 34 до 54 лет (средний возраст составил 46,0±4,9 лет). На основании данных анамнеза и клинического обследования, больные были классифицированы по длительности заболевания, темпам роста, количеству, локализации и размерам новообразований матки, форме миомы (простая или пролиферирующая), а также сопутствующей патологии. Образцы миометрия были получены путем биопсии, образцы ткани миомы получали при проведении гистерэктомии или миомэктомии лапаротомическим или лапароскопическим доступом. После извлечения узлов миомы из брюшной полости их промывали охлажденным физиологическим раствором и разрезали скальпелем, выбирая образец миоматозной ткани из периферического (субкапсулярного) отдела узла. В случае наличия множественной миомы биопсию осуществляли из наибольшего узла.

Выделение РНК проводили в ультразвуковой мойке FinnSonic (65°C) в течении 30 мин. Обратную транскрипцию проводили с помощью набора «Реверта» (Амплисенс, г.Москва, Россия) согласно инструкции производителя. Следующим этапом являлась постановка ПЦР со специфическими праймерами. В качестве референс-гена использовали бета-актин. Полуколичественную оценку проводили с помощью программы Gel-Pro, принимая за 100 % интенсивность флюоресценции бета-актина.

Результаты исследования. Было выявлено достоверно сниженное содержание экспрессии генов эотаксина ( $p=0,005$ ), MIP-1 ( $p=0,029$ ), MIP-1 ( $p=0,003$ ) и CCR5 ( $p=0,034$ ) в тканях миомы матки по сравнению с миометрием. Кроме того, при простой форме миомы показатели экспрессии мРНК эотаксина ( $p=0,004$ ), MIP-1 ( $p=0,002$ ) и CCR5 ( $p=0,009$ ) в тканях опухолевых узлов были достоверно ниже чем в миометрии. При этом аналогичные показатели при пролиферирующей форме миомы достоверно не различались.

При анализе уровня мРНК, экспрессируемого в тканях миометрия в зависимости от количества миоматозных узлов оказалось, что у пациенток с единичными узлами уровень экспрессии эотаксина в миометрии достоверно ( $p=0,02$ ) превышал таковой у женщин с множественными узлами. Сопоставив данные экспрессии мРНК в тканях миомы и миометрия относительно количества узлов, мы обнаружили, что у пациенток с единичными узлами уровень экспрессии мРНК эотаксина в миометрии был достоверно ( $p=0,01$ ) выше чем в узлах миомы. В то же время при многоузловой форме – уровни мРНК эотаксина в миометрии и опухолевой ткани достоверно не различались.

Сопоставив данные содержания мРНК в тканях миометрия в зависимости от типа миомы, мы обнаружили достоверно ( $p=0,004$ ) повышенную экспрессию гена эотаксина при простой форме по сравнению с пролиферирующей.

При субмукозном расположении узла (узлов) по сравнению с другими локализациями наблюдалось достоверно повышенное содержание мРНК IL-8 ( $p=0,013$ ) в ткани миомы, а также увеличение экспрессии мРНК MIP-1 ( $p=0,003$ ), и CCR3 ( $p=0,046$ ) в миометрии.

При изучении показателей экспрессии мРНК хемокинов в зависимости от темпов роста опухоли нами было установлено, что содержание мРНК CCR5 в миометрии у пациенток с медленным ростом миомы либо отсутствием такового было достоверно ( $p=0,003$ ) выше, чем в группе больных с быстрым ростом опухоли. Кроме того обнаружено, что при медленном росте узлов показатели экспрессии гена CCR5 в миометрии превышали аналогичные показатели в тканях миомы, в то время как при быстром росте – подобные различия не наблюдались.

При анализе содержания мРНК хемокинов и хемокиновых рецепторов в зависимости от наличия либо отсутствия сопутствующего миоме матки аденомиоза, было обнаружено, что у страдавших аденомиозом пациенток содержание мРНК эотаксина-2 и CXCR2 в тканях миомы, а также MIP-1 в миометрии было достоверно ( $p<0,05$ ) ниже, чем в группе пациенток без аденомиоза.

Корреляционный анализ клинических показателей и уровня мРНК хемокинов выявил следующие закономерности. Установлены прямые корреляционные зависимости размера матки от уровня мРНК IL-8 ( $r=0,62$ ;  $p=0,004$ ) и MIP-1 ( $r=0,5$ ;  $p=0,02$ ) в тканях миометрия. С другой стороны уровень мРНК MIP-1 в узлах миомы находился в обратной зависимости от размера матки ( $r=-0,49$ ;  $p=0,02$ ) и от максимального размера узла ( $r=-0,43$ ;  $p=0,047$ ). Кроме того, выявлена обратная зависимость ( $r=-0,58$ ;  $p=0,004$ ) уровня мРНК MIP-1 в миоме от длительности течения заболевания. Иными словами, длительность патологического процесса отражалась в сниженной способности измененной вследствие заболевания ткани продуцировать MIP-1.

Заключение. Таким образом, в настоящем исследовании при сопоставлении клинической картины заболевания и уровней экспрессии мРНК хемокинов и рецепторов в тканях миомы матки и миометрия выявлена сниженная способность патологически измененной ткани секретировать как хемокины (эотаксин, MIP-1 и MIP-1) так и хемокиновые рецепторы (CCR5). Определены закономерности содержания мРНК хемокинов и соответствующих рецепторов в зависимости от типа опухоли, расположения узлов, их количества, размера матки, длительности течения опухолевого процесса в матке, а также наличия либо отсутствия сопутствующего аденомиоза. Полученные сведения иллюстрируют взаимосвязи как между синтезом отдельных хемокинов, так и взаимодействия в системе хемокин-рецептор.

Полученные результаты о содержании мРНК некоторых хемокинов и их рецепторов в интактных и патологически измененных тканях матки при миоме позволяют говорить о вовлеченности в патологический процесс системы хемокинов.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЗА 2003 – 2006 ГГ.**

**Кулаков В.И., Серов В.Н., Серебренникова К.Г., Ковтун О.Г., Шахова М.А.**

*Россия, г. Москва, ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

Актуальность: В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, постановлением Президиума РАМН и Бюро Ученого Совета Минздрава России № 89 от 22 мая 2002 г и приказа № 21/63 от 26 февраля 2003 г. «О Научных Советах (НС) РАМН и Минздрава России по комплексным проблемам медицины»; утвержденными Президентом РФ 21.05.06 г «Приоритетными направлениями развития науки, технологий и техники Российской Федерации» является актуальным и практически значимым совершенствование координации научных медицинских исследований в Российской Федерации, в том числе в области акушерства, гинекологии и перинатологии.

Цель исследования: оптимизация и совершенствование коорди-

нации научных исследований в области акушерства, гинекологии и перинатологии в России в рамках работы Научного Совета и входящих в его состав проблемных комиссий.

Материалы и методы исследования: материалы, аннотации, регистрационные и информационные карты, планы работ и отчеты проблемных комиссий, аннотации планируемых и авторефераты завершённых научно-исследовательских работ восьми научных центров, институтов, 136 однопрофильных кафедр медицинских академий и ВУЗов последиplomного, профессионального образования.

Основными направлениями развития научных исследований по комплексной проблеме медицины в области акушерства и гинекологии в Российской Федерации в 2004-2006 г были: разработка новых методов профилактики и эффективной терапии при невынашивании беременности, гестозах, акушерских кровотечениях и сепсисе; изучение проблем перинатальной медицины; разработка мониторинга диагностики, наследственных и приобретенных заболеваний плода и новорожденного; развитие хирургических методов лечения заболевания плода; изучение становления и угасания женской репродуктивной системы; развитие реконструктивно-пластической хирургии в акушерстве и гинекологии; развитие клеточных технологий в области репродуктивной медицины.

Состояние репродуктивного здоровья населения страны является актуальным не только в медицинской практике, но и социально значимым государственным ресурсом. Репродуктивное здоровье женщин выделяется своей общественно-политической значимостью, так как оно напрямую связано со здоровьем детей, а следовательно, - с будущим государства и нации.

По проблеме «Репродуктивное здоровье женщины: сохранение и восстановление» за 2003-2005 гг защищено 53 диссертации (в 2003 г – 18; в 2004 г – 14 и в 2005 г – 21 соответственно), из них 3 докторские (в 2003 г – 2; в 2004 г – нет и в 2005 г – 1 соответственно) и 50 кандидатских (в 2003 г – 16; в 2004 г – 14 и в 2005 г – 20 соответственно).

Основными результатами исследования явились: особенности стероидогенеза, фолликулогенеза, оогенеза и раннего эмбриогенеза в схемах стимуляции суперовуляции с использованием антагониста гонадотропин-рилизинг гормона - ганиреликса в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки. Разработаны практические рекомендации по реализации программы, определены особенности экстракорпорального оплодотворения у пациенток с синдромом поликистозных яичников, предложен поэтапный алгоритм лечения бесплодия у данного контингента больных. Оптимизирована методика плазмафереза в подготовке женщин с трубно-перитонеальным бесплодием к проведению программы экстракорпорального оплодотворения и переносу эмбрионов в полость матки. Дана оценка и ранжирование дифференциально-диагностических признаков внематочной беременности с использованием показателей риска, изучены особенности диагностики трубной беременности на догоспитальном этапе развития заболевания, разработана диагностика и радиохирургическое лечение трубной беременности, проведено комплексное изучение состояния репродуктивного здоровья пациенток после хирургического лечения трубной беременности, выявлено влияние генетических факторов на развитие данного заболевания. Разработаны методы комплексной профилактики ранних и поздних постабортных осложнений с учетом факторов риска, используя иммуномодулятор имунофан и комбинированный оральный контрацептив логест. Изучено репродуктивное здоровье женщин, использующих внутриматочную контрацепцию (ВМК) и рекомендована тактика рационального обследования и диспансеризация пациенток, использующих медьсодержащие ВМК. Разработаны оптимальные схемы использования контрацептивов для коррекции гиперандрогении у женщин фертильного возраста и применение энзимотерапии для профилактики осложнений. Определены параметры индивидуального подбора гормональных контрацептивных средств у женщин с варикозной болезнью органов малого таза. Научно обоснована оптимальная схема комплексного лечения гнойно-воспалительных осложнений контрацепции. Опреде-

лено состояние репродуктивного здоровья, местного иммунитета влагалища и частота распространения инфекций, передающихся половым путем у женщин при использовании различных видов контрацепции. Рекомендован алгоритм подбора контрацептивного препарата. Разработан и внедрен алгоритм лечебной тактики после консервативной миомэктомии для улучшения репродуктивного здоровья. Определено значение кариотипа и фенотипа НЛА у супружеских пар с бесплодием и невынашиванием индуцированной беременности. Предложен комплексный метод терапии сочетанных форм бесплодия с использованием современных методов эндовидеохирургии. Разработан метод лечения бесплодия, обусловленного эндометриозом, путем применения интерферона. Научно обоснована тактика ведения больных с бесплодием на фоне хронической ановуляции и гиперандрогении в зависимости от массы тела. Изучено состояние репродуктивного здоровья у пациенток программы ЭКО с различными гинекологическими заболеваниями. Проведен анализ нарушений функции коры надпочечников у женщин программы ЭКО и ПЭ. Научно обоснована целесообразность криоконсервации эмбрионов в терапии методом ЭКО и ПЭ. Выявлены критерии прогнозирования вероятности наступления беременности у пациенток старшего репродуктивного возраста при использовании различных методов лечения бесплодия в программе ЭКО и ПЭ. Изучено влияние стимуляции суперовуляции в рамках программы ЭКО и ПЭ на функциональное состояние тиреоидной системы и воздействие последнего на результаты лечения бесплодия. Дана характеристика течения беременности, родов и перинатальных исходов при одноплодной беременности, наступившей в результате применения ЭКО и ПЭ. Разработана схема применения лапароскопии для ранней диагностики внематочной беременности и органосохраняющего подхода при оперативном вмешательстве.

Выводы: Полученные результаты будут способствовать реализации поставленной цели и решению задач прогнозирования медицинской науки – улучшение здоровья и качества жизни населения России, ликвидации преждевременных и предотвратимых потерь общества в связи с заболеваемостью, смертностью и низкой рождаемостью в обществе, укреплению социально-экономического потенциала страны и выход на инновационный путь развития с выходом на средневропейские стандарты.

## **НОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Кулинич С.И., Балханов Ю.С.**  
*Россия, Иркутск, ГОУ ДПО ИГИУВ*

По данным разных авторов 15-20% клинически распознанных беременностей завершается спонтанным абортom, причем, большинство из них - в раннем эмбриональном периоде. Из общего числа пренатальных потерь, в первые 8-12 недель внутриутробного развития, по данным Кулакова В.И., 2004, погибает от 45 до 85% зародышей. Неблагоприятный исход беременности любого генеза вызывает сильнейшую психо-эмоциональную реакцию у потенциальных родителей и является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Неоспоримое значение в генезе невынашивания беременности имеют эндокринные нарушения, особенно сопровождающиеся недостаточностью лютеиновой фазы. Гормональные нарушения, обуславливающие невынашивание беременности, характеризуются прежде всего, гипофункцией яичников сопровождающейся функциональной неполноценностью эндометрия, что препятствует нормальной имплантации и дальнейшему развитию яйцеклетки. По данным Сидельниковой В.М., 2005, подобные нарушения могут являться непосредственной причиной более половины (68%) случаев невынашивания беременности.

Частым проявлением гипофункции яичников является недостаточность лютеиновой фазы. Центральный механизм НЛФ связан с

нарушением секреции гонадотропинов: повышенной секрецией ЛГ при нормальном или сниженном уровне ФСГ. Расстройства гипофизарной регуляции приводят к неадекватному созреванию фолликула, недостаточной выработке эстрадиола в фолликулиновую фазу, неполноценной овуляции, незрелостью ооцита, удлинению интервала между овуляцией и оплодотворением, вследствие чего формируется неполноценное желтое тело (Серова О.Ф., 2000). Клиническим своеобразием характеризуется несостоявшийся выкидыш, или неразвивающаяся беременность (missed abortion), которая отличается от других форм невынашивания тем, что вначале происходит гибель эмбриона/плода без клинических проявлений его отторжения. Задержка в полости матки погибшего эмбриона/плода, может вызывать серьезные и часто опасные для жизни женщины гемостазиологические и инфекционные осложнения (Серов В.Н., Кошелева Н.Г., 2000).

Цель исследования: оценка функционального состояния эндометрия после неразвивающейся беременности по содержанию секреторного белка эндометрия – гликоделина.

Материалы и методы: обследованы женщины (основная группа) в числе 21 с неразвивающейся беременностью в анамнезе на фоне недостаточности лютеиновой фазы, подтвержденной морфологически, с исключением больных с инфекциями ППП. Контрольная группа из 11 женщин с неосложненными искусственными абортами в анамнезе в течение последнего года.

Всем пациенткам основной и контрольной групп было проведено динамическое лабораторное обследование (гемостазиограмма, гормоны крови, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела), УЗИ органов малого таза на эхокамере aloka 1700, тесты функциональной диагностики, ИФА, ПЦР диагностика, культуральные посевы на ИППП. Всем женщинам из обеих групп было проведено определение содержания гликоделина на 2-3 день менструального цикла иммуноферментным методом «сэндвич» в сыворотке менструальной крови (Glycodelin ELISA), не ранее чем через 3-4 менструальных цикла после прерывания беременности.

Результаты исследования и обсуждение: Средний возраст женщин основной группы составил -  $25 \pm 1,12$  года. В результате нашего обследования у женщин основной группы средний уровень прогестерона ( $27,25$  нмоль/л) был достоверно ниже ( $P < 0,05$ ), чем в контрольной ( $63,5$  нмоль/л).

При исследовании содержания гликоделина в сыворотке менструальной крови было выявлено его снижение в основной группе и составило  $134,5 \pm 4,6$  нг/мл, что достоверно ниже, чем в контрольной группе у здоровых женщин –  $175,6 \pm 6,5$  нг/мл ( $P < 0,05$ ), и имеет прогностическое значение. В результате не найдено прямой взаимосвязи между уровнем прогестерона и содержанием гликоделина в основной группе с неразвивающейся беременностью. Это свидетельствует, что нормальный уровень прогестерона не всегда является показателем полноценной лютеиновой фазы.

На основе полученных данных всем 21 пациенткам было проведено комплексное лечение, которое включало: натуральные гестагены (утрожестан от 100 до 400 мг/сут. или дюфастон от 30 до 80 мг/сут). Дозы гестагенов подбирались в зависимости от содержания прогестерона в сыворотке крови и гликоделина в менструальной крови.

Кроме того, женщины получали комплекс витаминов «Санасол», физиолечение по общепринятым схемам, грязелечение на местных курортах (6 человек). Общая продолжительность лечения составила от 4 до 6 месяцев с настоятельной рекомендацией барьерной контрацепции до момента планирования беременности при нормализации исследуемых показателей.

II этап обследования заключался в повторном исследовании уровней прогестерона в сыворотке крови и гликоделина в менструальной крови.

При низком содержании прогестерона у 6 (26%) женщин были получены низкие уровни гликоделина, у 4 (17,3%) женщин при высоком содержании прогестерона также были получены низкие уровни гликоделина, причем у 3 (13%) из них наступила беременность (в связи с нарушением контрацепции), которая вновь прервалась в I триместре.

Выводы: Определение гликоделина в менструальной крови может быть использовано для диагностики НЛФ, функциональной полноценности эндометрия и контроля эффективности предгравидарной подготовки у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

При выявлении низких уровней гликоделина необходимо комплексное воздействие на процессы восстановления функции эндометрия (электрофорез с медью, сочетание натуральных гестагенов с этинилэстрадиолом по схеме ЗГТ, индинол, грязелечение и др.). Беременность должна планироваться после повторной оценки функционального состояния эндометрия (нормальные уровни гликоделина больше 160нг/мл и прогестерона больше 32 нмоль/мл).

## **ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКАХ У ПАЦИЕНТОК С РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ**

**Кулинич С.И., Николаева И.Н., Голубев С.С., Ботунова Е.В.**  
*Россия, Иркутск, ГОУ ДПО ИГИУВ*

Актуальность совершенствования диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников определяется стабильно высокой частотой данной патологии и тенденцией к ее возрастанию в последнее десятилетие. Кисты яичников составляют в среднем 17% всех овариальных образований, значительная часть которых представлена ретенционными – 70,9% случаев (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2000), в 55,2% случаев эта патология возникает от 18 до 35 лет (Серов В.Н., Кудрявцева Л.И., 2001).

По данным ряда авторов, опухолевидные процессы развиваются чаще всего на фоне длительно текущих воспалительных заболеваний, неоднократного применения антибиотиков. Все это приводит к стойкой дестабилизации иммунного гомеостаза, который является тем фоном, на котором возникают кистозные образования яичников.

Цель исследования: оценить состояние гуморального звена иммунитета и выявить морфологические изменения в яичниках при ретенционных кистах.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования были: сыворотка крови и образцы тканей, полученные при оперативной лапароскопии у 41 пациентки с фолликулярными и лютеиновыми кистами яичников, контрольную группу составили 30 здоровых женщин. Средний возраст основной группы был 25,4±5,7 лет, в контрольной – 28,7±3,5 лет. ПЦР-диагностику урогенитальных инфекций – хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ЦМВИ, герпеса, папилломавирусной инфекции проводили с применением тест-систем «Ампли-Сенс-100-R» (г.Москва) в лаборатории центра молекулярной диагностики г.Иркутска. Бактериальные инфекции – диагностировали стандартным бактериоскопическим методом.

Иммунологическое исследование проводилось в центральной научно-исследовательской лаборатории ГОУ ДПО ИГИУВ, включало определение концентрации иммуноглобулинов класса А, М, G; интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6); циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. Оценка показателей иммуноглобулинов производили методом иммуноферментного анализа, используя коммерческие тест-системы ЗАО «Вектор-бест» (Новосибирск), интерлейкинов, используя тест-системы ООО «Протеиновый контур» (г.Санкт-Петербург). Циркулирующие иммунные комплексы определяли методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля. Гистологические исследования выполнялись в Иркутском диагностическом центре. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Sta-

tistica 6,0 for Windows, с использованием параметрического t-критерия Стьюдента и непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты и выводы

У пациенток с ретенционными кистами яичников были жалобы на боли внизу живота различной интенсивности у 36 (87,8%), субфебрильную температуру у 32 (78,0%), нарушения менструального цикла у 9 (22,0%), дизурические расстройства у 6 (14,6%) женщин. У пациенток основной группы отмечено преобладание хронических инфекционных заболеваний мочевыделительной системы в 2,6 раза, органов желудочно-кишечного тракта в 1,8 раз чаще контроля. Среди гинекологической патологии у женщин основной группы доминировали цервициты, сальпингоофориты, эндометриты. У 7 (17,0%) пациенток имелись гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе. Частота урогенитальных инфекций и операций в анамнезе у женщин с ретенционными кистами яичников была достоверно выше, чем у женщин без кист ( $p < 0,01$ ).

Урогенитальные инфекции были выявлены у 38 (92,6%) женщин с ретенционными кистами яичников. Среди ИППП преобладал хламидиоз – у 5 (12,1%), уреаплазмоз – у 4 (9,7%) пациенток.

Высокая частота инфекционной и соматической патологии приводит к изменению иммунного статуса. Повышенные концентрации IgA, IgM до 4,95±1,01 г/л и 3,98±0,61 г/л соответственно отмечались у женщин основной группы до лечения. Указанные уровни статистически значимо отличались от таковых в контрольной группе IgA 2,15±1,34 г/л и IgM 1,45±0,67 г/л. Концентрации IgG в основной группе достоверно не отличалась от показателей в контрольной группе (10,7±3,18 г/л в основной и 11,63±2,8 в контрольной). После проведения комплексного лечения больных с ретенционными кистами уровни иммуноглобулинов восстанавливались до значений, наблюдавшихся у женщин контрольной группы: IgA - 2,05±0,94 г/л, IgM - 1,67±0,89 г/л. У пациенток основной группы концентрация ЦИК – 44,0±21,63 усл.ед. до лечения была достоверно выше, чем у женщин в контрольной группе – 35,0±21,07 усл.ед. После этиотропной терапии концентрация ЦИК значимо снижалась и составляла 33,02±0,89 усл.ед. Различия между основной и контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Изменения показателей ИЛ-1 и ИЛ-6 не имели достоверных различий.

Показаниями к оперативному лечению были: разрыв кисты, кровоизлияние в кисту, перекрут кисты, персистенция овариального образования свыше 4 месяцев. Вылущивание кисты произведено 36 (87,7%) женщинам, резекция яичника – 4 (9,7%), аднексэктомия – 1 (2,5%). При гистологическом исследовании макропрепаратов у 38, (92,6%) выявлены отчетливые критерии предстателенные преимущественно мононуклеарной инфильтрацией, лимфоцитами, макрофагами в стенках кист, плазматическими клетками, единичными эозинофилами.

Выводы: у пациенток с ретенционными кистами яичников высокая частота инфекционной и соматической патологии (92,6%) приводит к дизиммуноглобулинемии, выражающейся в увеличении концентрации IgA, IgM и уменьшении содержания IgG по сравнению с контролем. Высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов обусловлен недостаточностью гуморальных факторов иммунитета при РКЯ и свидетельствует о выраженности иммунологических перестроек. Воспалительные изменения при данной патологии подтверждены морфологическими данными.

## **РОЛЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН**

**Кулинич С.И., Покинчерета Т.В., Ежова И.В.**  
*Россия, Иркутск, ГУ ДПО ИГИУВ, Городской перинатальный центр*

Воспалительные заболевания органов малого таза как острые так и хронические, наиболее частая причина нарушений репродуктивной, сексуальной и менструальной функций. При ВЗОМТ

страдают нейроэндокринная, иммунная системы, гемостаз и др, что позволяет считать это заболевание полисистемным. АТБ препараты позволяют элиминировать микроорганизмы, но не приводят к восстановлению всех регулирующих систем в организме. Поэтому АБП постепенно дополняются различными методами лечения, позволяющими достичь физиологического состояния всех систем, участвующих в патологическом процессе. Одним из таких методов является плазмаферез, который достаточно широко внедрен в гинекологическую практику, не имеет побочных реакций. Отсюда цель нашего исследования: оценка роли плазмафереза в лечении ОВЗПМ у молодых женщин и в профилактике хронизации процесса.

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами обследовано и пролечено 68 молодых женщин с ОВЗПМ (основная группа) и 20 здоровых женщин (группа сравнения).

В зависимости от клинического течения в основной группе выделены подгруппы: 1 подгруппа - 43 молодые женщины с катаральным сальпингитом; 2 подгруппа – 20 женщин с односторонним сальпингитом; 3 подгруппа – с двухсторонним гнойным сальпингитом осложненной формы – 5 женщин.

ПФ проводился 20 больным 1 подгруппы, 12 – во 2 подгруппе и всем – в 3. ЛПС выполнена 10 больным в 1 подгруппе, 11 – во 2 и 3.

Динамическая лапароскопия для изучения эффективности комплексного лечения АБП + ПФ выполнена у 82 больных из всех 3 подгрупп.

У 4 больных из 3 подгруппы и у 2 – из 2 подгруппы не удалось сохранить маточные трубы.

По анамнезу, вредным привычкам, состоянию менструальной, репродуктивной функций, экстрагенитальным болезням, возрасту, менархе, достоверных различий в сравниваемых группах не получены.

Оценивались общее состояние, симптомы раздражения брюшины, показатели гемодинамики. Изучали гинекологический статус, наличие объемных образований в области придатков. Исследовали клинико-биохимические показатели крови. Микробиологический мониторинг проводили в содержимом из уретры, влагалища и цервикального канала методами бронхоскопии, ИФА, ПЦР и культуральными.

Эхографическое исследование выполнялось на аппарате "АЛОКА" SSD-1700 (Япония) в режиме реального времени сочетанием сканирования и цветного картирования тока крови с регистрацией кривых скоростей кровотока в сосудах.

Лапароскопию проводили на оборудовании OLYMPUS (Германия) в операционной под ЭТН или СМА.

Плазмаферез проводили 1 или 2 сеансами, объем эксфузии плазмы составлял 30% ОЦП и колебался от 150 до 300 мл. Замещение проводилось физиологическим раствором с добавлением 1,0 антибиотика широкого спектра действия.

Для оценки эффективности ПФ использовали клинические (исчезновения боли, гипертермии) и иммунологические методы: люминолзависимую хемилюминесценцию лейкоцитов ПК на «люминометре» 1251 фирмы ЛКБ, изучение иммуноглобулинового спектра методом Манчини, определение иммунных циркулирующих комплексов – методом преципитации с ПЭГ и стандартный цитологический анализ крови. Контрольные точки исследования проводились на 1,4,8 и 12 дни с момента госпитализации.

Математическая обработка полученных данных проводилась на ПК программами Microsoft Excel и пакета статистических программ (Ланс С., 1999). Значимость различий в группах оценивались по критерию Стьюдента (tst) при уровне значимости равным 5% ( $P < 0,05$ ).

Результаты исследования

Средний возраст больных составил  $19,3 \pm 1,8$  года. Пик заболеваемости пришёлся на возраст 17 лет. Все молодые женщины поступили в стационар с болевым синдромом, гипертермией, у 15,3% имели место нарушения менструальной функции. Вполне закономерно развитие ОВЗПМ, связанные с половой жизнью, promискуитетным поведением и отсутствием или редким использованием барьерной контрацепции. Оценивались общее состояние, симптомы раздражения брюшины, показатели гемодинамики. Изучали гинекологический статус, наличие объемных образований в обла-

сти придатков. Исследовали клинико-биохимические показатели крови. Микробиологический мониторинг проводили в содержимом из уретры, влагалища и цервикального канала методами бактериоскопии, ИФА, ПЦР и культуральными.

В анамнезе у 53,0% женщин не было воспалительных заболеваний гениталий и 35% имели по 2 эпизода обострения или реинфекций. Длительность заболевания составила  $6,19 \pm 0,42$  дней, наибольшая при осложненной форме ГВЗПМ ( $11,6 \pm 0,5$  дней). Мониторинг ИППП выявил специфическую (у 65,4%) и неспецифическую (у 23,5%) инфекцию.

Специфическая инфекция выявлена у 38 (55,8%) больных с катаральным и у 12 (17,6%) с гнойным сальпингитом неосложненной формы и у 2 (2%) с гнойным сальпингитом осложненной формы; неспецифическая у 16 (23,5%) больных. У каждой второй диагностирована *Chlamydia trachomatis*, реже – трихомониаз и гонорея. Микст-инфекция выявлена у 43,3 % пациенток (хламидии+микоплазмы+кандиды+трихомонады)

Исследование провоспалительных цитокинов плазмы крови (TNF и IL-1) было произведено 43 пациенткам основной группы в острый период заболевания и при клиническом выздоровлении перед выпиской из стационара и однократно 10 молодым женщинам группы сравнения.

Сравнение эхографических данных матки и яичников (размеры, структура, выпот, состояние эндометрия) у женщин без ВЗОМТ позволило выявить эхографические особенности при воспалительных процессах придатков матки и одновременно с острым воспалением диагностировать изменение структуры яичников, свободной жидкости, ОПП, признаки воспаления эндометрия.

В патогенезе развития ОВЗПМ гемодинамика взаимосвязана с изменениями уровня цитокинов. Мы изучили корреляции между ними (СДО и TNF и IL-1) и получили прямо пропорциональную сильную зависимость ( $r = +0,84$  и  $r = +0,88$  соответственно СДО и TNF в артериях матки и яичников и СДО и IL-1  $r = +0,87$  и  $r = +0,85$ ).

В основной группе ЛПС проведена каждой 4 больной с целью дополнительной коррекции патологического процесса в малом тазу: уточнение нозологического диагноза, ликвидация экссудата, рассечение спаек, реканализация ампулярного отдела трубы, санации и улучшения репродуктивного прогноза.

Динамическая лапароскопия для изучения эффективности комплексного лечения АБТ+ПФ выполнена у 8 больных из всех подгрупп, у 4 больных из 3 подгруппы и у 2 из 2 подгруппы не удалось сохранить маточные трубы, что составило 8,8% из всех больных с ОВЗПМ.

Из 68 женщин с ОВЗПМ у 21 были выявлены объемные образования придатков (ООП). Все 68 больных с ОВЗПМ получали комплексное лечение, которое включало АБТ, ПФ (у 37 больных), инфузионную, десенсибилизирующую терапию и хирургическое лечение ЛПС – доступом (у 11 больных).

Показаниями к ЛПС были: выраженный болевой синдром, сдвиг лейкоцитарной формулы, ООП пальпаторно и при УЗИ, нарастающие симптомы интоксикации и лейкоцитоза. ЛПС выполнялись в экстренном порядке, отсроченные и плановые.

Результаты исследования и выводы

В основной группе после проведения сеансов ПФ происходило снижение хемилюминесценции. Лейкоциты крови - с  $32,4$  услед. до  $12,2$  услед., что соответствует показателям здорового человека. В группах без ПФ наблюдалась прямо диаметрально картина: в исходном статусе была неадекватной иммуносупрессия клеточного звена, что выражалось в низких значениях ХЛЦ  $6,5$  услед., которые в процессе лечения возрастали до  $20,9$  услед., что соответствует фазе хронизации воспалительного процесса.

Эхографическое исследование малого таза проведено всем 68 больным при поступлении в стационар, в процессе лечения и накануне выписки.

Структура ОВЗПМ у молодых женщин: двусторонний катаральный сальпингит (39,9%), двусторонний гнойный сальпингит (33,8%), односторонний пиосальпинкс (8,6%), пельвиоперитонит (17,7%). Клинические симптомы заболевания соответствуют степени деструктивных изменений придатков матки.

Проведение ПФ способствовало снижению ХЛЦ лейкоцитов крови с 32,4 услед. до 12,2 услед. и прогностически означало клиническое выздоровление без хронизации процесса. Уровни TNF и IL-1 в плазме крови являются маркерами степени тяжести ОВЗПМ и деструктивных изменений. ПФ способствует нормализации показателей цитокинов.

В острый период ВПМ ИР и СДО в яичниковых и маточных артериях выше относительно здоровых ( $p < 0,05$ ) и наиболее высокие при гнойных процессах. Между СДО в маточных и яичниковых артериях и уровнем TNF и IL-1 при ОВЗПМ имеется прямая корреляционная зависимость.

Таким образом, применение ЛПС в сочетании с ПФ позволяет своевременно установить степень выраженности воспалительного процесса, провести органосохраняющие операции и сохранить репродуктивную функцию у 91,2%. При ЛПС мониторинге отмечается исчезновение гнойного процесса, уменьшение СП, сохранение проходимости труб, объем операции оптимальный – сальпинго-вариолизис, санация малого таза. На госпитальном, амбулаторно-поликлиническом этапах комплекс реабилитационных мероприятий позволил получить благоприятный прогноз.

## **ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ И АГОНИСТОВ ГнРГ НА ПРОЦЕСС АНГИОГЕНЕЗА (VEGF, VEGF R1, VEGF R2, ANGIOGENIN, ANGIOPOETIN 2) У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Кулумбегова Л.Т., Самойлова Т.Е.**

*г. Москва, Россия, Научный ЦАГиП РАМН*

Изучение патогенеза и совершенствование терапии лейомиомы матки представляет важную проблему современной гинекологии. Это связано со значительной распространенностью заболевания, осложненным течением и необходимостью хирургических вмешательств. В связи с этим основным методом лечения симптомной лейомиомы матки остается радикальный – гистерэктомия, которая проводится в 75-83% случаев.

Изменение тактики ведения больных с этой патологией является актуальной проблемой, поскольку в последние годы возрос интерес к органосохраняющим методам лечения, особенно для женщин репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности.

К органосохраняющим методам относится комбинированный метод лечения, состоящий из 2-х этапов: медикаментозного и реконструктивно-пластической хирургической операции. Результаты хирургического лечения зависят от эффективности неoadъювантной терапии.

В исследование были включены 73 женщины с лейомиомой матки в возрасте от 21 до 44 лет, с размерами одного из нескольких или единственного миоматозного узла 4 см, не имеющие противопоказаний к гормональному лечению и отсутствием тяжелой экстрагенитальной патологии.

Критериями исключения служили: использование гормональных препаратов в течение 3-х месяцев до лечения; наличие пороков развития матки; опухоли яичников, молочных желез, щитовидной железы и тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Целью исследования являлась оценка эффективности аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона (агонистов и антагонистов) в неoadъювантной терапии лейомиомы матки с учетом размеров узлов, ангиогенных факторов роста, длительности операции и интраоперационной кровопотери.

Пациентки были разделены на 3 группы. В I группе 28 женщин в качестве неoadъювантной терапии получали оргалутран, во вторую группу вошли 23 женщины, получавших золадекс, 22-м пациенткам 3-й группы (группы сравнения) была произведена лапароскопическая миомэктомия без предварительной медикаментозной подготовки.

Согласно дизайну исследования оргалутран назначался со 2-го дня менструального цикла по 0,25 мг подкожно, ежедневно, непрерывно, в течение 28 дней.

Золадекс по 3,6 мг со 2-3-го дня менструального цикла, подкожно, однократно, в течение 3-х месяцев.

Всем пациенткам до и после лечения проводилось: УЗИ, раздельное диагностическое выскабливание стенок матки и эндометрия под контролем гистероскопии, а так же исследование гормонов и факторов ангиогенеза - индукторы ангиогенеза - сосудистый эндотелиальный фактор СЭФР-А, рецептор-1 к нему и ангиогенин, а также ингибиторы ангиогенеза - рецептор 2 к СЭФР-А и ангиопоэтин -2.

Через 10-14 дней после окончания лечения оргалутраном и 18 - 21 дней после последней инъекции золадекса всем пациенткам произведена лапароскопическая миомэктомия, гистероскопия с РДВ.

Научным основанием для определения ангиогенных факторов роста явилась гипотеза активации ангиогенеза при опухолевых процессах – как одного из основных патогенетических механизмов туморогенеза. Нами изучено влияние агонистов и антагонистов ГнРГ на процессы ангиогенеза.

При сравнении показателей про- и антиангиогенных маркеров в сыворотке крови женщин с лейомиомой матки с показателями здоровых женщин репродуктивного возраста, нами выявлено повышение уровней активаторов ангиогенеза – СЭФР и ангиогенина в 19 раз и снижение уровней ингибиторов ангиогенеза - ангиопоэтина-2 и рецептора 2-го типа к СЭФР в 4-5 раза у женщин с лейомиомой матки.

После лечения оргалутраном и золадексом выявлено снижение уровня СЭФР, рецептора 1 типа к СЭФР и ангиогенина, т.е. эти препараты оказывают непосредственное действие на уровень активаторов ангиогенеза. Однако, снижение содержания СЭФР-А наблюдалось в среднем на 25-30% в обеих группах ( $p < 0,05$ ), но эти показатели не достигали уровней здоровых женщин репродуктивного возраста.

На фоне неoadъювантной терапии достоверных изменений показателей ингибиторов ангиогенеза рецептора 2 к СЭФР и ангиопоэтина -2 не выявлено.

Таким образом, при неoadъювантной терапии у больных с лейомиомой матки репродуктивного возраста торможение ангиогенеза происходит за счет подавления активаторов ангиогенеза при отсутствии влияния на уровень ингибиторов.

Основными клиническими параметрами оценки эффективности неoadъювантной терапии в нашем исследовании являлись: уменьшение тяжести клинических симптомов заболевания. Клиническая эффективность лечения лейомиомы матки оргалутраном сопоставима по эффективности с золадексом. При этом побочные эффекты на фоне оргалутрана – минимальные и проявляются только в виде местного покраснения кожи в течение 2-х дней применения.

При лечении золадексом в течение 3-х месяцев развивается психо-вегетативный синдром, обусловленный дефицитом эстрогенов у 61% больных. У 30,4% были жалобы на сухость во влагалище, 13% отметили прибавку в весе на 3–4 кг. Таким образом, тяжесть и длительность побочных эффектов при введении золадекса более выражены по сравнению с побочными эффектами при лечении оргалутраном.

По данным УЗИ-исследования у больных, получавших оргалутран, выявлено уменьшение объема матки на 26,8%; и на 31,8% в группе получавших золадекс.

Аналогичная положительная динамика выявлена и в уменьшении объема доминантного узла: на фоне лечения оргалутраном: на 30,5%; и золадексом – на 39,7%.

Таким образом, у 82 % больных получавших оргалутран и 86,7% женщин, получавших золадекс установлено уменьшение, как общего объема матки, так и доминантного узла. Однако, при лечении антагонистом гонадолиберина изменения объемов происходили при более коротком - 4-х недельном сроке терапии. Примерно в одинаковом проценте случаев (в 17% случаев при лечении оргалутраном, и 13,4% при лечении золадексом) достоверных изменений в объеме матки и доминантного узла не выявлено, что свидетельствует об неэффективности терапии.



Морфологическая картина удаленных узлов также различалась в зависимости от используемого препарата. Так, наиболее выраженные изменения в виде дистрофических процессов, приводящих к фиброзу, чаще встречались у больных I -ой группы (до 70%), а у больных II-ой группы (до 35%), в этой же группе у 18 % наблюдались явления отека и гиалиноза.

Таким образом, под воздействием неoadъювантной терапии антагонистами и агонистами-ГнРГ морфофункциональные особенности лейомиомы изменяются и заключаются в развитии дистрофических изменений.

Заключение. Таким образом при неoadъювантной терапии у больных с лейомиомой матки репродуктивного возраста происходит уменьшение матки и миоматозных узлов за счет влияния на процесс ангиогенеза: подавление уровня активаторов ангиогенеза при отсутствии влияния на уровень ингибиторов, что подтверждается развитием дистрофических изменений в тканях узлов.

## АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА®»

**Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.,  
Попова Е.М., Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница №2*

Внутриматочная контрацепция (ВМК) является одним из наиболее распространенных методов регуляции рождаемости в мире и самым частым методом предохранения от беременности в Российской Федерации. Женщинам позднего репродуктивного возраста с нарушениями менструальной функции по типу гиперполименореи и меноррагии, лейомиомой матки, эндометриальной болезнью и др. рекомендуется использовать внутриматочную систему «Мирена®» (фирма «Шерринг», Германия), обладающую высоким контрацептивным и лечебным эффектами. Однако, в ряде случаев могут возникнуть различные осложнения при введении и «ношении» ВМК, в том числе и при использовании внутриматочной системы «Мирена®» (болевого синдрома – 15-32%; воспалительные заболевания органов малого таза – 1,6-7,3%, при этом частота воспалительного процесса уменьшается по мере увеличения срока использования ВМК; экспульсия ВМК; межменструальные кровотечения, вторичная аменорея...).

Целью исследования стало изучение эффективности антигомотоксической терапии в профилактике и лечении осложнений внутриматочной системы «Мирена®».

Материал и методы исследования. Нами с учетом противопоказаний была сформирована группа из 20 женщин, желающих применять ВМК «Мирена®». Им проводилось комплексное обследование с включением УЗИ, гистероскопии, биопсии эндометрия, определение показаний гемостазиограммы, липидограммы и иммунограммы.

Внедрение в клиническую практику новых методов лечения является важной проблемой в гинекологии и применение антигомотоксической терапии имеет несомненные перспективы. Это обусловлено следующими факторами: препараты содержат малые дозы трав, минералов и других продуктов естественного происхождения; не приводят к аллергическим реакциям, лекарственной зависимости и лекарственной болезни, повышают эффективность лечения, органично встраиваясь в структуру существующих методов терапии, могут применяться по клиническим показаниям подобно препаратам из других фармакологических групп; дешевле многих негомеопатических аналогов.

Для профилактики воспалительных осложнений ВМК «Мирена®» разработана схема, включающая препараты фирмы «ХЕЕЛЬ» (Германия): 1) Траумель С по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 3 дней до и 14 дней после введения ВМК; далее Траумель С применяется по 1 табл. 3 раза в день в дни месячных в течение 3-6 менструальных циклов после

введения ВМК. Для лечения воспалительного процесса гениталий используется препарат Гинекохель по 10 капель за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 14 дней (схема № 1). 2) Для профилактики и лечения схваткообразных болей внизу живота, которые могут возникать в первые 24-48 часов после введения ВМК и связаны с сокращениями матки в ответ на раздражение инородным телом (ВМК) рецепторов ее слизистой оболочки назначается комплексный гомеопатический препарат Спаскупрель по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3-5 раз в день в зависимости от выраженности болевого синдрома в течение 2 дней, начиная с момента введения ВМК (схема № 2). 3) Для лечения альгоменореи, сопровождающейся меноррагией, и предотвращения экспульсии ВМК (при наличии таковой в анамнезе) применяется в дни месячных комбинация двух антигомотоксических препаратов: Траумель С и Спаскупрель по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 6-12 менструальных циклов (схема №3). При отсутствии эффекта, а также при наличии межменструальных кровянистых выделений на фоне ВМК дополнительно назначается Гинекохель – по 10 кап. 2 раза в день на протяжении всего менструального цикла в течение 3-6 месяцев; для усиления обезболивающего эффекта могут быть применены свечи Вибуркол (по 1 свече 2-3 раза в день ректально).

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 28 до 45 лет и в среднем составлял 36,5 лет. В семейном анамнезе у 10 пациенток отмечались ожирение и гипертоническая болезнь. В личном анамнезе у 7 женщин были частые ОРВИ, заболевания желчевыводящих путей, диффузное увеличение щитовидной железы I и II степени, задержка менархе и неустойчивый менструальный цикл, гиперполименорея. Среди заболеваний репродуктивных органов отмечались лейомиома матки небольших размеров (3), воспалительные заболевания придатков матки (5), фиброзно-кистозная болезнь молочных желез (5). В прошлом все пациентки перенесли роды и аборт (на каждую женщину приходилось 3,5 беременности). Абдоминальное родоразрешение производилось двум беременным по показаниям со стороны плода. В момент обращения избыточный вес имели 5 пациенток (ИМТ: 28-29). Изменений и нарушений со стороны показателей биохимических исследований крови, гемостазиограммы, липидограммы и иммунограммы выявлено не было. Артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. наблюдалась у двух больных. По данным УЗИ трансвагинальным датчиком и гистероскопии с биопсией эндометрия в трех случаях диагностирована железистая (1) и железисто-кистозная (2) гиперплазия.

Каждой пациентке индивидуально подбирались антигомотоксические препараты для профилактики и лечения осложнений внутриматочной системы «Мирена®». Схема № 1 применялась у 10, схема № 2 у 7, схема № 3 у 3 пациенток.

При введении внутриматочной системы Мирена® на фоне перорального приема Траумеля (регистрационное удостоверение № 011686/01 от 12.07.2004 г.), Спаскупреля (регистрационное удостоверение № 013397/01-2001 от 16.11.2001 г.) и Вибуркола ректально (регистрационное удостоверение № 012358/01 от 30.10.2000 г.) болей не отмечалось ни в одном случае. Гинекохель (регистрационное удостоверение № 012356/01 -2000 от 30.10.2000 г.) назначался дополнительно 5 женщинам с хроническим сальпингоофоритом, при этом у них обострения воспалительного процесса придатков матки не наблюдалось. В трех случаях отмечались межменструальные кровянистые выделения, которые купировались приемом Траумеля и Спаскупреля. На фоне «ношения» внутриматочной системы Мирена® наблюдалась инволюция миоматозных узлов и аденомиоза, отсутствовал рецидив гиперплазии эндометрия. Все пациентки отмечали улучшение самочувствия, несмотря на развитие вторичной аменореи у 7, повышение работоспособности.

Заключение. На фоне проводимой антигомотоксической профилактики и лечения осложнений при введении и «ношении» внутриматочной системы «Мирена®» за весь период динамического наблюдения (от 1 до 3 лет) не отмечалось болевого синдрома, воспаления органов малого таза, экспульсии ВМК.

Результаты проведенного исследования подтверждают безопасность ВМК «Мирена®» и успешность антигомотоксической профилактики и лечения возможных побочных эффектов при ее применении.

## КОРРЕКЦИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

**Кульмухаметова Н.Г., Бурангулова А.И., Ящук А.Г.,  
Долженко А.В.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский диагностический центр, Республиканская клиническая больница №2*

Одним из наиболее частых нарушений, с которыми сталкивается любая врач, являются расстройства липидного обмена. Женщины страдают ожирением чаще, чем мужчины. Частота этой патологии увеличивается с возрастом. По различным оценкам быстрая прибавка массы тела в климактерии происходит у 60% пациенток (в среднем за первые три года после менопаузы – на 2,5 кг; а через восемь лет – на 5,5 кг). Доказано, что повышение массы тела в климактерии происходит за счет увеличения количества жира в абдоминально-висцеральной области и обусловлено дефицитом половых гормонов, замедлением скорости метаболических процессов, снижением расхода энергии, усиленной глюкокортикоидной стимуляцией жировой ткани и пр. Ожирение же является важнейшим фактором, предрасполагающим к развитию метаболического синдрома, артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, ишемической болезни сердца, гиперпластических процессов репродуктивных органов (матка, яичники, молочные железы).

Целью исследования стало изучение эффективности лечения ожирения у женщин в климактерии с помощью гомеопатического препарата Курдлипид 6С.

Материал и методы исследования. Для лечения расстройств липидного обмена и экзогенно-конституционального ожирения в 1996 году был создан из курдючного бараньего жира 10%-й концентрации отечественный гомеопатический препарат Курдлипид 6С (ООО «ОЛЛО», Россия; утвержден Фармакологическим комитетом, регистрационное удостоверение № 000733/01 – 2001). Из истории медицины известно, что курдючное сало применялось для омоложения и предотвращения старения в средней Азии со времен Авиценны. В пострегистрационных исследованиях рядом авторов отмечены положительные клинические эффекты при таких патологических состояниях как ожирение, гиперхолестеринемия, жировой гепатоз, хронический холецистит, желчекаменная болезнь, хронический панкреатит, атеросклероз сосудов сердца и головного мозга, депрессия, нарушение сна, обменный полиартрит, подагра, последствия лекарственной и гормональной терапии и др. Под наблюдением находилось 18 пациенток, средний возраст которых составлял  $52,0 \pm 0,8$  лет. В семейном анамнезе у каждой второй женщины отмечались ожирение, гипертоническая болезнь. В личном анамнезе каждая третья пациентка имела задержку менархе, неустойчивый менструальный цикл, фиброзно-кистозную болезнь, леймиому. На одну женщину приходилось в среднем 4 беременности, из них 1-2 приходились на роды. Среди экстрагенитальной патологии преобладали частые ОРВИ, заболевания органов пищеварения, эндемический зуб.

Средний возраст менопаузы составил 48,0 лет. В течение последних 4-5 лет у всех обследованных пациенток масса тела увеличилась от 3,5 до 5,0 кг. Индекс массы тела колебался (ИМТ) от 29 до 32. Соотношение окружность талии / окружность бедер (ОТ / ОБ) было более 0,88. В основном выявлялся абдоминальный тип ожирения. Изменения липидного спектра крови происходило в сторону увеличения липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП, ЛПОНП), триглицеридов.

Результаты исследований. Обсуждение.

После клинико-лабораторного обследования и с согласия пациенток назначался Курдлипид 6С по 5-7 гранул два раза в день (за 30 минут до обеда и ужина) под язык до рассасывания с еженедельным

однодневным перерывом в течение 1-3 месяцев. Во время приема препарата рекомендовалось исключить их питания кофе, зеленый чай, мяту и алкоголь.

Отчетливая положительная динамика в лечении ожирения наблюдалась через 2 недели-1,5 месяца от начала применения Курдлипид 6С. Эффект похудения от 2 до 5 кг отмечался у всех пациенток. Потеря массы тела, как правило, сопровождалась уменьшением аппетита. Окружность талии сократилась в среднем на  $6,0 \pm 2,0$  см, соотношение ОТ/ОБ снизилось до 0,8, ИМТ упал до 26,5. В крови наблюдалось снижение ЛПНП и ЛПОИП до верхней границы нормы, холестерина на 14%.

Все женщины отмечали нормализацию сна, улучшение самочувствия, памяти, внимания, повышение умственной и физической работоспособности. Побочных эффектов в виде повышения аппетита, увеличения массы тела, сенсibilизации и токсического действия мы не наблюдали.

Заключение. Отечественный гомеопатический препарат Курдлипид 6С (ООО «ОЛЛО», Россия) обладает гарантированным лечебным эффектом, лишен аллергических и токсических воздействий и может использоваться для коррекции расстройств липидного обмена у женщин в климактерии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ «МАЛЫХ» ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

**<sup>1</sup>И.Г. Куценко, <sup>1</sup>И.Д. Евтушенко, <sup>2,3</sup>А.Б. Карпов, <sup>1</sup>Болотова В.П.,  
<sup>1</sup>Махмутходжаев А.Ш., <sup>2,3</sup>Тахауов Р.М., <sup>4</sup>И.И. Кубат.**

*Россия, Томск, <sup>1</sup>ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, <sup>2</sup>Северский биофизический научный центр ФМБА России, <sup>3</sup>Проблемная научно-исследовательская лаборатория ТНЦ СО РАМН «Радиационная медицина и радиобиология», г.Северск, <sup>4</sup>Центральная медико-санитарная часть № 81 ФМБА России, г.Северск*

Актуальность. Применение источников ионизирующего излучения (ИИ) в медицине и промышленности стало неотъемлемой частью современной жизни. В связи с этим, большой интерес представляет состояние здоровья женщин, подвергающихся профессиональному длительному воздействию ИИ.

Ввиду «закрытости» объектов атомной промышленности научные исследования, посвященные изучению здоровья женщин-«профессионалов» (работниц предприятий атомной индустрии), подвергающихся по роду своей трудовой деятельности воздействию ИИ, в открытой научной печати немногочисленны.

Цель исследования. Провести многофакторный анализ для сравнительной оценки течения перименопаузального периода у женщин, подвергающихся профессиональному воздействию ионизирующего излучения в диапазоне «малых» доз, и у женщин, не контактирующих с ионизирующим излучением.

Объект исследования. Обследованы 431 работница Сибирского химического комбината (СХК) в перименопаузальном возрасте. Из них - 285 женщин основного производства СХК, подвергающихся внешнему и внутреннему облучению в диапазоне «малых» доз и 146 служащих заводоуправления СХК без облучения.

Методы исследования. В программу исследования были включены анкетирование, гинекологический осмотр, онкоцитологическое исследование мазков шейки матки, изучение биоценоза влагалища, ультразвуковое исследование органов малого таза, маммологическое исследование.

Особенности перименопаузы оценивали по типу менструального цикла, частоте и форме климактерического синдрома. Течение перименопаузы считалось осложненным при наличии любой формы КС и менструальном цикле с патологической кровопотерей.

Кроме того, учитывались регулярные менструальные циклы с патологической кровопотерей (меноррагия), прекращение менструаций в репродуктивном возрасте в связи с хирургическим вмешательством, случаи преждевременной и ранней менопаузы.

Форма климактерического синдрома определялась согласно классификации Е.М. Вихляевой (1970), основанной на определении тяжести КС по количеству «приливов».

Сведения об индивидуальных дозах внешнего облучения и содержании  $^{239}\text{Pu}$  в организме получены из базы данных регионального медико-дозиметрического регистра работников СХК и жителей ЗАТО Северск, Северского биофизического научного центра ФМБА России.

Методы статистической обработки. Для проведения статистической обработки фактического материала использовали статистический пакет SAS 8.0 (SAS Inc., США).

Для определения взаимосвязи признаков применяли логистическую регрессию и проводили расчет отношений шансов.

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Основная группа состояла из 285 женщин основного производства, подвергающихся профессиональному воздействию внешнего -излучения и внутреннего облучения (за счёт инкорпорированного радионуклида  $^{239}\text{Pu}$ ). Стаж работы в основной группе составил в среднем 26,4 года. Средний возраст женщин в этой группе 54,3 лет. Возраст, в котором впервые регистрировался контакт с внешним -облучением составил в среднем 37 лет. Продолжительность внешнего радиационного воздействия в среднем составила 14,5 лет. Среднее значение суммарной дозы внешнего -облучения - 24,5 мЗв, что соответствует диапазону «малых» доз (до 1 Зв).

Возраст, в котором впервые фиксировалось наличие внутреннего облучения, составил в среднем 28,5 лет. Стаж дозы внутреннего облучения составил 28,5 лет, среднее содержание радионуклида ( $^{239}\text{Pu}$ ) -  $7,46 \pm 14,8$  нк.

Контрольная группа представлена 146 служащими заводоуправления СХК. Средний возраст в группе - 53,0 года. Средний стаж работы составил 16,0 лет. По роду своей трудовой деятельности, женщины контрольной группы не подвергались воздействию профессионального ИИ.

При сравнении групп не было выявлено статистически значимого различия по возрасту наступления пременопаузы и менопаузы.

Для оценки течения перименопаузы мы сравнили частоту и форму КС, типы менструальных циклов в перименопаузе в основной и контрольной группах.

Климактерический синдром выявлялся значимо чаще у женщин основной группы, по сравнению с женщинами контрольной группы - 49,6% и 26,6% соответственно ( $p=0,001$ ). При этом различия по форме КС в исследуемых группах нами не отмечены. В период перехода к менопаузе у 82,1% женщин основной группы и у 81,5% женщин контрольной группы преобладали менструальные циклы без патологической кровопотери. Менструальные циклы с патологической кровопотерей отмечены у 13% женщин в основной группе и у 10,3% женщин контрольной группы ( $p=0,41$ ). В обеих группах были женщины, у которых менструации прекратились в репродуктивном возрасте вследствие оперативного вмешательства или в связи с преждевременной или ранней менопаузой.

Женщин с неосложнённым течением перименопаузы (без маточных кровотечений и симптомов КС) в основной группе было достоверно меньше, в сравнении с женщинами контрольной группы - 61,75% и 75,34% соответственно ( $p=0,004$ ).

С целью выявления возможного влияния ионизирующего излучения в диапазоне «малых» доз и других факторов на течение перименопаузы был проведён многофакторный анализ - пошаговая логистическая регрессия. В результате проведённого анализа не установлена связь между видом излучения, возрастом облучения, суммарной дозой облучения, стажем дозы облучения и течением перименопаузы. Возраст менархе, длительность менструального цикла, количество беременностей и родов, возраст первой

и последней беременности, возраст первых и последних родов; стаж работы не влияют на течение перименопаузы. Однако, анализ показал, что шанс развития КС у женщин с миомой матки на 70% выше (отношение шансов 1,7; доверительный интервал 1,1-2,6) по сравнению с женщинами, не страдающими миомой матки, что согласуется с данными литературы.

Выводы:

Возраст наступления пременопаузы и возраст менопаузы у женщин-профессионалов, подвергающихся воздействию ИИ, статистически значимо не отличаются от этих показателей у женщин, не контактирующих с ИИ.

Патологическое течение перименопаузального периода достоверно чаще наблюдалось у женщин-профессионалов, подвергающихся воздействию ИИ.

Многофакторный анализ не выявил влияния ИИ на течение перименопаузы. Шанс развития климактерического синдрома выше у женщин с миомой матки, чем у женщин без миомы матки, как в основной, так и в контрольной группе.

## ТЕРАПИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ АГНУКАСТОН

**Ледина А.В., Тагиева А.В., Ревазова Ф.С.**  
*ГУ НЦ АГиП РАМН, директор- академик РАМН,  
профессор Кулаков В.И., г.Москва, Россия*

Ранее проводимые исследования для лечения предменструального синдрома (ПМС) препаратом, созданным на основе экстракта *Agnus Castus*, подтвердили его эффективность при лечении ПМС но, однако данные о лечении тяжелых форм ПМС немногочисленны.

Целью данного исследования было изучение эффективности и приемлемости препарата Агнукастон для лечения женщин репродуктивного возраста, страдающих умеренными и выраженными проявлениями ПМС. Длительность наблюдения составила 6 месяцев, в течение которых пациентки самостоятельно и ежедневно заполняли дневники оценки самочувствия (ПМС-дневник), а также трижды (2 раза до начала лечения и один раз сразу после лечения) заполняли апробированный психологический опросник (СПМН-опросник). После трех месяцев скрининга в исследовании была включена 121 женщина с ПМС умеренной и тяжелой степенью выраженности. В результате проведенного лечения у 67,8% пациенток (по данным ПМС-дневников) и у 59,3% женщин (по данным СПМН-опросников) наступило достоверное улучшение состояния. Субъективное улучшение самочувствия было у 86,4% по данным ПМС-дневников и соответственно 96,2% женщин по СПМН-опроснику. Побочные явления, связанные с приемом Агнукастона были выявлены у 13 (10,7%) женщин. На фоне применения препарата серьезных побочных реакции не возникло ни у одной пациентки.

Заключение. Препарат Агнукастон, созданный на основе экстракта *Agnus Castus*, являются эффективным и приемлемым в лечении умеренных и выраженных проявлений ПМС.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИМАДИНОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Ледина А.В., Прилепская В.Н.**

*ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
РАМН, научно-поликлиническое отделение, г.Москва, Россия*

В последние годы значительно возрос интерес к фитотерапии. Растительные препараты находят свое применение для лечения различной гинекологической патологии: дисменореи, нарушений менструального цикла, бесплодия, масталгии, а также климактерического синдрома.

Целью исследования явилось изучить эффективность препарата климадинон для лечения климактерического синдрома у женщин в перименопаузе.

Под наблюдением находилось 38 женщин, страдающих климактерическим синдромом в возрасте от 47 до 53 лет, средний возраст 51,3 года (8 женщин с хирургической и 30 с естественной менопаузой). Тяжесть клинических симптомов оценивалась по индексу Куппермана, при этом климактерический синдром легкой степени был диагностирован у 14 женщин, средней тяжести - у 24. Перед лечением пациентки жаловались на приливы до 15-30 раз в сутки, ночную потливость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности. Среди обследованных, 13 женщин (34,2 %) имели повышенную массу тела, у 6 (15,8%) женщин была артериальная гипертензия с повышением артериального давления до 150/90 мм рт/ст.

Для оценки критериев включения/исключения все пациентки были осмотрены гинекологом, произведены ультразвуковое исследование органов малого таза и маммография, определен уровень гормонов (ФСГ, ЛГ).

Для лечения всем пациенткам был назначен препарат климадинон по 30 капель два раза в день течение 3-х месяцев. Основным действующим веществом исследуемого препарата является экстракт корневищ цимицифуги.

Для оценки эффективности лечения проводилась динамическая оценка индекса Куппермана. До лечения индекс составлял 23,6 балла, к концу 3-го месяца лечения - 14,5 баллов. При этом через 1 месяц лечения количество приливов уменьшилось с 15-30 раз в сутки до 5-12 раз, значительно снизилась их интенсивность и продолжительность. К концу 6 недели лечения у всех пациенток улучшился сон, уменьшились раздражительность, плаксивость, депрессии, тревожность. За время лечения климадиноном побочные эффекты не регистрировались ни у одной пациентки.

Заключение. Климадинон является эффективным и безопасным препаратом, для лечения климактерического синдрома, может применяться как альтернатива заместительной гормональной терапии.

## УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИСЦЕНЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА МЕТОДАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

**Лузина Л.В., Абулхаирова О.С.**

*г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия, ГKB №18*

Одной из распространенной гинекологической патологией является опущение и выпадение внутренних половых органов (28%). В последние годы отмечается тенденция к «омолаживанию» заболевания (15%), развитие осложненных и тяжелых рецидивных форм с пролапсом гениталий. Нами проведено изучение качества жизни 170 женщин с дисценцией тазового дна в возрасте от 27 до 65 лет методом сбора жалоб, анамнеза и данных объективного обследования.

Ощущение «тяжести» внизу живота, в поясничной области отмечено у 149 (88%) женщин, ощущение инородного тела в области промежности у 105 (60%), появление опухолевидного выпячивания из половых путей при натуживании, физической нагрузке, после длительной ходьбы у 113 (66,6%), частое мочеиспускание у 107 (63,3%), снижение либидо у 97 (57%) стрессовое недержание у 15 (8,8%), диспареуния у 45 (26,6%).

При объективном осмотре выявлено: зияние половой щели без натуживания; расхождение лобково-копчиковых мышц в области прикрепления их к стенкам прямой кишки и наружному сфинктеру; наличие кольпоцистоцеле; кольпоуретральный пролапс; гипермобильность матки наблюдалась у 68 (40%), на стенках влагалища и шейки матки в 70% случаев выявлены декубитальные язвы.

Таким образом проблема опущения и выпадения внутренних половых органов не несёт в себе угрозы жизни пациентки, но приводит к стойкой социальной дезадаптации, снижению качества

жизни, угнетение психо-эмоционального статуса, утрате трудоспособности. Выраженные формы пролапса приводят к физическим и моральным страданиям женщин. Эти обстоятельства способствовали разработке новых подходов к выбору хирургической тактики, оптимизации оперативных методов лечения с использованием новых технологий и противорецидивных мероприятий.

Все больные были прооперированы в плановом порядке. Женщинам репродуктивного возраста с простой формой пролапса гениталий проводилась манчестерская операция с сохранением менструальной функции. Пациенткам перименопаузального возраста с пролапсом гениталий в сочетании с недержанием мочи и/или нарушением функции прямой кишки- трансвагинальная экстирпация матки, малоинвазивные slingовые операции-с использованием петель TVT, TOT, кольпоперинеолеваторопластика с коррекцией дефектов ретровагинальной перегородки биогенными материалами или проленовой сеткой Gynemesh soft.

После проведения хирургической коррекции все прооперированные пациенты отмечали улучшения состояния, исчезновение основных жалоб (ощущение инородного тела, тяжесть внизу живота, недержание мочи) уже в раннем послеоперационном периоде. При изучении отдаленных результатов спустя два года после перенесенной операции жалобы так же отсутствовали, ликвидировались сексуальные расстройства, улучшалась трудоспособность-больные полностью возвращались к обычному ритму жизни.

Кроме того, не наблюдалось рецидива заболевания, нарушения функций соседних органов, симптомов спаечной болезни брюшины.

Таким образом, не смотря на существование консервативных методов коррекции пролапса гениталий, основным методом, улучшающим качество жизни женщин с пролапсом гениталий, является хирургическая коррекция данной патологии. Выбор того или иного метода должен проводиться индивидуально: в зависимости от возраста больной, степени тяжести патологии, длительности заболевания и учетом этиологических факторов. Применение современных высокотехнологических методов позволяет проводить органосохраняющие операции с продолжением репродуктивной функции женщин молодого возраста.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ

**Лысенко М.А., Гаспарян С.А., Есаян Н.Г., Гусаева Г.З.,  
Василенко И.А., Метелин В.Б.**

*Россия, Ставрополь, ГОУ ВПО Ставропольская государственная  
медицинская академия*

Лейомиому матки (ЛММ) относят к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний. В последние годы специалисты отмечают выраженную тенденцию к увеличению частоты данного патологического процесса среди женщин позднего репродуктивного (35-45 лет) и перименопаузального (46-55 лет) возрастов. Исследователями активно изучается роль системного и локального иммунитета в патогенезе ЛММ, однако, многие вопросы остаются недостаточно изученными. Настоящая работа была посвящена оценке ряда факторов неспецифического иммунитета перитонеальной жидкости (ПЖ) и периферической крови (ПК) больных ЛММ.

Обследованы 19 больных с диагнозом лейомиома матки (средний - 41,3±1,8 лет). Группу сравнения составили 20 соматически здоровых женщин репродуктивного возраста (средний - 35,8±4,6 лет). Морфофункциональное состояние живых функционирующих нейтрофилов ПЖ и ПК в режиме реального времени оценивали методом компьютерной лазерной фазометрии и хемилуминесцентного анализа (ХЛ). Уровень IL-4 и TNF определяли с помощью иммуноферментного метода. Статистический анализ экспериментальных и клинических данных проводили с помо-

пью алгоритмов среды MatLab и математического пакета «Statistica 6». Стандартная обработка выборок включала подсчет значений средних арифметических величин, ошибок средних, а также величины дисперсии, среднего квадратического отклонения и анализа асимметричности распределения. Различия между сравниваемыми группами рассчитывали по критериям Вилкоксона-Манна-Уитни, Колмагорова-Смирнова или Стьюдента Уровень значимости устанавливался равным 0,05.

Нами не выявлено значимых изменений общего количества лейкоцитов и нейтрофилов (НФ) ПК у пациенток с ЛММ по сравнению с соматически здоровыми женщинами ( $7,6 \times 10^9/\text{л}$  и 61%, соответственно, против  $6,9 \times 10^9/\text{л}$  и 56%,  $p > 0,05$ ).

Анализ особенностей морфологической структуры живых нейтрофилов ПК показал, что в пуле циркулирующих клеток соматически здоровых женщин, обследованных во второй фазе менструального цикла (20 – 24 сутки), содержание неактивных НФ составляло  $19,6 \pm 2,3\%$ , функционально-активных –  $70,7 \pm 4,1\%$ , а дегенеративно-измененных, исчерпавших свой функциональный резерв –  $9,3 \pm 3,4\%$ . У больных с ЛММ наблюдалось недостоверное увеличение функционально-активных клеток (до 73%) при практически неизменном количестве неактивных и дегенеративных НФ 18 и 9%, соответственно.

По данным морфометрии у пациенток с ЛММ выявлена тенденция к увеличению средних для популяции значений диаметра и периметра клеток (на 2,5 и 5,1%, соответственно) при снижении их фазового объема (на 2,5%). Следует заметить, что размерные параметры фазового портрета содержат информацию не только о пространственно-объемных характеристиках клетки, но и ее оптических свойствах, в частности о внутриклеточной анизотропии. Величина показателя преломления, измеряемая в каждой точке цитобъекта, непосредственно зависит от концентрации, химического состава, агрегатного состояния внутриклеточного вещества, наличия или отсутствия органелл и включений. Является очевидным, что величины диаметра, периметра и площади могут непосредственно отражать все изменения формы клеток, связанные с появлением псевдоподий по мере активации нейтрофила и реализации его основных эффекторных реакций (фагоцитоза, эндоцитоза, киллинга, переваривания, выделения биологически активных продуктов). Величина фазовой высоты зависит от особенностей состояния ядерных структур и гранулярного аппарата клетки. Объем нейтрофила характеризует степень активации, дегрануляции и вакуолизации клетки.

Исследование активности кислородного метаболизма НФ ПК выявило изменение функционального потенциала циркулирующего пула нейтрофилов у женщин с ЛММ: спонтанная ХЛ составила  $0,2 \pm 0,05$  mV (против 0,1 mV у соматически здоровых лиц,  $p < 0,05$ ), активированная зимозаном ХЛ –  $1,09 \pm 0,15$  mV (против 1,03 mV,  $p < 0,05$ ), хемилюминесцентный индекс –  $4,4 \pm 0,3$  УЕ (против  $2,7 \pm 0,3$  УЕ,  $p < 0,05$ ).

В периферической крови женщин с ЛММ было отмечено достоверное повышение уровня провоспалительного цитокина - TNF - на 21% по отношению к группе сравнения при снижении противовоспалительного ИЛ-4 на 12, соответственно. Высокий уровень TNF наблюдался и в ПЖ больных ЛММ.

Полученные результаты свидетельствуют о признаках активации клеточного звена неспецифической резистентности у больных ЛММ, проявляющихся в изменении структурно-объемных параметров клеток (увеличении диаметра и периметра, снижении фазового объема), усилении активационного потенциала популяции НФ (увеличении процентного содержания активированных клеток) и повышении кислородозависимой реактивности нейтрофилов. Кроме того, можно заключить, что для ЛММ является характерным нарушение баланса продукции про- и противовоспалительных цитокинов, определяющее исходную напряженность системы неспецифического иммунитета.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ

Лысяк Д.С., Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Григорьева Ю.В.

Россия, Благовещенск, ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава»; Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Актуальность проблемы определяется увеличением частоты врожденных аномалий развития (ВАР) матки и влагалища у девушек-подростков и необходимостью совершенствования хирургической коррекции.

Цель исследования. Разработка стандарта коррекции ВАР матки и влагалища у девушек-подростков.

Материалы и методы. Обследование и хирургическое лечение проведены у 91 девушки-подростка, из них с применением лапароскопии у 85. Лапароскопия одновременно с гистероскопией применялись в 31 случае. Средний возраст девушек-подростков составил  $15,9 \pm 0,5$  лет.

Результаты. У пациенток с ВАР матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови хирургическую коррекцию проводили в плановом порядке. Объем операции был следующий: вагинопластика традиционным методом проведена в 5 случаях при частичной аплазии нижней трети влагалища; вагинопластика с лапароскопической ассистенцией при аплазии верхней и средней трети влагалища – у 8; иссечение стенки влагалища, опорожнение гематокольпоса при удвоении матки и аплазии одного влагалища у 9; удаление рудиментарного рога и тубэктомия с одноименной стороны при однорогой матке и добавочном рудиментарном роге у 11; рассечение влагалищной перегородки при полном удвоении матки и влагалища у 9, метропластика по Штраассману проведена в 1 случае при неполной форме двурогой матки. Операции чаще проводились в плановом порядке. Показаниями к экстренной операции явились: выраженный болевой синдром, что характерно для ВАР матки и влагалища с нарушением оттока менструальной крови и обусловлено наличием объемного образования в малом тазу за счет гематокольпоса больших размеров. Сопутствующая гинекологическая патология устранена у 52 девушек-подростков. Объем операций: резекция яичников (15), сальпингоовариолизис (7), сальпингостомия (5), коагуляция очагов эндометриоза (7), удаление гидатид (6) и тубэктомия в одном случае. В послеоперационном периоде все девушки-подростки получили курс реабилитационной терапии. Считаем целесообразным удаление маточной трубы при однорогой матке со стороны добавочного рудиментарного рога и рассечение внутриматочной перегородки проводить в подростковом возрасте для профилактики нарушений функции репродукции.

Заключение. Своевременное выявление, хирургическая коррекция ВАР матки и влагалища и сопутствующей гинекологической патологии позволяет сохранить репродуктивную функцию у 96,7% девушек-подростков.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ И АДГЕЗИОЛИЗИС ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.

Мазитова М.И., Гайнутдинова Э.Р.

Казанская Государственная Медицинская Академия

В структуре острых гинекологических заболеваний, требующих неотложного оперативного вмешательства наиболее часто встречающимися являются внематочная беременность и апоплексия яичников, которые составляют 64% случаев (Кулаков В.И., Адамян

Л.В., 2003). Оперативные вмешательства на органах малого таза часто приводят к спаечным перитубарным процессам, нарушающим сократительную функцию маточных труб. При изучении структурных особенностей маточной трубы, удаленной в связи с эктопической беременностью, были обнаружены фиброзные спайки на наружной поверхности труб в 73% случаях (Green L.K., Kott M.L., 1989). Известно, что наличие перитубарных спаек является одной из причин возможной трубной беременности или развития трубно-перитонеального бесплодия. С целью разделения спаек и восстановления проходимости маточных труб проводится адгезиолизис. По литературным данным во время операции по поводу трубно-перитонеального бесплодия удается восстановить проходимость труб в 60-80% случаев. Однако, препятствием к восстановлению фертильности хирургическим путем является реформирование и образование новых спаек. Ввиду этого частота наступления беременности после восстановления проходимости маточных труб снижается в процентном отношении.

Цель исследования: проведение ранней динамической лапароскопии и адгезиолизиса после оперативных вмешательств в малом тазу.

Материалы и методы. Эндовидеохирургические операции были произведены 106 пациенткам с заболеваниями женских половых органов. Лапароскопию проводили под эндотрахеальным наркозом по общепринятой методике с использованием оборудования и инструментов казанских фирм «Эндомедиум» и «ППП». Динамическая лапароскопия проводилась на 3-9 сутки послеоперационного периода.

Средний возраст больных составил 27 лет (от 15 до 43). Операции были произведены с инсуффляцией CO<sub>2</sub> у 42 больных и без инсуффляции газа - у 64.

Хронические заболевания женских половых органов имелись у 44 (41,5%) пациенток, экстрагенитальные заболевания - у 22 (20,8%), ИППП - у 13 (12,3%), при этом 62 (58,5%) не обследованы. Роды в анамнезе не имели 39 (36,8%) пациенток.

Для 43 (40,6%) больных данное хирургическое вмешательство было не первой операцией. Из них 27 (25,5%) перенесли аппендектомию, 6 (5,7%) - внематочную беременность, закончившуюся сальпингэктомией, 5 (4,7%) - операции на придатках, 4 (3,8%) - сальпингоовариолизис по поводу трубно-перитонеального бесплодия (из них двоим - данное вмешательство было выполнено дважды), одной пациентке была выполнена операция кесарево сечение, по поводу слабости родовой деятельности. Из 43 пациенток только у четырех был использован лапароскопический доступ, что составило 9,3%.

Результаты исследования. После осмотра органов малого таза и брюшной полости производилась оценка состояния придатков матки и спаечного процесса. Были выполнены следующие объемы эндохирургических вмешательств: сальпингэктомия - 62, резекция и каутеризация яичников - 28, сальпингоовариолизис - 19, овариэктомия - 7, удаление придатков - 7, сальпинготомия - 5, сальпингонеостомия - 2, миомэктомия - 2, стерилизация - 2, удаление рудиментарного рога матки - 1. При этом части больным проведено несколько видов оперативных вмешательств.

При проведении лапароскопических операций спаечный процесс был обнаружен у 41 (38,7%) пациентки, из них спаечный процесс I ст. - у 5 (12,2%) прооперированных, II ст. - у 21 (29,3%), III ст. - у 12 (29,3%) и VI ст. - у двух больных, что составило 4,9%.

После проведения сальпингоовариолизиса по поводу трубно-перитонеального бесплодия и оперативного лечения трубной беременности, в том случае если пациентки желали сохранить свою репродуктивную функцию, им проводилась динамическая лапароскопия. Таких пациенток было 28, что составило 26,4%. Во время контрольной лапароскопии пациенткам проводился контроль за спайкообразованием и, при необходимости, адгезиолизис, пациенткам после внематочной беременности выполнялась ретроградная хромогидротубация. Second-look лапароскопия была выполнена на 3-и сутки в одном случае, на 4-е - в двух, на 5-е - у 6 пациенток, на 6-е - у трех, на 7-е - у 12, на 8-9-й послеоперационный день - у трех больных. Реформировавшиеся спайки были обнаружены у 5 (17,9%) пациенток, у которых при операции был обнаружен спаечный процесс II-IV степени. У четырех из них в анамнезе

имелись оперативные вмешательства (у трех - лапаротомная сальпингэктомия по поводу прервавшейся трубной беременности и у одной - кесарево сечение). Одна из пациенток кроме внематочной беременности имела еще три операции - 2 лапароскопии в объеме сальпингоовариолизиса и аппендектомию.

Заключение. При ранней динамической лапароскопии выявляется наличие реформированных или вновь образованных (de novo) спаек, и при их обнаружении производится адгезиолизис. Учитывая, что повторное рассечение спаек не всегда гарантирует их отсутствие в дальнейшем, Second-look лапароскопию можно рассматривать как метод оценки эффективности проведенного оперативного вмешательства. Возможность прогнозирования послеоперационного спаечного процесса, при неудаче восстановления проходимости маточных труб во время лапароскопии, позволяет интраоперационно выделить группу пациенток, для которых оперативное лечение бесплодия можно считать не эффективным. Таким пациенткам при необходимости реализации фертильной функции следует рекомендовать ЭКО и ПЭ.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ С ИНСУФЛЯЦИЕЙ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА И БЕЗ ТАКОВОЙ.

Мазитова М.И., Сабирова С.Р., Ляпахин А.Б.

Казанская Государственная Медицинская Академия

Актуальность проблемы. Большинство гинекологических операций в настоящее время производится с использованием новейших эндоскопических методов, улучшающих исходы оперативного лечения и облегчающих работу хирурга.

Для адекватного обеспечения визуализации тазовых органов при выполнении лапароскопических операций требуется поднятие передней брюшной стенки. Эта манипуляция достигается двумя путями: созданием пневмоперитонеума с инсуффляцией газа (в основном CO<sub>2</sub>) и применением метода лапаролифтинга, т.е. без инсуффляции какого-либо газа. Достигается это введением в брюшную полость ретрактора для механической элевации передней брюшной стенки, позволяющего визуализировать органы малого таза.

Цель исследования: провести анализ результатов эндоскопической хирургии в гинекологии с применением пневмоперитонеума и безгазовой эндохирургии и оценить эффективность тактики обоих методов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения прооперированных нами 106 гинекологических больных, которым были выполнены следующие объемы эндохирургических вмешательств: сальпингэктомия, сальпинготомия, сальпингонеостомия, сальпингоовариолизис, овариэктомия, резекция и каутеризация яичников, миомэктомия, удаление рудиментарного рога матки, стерилизация. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 42 пациентки, которым была проведена лапароскопия с использованием пневмоперитонеума с CO<sub>2</sub>. Во вторую группу вошли 64 пациентки, у которых был использован метод безгазовой лапароскопии.

Все женщины в предоперационном периоде были обследованы в соответствии с отраслевыми стандартами. Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту - средний возраст пациенток I группы составил 27 лет (15 - 43), II группы - 29 (16 - 41); по диагнозам и по показаниям к операции. Показаниями к операции явились: прогрессирующая и прервавшаяся трубная беременность, сактосальпинкс, апоплексия яичника, кисты яичника, в том числе с разрывом и перекрутом, трубно-перитонеальное бесплодие, миома тела матки, порок развития матки в виде рудиментарного рога, цистоцеле.

Результаты исследования. Сравнительная оценка результатов выполненных операций при использовании газовой и безгазовой лапароскопии проводилась по следующим параметрам: продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери,

характер и структура интра- и послеоперационных осложнений, продолжительность послеоперационных болей, течение и длительность послеоперационного периода. Оценивалась также возможность применения различных хирургических инструментов.

Длительность операции составила в I группе - 36 минут, во II группе - 39. Не имели в анамнезе родов 25 (39,1%) пациенток I-ой и 14 (33,3%) II-ой группы. Хронические заболевания женских половых органов отмечены у 15 (35,7%) пациенток I группы и 29 (45,3%) II-ой. Экстрагенитальными заболеваниями страдали 8 (19%) прооперированных лапароскопическим доступом с пневмоперитонеумом и 14 (29%) пациенток, которым была использована безгазовая лапароскопия. ИППП выявлены у 2 (4,8%) больных I-ой и 11 (17,2%) II группы, притом что 21 (50%) пациентка I-ой и 41 (64,1%) II-ой группы не обследованы на данные инфекции.

У 13 пациенток I группы в анамнезе уже имелись оперативные вмешательства, что составило 31%, у больных же II группы операции были выполнены в 30 (46,9%) случаях. При этом спаечный процесс различной степени выраженности был обнаружен в 16 (38%) случаях у I группы и в 25 (39,1%) у II-ой.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось ни в одной из групп. В обеих сравниваемых группах послеоперационный койко-день в среднем равен 6 (от 2-х до 9-ти), удлинение продолжительности послеоперационного пребывания связано с проведением части больных ранней контрольной лапароскопии.

При сравнении послеоперационного болевого синдрома у пациенток в зависимости от примененного лапароскопического метода было выявлено, что у прооперированных с использованием ретрактора, т.е. без инсуффляции углекислого газа, болевой синдром в виде болезненности в области ключицы и плеча практически отсутствовал или был незначительным и непродолжительным по сравнению с пациентками, у которых применялся пневмоперитонеум. Болезненность же в области послеоперационной раны у пациенток независимо от метода была идентичной по выраженности и продолжительности.

Примененный нами ретрактор создавал объем в брюшной полости, не уступающий таковому при применении напряженного пневмоперитонеума, время операционного вмешательства при этом не удлинилось.

Сравнение возможности применения различных операционных инструментов выявило преимущества безгазовой лапароскопии, так как она позволяет использовать более широкий набор инструментов, включающий не только специальные лапароскопические, но и обычные хирургические. Это стало возможным по той причине, что при лапароскопической операции без инсуффляции газа в брюшную полость нет необходимости использовать герметичные троакары для удержания заданного давления. Именно это позволяет хирургу использовать более привычные, прочные и удобные инструменты, применяемые при «открытых» операциях.

Заключение. Таким образом, лапароскопический метод без инсуффляции в брюшную полость газа является доступным и надежным. Владение техникой безгазовой лапароскопии позволит провести дифференцированный подход и выбор метода эндоскопической операции (с инсуффляцией углекислого газа или без нее) и добиться наилучших результатов в лечении гинекологической патологии.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

**Майскова И.Ю., Семятов С.М., Сидеропулу Н.Х.**

*Россия, г.Москва, Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов*

За последние годы возрос интерес ученых к проблеме сохранения фертильности женщин репродуктивного возраста после гине-

кологических операций. Внематочная беременность составляет 1,6 – 25% в структуре гинекологических заболеваний (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997; Праева И.Б., 1999) и занимает второе место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира. Из всех форм внематочной беременности наиболее часто встречается трубная -96,5 – 98,5% (Адамян Л.В., 2000; Стрижков А.Н., Давыдов А.И. и соавт., 2004).

Возможно, эффективность восстановления фертильности после оперативного лечения связана с влиянием интегринов и кодирующих их генов (аллелей PL-AI и PL-AP гена GP11A), но нет достаточного количества исследований, которые могли бы подтвердить или опровергнуть данное предположение.

Таким образом, актуальной остается проблема индивидуализации подхода к хирургическому лечению и реабилитации, поиску наиболее эффективных и патогенетически обоснованных методов восстановления РЗ в послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить реактивность иммунной системы (по содержанию эмбриотропных антител) пациенток с ВБ, их прогностическое и диагностическое значение.

Материалы и методы. Иммунореактивность оценивалась путем определения уровня эмбриотропных аутоантител методом - ELI-P-Test (ELISA-detected Probably of pathology), основанный на стандартном иммуноферментном анализе.

Результаты. С этой целью были обследованы 17 пациенток с ВБ. Средний возраст пациенток составил  $29,6 \pm 5,7$  лет, из них – 13 (75,7%) пациентки репродуктивного возраста (18-34л), 4 (24,2%) – позднего ( $> 35$  лет). Экстрагенитальные заболевания выявлены у 15 (88,5%) пациенток. Операции на органах брюшной полости перенесли 4 (25,7%) пациенток. Гинекологические заболевания в анамнезе отмечены у 13 (75,7%) женщин. Структура гинекологической заболеваемости в основном представлена хроническим цервицитом в 64,2% случаев, аднекситом в 35,7%, ИППП - в 21,4%. Гинекологические операции в анамнезе были у 37% пациенток, из них у 14,3% - по поводу внематочной беременности. Анализ репродуктивной функции показал, что число беременностей на 1 пациентку составило  $3,0 \pm 2,7$ , родов  $0,84 \pm 0,87$ , аборт  $1,48 \pm 2,05$ . Следовательно, соотношение абортов к родам составило 1,8:1,0. Особого внимания заслуживают методы контрацепции, используемые пациентками: 10 женщин не использовали никакие методы контрацепции, 4 пациентки использовали презерватив, 1 - ВМС, и лишь 2 обследованные - КОК.

Для обследованных пациенток были характерны отклонения показателей уровня эмбриотропных антител, причем в подавляющем большинстве в сторону гипореактивности (41,2%). Лишь у 23,5% женщин мы обнаружили нормальные показатели содержания этих антител, а у 35,3% – повышенные (гиперреактивность). То есть, 76,5% пациенток, перенесших внематочную беременность отличались патологической иммунореактивностью.

К группе со сниженной продукцией эмбриотропных антител принадлежало достоверное большинство пациенток как с воспалительными заболеваниями органов малого таза, так и с максимальной степенью инфицированности УГИ. Очевидно, персистирующая бактериальная и смешанная инфекции, а также наличие хронического воспалительного процесса половой системы сопровождаются общей иммуносупрессией и приводят к снижению сывороточного содержания специфических эмбриотропных антител. Прогрессивно углубляющиеся изменения общего иммунного статуса и нарушенная иммунорезистентность создают благоприятные условия не только для дальнейшего роста и размножения инфектов, вызвавших патологический процесс, но и для вовлечения в процесс новых видов микроорганизмов (формирование порочного круга).

Для гиперреактивных (по содержанию эмбриотропных аутоантител) пациенток, в отличие от нормо- и гипореактивных, было характерно преобладание гормональных нарушений (недостаточность лютеиновой фазы (25,2%), ановуляция (7%)), выявленных при анализе тестов функциональной диагностики. В этой же группе наблюдались заболевания щитовидной железы (8,5%), не отмеченные в других группах.

Нами была проведена сравнительная характеристика репродуктивного здоровья оперированных женщин, принадлежащих к разным группам иммунореактивности.

Наибольшая частота наступления маточной беременности имели пациентки с нормальным содержанием эмбриотропных антител (после операции забеременели 2 (100%) нормореактивных пациенток). В группе женщин, отличавшихся повышенной иммунореактивностью, восстановление фертильности наступало реже и составило 30,1%. Самый малый процент положительных исходов (наступление маточной беременности после оперативного лечения) был отмечен у пациенток из группы с аномально низким уровнем продукции этих регуляторов эмбриогенеза (25,4%).

Заключение. Таким образом, восстановление фертильности и репродуктивного здоровья в целом после перенесенного хирургического вмешательства по поводу трубной беременности возможно без тщательной всесторонней оценки состояния всех звеньев репродуктивной системы женщины и ее иммунного статуса. Пациенткам, заинтересованным в реализации генеративной функции, показано определение содержания эмбриотропных антител в сыворотке крови и проведение иммунокорректирующей терапии до наступления планируемой беременности в зависимости от полученных результатов: при выявлении гипореактивности – тщательное обследование на предмет персистирующей инфекции, при выявлении гиперреактивности – исследование гормональной функции.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

**Макаров О.В., Хашукоева А.З., Отдельнова О.Б.**

*Россия, г. Москва, Российский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

В настоящее время одним из важных направлений современной гинекологии является лечение гиперпластических процессов эндометрия (ППЭ), которые могут играть ключевую роль в развитии злокачественной трансформации. На протяжении последних десятилетий было предложено большое количество различных медикаментозных и малоинвазивных хирургических методов лечения. Тем не менее, наличие рецидивов, развитие неблагоприятных побочных эффектов и осложнения заставляет искать новые, более эффективные и менее травматичные методы лечения. Одним из таких перспективных направлений является фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод, основанный на использовании фотодинамического повреждения клеток в ходе фотохимических реакций.

ФДТ основана на теоретической концепции, исходящей из того, что разрушение патологической ткани наступает после введения фотосенсибилизирующего препарата с последующим облучением выбранного участка светом с определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора (ФС). Таким образом, в основу нашей работы была положена оценка эффективности метода ФДТ в лечении ППЭ.

Фотодинамическая деструкция эндометрия была выполнена нами у 24 пациенток перименопаузального периода, в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст –  $51,7 \pm 2,4$  года) с морфологически верифицированным диагнозом железистой гиперплазии у 9 (37,5%), железисто-кистозной гиперплазии эндометрия у 15 (62,5%) больных. Сопутствующая экстрагенитальная патология была представлена как в изолированном варианте, так и в виде сочетания различных нозологических форм. Наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (у 12 больных), варикозная болезнь нижних конечностей (у 18 пациенток), сахарный диабет II типа у 4 больных, ишемическая болезнь сердца и метаболический синдром были выявлены с одинаковой частотой у 5-х женщин. Предоперационное обследование пациенток с ППЭ было стандартно и включало ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию с раздельным

диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием полученного материала, а также обследование шейки матки. С целью выбора наиболее оптимальных временных параметров облучения нами была исследована динамика накопления ФС «Фотодитазин» («Вета-Гранд») в ткани эндометрия *in vivo*. Для решения этой задачи мы применили метод локальной флуоресцентной спектроскопии с использованием спектрально-флуоресцентной диагностической установки «Спектр-Кластер» («Кластер», ИОФРАН). Флуоресцентное детектирование эндометрия осуществлялось до введения ФС (оценка эндогенной флуоресценции) и через 30, 60, 90, 120 и 160 минут после внутривенного введения ФС (экзогенная флуоресценция тканей). В ходе спектрально-флуоресцентных исследований было определено, что до введения ФС эндогенная флуоресценция эндометрия ничтожно мала, в то время как во все сроки после введения ФС его экзогенная флуоресценция достоверно выше, а спектр излучения ткани идентичен спектру флуоресценции «Фотодитазина». Максимальные значения флуоресценции регистрировались в ткани эндометрия через 1,5-2 часа после введения ФС.

Согласно методике, сеанс облучения эндометрия осуществлялся на аппарате «Аткус-2» (длина волны 662 нм, мощность на выходе 1,85 Вт) через 1,5-2 часа после внутриматочного и/или внутривенного введения ФС «Фотодитазин» в дозе 0,5-1 мг/кг; с использованием оптического внутриматочного баллонного световода («Полироник», Россия) без применения анестезиологического пособия. Световое воздействие проводили в непрерывном или фракционном режиме, длительность облучения составила 15-40 минут, при плотности энергии 150-300 Дж/см.

С целью оценки ФДТ эндометрия проводилось ультразвуковое исследование срединных маточных структур через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. На 30-е сутки после ФДТ во всех наблюдениях отмечено линейное М-эхо. Через 6 месяцев М-эхо составило от 2 до 4 мм в 83,3% случаев. У 2 пациенток имел место рецидив ППЭ в сроки от 2 до 6 мес., что потребовало проведения повторной процедуры ФДТ. У 11 пациенток прослежены отдаленные результаты лечения в сроки до 12 месяцев. У всех из них наблюдалась стойкая аменорея на фоне линейного М-эхо по данным ультразвукового исследования срединных маточных структур. Диагностическая гистероскопия выполнялась через 12 месяцев после проведения процедуры. Гистероскопическая картина была представлена атрофией эндометрия на фоне отсутствия облитерации полости матки. Побочные эффекты были отмечены в 14 наблюдениях и заключались в слабо и умеренно выраженном болевом синдроме во время и непосредственно после проведения сеанса ФДТ. В 3 случаях имело место повышение температуры до субфебрильных цифр.

Таким образом, фотодинамическая деструкция эндометрия обладает рядом преимуществ в сравнении с другими малоинвазивными хирургическими методиками, в частности, позволяет высокоселективно удалять функциональный и базальный слой слизистой оболочки матки, не приводя впоследствии к облитерации полости матки. Кроме этого методика проведения процедуры не требует применения анестезиологического пособия, что делает возможным ее использование в амбулаторных условиях, что особенно важно у пациенток,отягощенных различной экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием к гормональному или хирургическому лечению.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ЯЙЦЕВОДОВ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

**Махова А.Н., Шатунова Е.П., Макарова Н.В.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, ЦНИЛ СамГМУ*

Воспалительные заболевания внутренних половых органов, составляющие 60-65% среди больных, обращающихся в женские консультации и до 30% стационарных больных (Стрижаков А.Н.,



Подзолкова Н.М., 1996; Зуев В.М., 1998; Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., 2006; Gardo S., 1998), представляют собой одну из основных медицинских проблем и оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста.

В последние годы возрос интерес к немедикаментозным методам лечения, ограничивается использование антибактериальных препаратов.

Цель настоящего исследования – изучить в эксперименте морфофункциональные изменения в яичниках и яйцеводах при бактериальном воспалении и оценить влияние на них фактора гипергравитации.

Материал и методы. Эксперименты проведены на 36 беспородных половозрелых крысах-самках массой 180 – 200 г, которые были разделены на 3 группы. В первой основной группе (12 животных) после моделирования воспаления проводили комплексное лечение, включающее антибактериальную и гравитационную терапию; вторую основную группу составили 12 крыс, получавших только гравитационную терапию. Контрольной группой (12 животных) служили крысы с экспериментальным воспалением, которым проводили только антибактериальную терапию.

Для создания экспериментального воспаления внутренних половых органов крыс производили лапаротомию и вводили 0,05 мл микробной взвеси, содержащей  $1 \times 10^9$  микробных тел стафилококка в 1 мл физиологического раствора по стандарту мутности непосредственно в яичники и рога матки крыс (рационализаторское предложение № 483, 484 СамГМУ). Антибактериальную (цефтриаксон 20 000 ЕД/кг 7 дней) и комплексную терапию проводили с 7-х суток создания модели воспаления. Для моделирования повышенной гравитации был создан стенд искусственной гипергравитации (Макаров И.В., 2004). Курс гравитационной терапии составил 10 дней, скорость вращения на центрифуге – 40 оборотов в минуту в течение 30 минут, что соответствовало величине перегрузки  $+0,76 \text{ Cz}$  (Макаров И.В., 2004).

Животных выводили из эксперимента на 17 сутки опыта путем передозировки эфирного наркоза, препараты яйцеводов и яичников фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Серийные депарафинированные срезы толщиной 7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизон. Материал изучали на бинокулярном микроскопе Standart-25 (Цейс).

Результаты исследования и обсуждение. В контрольной группе после проведенной антибактериальной терапии, начатой с 7 суток экспериментального воспаления и продолжающейся 7 дней, воспалительные изменения в яичниках и яйцеводах выявлены в виде незначительных участков лейкоцитарной инфильтрации, состоящих из сегментоядерных лейкоцитов и лимфоцитов. В яичниках видны также фолликулы на различных стадиях созревания. В мозговом веществе яичников отмечаются микроциркуляторные расстройства в виде венозного полнокровия, наличия расширенных артерий и вен, единичных кровоизлияний. После гравитационной терапии (10 сеансов), начатой на 7 сутки с момента инфицирования лабораторных животных (вторая основная группа), воспалительные изменения, в основном, выражены в прилежащем к яичнику сальнике, на небольших участках яйцеводов, в то время как в самих яичниках повреждение распространяется на небольшую часть покровного эпителия, прилежащего к воспаленному сальнику. В яичниках наблюдается большое количество растущих, созревающих фолликулов, в том числе и третичных с формированием граафова пузырька. Микроциркуляторные расстройства, как таковые, отсутствуют. Ткань богата артериями, венами, элементами микроциркуляторного русла, в том числе синусоидными капиллярами. После комплексного лечения, начатого на 7 сутки с момента инфицирования лабораторных животных (первая основная группа), воспалительные изменения в яичниках отсутствуют. Также, сохраняется большее количество растущих и созревающих фолликулов, по сравнению с двумя предыдущими группами животных. В мозговом веществе яичников наблюдаются многочисленные элементы микроциркуляторного русла: вены, расширенные капилляры, артериолы, занимающие значительную

площадь мозгового вещества. Воспалительные изменения в яйцеводах также отсутствуют, элементы микроциркуляторного русла многочисленны.

Таким образом, применение гипергравитации на фоне традиционной антибактериальной терапии в ранние сроки экспериментального воспаления уменьшает воспалительные и деструктивные изменения фолликулярного аппарата яичников, тканей яйцеводов и улучшает состояние микроциркуляторного русла.

## **РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ И ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Мальцева Л.И., Церетели И.К., Панькова М.В.**

*Россия, г.Казань, Казанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии*

В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимают патологические состояния, требующие оказания экстренной хирургической помощи. Наиболее часто прибегать к оперативным вмешательствам в ургентной гинекологии приходится у женщин с внематочной беременностью, апоплексией яичника, разрывом ретенционных кист. Инфекционный характер этих состояний в одних случаях абсолютно очевиден, в других - предположительный.

Целью исследования явилось изучение характера урогенитальной инфекции, способной привести к трубной беременности и деструктивным процессам в яичнике.

Обследование проведено у 162 женщин, из них у 70 с трубной беременностью, у 82 - с кистами, апоплексией яичников и острым болевым синдромом, 10 женщин служили группой контроля при оценке микробной колонизации маточных труб (биоптаты маточных труб взяты во время стерилизации).

Проведено культуральное исследование материала из цервикального канала, из маточных труб после лапароскопической тубэктомии, тканей яичников, стенок опухолей и ретенционных кист, полученных при ургентных операциях по поводу разрыва кист или апоплексии яичников. Помимо условнопатогенной неспецифической флоры в тканях определены и специфические возбудители – хламидии, уреаплазмы, герпес вирус методами ПЦР и ДНК-гибридизации. Ткани исследованы морфологически с окраской гематоксилином и эозином, а также по Ван-Гизону.

Результаты исследования. Все 152 больные имели картину острой патологии, требующей неотложной помощи. У 55- диагностирована трубная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта, у 15- по типу разрыва трубы с выраженным кровотечением в брюшную полость, у 22 – разрыв стенки опухоли (серозной, муцинозной) или кровоизлияния в ее полость, у 28- разрыв функциональной кисты яичника, у 12 – апоплексия яичника, у 28 – ретенционная киста яичников без деструкции, но с острым болевым синдромом.

Обследование, проведенное больным до и в послеоперационном периоде, показало высокую частоту сочетанной инфекционной патологии нижних отделов половых путей: бактериальный вагиноз выявлен у 64,9%, хронический цервицит у 70%, кольпит у 36,1%.

У женщин с трубной беременностью в цервикальном канале и влагалище были обнаружены хламидии в 55,7% случаев, *Ureaplasma ureal.* - 41,4%, *Trich. vaginalis* – 5%, *Candida alb.* - 3,2%. Из 82 больных с деструктивными процессами в опухолях и опухолевидными образованиями яичников специфическая инфекция в нижних отделах половых путей выявлялась нечасто - хламидии у 9,5%, микоплазмы у 11%, уреаплазмы у 19%, при этом антитела различных классов к возбудителям выявлялись в 5-6 раз чаще, чем антигены, что позволило предположить большую частоту хронической инфекции с локализацией ее, возможно, в верхних отделах половых путей. Поиск микроорганизмов в образцах тканей маточных труб, яич-

ников и стенках кист подтвердил эти предположения. Хламидии в слизистой трубы с эктопической беременностью выявлены у 55,6% женщин, вирус герпеса у 27,1%, *Ureaplasma ureal.* у 21,3%, грибы *Candida* у 17,1, различные ассоциации включая *Gardnerella vaginalis*, стафилококки и энтерококки наблюдаются у 82% женщин. При разрыве стенки опухоли или ретенционной кисты хламидии обнаружены в 68% и 91,6% случаев, в подавляющем большинстве в ассоциации с уреаплазмами, грибами *Candida*, и грамположительными кокками. Апоплексия яичника также явилась результатом инфекционного поражения его, из 12 женщин у 9 в тканях яичника обнаружены хламидии, у 3- уреаплазмы. У здоровых женщин в биоптате маточных труб инфекция не обнаружена.

При морфологическом исследовании установлены признаки, характерные для хламидийного и уреаплазменного поражения. При хламидийной инфекции, как в ткани яичника, так и маточной трубы (биоптат взят вне локализации плодного яйца) типичными были мальформация вен, венул, лимфатических сосудов, прекапилляров, с развитием плазмостаза, лимфостаза, плазмо и лимфорагии и студневидного отека стромы, и в отдельных случаях – кальциатов. Известковые отложения в строме эндосальпинкса, миосальпинкса обнаружены у 35% женщин с трубной беременностью и хламидийной инфекцией в трубе. Уреаплазменная инфекция сопровождалась нерезкой воспалительной реакцией в маточной трубе и яичнике, стенках опухоли, но отличалась очаговыми и массивными геморрагиями, развитием очагового продуктивного васкулита, артериита, плазматического пропитывания тканей, фибриноидного набухания вплоть до некроза, фиброза стромы.

Своеобразным знаком герпетической инфекции в маточной трубе является очаговый васкулит с некрозом эндотелия и формированием тромбов, фиброзом стенок сосудов, облитерацией их, участками некроза эндосальпинкса. Герпетическое поражение яичника установлено у 7,3% женщин с деструктивными процессами в опухолях и кистах всегда в ассоциации с уреаплазмами или хламидиями. Герпетическую инфекцию во всех случаях в яичниках отличает картина эндovasкулита, тромбоза, некроза тканей.

Таким образом, трубная беременность, деструктивные изменения в опухолях и кистах яичников, апоплексия яичника является результатом инфекционного поражения маточных труб, яичников при этом высокий удельный вес внутриклеточной специфической инфекции очень высок.

Отсутствие специфического возбудителя в цервикальном канале не исключает его наличия в придатках матки и требует дополнительной диагностики при эндоскопическом исследовании. Характерные морфологические изменения трубы и яичника могут быть критериями диагностики специфического инфекционного поражения и являются основой для адекватной реабилитационной терапии в раннем и позднем послеоперационном периодах.

## **БЕЛКИ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ЭКОиПЭ**

**Маркина Л.А., Баженова Л.Г., Зорина Р.М.,  
Рябичева Т.Г., Конышева Т.В., Чирикова Т.С.**

*Россия, Новокузнецк, МЛПУ «ГКБ№1», ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава  
РФ, кафедра акушерства и гинекологии*

Роль белков и биологически активных соединений фолликулярной жидкости в механизмах оплодотворения, а также их диагностическая и прогностическая значимость в исходе программ экстракорпорального оплодотворения активно изучается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Однако, опубликованные данные малочисленны и весьма противоречивы.

Целью данной работы было изучение содержания некоторых белков и провоспалительных цитокинов в образцах жидкости из антральной полости доминантных фолликулов пациенток, полученных в лечебных циклах ЭКО, для изучения их диагностической роли и прогностической значимости в исходе программ.

Исследована фолликулярная жидкость (ФЖ) от 45 женщин с верифицированным диагнозом «бесплодие трубного генеза» (1 группа), и 10 женщин с пролеченным эндометриозом придатков (2 группа). Средний возраст пациенток, участвующих в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) составил  $30,26 \pm 0,62$  лет. Стимуляцию овуляции во всех лечебных циклах осуществляли использованием препаратов а-ГнРГ (декапептил 0,1) в сочетании с чМГ и рекомбинантным ФСГ (менопур, гонал-ф). В качестве индуктора овуляции использовали прегнил 10000 МЕ. Образцы фолликулярной жидкости для исследования получали непосредственно во время пункции доминантных фолликулов в лечебных циклах ЭКО. У 23(52%) пациенток 1 группы беременность наступила (ЭКО+), у 22(48%) пациенток – программа была не результативна (ЭКО-). Из 10 женщин 2 группы беременность наступила только у 4(40%).

В составе ФЖ изучалось содержание альфа-2-макроглобулина (МГ), методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифической антисыворотки; лактоферрина (ЛФ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина 1 (ИЛ-1), фактора некроза опухоли (ФНО) методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Вектор-Бест»; IgG методом радиальной иммунодиффузии по Манчини с использованием стандартных тест-систем (НИИ им. Мечникова, Россия) и альбумина унифицированным биохимическим методом. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи сертифицированной РС программы для биостатистики InStat 2.0 (Sigma, США).

Как показали наши исследования содержание основного белка ФЖ – альбумина было максимально высоким, в сравнении с другими белками, сопоставимым в обеих группах и не зависящим от исхода программ ЭКО ( $48,11 \pm 0,48$ г/л в 1 группе и  $46,41 \pm 1,01$ г/л во 2-ой). Концентрация JgG в ФЖ была сопоставима с уровнем белка в крови, а средние значения в группах не различались ( $6,82 \pm 0,35$ г/л -1 группа;  $7,21 \pm 0,29$ г/л -2-ая).

Содержание высокомолекулярного белка – альфа-2-макроглобулина в ФЖ женщин, пролеченных по поводу эндометриоза, было несколько выше, но статистически достоверной разницы в показателях мы не выявили ( $0,14 \pm 0,015$ г/л - 1 группа и  $0,17 \pm 0,06$ г/л – 2-я). Особенно высокими были среднестатистические значения данного белка в ФЖ у тех женщин 2-ой группы, у которых беременность не наступила ( $0,19 \pm 0,1$ г/л).

Уровень низкомолекулярного и высокочувствительного острофазового белка лактоферрина в составе ФЖ был значимо ( $p=0,005$ ) выше у женщин 2-ой группы ( $0,67 \pm 0,12$ мг/л) независимо от исхода программы ЭКО, по сравнению с показателями 1-й группы ( $0,38 \pm 0,04$ мг/л).

Содержание ИЛ-1 в ФЖ у пациенток 2-й группы ( $5,16 \pm 3,1$ пкг/мл) и у пациенток в нерезультативных программах ЭКО ( $8,61 \pm 4,7$ пкг/мл) было значимо выше ( $p=0,04$ ) в сравнении с показателями у женщин в 1-й группе ( $1,88 \pm 0,66$ пкг/мл).

Показатели ФНО были значимо повышены ( $p=0,0001$ ) у женщин 2-й группы ( $7,22 \pm 0,67$ пкг/мл), независимо от исхода программ ЭКО, в сравнении с показателями 1 группы ( $1,16 \pm 0,2$ пкг/мл).

Уровень ИЛ-6 статистически значимо не различался в группах обследованных. Вместе с тем, обращал на себя внимание факт более высокого содержания белка в ФЖ у пациенток 2-й группы ( $23,24 \pm 7,26$ пг/мл) и в нерезультативных программах ЭКО ( $29,7 \pm 1,0$ пг/мл) в сравнении с 1-ой группой ( $17,22 \pm 3,23$ пг/мл).

Все вышеизложенное позволяет сделать следующий вывод: лактоферрин, ИЛ-1 и ФНО являются диагностическими и прогностически значимыми маркерами фолликулярной жидкости у женщин с бесплодием различной этиологии. Несмотря на отсутствие клинических признаков эндометриоза у вступивших в программу ЭКО женщин, высокие концентрации в фолликулярной жидкости

острофазового белка лактоферина и провоспалительных цитокинов указывают на наличие скрытых патологических процессов, возможно на молекулярном уровне, на сниженный потенциал к дальнейшему развитию, т.е. на функциональную неполноценность женских гамет. Таким образом, максимально высокие значения ЛФ, ИЛ-1 и ИЛ-6 на фоне повышенного МГ являются неблагоприятными прогностическими признаками в исходе программ ЭКО и обосновывают необходимость проведения дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при нерезультативных программах ЭКО у данной группы женщин.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ**

**Маясина Е.Н., Звычайный М.А., Воронцова А.В.,  
Осипенко А.А., Федотовских И.В.**  
*г. Екатеринбург*

Миома матки относится к числу наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей матки, ее частота составляет 25-30%. Особенный рост частоты этого заболевания отмечается у женщин в пременопаузальном возрасте, то есть на начальном этапе возрастной инволюции репродуктивной системы, когда в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только фибромиомы матки, но и других гиперпластических процессов в репродуктивной системе (аденомиоза, фиброзно-кистозной мастопатии).

Несмотря на результаты многочисленных исследований, до сих пор не существует общепринятого мнения в отношении как этиологии и патогенеза миомы матки, так возможностей терапевтического и оперативных подходов к лечению данного новообразования. Кроме того, нет однозначного мнения, как корректировать сопутствующие миоме гиперпластические процессы в репродуктивной системе - аденомиоз, мастопатию.

В 70-е годы XX века исследовательским центром Романвилля во Франции была начата программа исследования стероидов с антигормональной активностью. В 1980 г. в лаборатории фирмы Russel Uclaf был разработан и лицензирован первый антигестаген - мифепристон (Ru 486). В Российской Федерации зарегистрирован ряд лекарственных средств с международным наименованием «мифепристон», в том числе отечественный препарат Мифепристон (ЗАО «Мир-Фарм»).

Мифепристон - синтетический 19-норстероидный препарат. Он блокирует эффекты прогестерона за счет конкурентного ингибирования его рецептора. Препарат связывается с прогестероновыми и глюкокортикоидными рецепторами и в меньшей степени с андрогенными рецепторами. И хотя основными свойствами мифепристона являются антипрогестериновые, он может оказывать модифицирующее действие на эстрогензависимые изменения в эндометрии и миометрии - действовать как антиэстроген, что связано с блокадой ингибирующего действия прогестерона на синтез рецепторов эстрадиола. Первоначально Мифепристон был разработан для медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках (до 49 дней задержки менструации). В дальнейшем изучение мифепристона в ведущих клиниках мира показало, что препарат может применяться и для лечения лейомиомы матки. Однако, каково будет влияние мифепристона на другие сопутствующие гиперпластические процессы в репродуктивной системе (в эндометрии, в молочных железах) остается до конца не ясным.

С целью выяснения возможностей применения препарата Мифепристон у женщин пременопаузального возраста с сочетанными гиперпластическими процессами в репродуктивной системе на базе кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического

факультета УГМА, МУ ГКБ №40, городского эндокринологического центра нами было обследовано 16 женщин 42-49 лет, имеющих сочетание фибромиомы матки (от 1 до 6 узлов, средний размер фиброматозных узлов  $3,4 \pm 1,46$  см) с аденомиозом 1-2 степени (8 обследованных) и (или) с фиброзно-кистозной мастопатией (14 пациенток) на протяжении 6 месяцев получающих Мифепристон по 50 мг в день. Всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и динамическое наблюдение, включавшее общепринятые и специальные методы исследования.

Нарушения менструальной функции при первичном обследовании пациенток можно было охарактеризовать следующим образом: наличие обильных менструаций отмечали почти все женщины (75,0%), увеличение длительности менструального кровотечения - больше половины больных (62,5%), альгодисменорею и тазовые боли различной интенсивности - 11 пациенток (68,8%). К завершению 6 месяца использования Мифепристона: менструация и боли в области малого таза отсутствовали у всех пациенток.

На основании УЗИ органов малого таза до начала лечения и через 1, 3 и 6 месяцев терапии Мифепристом установлено следующее: уменьшение размеров фиброматозных узлов за 1, за 3 и за 6 месяца от  $3,4 \pm 1,46$  см - в среднем, соответственно на 16,1% (1,0%-31,7%), на 39,9% (15,9%-69,2%) и на 44,8% (22,0%-84,9%), причем динамика изменения диаметра разных фиброматозных узлов у одной и той же женщины могла значительно отличаться; отсутствие достоверных отклонений толщины эндометрия - так среднее М-эхо находилось в пределах  $4,7 \pm 0,53$  мм -  $5,0 \pm 0,41$  мм -  $4,6 \pm 0,78$  мм -  $5,0 \pm 0,60$  мм соответственно до начала лечения - через 1 месяц - через 3 месяца - и через 6 месяцев терапии.

При проведении гистероскопии и гистологического исследования эндометрия, обнаружено, что к завершению 6 месяцев приема Мифепристона, эндометрий морфологически более соответствовал эстрогенному воздействию (то есть, преобладал эндометрий в фазе ранней или средней пролиферации), но с другой стороны, не было никаких очевидных подтверждений гиперплазии эндометрия; кроме этого, у пациенток с имевшимся при первичном обследовании аденомиозом на фоне приема Мифепристона выявлено или уменьшение видимых эндометриоидных ходов (у 25,0%), или исчезновение эндометриоидных ходов и восстановление нормального рельефа слизистой (у 25,0%).

По данным субъективного, объективного и инструментального маммологического обследования за все полгода применения Мифепристона ни у одной из женщин, имевших при первичном обследовании диффузную фиброзно-кистозную мастопатию (у 87,5%) и масталгию (у 50,0%), не было выявлено отрицательной динамики; более того, через 6 месяцев наблюдения жалобы на болевые ощущения в области молочных желез отсутствовали у всех больных.

Что касается переносимости препарата Мифепристон, то из возможных побочных эффектов можно отметить: ощущения «приливов» жара, повышенная потливость, головная боль, чувство нехватки воздуха, сухость в области наружных половых органов - возникали на 3-6 месяце приема препарата, оценивались пациентками на 1 или максимум на 2 балла и их появление не привело к отмене Мифепристона.

Таким образом, результаты шестимесячного применения препарата Мифепристон у женщин в пременопаузе позволяют нам не только сделать заключение об его эффективности (достоверное уменьшение диаметра фиброматозных узлов в среднем на  $44,8 \pm 9,22\%$ ) и безопасности (прежде всего, отсутствие гиперплазии эндометрия и других осложнений, а также несущественность побочных эффектов), но и открывают определенные перспективы использования препарата при наличии других гиперпластических процессов в репродуктивной системе, которые часто сопутствуют миоме у данного контингента больных (снижение выраженности аденомиоза по данным гистероскопии и субъективное улучшение в состоянии молочных желез на фоне стабилизации течения фибрознокистозной мастопатии).

Хотелось бы обратить внимание на следующий факт, обнаруженный нами при проведении данного исследования: практически у

всех пациенток через 3-6 месяцев (для каждой женщины по-разному) наблюдались: с одной стороны - появление симптомов дефицита половых стероидов (приливы жара, потливость, вагинальная сухость и др.), а с другой – отсутствие дальнейшей положительной динамики со стороны гиперпластических процессов репродуктивной системы, что на наш взгляд обосновывает потребность в более низкой дозировке препарата.

## **ПЕРСИСТЕНЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОГЕНОВ В КЛЕТКАХ ЯИЧНИКА И ПРОЦЕССЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ И РЕГУЛЯЦИИ АПОПТОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ**

**Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф., Теплова С.Н.**

*Россия, Челябинск, Государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии №1, кафедра иммунологии и аллергологии*

Бесплодие чаще всего имеет смешанный генез и зависит от инфекционного фактора, поражающего репродуктивные органы, а также от нарушений функциональной активности тканей яичника. В специальной литературе имеется ограниченное число исследований, посвященных определению микробных внутриклеточных патогенов, включая хламидии, ВПГ-1,2, ЦМВ, микоплазмы, непосредственно в клетках яичника, что не позволяет оценить частоту микробного поражения гонад при бесплодии. Не исследовано влияние персистенции патогенов на состояние пролиферации и апоптоза клеток яичника при трубно-перитонеальном бесплодии.

Цель исследования: анализ частоты персистенции инфекционных патогенов, экспрессии маркеров пролиферации и регуляции апоптоза клетками яичника у женщин с бесплодием.

Материалы и методы

В условиях гинекологического стационара обследовано 25 женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 20-25 лет - 4 женщины, 26-30 лет - 10, 31-35 лет - 8 и 36-40 лет - 3 пациентки.

При обследовании использованы стандартные клинические, биохимические методы, определение половых гормонов в крови. Для индикации и верификации микробных агентов применяли стандартную бактериоскопию мазков из влагалища, цервикального канала, бактериологическое исследование цервикальных и вагинальных выделений, а также исследование биоптатов яичников с определением в них генетического материала возбудителей (HSV1-2, CMV, M.hominis, Ur.urealiticum, Chl.trachomatis) с помощью ПЦР-диагностики. Исследование на внутриклеточные патогены проведено у 80% (20) пациенток. Все больные обследованы инструментально с использованием УЗИ матки и придатков, а также манипуляционно-диагностической лапароскопии с биопсией яичников. Манипуляционно-диагностическая лапароскопия выполнена в фазу пролиферации менструального цикла - у 40%(10) пациенток, в фазу секреции - у 60%(15). Определение экспрессии белков p53, Ki67 и PCNA в гистологических срезах проводили иммуногистохимическим методом с применением тест-систем «Нафтол AS-MX-фосфат Free acid (№4875 Sigma)» (USA); «RTU-Ki-67-MM1», «NCL-L-PCNA» (Великобритания) и системы мечения Immuno-mark (ICN) на парафиновых гистологических срезах.

При обработке материала использован непараметрический критерий U (Вилкоксона-Манна-Уитни). Значения считались достоверными при  $p < 0.05$ .

Результаты

Возраст менархе 11-14 лет был установлен у 84% (21) женщин. У 12% (3) обследуемых менструальная функция началась в возрасте 15-17 лет. Нарушение менструального цикла отметили 80% (20) женщин. Гиперполименорея выявлена у 36%(9) пациенток, дисменорея у 40%(10), олигоменорея- 4%(1), опсоменорея- 36%(9),

менструальная функция не изменена только у 20%(5) женщин. В анамнезе воспалительные процессы со стороны матки и придатков отмечали 100% женщин, включенных в исследование. Эктопия шейки матки была у 40%(10), генитальный эндометриоз – 8%(2), СПКЯ-12%(3), полипоз эндометрия-4%(1), киста яичника-4%(1)-женщин. Инфекции передающиеся половым путем были в анамнезе у 80%(20) женщин. Все пролечены этиотропно совместно с половыми партнерами. Первичное бесплодие установлено у 52%(13) пациенток, вторичное – у 48%(12). Длительность бесплодия 1-3 года выявлена у 32%(8) женщин, 4-5 лет- у 36%(9), 7-10 лет – у 16%(4), 10 и более лет – у 12%(3) пациенток. При ПЦР-диагностике биоптатов яичников у 20 женщин в 28% (7) случаев выявлен генетический материал внутриклеточных патогенов. Из них ВПГ установлен у 5%(1) женщин, ЦМВ – у 20%(4) больных, хламидии – у 5% (1), микоплазмы – у 5%(1) пациенток. В биоптатах яичников не выявлены возбудители, передающиеся половым путем у 65%(13) женщин. Гистологическое исследование биоптатов яичников у 25 женщин позволило установить наличие воспалительных и других изменений в яичниках у 92% пациенток. Хронический аднексит диагностирован у 72%(18) женщин, СПКЯ-у 32%(8), эндометриоз яичников-у 4%(1), фиброма яичника-4%(1), фолликулярная киста яичника-4%(1). Отсутствовали патологические изменения в яичниках лишь у 8%(2) женщин.

По результатам иммуногистохимического исследования, число клеток коркового слоя яичника, экспрессирующих маркеры PCNA и Ki67, в фазу пролиферации оказалось достоверно и закономерно выше, чем в фазу секреции. Эта закономерность особенно характерна была для экспрессии ядерного белка PCNA. В старшей возрастной группе женщин (36-40 лет) получено достоверное нарастание числа клеток яичника, экспрессирующих маркеры пролиферации и проапоптогенного белка p53. В этой группе в фазе секреции установлено максимальное число клеток яичника, имеющих маркерные белки пролиферации (PCNA, Ki-67) при минимальном уровне экспрессии проапоптогенного белка p53, что может объяснять механизм некоторых форм возрастных ановуляторных дисфункций у женщин. При бесплодии 7-10 и более лет в секреторной фазе цикла количество клеток яичника, экспрессирующих PCNA было достоверно выше, а уровень экспрессии проапоптогенного белка p53, напротив, достоверно ниже, чем при бесплодии в течение 1-5 лет. При наличии персистирующей инфекции в фазу пролиферации менструального цикла число клеток, экспрессирующих PCNA, Ki67, p53 имело тенденцию роста. Однако, статистически достоверным был рост только клеток, экспрессирующих ядерный белок Ki67. В секреторной фазе установлен достоверный рост числа клеток яичника, экспрессирующих проапоптогенный белок p53. Таким образом, персистирование внутриклеточных патогенов в тканях яичника в фазе пролиферации усиливает выраженность белков, участвующих в пролиферации, а в фазе секреции может способствовать усилению апоптоза клеток яичников. Возможно, усиление пролиферации клеток-мишеней способствует внутриклеточному накоплению патогена, а усиление экспрессии проапоптогенного белка в фазе секреции может свидетельствовать о превалировании процессов программированной гибели пораженных клеток.

Заключение: При ТПБ частота выявления внутриклеточных патогенов в биоптатах яичников с помощью ПЦР составила 35%. Старший репродуктивный возраст женщин (36-40 лет) и длительность бесплодия 10 и более лет, ассоциированы с преобладанием клеточной пролиферативной активности в яичниках в секреторной фазе цикла и снижением численности клеток, экспрессирующих проапоптогенный белок p53. Персистенция внутриклеточных патогенов в яичнике при ТПБ сопровождается усилением экспрессии белка пролиферации Ki67 в пролиферативной фазе цикла и ростом экспрессии проапоптогенного белка p53 в клетках яичника в секреторной фазе цикла.

# ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ СКРИНИНГОВЫХ АНТИТЕЛ (К Н-ДНК, Д-ДНК, АНФ) И АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ (АНТИТЕЛА К -2 ГЛИКОПРОТЕИНУ, К ФОСФАТИДИЛСЕРИНУ, К АННЕКСИНУ V) ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕГУЛОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Межевитинова Е.А., Сухих Г.Т., Назарова Н.М.,  
Менжинская И.В., Акопян А.Н.  
ГУ АГиП РАМН, г. Москва

Введение. В настоящее время выявление антител к нативной-ДНК(н-ДНК), к денатурированной-ДНК(д-ДНК), антиядерного фактора(АНФ) являются важными скрининговыми тестами для диагностики аутоиммунных заболеваний. Кроме того, выявление их при аутоиммунной патологии щитовидной железы свидетельствует о развитии других аутоиммунных заболеваний, например системной красной волчанки(СКВ). Также известно, что эти антитела негативно влияют на функцию репродуктивной системы женщины, в частности отмечена высокая частота встречаемости АНФ при эндометриозе, при неудачных попытках ЭКО. Что касается антител к ДНК, то многие исследователи выявили ассоциацию антител к д-ДНК с развитием у женщин преэклампсии, особенно таких ее симптомов как протеинурия и гипертензия. Также повышение уровня антител к н-ДНК является неблагоприятным фактором влияющим на вынашивание и исход беременности(в частности для рождения живого плода).

Следовательно, беременность у данной категории женщин должна быть запланирована, а контрацепция, назначаемая этим женщинам должна быть высокоэффективной и безопасной.

Известно, что наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная пероральная контрацепция(КОК), основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов. До настоящего времени недостаточно изучено влияние КОК на течение аутоиммунных процессов. Некоторые авторы считают, что эстрогенный компонент КОК стимулирует образование аутоиммунных антител. По данным других исследователей, при стабильном течении такого тяжелого аутоиммунного заболевания, как СКВ(при отсутствии тромбозов, люпус нефрита, антифосфолипидных антител –(к -2 гликопротеину, к фосфатидилсерину, к аннексину V) КОК не оказывают негативного влияния на ее течение.

Таким образом, в настоящее время научный интерес представляет изучение влияния КОК на течение аутоиммунных процессов и уровень антител к н-ДНК, к д-ДНК, АНФ, антител к -2 гликопротеину, к фосфатидилсерину, к аннексину V.

Цель: изучить влияние комбинированных низкодозированных пероральных контрацептивов (КОК) на уровень антител к нативной-ДНК, к денатурированной-ДНК, АНФ, антител к -2 гликопротеину, к фосфатидилсерину, к аннексину V у женщин репродуктивного возраста с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 22 женщины с аутоиммунным тиреоидитом, в возрасте от 18-49. Всем женщинам проводились следующие исследования: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, определение ТТГ, Т4свободный(Т4св.), АТ к ТПО, АТ к ТГ, определялись антитела к фосфатидилсерину, к -2 гликопротеину, к аннексину V, ВА, анализировались некоторые параметры гемостазиограммы, цитологическое исследование шейки матки, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы. Антитела к АНФ, к н-ДНК, д-ДНК, к фосфатидилсерину, к аннексину V, к -2 гликопротеину, определялись методом непрямого твердофазового иммуноферментного анализа, с использованием наборов фирмы ORGENTEC, Германия. Анти-

тела к ТПО и к ТГ определялись иммунофлюоресцентным методом с помощью реактивов фирмы Abbot на приборе AXSYM. Анализ крови на ТТГ и Т4(Т4св.) проводился утром натощак, без приема L-тироксина с использованием реактивов фирмы Bayer.

Критериями исключения служили женщины с изменениями в параметрах гемостазиограммы, с антифосфолипидным синдромом, а также с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, тяжелыми заболеваниями печени и почек, с АД >160/90 мм. рт. ст. с тромбозами и тромбоэмболиями в анамнезе.

Результаты и их обсуждение. При обследовании у 1 женщины были выявлены высокий уровень антител к н-ДНК и к д-ДНК, а также изменения в параметрах гемостазиограммы по типу гиперкоагуляции, при дальнейшем обследовании этой пациентке был поставлен диагноз системной красной волчанки. Согласно критериям исключения, эта пациентка не вошла в исследование.

У 2-х(9%) женщин были выявлены антитела к фосфатидилсерину и -2 гликопротеину без изменений гемостазиограммы.

Проведенные исследования показали, что через 3 мес после приема Регулона отмечалось уменьшение объема кровопотери при менструации у 4-х(19%) женщин, а также у 3-х(14%) женщин отмечено купирование симптомов ПМС. У 2-х (9,5%) женщин с антителами к фосфатидилсерину и -2 гликопротеину, уровень их под влиянием КОК не изменился, также не было существенных сдвигов в параметрах гемостаза.

У 2-х (9,5%) женщин отмечено повышение ТТГ на 1,2%(однако его значения не превышали границ нормы), в то время как уровень Т4св. ни у одной женщины не изменился.

У 6 (28,5%) пациенток наблюдалось снижение уровня антител к ТПО на 15%-18% и к ТГ на 7,2 - 8%, у остальных женщин уровень этих антител не изменился. Не наблюдалось высокого уровня антител к д-ДНК, н-ДНК, АНФ к фосфатидилсерину и -2 гликопротеину, к аннексину V ни у одной из обследованных женщин.

Выводы: Таким образом, КОК не вызывают изменения уровня гормонов щитовидной железы, кроме того, способствуют снижению АТ к ТПО и к ТГ и в результате снижают цитотоксическое действие АТ к ТПО на клетки щитовидной железы. При этом КОК не оказывают негативного влияния на уровень скрининговых антител(антитела к д-ДНК, н-ДНК, АНФ) и антител к фосфолипидам, следовательно, не стимулируют развитие других аутоиммунных заболеваний у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.

## ВНУТРИМАТОЧНАЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМА В ПРАКТИКЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Калоева З.В., Харитоновна Л.И.,  
Овсянкина Н.Л., Киракосян Л.С., Буцык И.И.

Россия, Смоленск. Смоленская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Проблема реабилитации и контрацепции после любого прерывания беременности является актуальной ввиду высокой социальной значимости, а в свете федеральной программы еще и важной для улучшения репродуктивного здоровья. С 1998 года в нашей стране активно проводится медикаментозное прерывание беременности, которое по праву всюду в мире признано наиболее безопасным методом. Основным принципом действия препаратов для медикаментозного прерывания беременности (Мифепристон, Пенкрофтон) является блокирование рецепторов к прогестерону беременной матки, эндометрия. Поэтому применение препаратов прогестерона оправдано в плане реабилитации после медикаментозного аборта.

Цель: Изучение влияния внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы «Мирена» на состояние эндометрия после медикаментозного прерывания беременности препаратом Пенкрофтон.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 35 пациенток репродуктивного возраста, желавших прервать беременность медикаментозно. Средний срок беременности укладывался в рекомендуемые 42 дня аменореи. Все пациентки желали в постабортном периоде иметь длительную эффективную контрацепцию. Мониторинг за состоянием пациенток проводился на 7 сутки с момента изгнания плодного яйца. Тогда же при отсутствии противопоказаний им вводилась гормональная внутриматочная релизинг система Мирена. Оценка состояния проводилась через 1 и 6 месяцев после введения спирали. На послеоперационном этапе проводилась оценка состояния эндометрия с учетом экспрессии рецепторов к прогестерону через 1 и 6 месяцев после введения спирали.

Результаты и их обсуждение. Протокол проведения медикаментозного аборта был общепринятым, утвержденный региональными стандартами качества. Учитывая блокирующий эффект Пенкрофтона, оказываемый на прогестероновые рецепторы, достаточно часто удлинение периода кровянистых выделений было связано именно с невозможностью ответа последних на эндогенный прогестерон, вырабатываемый после аборта. Гормональная релизинг система Мирена, как раз за счет выделяемого прогестина способствует наиболее быстрому восстановлению рецепторного аппарата миометрия и эндометрия. Нами отмечено, у 35 пациенток, которым проводилось введение спирали укорочение периода кровянистых выделений, по сравнению с пациентками без релизинг-системы, в среднем на  $5,6 \pm 0,2$  суток, уменьшалась и интенсивность кровянистых выделений уже на 5 сутки у 30% женщин они отсутствовали. Через 1 месяц путем Рирел биопсии определялась экспрессия прогестероновых рецепторов (иммуногистохимия ДАКО, Дания), которая у пациенток с ГРС была практически нормальной, а у больных без ГРС экспрессия рецепторов к прогестерону значительно отставала от нормы.

Эффективность контрацептивного эффекта ГРС не вызывает ни каких сомнений, что и не входило в задачи нашего исследования.

Выводы: Таким образом, проведение контрацепции левоноргестрел-релизинг системой Мирена после медикаментозного прерывания беременности препаратом Пенкрофтон, является не только эффективным методом предохранения от последующей нежелательной беременности, но и методом гестагенной реабилитации после медикаментозного аборта, что важно для пациенток, планирующих последующую беременность.

## **АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ СОБСТВЕННЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН**

**Мельников В.А., Краснова Н.А., Нурмухаметова Э.Т.**

*Самарский государственный медицинский университет, г. Самара*

Известен способ двухэтапного метода лечения рецидивирующего бактериального вагиноза, который используется при каждом обострении заболевания и заключается в применении антибактериальной терапии на первом этапе, с последующим восстановлением влагалищного микробиоценоза эубиотиками – на втором этапе лечения (Тихомиров АЛ., Олейник ЧГ.). Недостатком данного способа является неоднократное использование антибактериальных препаратов, что приводит к развитию ятрогенных осложнений, а в конечном итоге не происходит формирование индивидуального для данной женщины микробиоценоза влагалища.

Цель: формирование индивидуального микробиоценоза влагалища путем непрерывного, последовательного культивирования собственных лактобацилл женщины *in vitro* и *in vivo*, исключая антибактериальные препараты, стандартно применяемые в терапии данного заболевания.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 21 женщина с диагностированным рецидивирующим бактериальным вагинозом. В анамнезе у обследуемых до 3-х раз в год отмечался рецидив бактериального вагиноза, по поводу которого они каждый раз проходили двух этапное лечение. У 11 женщин ранее проводилось лечение специфической инфекции (хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза). Предлагаемый нами способ лечения рецидивирующего бактериального вагиноза реализуется следующим образом. У пациенток клиническими и лабораторными методами исключается наличие специфической инфекции, проводится исследование микробиоценоза влагалища. При отсутствии специфической инфекции через 3-5 дней после менструации шпательом производится забор пристеночного влагалищного содержимого из заднего свода, которое переносится в стандартную селективную среду для выращивания лактобацилл. В течение 7-10 дней проводится культивирование лактобацилл *in vitro* в стандартных условиях.

Заселение влагалища собственными лактобациллами (культивирование *in vivo*) начинается после получения достаточной концентрации лактобацилл в среде (50-100 лактобацилл в поле зрения при увеличении  $\times 630$ ) и отсутствии другой флоры. Данный этап проводится в конце первой и в течение всей второй фазы менструального цикла. Далее за 2-3 дня до менструации производится повторный забор пристеночного влагалищного содержимого из заднего свода для культивирования лактобацилл в селективной среде *in vitro*. После менструации повторно проводится заселение влагалища собственными лактобациллами в течение всего менструального цикла (культивирование *in vivo*).

Непрерывное, последовательное культивирование собственных лактобацилл проводится в течение 3-5 менструальных циклов с использованием клинического, бактериоскопического и рН-метрического контроля в процессе лечения и в течение 3-х менструальных циклов после лечения.

Результаты: контроль биоценоза влагалища в течение 12 менструальных циклов после лечения не выявил нарушений биоценоза влагалища у 19 женщин (90,5 %). 2 женщины (9,5 %) обратились по поводу рецидива бактериального вагиноза в течение 12 менструальных циклов. После обследования на ЗППП у одной был выявлен хламидиоз, у другой – уреаплазмоз, что было связано со сменой полового партнера.

Выводы: Полученные результаты отмечают высокую эффективность методики лечения рецидивирующего бактериального вагиноза путем непрерывного, последовательного культивирования собственных лактобацилл женщины *in vitro* и *in vivo*. Формирование индивидуального микробиоценоза влагалища у женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом нашей средой происходит без применения антибактериальных средств.

Данный метод лечения может найти применение для лечения рецидивирующего бактериального вагиноза как у небеременных женщин, так и беременных в любом триместре беременности.

## **ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК**

**Мельникова Т.А., Муслимова С.Ю.**

*Россия, Уфа, Больница скорой медицинской помощи*

Актуальность. Функциональные кисты яичников у девочек не являются редкостью. С широким внедрением ультразвуковой диагностики в практику детской гинекологии и хирургии появилась возможность своевременной диагностики и динамического наблюдения за этой группой больных. В результате многочисленных исследований было установлено, что в большинстве случаев кисты желтого тела и фолликулярные резорбируются самостоятельно через 1-6 менструальных циклов. Это послужило большей части детских гинекологов основанием для отказа от обязательного хирургического лечения

их. Однако высокая частота осложнений (перекрут ножки кисты яичника, разрыв капсулы кисты), выраженный болевой синдром при быстром росте кисты по-прежнему является серьезным аргументом в пользу оперативного лечения. В литературе, посвященной данному вопросу, нет единогласия по поводу показаний к консервативному и оперативному лечению данной патологии яичников.

Целью нашего исследования явилось определение тактики лечения функциональных кист и профилактика их рецидивов у девочек в условиях детского гинекологического отделения.

Материал и методы. Для выполнения поставленных задач было обследовано 211 девочек с функциональными кистами яичников, которые получали лечение в детском гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Уфы с 1996 по 2006 годы. У 100 (47%) пациенток были выявлены фолликулярные кисты яичников и у 111 (53%) – кисты желтого тела.

Консервативное лечение проведено 70 девочкам с фолликулярными кистами и 34 – с кистами желтого тела. Оперативное лечение проведено 30 пациенткам с фолликулярными кистами и 77 – с кистами желтого тела.

Из девочек, которым было проведено оперативное лечение, 91% поступили в наш стационар в экстренном порядке. Часть из них была доставлена в детское хирургическое отделение с подозрением на острую хирургическую патологию. У 14 больных ретенционные образования в яичниках были выявлены только при лапароскопии.

Осложнения наблюдались нами чаще при кистах желтого тела, чем при фолликулярных кистах яичников в 81 и 7 случаях соответственно.

Десять девочек с фолликулярными кистами яичников были прооперированы нами, так как на фоне консервативной терапии продолжился их рост. Остальные поступили на оперативное лечение в плановом порядке после динамического наблюдения у детских гинекологов по месту жительства.

Чаще функциональные кисты яичников наблюдались у девочек от 14 до 17 лет.

**Табл. 1. Возрастной состав больных с кистами желтого тела и фолликулярными кистами яичников.**

Возраст больных	11	12	13	14	15	16	17
Фолликулярные кисты	2	5	13	14	21	22	15
Кисты желтого тела	2	5	12	23	25	20	24

Мы наблюдали 3 девочек в возрасте 3, 5 и 6 лет у которых фолликулярные кисты вызвали картину неполной формы преждевременного полового созревания на фоне низкого уровня гонадотропных гормонов с преждевременным менархе и телархе. У всех девочек в анамнезе были осложнения перинатального периода, неврологическая патология. 3 из них были прооперированы, так как высокий уровень эстрадиола не позволял исключить наличие гормонопродуцирующей опухоли яичников, хотя при проведении ультразвукового исследования и магниторезонансной томографии выявлялись тонкостенные кисты яичников небольших размеров (от 3 до 6 мм). При гистологическом исследовании операционного материала были выявлены фолликулярные кисты. После операции признаки полового созревания постепенно исчезли и не возобновлялись при дальнейшем наблюдении за больными. У 1 пациентки в возрасте 1 года с фолликулярной кистой яичника в процессе обследования и динамического наблюдения была выявлена полная форма преждевременного полового созревания.

При изучении анамнеза наших пациенток был отмечен более высокий уровень патологии при беременности и родах у матерей девочек с фолликулярными кистами.

**Табл. 2. Возраст Menarthe у девочек с кистами желтого тела и фолликулярными кистами яичников.**

Возраст Menarthe	0	10	11	12	13	14	15
У пациенток с фолликулярными кистами	5	10	17	35	27	11	3
У пациенток с кистами желтого тела	0	3	14	33	34	19	8

При изучении возраста Menarthe было выявлено, что у девочек с кистами желтого тела менструации начинаются в более позднем возрасте. Процент девочек с нарушениями в обеих группах был одинаковым и равнялся 27, но у девочек с кистами желтого тела задержки менструации не превышали 1 месяца, а у девочек с фолликулярными кистами продолжались от 40 до 150 дней.

При проведении бимануального исследования, яичниковые образования были обнаружены только у половины девочек с фолликулярными кистами, что по-видимому объясняется небольшими их размерами, и у 68% девочек с кистами желтого тела. УЗИ перед операцией не было проведено 29 девочкам, поступившим в ночное время. Во всех остальных случаях при эхографическом исследовании были выявлены кисты яичников, затруднения возникали при дифференциальном диагнозе при перекруте ножки и разрыве капсулы кисты с кровоизлиянием в ее полость. Проведение доплерографии в этих случаях, также не позволяло точно провести дооперационную диагностику характера осложнения, так как и в тех и других случаях кровотоков в опухоли не определялся. Размеры кист желтого тела колебались от 2 до 12 см, чаще всего в пределах 4-7см, а фолликулярных кист от 2 до 10 см, с преобладанием образований 4-7 см в диаметре. Кисты желтого тела практически с одинаковой частотой располагались слева и справа, в то время как фолликулярные кисты чаще возникали в правом яичнике.

При оперативном лечении, в подавляющем большинстве случаев нами было проведена лапароскопия. У 9 больных операция была проведена из минилапаротомного доступа, у одной больной, с разрывом кисты желтого тела и гемоперитонеумом в объеме более 500 мл, была проведена конверсия в лапаротомию и 3 больным с инфильтратами брюшной полости и старыми перекрутами ножки кисты яичника операции были проведены из лапаротомического доступа. В подавляющем большинстве случаев нами проводились максимально щадящие операции – цистэктомии.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения в виде неврозоподобного состояния с фобиями (1 случай), кровотечения из операционного доступа (1 случай). Интраоперационных осложнений не было.

В послеоперационном периоде кроме противовоспалительной и физиотерапии девочки получали гормональную коррекцию эстроген-гестагеновыми препаратами.

Результаты. Консервативная терапия успешной была в 89% случаев. При этом использовались препараты индометацинового ряда, физиотерапия и в 24% случаев проводилась гормональная коррекция чистыми гестагенами или комбинированными эстроген-гестагеновыми препаратами. В результате проведенного лечения в 58,8% случаев наблюдалось полное рассасывание кисты в течение 16 дней, в 30,2% случаев было отмечено уменьшение кисты в 2 раза.

Вывод: хирургическое лечение функциональных кист яичников должно производиться по строгим показаниям, в основном, при наличии осложнений. Девочки с функциональными кистами яичников должны получать медицинскую помощь в специализированных отделениях.

## **ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ANTIAGE-ПРОГРАММАХ**

**Митяшина А.М., Шабашова Н.П., Звычайный М.А.,  
Воронцова А.В., Енотова Е.М., Попова Е.В.**

*г.Екатеринбург*

Одним из этапов ранней диагностики старения женского организма являются субъективные жалобы женщины на изменение состояния кожи и ее придатков на приеме врача дерматокосметолога. Но возможности косметолога ограничены локальным воздействием на кожные покровы и его помощь в большинстве случаев

оказывается недостаточной и малоэффективной, так как многие проблемы организма и особенно связанные с внешностью человека – с кожей, весом, быстрым старением – обусловлены гормональным дисбалансом. С другой стороны, для многих женщин именно стремление к сохранению женственности, молоджавости, желание улучшить состояние кожи, предупредить появление морщин и сохранить стабильный вес нередко является толчком для начала заместительной гормональной терапии.

С целью изучения влияния комплексной программы antiage-терапии с применением 17-эстрадиола на состояние кожи и показатели состава тела на базах кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии, амбулаторно-консультативного отделения Городского эндокринологического центра г.Екатеринбурга и Клиники эстетики и медицины "La Клиник" в течение 6 месяцев проводилось комплексное клинично-лабораторное обследование и динамическое наблюдение 38 женщин 45-49 лет с хирургической менопаузой. Из всех обследованных, 23 пациентки - получали комплекс antiage-терапии, включающий: заместительную гормональную терапию трансдермальным гелем Эстрожель в виде аппликатора (одна доза аппликатора геля из тюбика соответствует 2,5 г геля и содержит 1,5 мг 17-эстрадиола) по рекомендованной схеме (нанесение на область плеча и предплечья 1 дозы препарата 1 раз в сутки), а 15 больным данный комплекс не проводился и они составили группу сравнения. Тип кожи характеризовался методом флуорисцентного сканирования кожи с помощью лампы Вуда на основании аналоговой цветовой шкалы. Биологический возраст кожи определялся методом "щипка" на тыльной поверхности кисти. Состав тела и суточный калораж питания оценивались методом биоимпедансного анализа на напольных весах "Bosch prw 6420" по следующим показателям: фактическая и оптимальная масса тела, процентное содержание жировой ткани и воды, масса костной и мышечной ткани, количество потребляемых калорий, необходимых для поддержания фактической и оптимальной массы тела. При проведении измерений учитывались такие параметры как рост женщины, уровень физической активности по специальной шкале, возраст, пол и телосложение. Полученные данные сравнивались с нормативными показателями.

Среди женщин на фоне нашего комплекса antiage-мероприятий отмечены существенные позитивные сдвиги в состоянии кожи лица и рук: если при первичном осмотре нормальная кожа была соответственно у 21,7% и у 30,4%, то уже через 3 месяца – у 21,7% и у 43,5%, а через 6 месяцев – у 34,8% и у 60,9% в результате уменьшения количества пациенток с дегидратированной кожей лица и рук соответственно до 30,4% и 56,5% - за 3 месяца и до 21,7% и 39,1% - за 6 месяцев; а кроме этого, очаги гиперпигментации и участки гиперкератоза через 6 месяцев терапии выявлялись соответственно в 2,6 и в 3,8 раза реже. Все это предопределяло и снижение биологического возраста кожи на 0,7 секунд и на 1,6 секунд - соответственно за 3 и за 6 месяцев.

По данным флуорисцентного сканирования кожи лица и рук пациенток группы сравнения через 6 месяцев зафиксированы следующие отрицательные изменения: сократилось количество женщин с нормальной кожей на лице и руках – соответственно с 20,1% до 13,4% и с 26,7% до 20,1% за счет увеличения доли пациенток с дегидратированной кожей лица и рук (соответственно до 66,7% и до 80,0%); а также нарастала выраженность и частота выявления очагов гиперпигментации и участков утолщения эпидермиса на фоне снижения толщины дермы (соответственно до 66,7% и 73,3% – на лице и до 93,3% – на руках). В свою очередь, вышеуказанные негативные изменения кожи сопровождались нарастанием ее биологического возраста, определяемого методом "щипка", - от 9,2 секунд до 9,7 секунд за полгода наблюдения.

При проведении antiage-терапии у женщин с дефицитом половых стероидов отмечена нормализация массы тела до оптимальной (в среднем на 9,5% за полгода) в результате существенного снижения процента жировой ткани (на 2,2%, на 5,2% и на 12,9% - соответственно за 1, за 3 и за 6 месяцев) на фоне восстановления

содержания воды (с 48,7% до 55,2%), нарастания массы мышечной ткани (в среднем, на 800 г за полгода) и тенденции к приросту костной массы (на 4,7% за время наблюдения).

В то время как, у женщин группы сравнения по результатам биоимпедансного анализа состава тела установлено возрастание фактической массы тела в среднем от 67,3 кг до 67,7 кг и до 68,9 кг – соответственно через 3 и через 6 месяцев за счет прибавки жировой ткани – в среднем на 2,6% за время наблюдения при зафиксированной тенденции к снижению процента общей воды (с 48,3% до 46,6%), а также костной и мышечной массы с 4,2 до 4,0 кг и с 17,4 до 17,2 кг соответственно за полгода.

Следовательно, проведение комплекса antiage-мероприятий с включением трансдермального геля Эстрожель оказывает благоприятное влияние на внешний вид пациентки, обеспечивая косметический эффект, тем самым способствуя сохранению женственности, молоджавости и внешней привлекательности.

## **ФАРМАКОКИНЕТИКА ГАЙРО ПРИ МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С ВОБЭНЗИМОМ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ**

**Мустафина Г.Р.<sup>2</sup>, Дианов В.М.<sup>1</sup>, Мавзютов А.Р.<sup>1</sup>,  
Хисматуллина З.Р.<sup>1</sup>, Ибраева Р.А.<sup>3</sup>, Сушко Е.Д.<sup>3</sup>, Губачева Т.К.<sup>3</sup>**  
*Россия, Уфа, <sup>1</sup>ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», <sup>2</sup>МУ «ГКБ№13»; <sup>3</sup>РКВД*

Трихомониаз остается одним из наиболее тяжело излечивающихся заболеваний мочеполовой системы [Бутов Ю.С., 2001]. Это обуславливает поиск новых лекарственных соединений для создания соответствующих терапевтических средств. Среди них в качестве перспективного рассматривают орнидазол, являющимся производным нитроимидазола.

Препараты из группы 5-нитроимидазола (метронидазол, тинидазол, орнидазол) достаточно хорошо зарекомендовали себя и являются одними из основных при лечении инфекций, вызванных *Trichomonas vaginalis* [Холодов Л.Е., Яковлев В.П., 1985; Freeman C.D., Klutman N.E., Lamp K.C. 1997 и др.]. Однако при их использовании нередки рецидивы, что связывают с появлением резистентных штаммов влагалищных трихомонад [Барышова М.В., Бульвахтер Л.А., 2001]. В то же время успех медикаментозной терапии в существенной мере зависит не только от биологических свойств микроорганизма, но и от оптимальности дозировок и схем введения лекарственных средств, что возможно на основании данных о фармакокинетике препарата [Падейская Е.Н., 2000].

В этой связи определенный интерес представляет фармакокинетика Гайро, входящего в группу орнидазолов, что позволит повысить эффективность лечения. Для этого использовался количественный метод спектрофотометрического определения его уровня на спектрофотометре СФ-26 при длине волны 312 нм.

В исследовании приняли участие 20 мужчин в возрасте от 25 до 40 лет, которые были разделены на две группы по 10 человек. Первая группа получала Гайро по 500 мг 2 раза в день изолированно в течение 9 дней, а вторая группа - в сочетании с Вобэнзимом (по 5 таблеток 3 раза в день за 30 минут до еды).

Концентрацию Гайро определяли по калибровочной кривой. Материалом для исследования являлась сыворотка крови. Забор крови производили из вены через час после первого приема Гайро в течение 11 дней.

Максимальная концентрация препарата в крови пациентов имела место на 4 сутки и составляла в среднем 14,4 мкг/мл. При однократном приеме с вобэнзимом концентрация препарата также достигала максимума на 4 день, однако, концентрация гайро через час после приема была выше в 1,8 раз и составляла 26,4 мкг/мл. В дальнейшем, как и при монотерапии, отмечалось снижение кон-



центрации гайро в сыворотке крови до момента её окончания, но в сочетании с вобэнзимом сохранялись более высокие его уровни в крови. После завершения приёма Гайро при монотерапии уже на вторые сутки препарат в крови не обнаруживался, тогда как в комбинации с Вобэнзимом, даже после окончания полное выведение препарата отмечалось только на третьи сутки.

Таким образом, фармакокинетика Гайро свидетельствует о необходимости оптимизации схем и дозировок его применения при лечении соответствующих заболеваний.

## **ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ ПРИ ВУЛЬВОДИНИИ**

**Нагорный Э.Ю., Ишпахтин Г.Ю.**

*Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, кафедра акушерства и гинекологии ВГМУ*

Ранняя диагностика и своевременная патогенетически обоснованная терапия расстройств вегетативной нервной системы при вульводинии (ВД), способствуют сохранению репродуктивной функции (РФ) у девочек.

Анализ и интерпретация психологической проблематики приобретает в наши дни особую актуальность, так как на первое место выдвигается проблема лечения нервно-психических заболеваний.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние у пациенток пубертантного периода с ВД.

Материал и методы исследования. Для характеристики особенностей психоэмоционального статуса больных, мы исследовали психоэмоциональное состояние девочек основной и контрольной групп, используя методику Т.А. Немчина.

Под нашим наблюдением находилось 148 девочек и девушек-подростков. Все пациентки находились в возрасте 12-16 лет. Обследованные были разделены на две группы: контрольная группа (КГ) – практически здоровые – 45 девочек, и основная группа (ОГ) – 103 пациентки с ВД. Длительность заболевания от 1 до 5 лет (в среднем 3 года).

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что у девочек КГ чаще встречались изменения психической активации (43,3%) и изменения настроения (23,3%).

В ОГ сниженная психическая активация выявлена у 37,9% девочек, незначительное снижение настроения - у 35,9% девочек, значительное - у 35,9%, субдепрессия - у 15,4% обследованных ОГ, депрессивные состояния выявлены у 12,8% пациенток.

Обсуждение. Для нормального функционирования РФ необходима достаточная подготовка всех физиологических систем к работе с большим напряжением и готовностью к быстрой перестройке. Эти качества обеспечиваются вегетативной нервной системой. Последняя определяет адаптационно-трофическую организацию организма как единого целого.

Многочисленными исследованиями в эксперименте и клинике показано, что физиология эмоционально-мотивационных аппаратов теснейшим образом связана с лимбико-ретикулярным комплексом, с состоянием неспецифических систем мозга. Роль последних доказана и в формировании вегетативного регулирования, т.е. существует единая церебральная организация эмоционально-мотивационной и вегетативной систем, что и обуславливает их взаимозависимость.

Таким образом, можно утверждать, что «вегетативный портрет» четко соотносился с определенными психологическими особенностями личности.

При патологии происходит нарушение взаимодействия психовегетативных процессов, что приводит к утрате приспособительного характера реакций организма на меняющиеся условия внешней и внутренней среды.

Таким образом, исследовав психоэмоциональное состояние и вегетативный тонус девочек с ВД, мы пришли к следующему заключению:

Психоэмоциональное состояние у всех девочек с ВД нарушено. Проведенными исследованиями выявлено, что у девочек с ВД преобладают показатели тонуса парасимпатической нервной системы.

Преобладание общего парасимпатического тонуса у девочек с ВД с разной степенью выраженности психоэмоциональных нарушений сочетается с усилением симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МУКОЗАЛЬНОГО БАРЬЕРА РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ВУЛЬВОДИНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**Нагорный Э.Ю., Ишпахтин Г.Ю.**

*Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Кафедра акушерства и гинекологии ВГМУ*

Несмотря на длительную историю изучения проблемы вульводинии, патология по-прежнему остается актуальной и востребованной не только детскими гинекологами, но врачами других специальностей. В первую очередь следует отметить огромное социально-экономическое значение данной проблемы. Затяжное и рецидивирующее течение заболевания приводит к тому, что у девочек из-за частой утраты трудоспособности снижается образовательный уровень. При хронизации процесса возникает патологический круг, поддерживающий существование эктопических и незрелых метапластических очагов, нарушающий процессы регенерации эпителия, поражение приобретает полисистемный характер, обусловленный нарушениями в нервной, эндокринной, иммунной и других системах организма.

Цель исследования.

Изучить состояние местной клеточной защиты мукозального барьера репродуктивных органов при вульводинии в подростковом возрасте.

Материал и методы исследования.

Состояние системы местной защиты (СМЗ) оценивали по показателям местной клеточной защиты (МКЗ). Для характеристики МКЗ использовали общее содержание клеток (ОСК) в усл. ед., общую цитограмму, отражающую содержание клеточных элементов в относительных величинах. Иммуноцитологические показатели определяли в мазках-отпечатках, полученных со слизистой оболочки влагалища и цервикальном секрете. Исследования МКЗ были выполнены у 103 девушек-подростков с ВД (основная группа) и у 45 девочек и девушек-подростков без генитальной патологии (контрольная группа).

Результаты исследования.

Проведённые исследования показателей МКЗ отразили наличие её особенностей по ряду параметров.

У пациенток КГ состояние МКЗ отличалось средними величинами ОСК, наличием преимущественно эпителиального типа цитограмм.

У пациенток ОГ были выявлены изменения в состоянии МКЗ: наблюдались признаки дезэпителизации и локального лейкоцитоза.

Таким образом, структурно-функциональное состояние СМЗ репродуктивных органов у пациенток оценивается по комплексу показателей МКЗ. В основной группе у пациенток с вульводинией, изменения в системе местной защиты выражаются в умеренном повышении ОСК, частичной дезэпителизации, локальном лейкоцитозе, снижении величин эпителиально-регенераторного индекса, повышении значений лейкоцитарно-эпителиального индекса и индекса метаплазии эпителия.

# ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ФОРМАХ БЕСПЛОДИЯ

Назаренко Е.Г.

Россия, ГУ НЦ АГиП РАМН, г. Москва

Актуальность проблемы: до настоящего времени состояние шейки матки при эндокринной патологии изучено недостаточно.

Целью исследования являлась изучение особенностей состояния шейки матки у больных с различными эндокринными формами бесплодия.

Было обследовано 88 женщин с эндокринными формами бесплодия, которые были разделены на 3 группы: 1 группа - 30 женщин с бесплодием, вызванным гиперпролактинемией, 2 группа - 31 женщина с бесплодием, вызванным гиперандрогенией и 3 группа - 27 женщин с гипопункцией яичников, вызванной НЛФ.

При обследовании использовались лабораторные методы исследования (определение гормонов сыворотки крови, микроскопия мазков, молекулярно-биологическое исследование инфекций, передающихся половым путем). Состояние шейки матки оценивалось по совокупности данных визуального осмотра, расширенной кольпоскопии, цитологического мазка по Папаниколау, гистологического исследования биоптата.

Следует отметить, что различные доброкачественные заболевания были обнаружены у 45% обследованных больных, что в известной мере свидетельствует о гормональной обусловленности патологических процессов экзо- и эндоцервикса. Структура заболеваний шейки матки при различных формах эндокринного бесплодия достоверно различается: при бесплодии и гиперпролактинемии чаще встречалась лейкоплакия (13,3%), при гиперандрогении – лейкоплакия и цервициты (по 25,8%). При бесплодии, обусловленном гипопункцией яичников и НЛФ – чаще выявлялись хронические экзо- и эндоцервициты (25,8%).

Таким образом, пациентки с эндокринными формами бесплодия являются группой риска по развитию фоновых заболеваний шейки матки и требуют комплексного обследования и лечения шейки матки на самых ранних этапах.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СПКЯ

Назаренко Т. А., Чечурова Т. Н., Кирмасова А. В., Ипен М. С.

Россия, г. Москва, Государственное Учреждение Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из актуальных проблем гинекологии. Частота этой патологии среди гинекологических заболеваний достигает 5-11%, СПКЯ является наиболее частой причиной эндокринного бесплодия. Рядом исследований было показано вовлечение в патогенез СПКЯ инсулинрезистентности и как следствие, гиперинсулинемии. Многие авторы отмечают, что нарушение толерантности к глюкозе является фактором риска развития диабета второго типа с ежегодным риском конверсии как в общей популяции так и у женщин с СПКЯ. Legro и соавторы показали высокую частоту конверсии у женщин с СПКЯ, т.е. ухудшения состояния с течением времени. Кроме того, отмечена важность реверсии т.е. переход диабета к нарушенной толерантности или в нормальную толерантность у женщин с СПКЯ.

Цель исследования:

Оценить липидный спектр, и толерантность к глюкозе у пациенток с СПКЯ.

Материалы и методы исследования:

Мы наблюдали 27 женщин в возрасте  $27,73 \pm 1,25$  лет с СПКЯ как с нормальной, так и избыточной массой тела. У этих женщин проводили исследования:

- определение соотношения объема талии к объему бедер;

- определение индекса массы тела (ИМТ);  
- определение липидного спектра;  
- оральная глюкоза толерантный тест (ОГТТ) (нагрузочный тест с глюкозой);

ОГТТ проводили по методике: кровь из локтевой вены забирали натощак, затем пациентка выпивала раствор, содержащий 75г глюкозы, после чего через каждый час в течение 2-х часов забирали порции крови.

Степень выраженности ожирения определяли по ИМТ, вычисляемому как отношение массы тела в кг к квадрату длины тела (роста) в м. В норме ИМТ=20-25. Характер распределения жировой ткани определяли по соотношению ОТ/ОБ. Значение индекса ОТ/ОБ<0,85 свидетельствует о женском типе ожирения, а ОТ/ОБ >0,85 – о мужском типе ожирения.

Результаты:

На основании проведенного ОГТТ нами были получены следующие данные: у 23 женщин глюкоза натощак составила  $5,51 \pm 3,31$  ммоль/л (в норме 5,5 ммоль/л), через час  $7,44 \pm 3,37$  ммоль/л (в норме <8,8 ммоль/л), и через 2 часа около  $7,44 \pm 1,62$  ммоль/л (<5,5 ммоль/л). Это показало, что синдром сопровождается нарушением толерантности к глюкозе, что может быть одним из основных факторов риска развития диабета второго типа и независимым фактором риска кардиоваскулярных заболеваний.

Проанализировав липидный профиль, мы обнаружили: снижение ЛПВП  $1,04 \pm 0,17$  и повышение ЛПНП  $4,31 \pm 0,36$  у женщин с СПКЯ не зависимо от массы тела, что в свою очередь увеличивает риск развития кардиоваскулярных нарушений.

Нами были получены данные что у 11 женщин ИМТ составил 18-25, у 16 женщин 35-65, а индекс ОТ/ОБ у 14 женщин составил >0,85, у 13 женщин <0,85.

Также было обнаружено, что у одной женщин из 27 отмечалось изменение толерантности к глюкозе с течением ее жизни – конверсия (исходные данные глюкоза натощак 4,2 ммоль/л; через час 7,8 ммоль/л, через 2 часа 5,4 ммоль/л; через год глюкоза натощак 6,1 ммоль/л; через час 9,9 ммоль/л; через 2 часа 7,2 ммоль/л), т.е. ухудшение состояния с течением времени. У 2 женщин отмечалась спонтанная реверсия – улучшение состояния без проведения лечения. Т.е. переход диабета второго типа в нарушение толерантности к глюкозе у 1 женщины (исходные данные глюкоза натощак 7,2 ммоль/л, через час 9,3 ммоль/л, через 2 часа 7,4 ммоль/л; через год глюкоза натощак 4,3 ммоль/л; через час 7,4 ммоль/л; через 2 часа 4,2 ммоль/л) и нарушение толерантности – в нормальную толерантность у 1 женщины (исходные данные глюкоза натощак 7,2 ммоль/л, через час 9,3 ммоль/л, через 2 часа 6,9 ммоль/л; через год 4,3 ммоль/л; через час 7,4 ммоль/л; через 2 часа 4,2 ммоль/л).

Выводы:

Несмотря на то, что СПКЯ является фактором риска развития метаболических нарушений и сахарного диабета второго типа, у ряда пациенток возможно улучшение состояния без проводимого лечения – реверсия. Тем не менее, у другой части женщин не исключен обратный процесс – конверсии, т.е. ухудшение чувствительности тканей к глюкозе с течением возраста. Полученные результаты подчеркивают необходимость исследовать толерантность к глюкозе и липидный профиль у пациенток с СПКЯ один раз в год.

## СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВА РИНГ

Назарова Н.М., Межевитинова Е.А., Акопян А.Н.,  
Абакарова П.Р.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Влагалищное кольцо Нова Ринг обладает высокой контрацептивной эффективностью и приемлемостью. Ряд исследователей отмечают «локальные» побочные эффекты, которые связаны с рас-

положением влагалищного кольца. Так, вагиниты отмечены у 5,6%, лейкорея у 4,8% женщин. Однако эти случаи не были подтверждены лабораторно и до настоящего времени остается не решенным вопрос о развитии этих симптомов на фоне применения влагалищного кольца.

Цель исследования изучении состояния влагалища и шейки матки у женщин репродуктивного возраста в процессе применения влагалищного кольца Нова Ринг.

Материал и методы исследования

Были обследованы 44 женщин репродуктивного возраста (средний возраст 34±0,5 лет). Помимо общеклинического исследования, включающего бактериологическое, бактериологическое исследование содержимого влагалища, у всех пациенток перед назначением препарата и в процессе его применения производили расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование, определение pH влагалищного содержимого.

Результаты: Усиление влажности влагалища было одним из самых частых симптомов (70%) наблюдавшегося со 2-го цикла использования влагалищного кольца. Данные лабораторных исследований у женщин с повышенной влажностью не отличались от таковых у женщин, без этого симптома. У 52,2% женщин с эктопией шейки матки наблюдалось умеренно выраженное повышение влажность влагалища.

При бактериоскопическом исследовании у 5 пациенток выявлялся вагинальный кандидоз, у 2-х бактериальный вагиноз. При микробиологическом исследовании содержимого влагалища у основной массы женщин (84%) доминировали лактобактерии.

Анализ сравнительного цитологического исследования мазков из зоны трансформации показал, что на фоне использования влагалищного кольца наблюдается незначительное повышение числа промежуточных и поверхностных клеток эпителия (35%) и наличия метапластических клеток (29%), а также клетки высокого цилиндрического эпителия.

Выводы: Использование влагалищного кольца не оказывает отрицательного влияния на микробиоциноз влагалища. Повышение количества влагалищных выделений не связано с наличием местной воспалительной реакции, а связано с местной абсорбцией эстрогенного компонента влагалищного кольца и его влиянием на эпителий экзо- и эндоцервикса.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У ПАЦИЕНТОК С ВЫПАДЕНИЕМ МАТКИ И ОПУЩЕНИЕМ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА.**

**Нестеров Ф.В., Худяев А.Т.**

*г. Курган*

В последние годы проблема опущений и выпадений половых органов у женщин все больше интересует исследователей с позиций этиопатогенеза. Большинство авторов считает это заболевание полиэтиологичным, а данные литературы свидетельствуют о послеродовом травматизме в генезе пролапса, как факторе наиболее значимом (Брауде И.Л 1952). Вместе с тем современные исследователи указывают на неполноценность соединительной ткани, как основную причину смещения гениталий. (Кулаков В.И 2005, Краснопольский В.И 2005, Адамьян Л.В 2006). С нашей точки зрения как послеродовый травматизм, так и дисплазия соединительной ткани факторы несомненно весьма значительные, но наш взгляд немаловажная роль в развитии пролапса гениталий принадлежит нарушению иннервации тазового дна, вызванной аномалиями развития и прогрессирующим остеохондрозом в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, приводящим к хронической невралгической недостаточности мышц тазового дна и нижних конечностей.

Цель исследования- изучение результатов комплексного обследования женщин, страдающих выпадением матки и опущением

стенок влагалища, с акцентом на состояние периферической нервной системы нижних конечностей, обусловленного вертеброгенным генезом.

Материал и методы исследования. Обследовано 104 пациентки от 28 до 76 лет, страдающих опущением стенок влагалища и выпадением матки. Из них 14- с полным выпадением матки и влагалища (1 группа), 42- с неполным выпадением матки и стенок влагалища (2 группа), 48- с опущением стенок влагалища 1 степени (3 группа), причем у всех больных выявлена недостаточность мышц тазового дна. Нами проведено изучение неврологического и гинекологического анамнеза. Оценен неврологический статус с выявлением а) рефлекторного синдрома (напряжение и боли в пояснице конечностях), б) компрессионного синдрома (исследование всех видов чувствительности, гипотрофии мышц промежности и конечностей), в) каудосиндрома (недержание мочи, слабость мышц тазового дна, недержание газов). Большинству больных выполнена компьютерная томография поясничного отдела позвоночника или функциональная спондилография. Кроме того применялись электрофизиологические методы оценки состояния неврологического статуса мышц нижних конечностей-электромиография и эстезиометрия.

Результаты исследования. Длительность пролапса гениталий в той или иной степени варьировала от 1 года до 18 лет и анамнестически была сопоставима с началом клинических проявлений пролапса и неврологической симптоматики. При обследовании пациенток 1 группы наряду с выпадением матки и стенок влагалища по типу выворота выявлено, что имел место выраженный рефлекторный синдром в- 93%, компрессионный синдром в- 82%, каудосиндром в- 100%, отсутствие либидо - у всех пациенток. Анализ КТ показал врожденный стеноз канала- 56%, незаращение дужек- 35%, спондилолистез- 65%, переходный L6-11, явления остеохондроза у -100%. Электрофизиологические исследования ЭМГ и эстезиометрия подтверждают нарушения иннервации мышц, снижение порогов чувствительности у- 76% пациенток. Во второй группе женщин при неполном выпадении матки преобладала эластичность шейки, ее гипертрофия с опущением стенок на 1/2 длины и расхождением мышц промежности. В неврологическом статусе имел место рефлекторный синдром у - 63%, компрессионный синдром у 54%, каудосиндром у 92%. На томограммах врожденный стеноз канала выявлен в 45%, незаращение дужек позвонков в 31%, спондилолистез- в 58%, переходный L6 в 15% случаев. Нарушения порогов температурно-болевого чувствительности отмечены у 2/3 больных. В 3 группе больных возраст не превышал 35 лет при давности заболевания не более 3 лет. Имелись клинические проявления в виде опущения передней стенки влагалища, цистоцеле и расхождения мышц тазового дна. Неврологический рефлекторный синдром диагностирован- у 32%, компрессионный синдром - у 19%, каудосиндром- у 72%. Либидо сохранено лишь у каждой 3 больной. КТ признаки врожденного стеноза канала обнаружены в 52% случаев, незаращение дужек- в 33%, спондилолистез - в 48%, выявлены признаки остеохондроза без наличия грыж. Данные ЭМГ и эстезиометрии значительно отличались от нормальных показателей и указывали на неврологическую недостаточность промежности и нижних конечностей.

Выводы: проведенное комплексное обследование женщин, страдающих пролапсом гениталий, с использованием методов исследования периферического неврологического статуса и состояния поясничного отдела позвоночника позволило выявить высокий удельный вес патологических отклонений периферической нервной системы мышц промежности и нижних конечностей, непосредственно связанных со смещением гениталий.

Полученные данные являются обоснованием ранней диагностики начальных форм пролапса гениталий, в связи с наличием врожденных аномалий и раннего прогрессирующего остеохондроза в поясничном отделе позвоночника с признаками хронической невралгической недостаточности мышц тазового дна, и комплексного лечения.

## ЭКСПРЕССИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ИЗОФОРМЫ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ПОВЕРХНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Николаева М.А.\*, Алексинская М.А. &, Голубева Е.Л.\*,  
Ушакова И.В.\*, Данилов С.М.~, Сухих Г.Т.\*

\*Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии,  
г. Москва, Россия, & Московский Государственный Университет  
им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия, ~ Университет Иллиноиса,  
Чикаго, США.

Ангиотензин-превращающий фермент (АПФ) (АСЕ, CD143) - цинкзависимая пептидил-дипептидаза, регулирующая давление крови и гомеостаз электролитов. АПФ представлен двумя изоформами: соматической (сАПФ) и тестикулярной (тАПФ), которая экспрессируется только на сперматозоидах и незрелых клетках сперматогонеза. До сих пор не существует единой точки зрения о роли АПФ в процессе репродукции.

Целью исследования являлась оценка экспрессии тАПФ на поверхности сперматозоидов человека в норме и при нарушениях репродуктивной функции с помощью новых моноклональных антител (МАТ) 1Е10.

Моноклональные антитела получены с помощью гибридомной технологии. Методом проточной цитометрии (ПЦМ) анализировали связывание МАТ 1Е10 с поверхностью сперматозоидов фертильных доноров (n=10), бесплодных пациентов с астенозооспермией (n=16), пациентов с иммунным фактором бесплодия (n=11), и пациентов с бесплодием неясного генеза, имеющих нормальные показатели спермограммы и нормальные показатели акросомального статуса (n=9). Анализировали количество тАПФ на поверхности сперматозоидов нативной спермы и активно-подвижных клеток, полученных методом флотации. Определяли процент тАПФ-позитивных (ПЦМ%) клеток, предварительно фиксируя сперматозоиды метанолом. Акросомальную реакцию индуцировали ионофором А23187. Акросомальный статус определяли с помощью ФИТЦ-меченного лектина *Pisum sativum*, связывающегося с акросомальным матриксом.

При анализе нативной спермы было обнаружено, что практически все сперматозоиды фертильных пациентов экспрессировали тАПФ (93,6%), в то время как при бесплодии неясного генеза тАПФ выявлялась на поверхности лишь 78,1% сперматозоидов (p<0,005), а при астенозооспермии – на поверхности 71,8% клеток (p<0,001). Различий в экспрессии тАПФ на поверхности сперматозоидов фертильных доноров и пациентов с бесплодием иммунного генеза выявлено не было.

При сравнении фракции активно-подвижных сперматозоидов было показано, что количество экспрессируемых молекул тАПФ на сперматозоидах бесплодных пациентов с астенозооспермией и пациентов с бесплодием неясного генеза снижено по сравнению с количеством фермента на поверхности сперматозоидов фертильных доноров в 1,4 раза (p<0,02) и в 2 раза (p<0,05), соответственно. Различий в экспрессии тАПФ на поверхности активно-подвижных сперматозоидов фертильных доноров и пациентов с бесплодием иммунного генеза не было выявлено.

Таким образом, своевременная диагностика нарушений экспрессии тАПФ на поверхности сперматозоидов с помощью полученных нами моноклональных антител 1Е10 может стать важным звеном обследования и выбора оптимальных способов коррекции репродуктивной функции у пациентов с астенозооспермией и у пациентов с бесплодием неясного генеза и нормозооспермией.

## ДВУХЭТАПНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Нуруллина Д.В., Вахитов Р.А.

г. Казань

Наружный генитальный эндометриоз занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний гениталий у женщин репродуктивного возраста.

В настоящее время, исходя из особенностей патогенеза эндометриоза, применяется двухэтапное лечение заболевания, основанное на комбинированном лечебном воздействии с использованием хирургического и медикаментозного методов. На первом этапе проводят разрушение эндометрионидных гетеротопий, на втором – лечебное воздействие с достижением антигонадотропного эффекта, что приводит к регрессу заболевания.

Диферелин представляет собой агонист естественного GnRH. Одна из форм выпуска препарата – депонированная, в дозе 3,75 мг активного вещества, в форме микросфер с продолжительностью действия 1 месяц. При применении депонированной формы диферелин вызывает стойкое подавление гонадотропной функции аденогипофиза со снижением ЛГ, ФСГ и стероидогенной активности яичников.

Нами проведено наблюдение и лечение 27 пациенток в возрасте от 23 до 35 лет с наружной формой эндометриоза. Первичное бесплодие наблюдалось у 37 % пациенток, вторичное – у 33 %. Мужской фактор бесплодия у этих больных был исключен. Частота альгоменореи составила 79 %, диспареуния – 35 %.

24 больным была произведена лапароскопическая операция и произведена термодеструкция очагов эндометриоза. 3 больным удаление эндометрионидных кист яичников проведено полостным лапаротомным методом.

15 пациенткам (основная группа) в следующем менструальном цикле после оперативного вмешательства начинали медикаментозное лечение с использованием диферелина в дозе 3,75 мг, вводимого с интервалом 1 раз в 28 дней внутримышечно на протяжении 3 – 4 месяцев.

12 пациенток в виду дороговизны препарата диферелин не получили медикаментозного лечения и составили группу сравнения.

Результаты исследования показали, что у большинства женщин основной группы под влиянием проводимой терапии отмечено исчезновение болей (85 %), у остальных (15 %) интенсивность болевого синдрома значительно снизилась. Из 12 пациенток группы сравнения исчезновение болевого синдрома отмечено у 64 %, значительное снижение – у 11 %.

Частота наступления беременности после комбинированного лечения составила 49 %, а у пациенток без второго этапа лечения – 26 %.

Полученные данные подтверждают целесообразность использования двухэтапного комбинированного метода лечения с целью снижения выраженности болевого синдрома и восстановления репродуктивной функции у пациенток с наружными формами эндометриоза.

## ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМАТОМ

Нуруллина Д.В., Еремкина В.И., Вахитов Р.А.

г. Казань

Одним из возможных осложнений при оперативных вмешательствах на органах малого таза является образование гематом, которые часто приводят к развитию гнойно-септических осложнений.

Основным методом лечения гематомы является вскрытие швов, удаление гематомы с последующей вторичной хирургической обработкой раны и наложением вторичных ранних швов, что при-

водит к дополнительному травматическому повреждению тканей, утяжелению и удлинению послеоперационного периода. Консервативный метод позволяет атравматично проводить лечение данного осложнения операции кесарева сечения. Таким образом, совершенствование консервативного метода лечения гематом после операций, является одной из актуальных проблем в акушерстве и гинекологии.

Учитывая литературные данные о фармакологическом действии системной энзимотерапии — противовоспалительное, противоотечное, иммуномодулирующее, фибринолитическое и вторично, анальгезирующее представляется целесообразным применение системной энзимотерапии в лечении гематом после операций. Установлено, что гидролитические энзимы наряду с высокой эффективностью, характеризуются отсутствием побочных эффектов. В качестве препарата системной энзимотерапии, который применялся в комплексном лечении гематом, мы использовали вобэнзим.

В доступной нам литературе применение вобэнзима в лечении гематом после оперативных вмешательств нам не встречалось. Однако, имеются сведения о его применении при лечении гематом в спортивной медицине.

Вобэнзим представляет собой комбинацию натуральных энзимов растительного и животного происхождения. Поступая в организм, энзимы всасываются в тонком кишечнике и, связываясь с транспортными белками крови, попадают в кровоток. В дальнейшем энзимы, мигрируя по сосудистому руслу и накапливаясь в зоне патологического процесса, оказывает действие на ткани.

Эффективность Вобэнзима оценивалась при комплексном лечении родильниц после операции кесарева сечения, а также гинекологических, больших перенесших операции на органах малого таза у которых в послеоперационном периоде выявлялись гематомы подкожножировой клетчатки, в области швов на матке, ложа удаленного миоматозного узла, культи влагалища. В исследовании были включены родильниц в возрасте от 25 до 36 лет, а также гинекологические больные от 35 до 56 лет. В качестве контрольной группы проводилось наблюдение за 15 родильницами, и 10 гинекологическими больными, которым проводилась терапия по общепринятым методикам. По тяжести состояния обе группы были равноценными.

Всем больным основной группы непосредственно после установления диагноза гематомы в комплексную терапию, наряду с общепринятым лечением, был включен Вобэнзим в дозе 5 драже три раза в сутки в течение первых двух недель, а затем по 2 драже 3 раза в сутки также в течение двух недель. В контрольной группе проводилась только общепринятая терапия - прием антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапия: электрофорез с новокаином и гидрокортизоном, а также применение мазевых тампонов и повязок.

Оценка эффективности терапии проводилась по следующим параметрам: размер гематомы (объем гематомы составлял 25 – 30 мл), распространенность отека, интенсивность боли, длительность пребывания в стационаре. При оценке результатов лечения в группе женщин, получавших Вобэнзим, уже на 2 - 3-й день после начала лечения отмечалось заметное уменьшение болей. К 5-му дню отек спадал, отмечались незначительные боли при пальпации, при контроле на УЗИ отмечалось уменьшение размеров гематом, начиная с 3 – 4 дня лечения. У женщин контрольной группы, не принимавших Вобэнзим, уменьшение боли, отека отмечалось лишь на 7–9-й день после начала лечения, а гематомы уменьшались значительно медленнее, начиная не ранее, чем с 7 - 8 дня от начала терапии. Выписка из стационара больных основной группы проводилась в среднем на 13 день (в контрольной группе - на 18 день). Динамика уменьшения размеров гематом была значительно выше в группе больных и родильниц, принимавших вобэнзим, чем в группе женщин, находящихся только на общепринятой терапии. Побочных эффектов при лечении Вобэнзимом отмечено не было.

Таким образом, учитывая высокую эффективность системной энзимотерапии в лечении родильниц с гематомами после опера-

ции кесарева сечения, отсутствие побочных эффектов и хорошую переносимость, рекомендуется широкое применение препарата Вобэнзим в акушерстве и гинекологии.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛПУ г.ЕКАТЕРИНБУРГА МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ**

**Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Кузина Т.В., Спирин А.В.,  
Селиверстова Ю.С.**

*Кафедра акушерства и гинекологии УрГМА, Центральная Городская больница № 7 г.Екатеринбург*

Актуальность исследования. Используемые в настоящее время методы лечения псевдоэрозий шейки матки имеют большое количество нежелательных побочных эффектов. В последние годы хирургами все шире используется метод аргоноплазменной коагуляции (АПК) для остановки кровотечений и девитализации поверхностных патологических процессов. Применение этого метода в амбулаторной гинекологии пока мало изучено.

Суть методики: Энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа (аргона) с образованием плазменного факела между электродом и тканью. При воздействии факела на ткань происходит ее локальный нагрев и коагуляция, глубина которой зависит от длительности воздействия, режима аппарата и установленной мощности.

Цель исследования. Сравнить первоначально полученные в одном лечебном учреждении результаты лечения псевдоэрозий шейки матки методом АПК с результатами внедрения этого метода в 12 кабинетах патологии шейки матки г.Екатеринбурга. Выявить средние темпы и сроки эпителизации после проведения процедуры.

Материалы и методы: На первом этапе в исследование были включены 75 пациенток от 20 до 32 лет с гистологически верифицированным диагнозом псевдоэрозии шейки матки. Пациентки были разделены на три группы по 25 человек в каждой. Процедура АПК выполнялась аппаратом «ФОТЕК EA140» в режиме «СПРЕЙ», мощность 30-40 Вт. Оценка эффективности метода АПК в сравнении с методами высокочастотной электрокоагуляции (ДЭК) и криодеструкции (КРИО) проведена в определенные сроки после процедуры - на основании опроса, осмотра, кольпоскопии и гистологического исследования фиксировали интенсивность болевых ощущений во время и после манипуляции, продолжительность выделений из половых путей, глубину повреждения тканей и темпы эпителизации. На втором этапе проведена статистическая обработка результатов применения метода АПК при лечении псевдоэрозий шейки матки за период с июня 2005г. по декабрь 2006г. у 1052 пациенток в 12 гинекологических кабинетах ЛПУ г.Екатеринбурга.

Результаты исследования. На первом этапе исследования выявлено, что в отличие от ДЭК и КРИО процедура АПК производится в условиях хорошей видимости зоны воздействия, быстро, безболезненно, без дыма и неприятного запаха. Морфологические изменения характеризуются поверхностным повреждением тканей непосредственно после воздействия и формированием к 3-м суткам равномерного слоя коагуляционного некроза толщиной 257-±36,9 мкм, что предотвращает грубое рубцевание и деформацию шейки матки в отдаленном периоде. Количество и длительность выделений при АПК, а также время полной эпителизации значительно меньше, чем при КРИО и ДЭК. На втором этапе установлено что: средняя длительность выделений из половых путей 7-10 дней после процедуры, среднее время полной эпителизации у 80% пациенток – 30 дней и у 92% пациенток полная эпителизация наступала через 75 дней.

Выводы: 1. Первоначально полученные результаты лечения псевдоэрозий шейки матки методом АПК в одном лечебном учреждении соответствуют результатам, полученным при более широком внедрении данного метода. 2. Аргоноплазменная коагуляция обладает

высокой эффективностью, хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы эпителизации, что позволяет рекомендовать ее более широкое применение для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. 3. Щадящее воздействие АПК на ткани и отсутствие грубого рубцевания шейки матки в отдаленном периоде после лечения, может служить дополнительным аргументом для применения АПК у нерожавших женщин. 4. Метод прост в освоении и удобен для врача при его выполнении.

## ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Одаманова М.А., Хашаева Т.Х., Аллахкулиева С.З., Алиева С.А.**

*Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

В связи с увеличением продолжительности жизни женщин возрос интерес к медицинским аспектам климактерического периода. Здоровье женщины в климактерии является проблемой не только медицинской, но и социальной.

Особенностью климактерического периода является то, что именно в это время возрастает частота соматической патологии. Осложненное течение климактерия нередко провоцирует развитие ряда заболеваний, которые до этого протекали в скрытой форме.

К заболеваниям, наиболее часто возникающим или проявляющимся в климактерическом периоде, относят сахарный диабет. Повсеместно отмечается явная тенденция к росту заболеваемости диабетом. Имеются указания также на более высокую частоту сахарного диабета у женщин по сравнению с мужчинами, особенно в климактерическом возрасте.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинического течения климактерического синдрома у женщин, страдающих инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД).

Нами было обследовано 240 женщин в климактерическом периоде. Из них основную группу представляли 180 женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом различной степени тяжести в стадии компенсации, контрольную – 60 женщин с климактерическим синдромом (КС), не страдающих сахарным диабетом. Средний возраст обследуемых составил  $49,6 \pm 0,21$  лет. Средняя продолжительность сахарного диабета на момент обследования 3,9 года.

Обследование проводилось по специально разработанной карте с анализом анамнестических данных, выкопировкой данных медицинской документации, изучением общего и гинекологического статуса, проведением общеклинических исследований, изучением углеводного и липидного обменов.

Осложненное климактерическим синдромом течение климактерия отмечено у 136 женщин с ИНСД (76,56%), что значительно превышает частоту КС в общей популяции женщин, установленную для нашего региона (53,6%). Климактерический синдром чаще наблюдался у женщин, заболевших диабетом в возрасте от 40 до 50 лет.

Установлена положительная корреляция между частотой КС и тяжестью и продолжительностью инсулиннезависимого сахарного диабета. У больных диабетом климактерический синдром при сохранившемся менструальном цикле наблюдался чаще (55,9%), чем в контрольной группе (26,7%). У больных с ИНСД отмечалось как раннее проявление, так и более длительное течение климактерического синдрома. Средняя продолжительность КС у больных диабетом составила  $8,64 \pm 0,46$  лет, а в контрольной группе –  $4,28 \pm 0,61$  года.

При анализе особенностей клинического течения климактерического синдрома у женщин с ИНСД было установлено, что у женщин с диабетом все признаки КС наблюдались чаще по сравнению с группой контроля. Преобладающими у женщин с сахарным диабетом были обменно-дистрофические и вегето-сосудистые нару-

шения. Ведущие жалобы – головная боль, головокружение, потливость, приливы жара, боли в суставах и мышцах, общая слабость, быстрая утомляемость, зуд вульвы.

У женщин с ИНСД в 2 раза чаще наблюдаются тяжелые формы климактерического синдрома. Установлена прямая зависимость степени тяжести КС от степени тяжести сахарного диабета. При изучении частоты различных форм климактерического синдрома в группах наблюдения, установлено, что у всех больных с ИНСД имела сложная форма заболевания, причем у 61,76% женщин наблюдалась типичная сложная форма КС, а у 38,24% – атипичная сложная форма. В контрольной группе преобладало типичное течение климактерического синдрома (71,67%), у 16 женщин из них (26,67%) наблюдалась сложная форма на фоне соматической патологии. У 28,33% женщин установлена атипичная форма КС.

Таким образом, у женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом отмечается более высокая частота осложненного течения климактерического периода. Климактерический синдром у больных ИНСД имеет более длительное и тяжелое течение. Характерным для больных диабетом является многосимптомность клинических проявлений КС и более высокая частота атипичных форм заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

**Озолина Л.А., Лапина И.А., Кашежева А.З.**

*Россия, г.Москва, Российский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Продолжающееся ухудшение индекса здоровья населения, экологической обстановки, увеличение психологических нагрузок существенно влияют на здоровье женщин, приводя к нарушению эндокринного статуса, что в свою очередь ведет к росту гинекологической патологии, в частности миомы матки. Миома матки – доброкачественная опухоль, развивающаяся из миометрия, наличие которой сопровождается выраженным тромбофилическим состоянием, включающим в себя гиперкоагуляцию, снижение антитромбиновой активности, а также в ряде случаев, активацию внутрисосудистого свертывания крови. Послеоперационный период у больных миомой матки часто протекает с явлениями гиперкоагуляции и последующим развитием тромботических и тромбогеморрагических осложнений. Одной из причин тромбофилического состояния при миоме матки как до операции, так и в послеоперационном периоде может являться гипергомоцистеинемия.

Цель: изучить особенности метаболизма гомоцистеина у больных миомой матки до операции и в послеоперационном периоде, выявить причины тромбофилических состояний для дальнейшей коррекции нарушений и предотвращения возможных осложнений.

Методы: нами проведено обследование 50 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, больных миомой матки. Первую группу составили 30 пациенток, которым было произведено оперативное лечение в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки без придатков, во второй группе 20 женщинам была произведена удаление матки с придатками. Уровень гомоцистеина определялся до операции, на 3 и 10 день послеоперационного периода, а также через 3 месяца после операции. Все пациентки были предварительно обследованы на наличие мутаций фермента метилентетрагидрофолатредуктазы. Уровень гомоцистеина определялся методом хроматографии.

Результаты: до операции средний уровень гомоцистеина составил  $15,31 \pm 3,1$  мкг/л, что соответствует умеренной гипергомоцистеинемии, однако данное значение достоверно не отличается от концентрации гомоцистеина у здоровых женщин данной возрастной группы ( $p > 0,05$ ). На 3 день после операции средний уровень

гомоцистеина был достоверно выше, чем до операции ( $p < 0,01$ ) и составил в первой группе 31,24 мкг/л, во второй группе 47,92 мкг/л, на 10 день -  $21,61 \pm 2,81$  ( $p < 0,05$ ) мкг/л и  $33,11 \pm 3,01$  мкг/л ( $p < 0,01$ ), соответственно. Показатели уровня гомоцистеина после операции соответствуют гипергомоцистеинемии средней степени тяжести и говорят о высоком риске развития сосудистых осложнений. Через 3 месяца уровень гомоцистеина в первой группе составил  $13,37 \pm 2,33$  мкг/л, при этом во второй подгруппе он был достоверно выше и составил  $24,76 \pm 1,67$  мкг/л ( $p < 0,05$ ).

Выводы: полученные нами результаты говорят о значительных колебаниях концентрации гомоцистеина у больных миомой матки в послеоперационном периоде. Выявленные изменения могут являться одним из факторов риска внутрисосудистого тромбообразования, что требует назначения своевременного и адекватного профилактического лечения, позволяющего снизить заболеваемость и смертность у данного контингента больных.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МАТКЕ С ПЕРЕВЯЗКОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ВЕТВИ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ

**Орлов В.М., Ковалева Ю.В.**

*Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская  
Медицинская академия последипломного образования Росздрава»,  
кафедра акушерства и гинекологии № 1*

Актуальность. Реконструктивная хирургия в гинекологии является одним из приоритетных направлений научных исследований. Органосохраняющие и реконструктивные операции на матке позволяют сохранить и даже восстановить молодым пациенткам менструальную и репродуктивную функцию, в связи с чем выполнение консервативно-пластических операций на матке является привлекательным аспектом практического подхода оперирующих гинекологов к хирургическому лечению больных.

Однако, как известно, реконструктивные операции на матке являются довольно травматичными и нередко характеризуются невозможностью обеспечения надежного гемостаза, а также большим объемом операционной кровопотери. Учитывая вышеизложенное, актуальным является поиск новых хирургических методов, позволяющих снизить травматичность операции и обеспечить надежный гемостаз.

Целью настоящего исследования явилось улучшение условий выполнения операции и течения послеоперационного периода у больных с реконструктивно-пластическими операциями на матке путем предварительной перевязки восходящей ветви маточной артерии.

Материалы и методы исследования. В основе настоящего исследования лежит сравнительный анализ основных параметров течения операции и раннего послеоперационного периода у 166 больных, подвергшихся реконструктивно-пластическим операциям на матке. Из них 124 операции (46 консервативных миомэктомий и 78 метропластик) выполнены с предварительной перевязкой восходящей ветви маточной артерии (основная группа). Группу контроля составили 42 больных, у которых перевязка маточной артерии во время операции не производилась. Все операции выполнены с использованием абдоминального доступа.

В основной группе средний возраст пациенток, которым произведена миомэктомия, составил  $32,3 \pm 0,64$  года (25–41 лет), пациенток с метропластикой –  $28,73 \pm 0,54$  лет (17–43 года). В контрольной группе возраст больных, которым выполнена миомэктомия, составил  $33,0 \pm 0,79$  года (31–37 лет), больных после метропластики –  $28,69 \pm 0,74$  лет (19–40 лет). По возрасту, особенностям менструальной и детородной функции, перенесенным соматическим и гинекологическим заболеваниям, а также по показаниям к оперативному вмешательству основная и контрольная группы практически не различались.

Показаниями для консервативной миомэктомии послужили субмукозная или интрамурально-субмукозная миома матки в сочетании с генеративными нарушениями.

Метропластика выполнялась так же в связи с генеративными нарушениями в виде невынашивания беременности или бесплодия, обусловленными в большинстве случаев аномалиями развития матки. Одной пациентке основной группы и двум больным группы контроля метропластика была выполнена в связи с наличием синдрома Ашермана.

Перевязка восходящей ветви маточной артерии с обеих сторон производилась кетгутом перед началом основного этапа оперативного вмешательства. Выполняется перевязка следующим образом: ткань матки прокалывается у самого ребра на уровне восходящей ветви маточной артерии с таким расчетом, чтобы часть ткани матки попала в лигатуру. Обратным движением этой же иглой прокалывается широкая связка матки, отступив от матки на 2 – 3 см, чтобы маточная артерия попала в петлю лигатуры. Лигатура завязывается. Такая же процедура осуществляется с другой стороны.

В ряде случаев при выполнении миомэктомии, при больших размерах узлов и малой подвижности матки перевязка восходящих ветвей маточных артерий на предварительном этапе операции технически невыполнима. В таких ситуациях она осуществляется после энуклеации узлов и наложения зажимов на их ложе, то есть когда появляется возможность беспрепятственного доступа к боковым отделам перешейка матки.

Кроме того, на круглые маточные связки накладываются кетгутовые лигатуры, которые не срезаются, а используются в качестве «держалок» на матке до окончания основного этапа операции. Таким приемом обеспечивается не только удобство манипулирования маткой во время операции, но также и дополнительный гемостаз за счет ограничения кровотока из бассейна наружной подвздошной артерии.

Иногда при отсутствии достаточного эффекта от перевязки восходящей ветви маточной артерии во время операции приходится прибегать к дополнительной перевязке собственных связок яичников.

Метропластика выполнялась по методу профессора В.М. Орлова (авторское свидетельство № 1635970 и № 1655472). Зашивание раны на матке производилось после предварительного введения в её полость полихлорвинилового протектора для профилактики образования внутриматочных сращений. При выполнении консервативной миомэктомии использовались функциональные разрезы на матке, то есть преимущественно в поперечном направлении с учетом локализации миоматозных узлов, анатомо-гистологического строения миометрия и хода маточных сосудов.

Результаты. Продолжительность операций в основной группе в среднем составила  $83,43 \pm 1,37$  мин, в контрольной группе –  $90,48 \pm 1,96$  мин ( $p < 0,05$ ). Объем кровопотери при органосохраняющих операциях зависит от вида хирургического вмешательства. Операционная кровопотеря при операциях метропластики в основной группе составила  $127,6 \pm 8,67$  мл, в группе контроля –  $220,3 \pm 9,75$  мл ( $p < 0,001$ ); при консервативной миомэктомии в основной и контрольной группах – соответственно  $168,8 \pm 11,60$  мл и  $295,0 \pm 24,09$  мл ( $p < 0,01$ ). Из осложнений в раннем послеоперационном периоде в основной группе только в 1 случае (0,8%) наблюдался эндометрит, который потребовал усиления антибактериальной терапии. Ни у одной больной не было предпринято повторного оперативного вмешательства. Частота возникновения анемии, в том числе легкой степени, после операции составила в основной группе 37,9%, в группе контроля 73,81% ( $p < 0,001$ ). При этом в основной группе не наблюдалось ни одного случая тяжелой анемии, тогда как в контрольной группе частота анемии III ст. составила 7,14%. Продолжительность пребывания больной в стационаре после операции составила в основной группе  $6,97 \pm 0,12$ , в группе контроля  $7,78 \pm 0,18$  суток ( $p < 0,05$ ).

После операций была рекомендована контрацепция в течение 6 месяцев. В основной группе у 21 пациентки (16,9%) после операций наступила беременность (у 16 – после метропластики, у 5 – после миомэктомии). Сроки наступления беременностей составили от 6

до 18 месяцев после операции (в среднем  $9,67 \pm 0,79$  месяцев). У 19 из 21 наших пациенток (15,3%) беременность закончилась срочными родами: у 18 – путем операции кесарева сечения в плановом порядке, у 1 (после консервативной миомэктомии) – через естественные родовые пути. Все пациентки после операций находятся под наблюдением, 2 из них имеют прогрессирующую беременность.

Выводы. Применение перевязки восходящей ветви маточной артерии при проведении реконструктивно-пластических операций позволяет существенно снизить объем операционной кровопотери. Благодаря уменьшению кровоточивости тканей облегчается проведение операции за счет создания удобства для хирурга и бригады. Это обеспечивает высокую точность удаления узла миомы или внутриматочной перегородки с максимальным сохранением окружающих здоровых тканей, что, позволяет уменьшить степень травматичности операции. Перевязка восходящей ветви маточной артерии при проведении консервативно-пластических операций способствует более благоприятному течению послеоперационного периода и сокращению продолжительности пребывания больной в стационаре. За счет снижения операционной кровопотери уменьшается частота возникновения анемии в раннем послеоперационном периоде по сравнению с контрольной группой. Перевязка восходящей ветви маточной артерии не оказывает отрицательного влияния на возможность наступления и нормальное течение последующей беременности.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОТОПА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НОВАРИНГ

Орлова В. С., Набережнев Ю. И.

*Белгородский государственный университет*

Цель: оценить состояние вагинального биотопа на фоне применения интравагинального гормонального контрацептива НоваРинг.

Материалы и методы исследования: Для изучения состояния микробиотоза влагалища были отобраны 30 женщин репродуктивного возраста (18-35 лет), проживающие на территории Белгородской области, различных социальных групп. Критериями включения в группу исследования явились: двухфазный менструальный цикл, отсутствие инфекций, передающихся половым путем, соматическое и психическое здоровье, соответствующие первой или второй категории «Медицинских критериев приемлемости использования методов контрацепции», разработанных ВОЗ в третьем издании. Все пациентки в качестве противозачаточного средства использовали НоваРинг - интравагинальный гормональный комбинированный контрацептив, в котором цикловая доза этинилэстрадиола составляет 2,7 мг, а этоноргестрела – 11,78мг; их ежедневная экспрессия - 15 и 120 мкг соответственно. Изучение вагинальной микрофлоры проводилось до и после трехмесячного применения контрацептива бактериоскопическим и бактериологическим методом. В общей сложности проведено 1020 исследований. При микроскопии дифференциация морфотипов базировалась на определении морфологических и тинкториальных признаков с последующей количественной оценкой по критериям R.P. Nugent et al. (1991) в модификации А.С. Анкирской и соавт. (2001). Идентификацию и подсчет колониеобразующих единиц (КОЕ) выделенных анаэробных и аэробных микроорганизмов культуральным методом проводили по методике действующего приказа МЗ СССР № 535 от 22.04.1985.

Результаты и их обсуждение:

Учитывая, что обследованные нами женщины были практически здоровы, мы ожидали обнаружить у них во влагалище нормоценоз, то есть преобладание облигатной (постоянной) микрофлоры в физиологических концентрациях. Однако при исходном микро-

скопическом исследовании от 100 до 1000 клеток в поле зрения лактобактерий (*Lactobacillus* spp.), характеризующих норму, наблюдались менее, чем у половины из пациенток (46,7%). У такого же числа женщин выявлено умеренное количество *Lactobacillus* spp. (от 10 до 100 клеток), у 6,7% - в минимальных количествах – 10 клеток в поле зрения. Умеренная концентрация лактофлоры свидетельствовало о пограничном состоянии вагинальной экосистемы, низкая – о патологическом состоянии. Бифидобактерии (*Bifidobacterium* spp.), причисляемые к постоянной микрофлоре, обнаружены в различных концентрациях у 60% женщин, среди которых до 10 клеток в поле зрения обнаружены только в 5 случаях. Кокковая составляющая нормальной микрофлоры влагалища определялась в скудном или умеренном количестве у 66,7% пациенток. Мобилункус – представитель условно-патогенной микрофлоры выявлен у 3-х женщин с умеренным числом клеток лактобактерий. У одной женщины обнаружена *Candida*, при этом она сочеталась с наличием мобилункуса. В норме допускается присутствие в вагинальном содержимом единичных. В нашем исследовании влагалищный мазок имел признаки лейкоцитоза только в двух случаях, превышая нормальный показатель на порядок.

После трехмесячного использования контрацептива микроскопическая картина вагинального биотопа претерпела некоторые изменения. По сравнению с исходными данными умеренное число лактобактерий встречалось в 1,9 раза реже, а обильное заселение лактофлоры в 1,5 раза чаще. Бифидобактерии в умеренном количестве определены практически у каждой женщины (90%). Заселенность кокковой флоры также как и лейкоцитарная реакция практически не изменились. На фоне применения контрацептива у двух женщин из трех мобилункус не обнаружен в виду его элиминации из биотопа, у одной, напротив, зафиксирован рост его количества. Клетки дрожжеподобных грибов рода *Candida*, обнаруженные при первичном обследовании в мазке у одной женщины остались, и число их с 29 увеличилось до 36. Кроме того, клетки гриба в умеренном количестве были обнаружены еще у двух женщин ранее его не имевших.

Бактериологическое исследование до начала использования интравагинального контрацептивного препарата позволило установить, что несмотря на строгую индивидуальность облигатная микрофлора была представлена следующим образом: у большинства женщин (68,0%) вагинальный биотоп заселен небольшим количеством *Lactobacillus* spp. ( $103,9 \pm 0,9$  КОЕ/мл), что значительно ниже общепринятой нормы (107-109 КОЕ/мл); почти у половины пациенток (46,1%) титр *Bifidobacterium* spp. составлял 102 КОЕ/мл, что на порядок меньше физиологического показателя; *Peptostreptococcus* spp. был выделен у 92% женщин, но у которых 69,6% из них этот микроорганизм высеян в 102 КОЕ/мл, что ниже минимального порога нормы (103 КОЕ/мл). Условно-патогенная микрофлора представлена в основном *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp., частота обнаружения которых в вагинальном биотопе составила 86,7% и 70,0% соответственно. Однако, только у 5 женщин стрептококк превышал нормально допустимые значения. Бактероиды были выделены в 62,5% случаев в концентрациях соответствующих физиологическим, дрожжеподобные грибы рода *Candida* – у 6 пациенток, но в каждом втором случае в повышенном титре ( $105,3 \pm 0,4$  КОЕ/мл). Другие представители условно-патогенной микрофлоры (*Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp., *Corynebacterium* spp.) высевались в единичных случаях и небольших количествах. Таким образом, вагинальный биотоп практически здоровых женщин более чем в половине случаев, недостаточно заселен лактобактериями - основными представителями постоянной микрофлоры.

Использование гормонального интравагинального противозачаточного средства изменило соотношение компонентов вагинальной экосистемы. Частота выделения лактобактерий и пептострептококков в высоких концентрациях возросла на 10% и 19,6% соответственно, бифидобактерий в этих же концентрациях - 50%. Бактероиды по частоте выявляемости заняли первое место среди условно-патогенной микрофлоры. Указанные сдвиги в биотопе обу-



словлены, вероятно, с повышенным образованием энергетического субстрата для бактерий - гликогена за счет ускорения созревания эпителиоцитов влагалища и возросшей адгезивной конкурентно-способностью этих видов постоянной микрофлоры при локальном воздействии эстрогенового компонента контрацептива. Рост облигатной микрофлоры подавлял вегетативную активность *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp., численность которых сократилась в 1,7 и 1,4 раза соответственно. Число носительниц гриба *Candida* увеличилось с 6 до 9, но в более низких концентрациях.

Выводы: Применение интравагинальной гормональной контрацепции сопровождается увеличением роста представителей как облигатной (резидентной) микрофлоры, так и условно-патогенной, благодаря, вероятно, увеличению гликогена в поверхностных клетках эпителия за счет эстрогенового компонента на протяжении всего цикла. Рост лактобактерий обеспечивает стабильность экосистемы влагалища, в то время как увеличение концентрации условно-патогенной микрофлоры повышает риск дисбиоза.

## **МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА И СОМАТИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ**

**Орлова В.С., Калашникова И.В., Литвак О.М., Ивницкая В.В.**  
*г. Белгород*

Как известно, под маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП) понимают функциональные маточные кровотечения, развивающиеся у девочек-подростков в период становления менструальной функции в возрасте 12-18 лет. В их основе лежат нарушения гормонального фона и отсутствуют первоначальные органические заболевания половой сферы (опухоль, пороки развития и системные заболевания).

Маточные кровотечения пубертатного периода занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии среди девочек-подростков. Их частота по данным разных авторов варьирует от 2,5 до 12%. В 50% случаев МКПП переходят в дисфункциональные кровотечения взрослых, которые в 30% случаев подвергаются гистерэктомии. МКПП могут сопровождаться вторичной постгеморрагической анемией, нарушениями процессов в свертывающей системе крови. В Белгородской области частота расстройств менструального цикла пубертатного периода, среди которых преобладают МКПП, составила в 2003 году - 3890,6 и в 2004 году - 2985,6 на 100 000 населения соответствующего возраста. Поэтому изучение факторов риска возникновения данной патологии имеет большое научное и практическое значение для разработки профилактических мероприятий.

В связи с изложенным целью исследования явилось выявление наиболее значимых факторов риска, играющих негативную роль в становлении менструальной функции современной девушки-подростка.

Нами обследованы 45 больных в возрасте 12-18 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу МКПП в гинекологическом отделении областного перинатального центра в период с 1.01.2005 по 31.12.2005 год. Для решения поставленной задачи нами разработана специальная анкета, в которой отражены жалобы пациентки на момент поступления, анамнез заболевания и жизни, данные объективного осмотра соматического и гинекологического статуса, лабораторные данные, а также результаты дополнительных методов обследования (УЗИ, рентгенография турецкого седла, гормональный профиль) и консультаций смежных специалистов. В зависимости от кратности эпизодов маточного кровотечения все пациентки разделены на 2 группы. Первую группу (I) составили больные, поступившие по поводу первого эпизода кровотечения ( $n=26$ ), вторую группу (II) – повторно поступившие больные, в анамнезе которых уже были по 1-2 эпизода маточного кровотечения ( $n=16$ ).

Результаты проведенного исследования показали, что средний возраст обследованных девушек на момент поступления в стационар составил  $14,4 \pm 0,3$  года. Подавляющее большинство из них учатся в старших классах средних общеобразовательных школ – 34 (80,9%), 6 (14,3%) – в СУЗах и 2 (4,8%) – студентки ВУЗа.

Среди факторов риска дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, по нашим данным, ведущее значение принадлежит острым, преимущественно вирусной этиологии, инфекционным заболеваниям в виде острых респираторно вирусных инфекций, кори, краснухи, ветряной оспы. Большую роль играют также часто рецидивирующая ангина либо хронический тонзиллит. Указания на эти инфекции, перенесенные в детстве, имеются в анамнезе 88,1% пациенток и лишь 5 девушек (11,9%) отрицали у себя инфекционные заболевания.

Общим для всех перечисленных нозологических форм являются входные ворота - слизистая носа, рта и глотки. Размножение болезнетворных микроорганизмов во всех этих случаях происходит в очаге, расположенном топически вблизи от центров, ответственных за становление и формирование менструальной, а в перспективе и репродуктивной функции. Вирусы, обладая цитопатическим действием на клетку, могут вызвать необратимые изменения в регулирующих центрах головного мозга. Продукты интоксикации при хроническом тонзиллите, гайморите, фронтите дополнительно усугубляют выработку релизинг-гормонов или гонадотропинов, вследствие чего нарушаются циклические процессы в яичнике.

Согласно полученным нами данным среди пациенток I группы чаще наблюдалась моноинфекция, во II группе – чаще сочетанная инфекция, кроме того, инфекционный индекс выше был среди пациенток с рецидивом МКПП. Соматическая патология, среди которой преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, выявлена у каждой второй больной в первой группе (57,6%) и у каждой третьей (31,3%) - во второй.

В настоящее время уже известна взаимообусловленность метаболических процессов и стероидогенеза. Изучение массо-ростовых соотношений, косвенно свидетельствующих о состоянии нейрообменных процессов, показало, что только 35,55 пациенток имели индекс массы тела, соответствующий нормативам. У большинства из них выявлены отклонения, причем каждая вторая (55,55) страдала дефицитом массы тела, 3 девочки - избытком.

У подавляющего большинства девушек МКПП возникает в течение первых 2 лет от менархе и реже – в более отдаленном периоде. Наши данные согласуются с данными литературы и подтверждают, что на этапе становления репродуктивной системы взаимосвязи центрального и периферического звена неустойчивы, поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов может вывести их из состояния равновесия и привести к срывам менструальной функции.

Следовательно, здоровье девушек необходимо рассматривать как целостную систему, где соматический, психологический и репродуктивный компоненты находятся в неразрывной связи между собой. Своевременное устранение неблагоприятных факторов, здоровый образ жизни позволят снизить частоту нарушений менструальной функции.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУЕ**

**Осипенко А.А., Звычайный М.А., Воронцова А.В.,  
Маясина Е.Н., Федотовских И.В.**

*г. Екатеринбург*

Особенный рост частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы (миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия, мастопатии) отмечается у женщин в перименопаузе, когда

в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только монотипических гиперпластических процессов, но и одновременного поражения ими практически всех органов репродуктивной системы.

Большой выбор лекарственных средств, используемых при консервативной терапии гиперпластических процессов репродуктивной системы, и отсутствие системного подхода к таким больным способствует хаотичному назначению самых разнообразных препаратов, иногда принципиально противоречащих друг другу по механизму действия, например, гестагены (норколут, дюфастон, утрожестан и др.) и антипрогестагены (мифепристон). Однако зачастую применение гормональных препаратов не дает ожидаемого эффекта, или сама женщина отказывается от применения гормональных средств, или имеются противопоказания к таким методам лечения в связи с тяжелой сопутствующей соматической патологией. Кроме того, учитывая многофакторность гиперпластических процессов и патофизиологические механизмы их развития, возникает необходимость использования не только какого-либо гормонального препарата в привычном нам понимании, но и такой фармакологической коррекции, которая бы осуществлялась на всех этапах развития гиперпластического процесса и по отношению ко всем сигнальным каскадам, выполняющим ключевые патофизиологические функции.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения фитонутриента Индиол у женщин в перименопаузе с различными гиперпластическими процессами репродуктивной системы.

Для достижения поставленной цели на базах кафедры акушерства и гинекологии УГМА и Городского эндокринологического центра МУ ГКБ№40 г.Екатеринбурга нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение 24 женщин в возрасте 45-55 лет, из них у 19 пациенток (79,2%) была обнаружена миома матки, у 14 женщин (58,3%) – рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, у 13 (54,2%) – диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, у 3 женщин (12,5%) – аденомиоз.

В связи с отрицательным отношением женщин к гормонотерапии (нежелание использовать гормональные препараты, негативный опыт приема гормональных средств, отсутствие эффекта от проводимого лечения) всем пациенткам был назначен фитонутриент Индиол, содержащий 100 мг индол-3-карбинола в 1 капсуле, по рекомендованной схеме на протяжении 3 месяцев.

Всем женщинам перед началом лечения и через 3 месяца было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее общепринятые методы исследования, в том числе УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком и осмотр маммолога, а при наличии гиперпластического процесса эндометрия пациенткам дополнительно первично выполнялось выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала, а через 3 месяца – аспирация внутриматочного содержимого с цитологическим исследованием. При подозрении на эндометриоз части больным было дополнительно проведена ЯМРТ органов малого таза.

В ходе исследования были получены следующие результаты: нормализация менструального цикла – у 11 (45,8%) из 18 (75%) женщин, имевших нарушение менструального цикла при первичном обследовании, облегчение симптомов альгоменореи – у 8 (33,3%) из 11 пациенток, уменьшение объема менструальной кровопотери – у 10 больных. До начала лечения признаки гиперплазии эндометрия были обнаружены у 58,3% (М-эхо на 5-7 день цикла в пределах  $12,8 \pm 0,41$  мм), после 3 месяцев лечения препаратом Индиол М-эхо на 5-7 день цикла составило  $5,0 \pm 0,60$  мм. Ни у одной из женщин, имевших миому матки, за 3 месяца лечения не произошло увеличения диаметра миоматозных узлов, более того, у 14 женщин из 19 (73,7%) диаметр узла уменьшился на 2-3-5 мм. За все 3 месяца приема Индиола ни у одной из женщин, имевших при первичном обследовании диффузную фиброзно-кистозную мастопатию (54,2%) и масталгию (25%) не было выявлено отрицательной динамики. Кроме того, уже через месяц наблюдения жалобы на болевые

ощущения в области молочных желез исчезли у 3 пациенток, а к окончанию третьего месяца – отсутствовали у всех больных. У 2 пациенток до начала лечения имелись кисты в молочных железах, которые после 3 месяцев приема Индиола у одной женщины – значительно уменьшились в размерах (на 86%), у второй женщины – исчезли. Что касается переносимости Индиола, то за время лечения только одна пациентка отметила появление чувства дискомфорта и подташнивания после приема препарата.

Таким образом, за 3 месяца приема препарата Индиол были достигнуты обнадеживающие результаты: стабилизация или снижение активности гиперпластических процессов репродуктивной системы различной локализации. Поэтому, с нашей точки зрения, использование индола-3-карбинола достаточно перспективно в комплексной терапии гиперпластических процессов репродуктивной системы, а также возможно его применение и с профилактической целью у женщин, имеющих отягощенную наследственность или подверженных действию различных неблагоприятных факторов.

## ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Пашаева А.Д.

Россия, Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН

Многочисленные результаты исследований, проведенных в Дагестане, демонстрируют, что республика с различными климатическими и географическими условиями, этническим многообразием, укладом жизни, характером питания отличается высокой частотой обнаружения ЖДА в местных популяциях – в 45-78% случаев у женщин репродуктивного возраста и до 95% в структуре алиментарных гемостатических анемий.

Целью нашего исследования было изучение питания женщин с ЖДА в различных социальных группах с целью оптимизации прегравидарной подготовки.

Материал и методы. Нами проводилась оценка режима питания, химического состава среднесуточных пищевых рационов у 72 женщин с анемией. В зависимости от материального достатка они были разделены на группы с низким (24 человек), средним (29 человек) и высоким (19 человек) уровнем жизни. Для оценки фактического питания у женщин с анемией применяли анкетно-опросный, опросно-весовой и расчетный методы гигиенической и биохимической оценки питания.

Результаты и их обсуждение. Энергетическая ценность обеденного пищевого рациона должна составлять до 35,0% от суточного, однако соответствующие цифры зарегистрированы только у 22,2% обследованных женщин, причем все они относились к категории со средним и высоким уровнем жизни. Только у них самый обильный пищевой рацион приходился на время обеда, и его энергетическая ценность составляла в среднем  $34,1 \pm 0,02\%$ .

Изучение суточного набора продуктов показало, что в рационах питания женщин с анемией из группы с низким уровнем жизни отмечается недостаточное потребление основных продуктов питания, ассортимент потребляемых продуктов и готовых блюд крайне невелик. Несмотря на разные уровни жизни, практически всегда употребляются национальные блюда, с большим содержанием тугоплавких жиров и углеводов, отмечается повышенное потребление хлеба и крупяных изделий. Во всех группах отмечается повышенное употребление сахара и кондитерских изделий (выше нормы в 1,3-1,6 раза).

В группе женщин с низким уровнем жизни суточное количество овощей снижено на 24,5%, фруктов – на 67,3%, мяса на - 39,3%, молока – на 40,5% относительно необходимого минимума. В группе со средним уровнем жизни также наблюдалось снижение содержания в дневном рационе овощей – на 20,2%, фруктов – на 42,0%, мяса – на 25,7%, молока - на 37,6% относительно суточной нормы.

Самое разнообразное и высококалорийное меню отмечается у женщин с высоким уровнем жизни. В группе женщин с высоким уровнем жизни отмечается повышенное потребление жиров животного происхождения – на 22,4% выше, чем в других группах; они же предпочитают растительные масла, тогда как в группах со средним и низким уровнем жизни в основном употребляют в пищу жиры растительного происхождения (78,6-91,1%). Однако потребление мяса снижено на 20,3%, овощей – на 34,2%, фруктов – на 15,8% относительно минимальных суточных потребностей организма.

Содержание белка в рационах питания не соответствовало физиологическим потребностям. Из таблицы видно, что в рационе питания женщин во всех группах имеется несбалансированность соотношения белков растительного и животного происхождения. Вместо положенных 60% животных и 40% растительных белков было 28,8% и 71,2% соответственно в группе с низким, 31,4% и 68,6% - со средним и 54,3% и 45,7% с высоким уровнем жизни.

Энергетическая ценность увеличена в обследованных группах на 755-1284 ккал за счет углеводов и жиров. Калораж пищевого рациона составил в среднем  $3238,5 \pm 25,71$  ккал, что значительно выше норм при беременности, в основном за счет углеводов и жиров. Высокая квота жиров – в среднем  $103,4 \pm 4,2$  г, объясняется потреблением большого количества растительных жиров у женщин с низким и средним уровнем жизни и большого количества жиров животного происхождения в группе с высоким уровнем жизни, а также национальными особенностями кухни – предпочтение отдается тугоплавкому бараньему жиру. Содержание углеводов составило в среднем  $525,57 \pm 15,3$  г.

Характеризуя содержание минеральных веществ в пищевых рационах беременных, можно отметить значительное снижение количества железа (в 1,5-2,4 раза), а также кальция и магния. Отмечается выраженный дефицит витаминов группы В, С, фолиевой кислоты, Е, меди и цинка.

Выводы. Несмотря на разные уровни жизни, практически всегда питание обследованных женщин не соответствовало физиологическим потребностям организма. Самое разнообразное и высококалорийное меню отмечается у женщин с высоким уровнем жизни. Однако во всех группах наблюдается несбалансированность питания по основным питательным веществам, недостаточность поступления с пищей витаминов, микро- и макроэлементов. Теоретически повысить поступление в организм необходимых веществ можно обеспечить путем улучшения питания. Однако более надежным подходом является применение препаратов, содержащих все необходимые беременной женщине витамины и минералы (естественно, их использование является не альтернативой, а дополнением к адекватному питанию).

## **ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

**Пекарев О.Г., Любарский М.С.**

*Россия, Новосибирск, ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии*

Хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВЗПМ) у женщин представляет собой сложную и недостаточно изученную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями во всем мире. Современные методы лечения ХВЗПМ включают в себя решение следующих задач: достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта, повышение активности компенсаторно-защитных механизмов, предупреждение обострения воспаления, восстанов-

ления нарушенных функций половой системы, ликвидация вторично возникших полисистемных расстройств и сопутствующих заболеваний, но не позволяют достичь желаемых результатов.

В Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной лимфологии (НИИКиЭЛ СО РАМН, г.Новосибирск) разработан новый способ лимфотропной терапии - метод межкостистых подкожных лимфотропных лимфостимулирующих инъекций. Доказана клиническая эффективность сочетания указанного способа с методами эфферентной терапии при лечении заболеваний воспалительного характера. Имеющиеся клинико-экспериментальные данные позволили прогнозировать высокую эффективность реализации подобного подхода в коррекции ХВЗПМ.

В этой связи на базе Муниципальной гинекологической больницы №2 г.Новосибирска и гинекологического отделения клиники НИИКиЭЛ СО РАМН было проведено обследование и лечение 60-ти женщин с ХВЗПМ.

Все пациентки были разделены на 3 группы: 1-я группа - «ТТ+ЛТ-Т+ПА» (традиционная терапия + лимфотропная терапия + плазмаферезы) 20 женщин, получавшие на фоне базового лечения, курс эфферентной терапии (три плазмафереза) и курс межкостистой лимфотропной лимфостимулирующей терапии (три инъекции); 2-я группа - «ТТ+ЛТТ» (традиционная терапия + лимфотропная терапия) 20 женщин, получавшие на фоне базового лечения, курс межкостистой лимфотропной лимфостимулирующей терапии (три инъекции); 3-я группа - «ТТ» (традиционная терапия) 20 женщин, получавшие только базовое лечение.

Смесь лекарственных препаратов для межкостистых лимфотропных инъекций (МЛИ) готовили *ex tempore*. В состав инъекций входили: Цефтриаксон 1,0 г; Лидокаин 2% - 2 мл, Лидаза 32 ед, Глюкоза 10% до 6 мл. Вышеперечисленные препараты не вступают в химическое взаимодействие. Эфферентную терапию проводили с добавлением в клеточную массу 2 мл 12,5% циклоферона и экспонировали в течение 15-ти минут при температуре +37С0.Затем клеточную массу разбавляли 150 - 200 мл физиологического раствора и осуществляли аутогемотрансфузию. Каких-либо осложнений, связанных с данной методикой или аллергическими реакциями на циклоферон, мы не наблюдали. В ходе проведения исследования изучались концентрации ИЛ-1, ИЛ-4 и -ИНФ.

У женщин всех групп исследования содержание ИЛ-1 в сыворотке крови при поступлении в стационар существенно (в среднем 3,4 раза) превышало контрольное значение. В 1-й группе уровень ИЛ-1 на 7-е сутки лечения оставался в 3,0 раза выше контроля, но снижался на 30% от значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период исследования значение ИЛ-1 в сыворотке крови превышало контрольное в 3,5 раза и достоверно (на 18%) снижалось по сравнению с исходным значением. В 3-й группе уровень изучаемого цитокина на 7-е сутки после начала лечения существенно повышался и становился в 5,6 раза выше контрольного значения и на 35% выше исходного. При этом у больных этой группы концентрация ИЛ-1 в сыворотке крови была существенно выше, чем у женщин 1-й и 2-й групп (на 89% и 60% соответственно). При выписке ИЛ-1 в сыворотке крови у больных 1-й группы было в 1,9 раза выше контроля и в 2,2 раза ниже значения при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы уровень данного цитокина в крови оставался существенно (в 2,7 раза) выше нормативного значения и становился достоверно (на 37%) ниже исходного. При этом его концентрация была на 39% выше, чем у больных 1-й группы ( $P < 0,05$ ). У пациенток 3-й группы ИЛ-1 оставался в 3,6 раза выше контрольного уровня, но практически не отличалось от исходного значения.

Подобная динамика отмечена нами при изучении ИЛ-4. В 1-й группе уровень ИЛ-4 на 7-е сутки лечения существенно повышался и становился в 4,2 раза выше контроля, в 2,4 раза выше значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период значение ИЛ-4 превышало контрольное в 2,6 раза и на 37% исходное значение, и было достоверно (на 39%) ниже, чем у женщин 1-й группы. У пациенток 3-й группы уровень ИЛ-4 на 7-е сутки практически не менялся и оставался в 2,0 раза

выше контрольного значения. При выписке содержание ИЛ-4 у больных 1-й группы было в 4,0 раза выше контроля и в 2,3 раза - значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 3-й группы ИЛ-4 оставался на 82% выше контрольного уровня, но практически не отличался от исходного значения. Интересно отметить, что в этот период исследования значение ИЛ-4 было достоверно (2,2 раза) ниже, чем у больных 1-й группы и практически не отличалось от такового у женщин 2-й группы.

Что касается содержания -ИНФ в сыворотке крови при поступлении в стационар, то показатель в 4,5 раза превышал контрольное значение. В 1-й группе уровень -ИНФ на 7е сутки лечения оставался в 2,6 раза выше контроля, но снижался на 43% по сравнению со значением, определенном при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период исследование значение -ИНФ в сыворотке крови превышало контрольное в 3,7 раза и практически не отличалось от исходного значения. Кроме того в этот период исследования у больных 2-й группы содержание -ИНФ в крови было достоверно (на 42%) выше по сравнению с таковым у женщин 1-й группы. И, наконец, в 3-й группе уровень изучаемого цитокина на 7-е сутки после начала лечения оставался в 4,0 раза выше контрольного значения и не отличался от исходного. При этом у больных этой группы концентрация -ИНФ в сыворотке крови была существенно выше, чем у женщин 1-й группы (на 52%).

При выписке из стационара содержание -ИНФ в сыворотке крови у больных 1-й группы было на 62% выше контроля и в 2,8 раза ниже значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы -ИНФ оставался существенно (в 2,4 раза) выше нормативного значения и становился достоверно (на 44%) ниже исходного. При этом его концентрация была на 49% выше, чем у больных 1-й группы ( $P < 0,05$ ). Что касается пациенток 3-й группы -ИНФ оставался в 3,3 раза выше контрольного уровня и на 25% ниже исходного значения.

Таким образом, при проведении лимфотропной терапии и плазмафереза у больных с ХВЗПМ не было отмечено снижения концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1 и -ИНФ, что свидетельствует о наличии воспаления. В то же время о признаках развития специфической второй фазы иммунного ответа свидетельствует повышение содержания ИЛ-4 – основного индуктора гуморального иммунного ответа.

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения пациенток с ХВЗПМ показал наибольшую результативность в случае комбинации межклеточной лимфотропной терапии и модифицированных плазмаферезов. Во время наблюдения в течение 1 года у всех пациенток, получавших комплексную терапию не было рецидивов обострения ХВЗПМ. Высокий клинический результат во многом обусловлен сочетанием универсальных механизмов межклеточной лимфотропной терапии с детоксицирующим и иммуномодулирующим влиянием модифицированного плазмафереза. Данная комбинация сконструирована для лечения ХВЗПМ в рамках обще патологического подхода к коррекции имеющихся гомеостатических изменений с позиций клинической лимфологии.

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ.**

**Петрова Е.В**

*Городская Гинекологическая больница №5 г.Москвы*

Цель исследования: Изучить влияние внематочной беременности на репродуктивное здоровье.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 383 больных, поступивших в 5 гинекологическую больницу г.Москвы с внематочной беременностью. В 1993 году прооперировано 91, в 1999 – 128 и в 2004 – 164 больных.

Результаты исследования: Возраст обследованных колебался от 16 до 44 лет. Средний возраст больных оперированных в 1993 г.

составил  $28,2 \pm 0,6$  лет, в 1999 г. –  $28,6 \pm 0,5$  и в 2004 г. –  $29,7 \pm 0,5$ . Возраст менархе у поступивших больных в 1993, 1999 и 2004 году практически не различался и составил  $13,52 \pm 0,17$ ,  $13,27 \pm 0,11$  и  $13,59 \pm 0,12$  (соответственно).

Обращает на себя внимание более раннее начало половой жизни (15 лет и раньше). В 15 лет и раньше начали половую жизнь 9,4% обследованных. Если в 1993 г.до 18 лет начали половую жизнь 57,14% женщин, то в 2004 году – уже 75,6%. Средний возраст начала половой жизни составил: в 1993 г. –  $18,96 \pm 0,3$ , в 1999 г. –  $18,14 \pm 0,3$ , 2004 г. –  $17,78 \pm 0,15$ . Во всех группах отмечено более частое начало половой жизни вне брака – 63,28 – 70,73% женщин.

Как следствие раннего начала половой жизни вне брака явилась высокая частота воспалительных заболеваний половой системы женщин. Исследования показали, что основная часть женщин перенесли воспалительные заболевания половых органов различной этиологии. У значительного числа обследованных наблюдалось первичное и вторичное бесплодие. Часть женщин подвергалась оперативному лечению в связи с поражением придатков матки. Определенное число женщин перенесли внематочную беременность, которая закончилась консервативно пластической операцией. Все это способствовало наступлению первой и повторной внематочной беременности.

Среди больных, оперированных по поводу внематочной беременности в 1993 г. воспаление придатков матки было почти у каждой второй больной (57,1%). Что же касается больных, поступивших с внематочной беременностью в 1999 и 2004 гг., то воспаление придатков матки в анамнезе имели трое из четырех обследованных.

Генеративная функция у больных с внематочной беременностью, оперированных в 1993, 1999 и 2004 гг. имела свои особенности. Всего беременностей было 936. Число родов у поступивших больных в 1993 г. составило 0,82, в 1999 г. – также 0,82, а в 2004 г. – только 0,63. При этом среднее число абортот составил 1,6, 1,75 и 1,37, соответственно. Наибольшее число беременностей отмечено у больных с внематочной беременностью в 1999 г. Оно составило 2,76, за счет большего числа абортот. У больных в 1993 г. общее число беременностей было несколько меньше – 2,42, в 2004 г. – 2,21.

Полученные данные свидетельствуют о том, что раннее начало половой жизни вне брака, перенесенные в анамнезе воспалительные заболевания женских половых органов, преваляции абортот в анамнезе у больных с внематочной беременностью над естественным родоразрешением приводит к возникновению внематочной беременности в 3 – 3,5 раза чаще.

Анализ генеративной функции у обследованных больных также показал значительное число повторной внематочной беременности (66), что составляет 17,2%. Меньше всего повторная внематочная беременность отмечена у больных, поступивших в стационар в 1993 г. – 9,9% и больше всего – у больных, поступивших в 2004 г. – 20,7%. Причиной этого является изменение за последние годы характера оперативного вмешательства при этой патологии. Если раньше при внематочной беременности в основном производилось чревосечение и удаление маточной трубы (реже удаление плодного яйца), то в настоящее время, как правило, производится лапароскопия и удаление только плодного яйца. Так, у всех больных, поступивших в стационар в 1993 г. по поводу внематочной беременности, было произведено чревосечение (в 95,6% была удалена маточная труба и в 4,4% – плодное яйцо). В 1999 г. чревосечение произведено у 97,6% больных и у 2,4% – лапароскопия. Маточная труба была удалена в 56,2% и плодное яйцо – в 43,8%. В 2004 г. чревосечение при внематочной беременности было произведено только у 12% больных. У остальных производилась лапароскопия. Удаление маточной трубы произведено в 48,8%.

Изменилась и величина кровопотери при внематочной беременности. Если у больных с внематочной беременностью в 1993 г. кровопотеря 500 мл. и более наблюдалась у каждой четвертой больной (26,4%), то в 2004 г. только в 4,9%. Одной из главных причин уменьшения кровопотери при внематочной беременности является ранняя диагностика заболевания, которая стала возможным с внедрением в клиническую практику современных высокотехнологических репродуктивных методов, включая УЗИ и определение -ХГЧ.

Выводы: Внематочная беременность остается актуальной проблемой в сохранении репродуктивного здоровья женщин после операции. Несмотря на развитие медицинской науки и внедрение в клиническую практику современных вспомогательных репродуктивных технологий и их дальнейшее совершенствование, внематочная беременность представляет определенную опасность для репродуктивного здоровья женщин.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ПОДРОСТКОВ С ХУ-РЕВЕРСИЕЙ ПОЛА**

**Пискорская В.М., Бижанова Д.А., Дядик Т.Г.**

*Государственное учреждение Российская детская клиническая больница Росздрава, г.Москва; Российский государственный медицинский университет, г.Москва*

На современном этапе проблема первичной аменореи (ПА) у девочек с кариотипом 46 ХУ в практике детского гинеколога имеет социальный характер. Только дифференцированный подход в терапии данной патологии позволяет улучшить качество жизни таких пациенток.

ХУ-реверсия пола – группа заболеваний, при которых у пациенток, воспитанных в женском паспортном поле, имеет место мужской кариотип (46 ХУ). К этой группе заболеваний относят синдром Свайера и синдром тестикулярной феминизации (СТФ). Клинически значимое отличие этих нозологий заключается в наличии рудиментарной матки и полноценного влагалища у девочек с синдромом Свайера и их отсутствии у пациенток с STF. Этот факт должен учитываться специалистами в выборе заместительной гормональной терапии (ЗГТ), т.к. на современном уровне развития вспомогательной репродукции (донация яйцеклетки и пр.), только адекватная и длительная ЗГТ позволит подготовить ранее стопроцентно бесплодных женщин с синдромом Свайера к деторождению. Эта цель не преследуется при подборе длительной ЗГТ в случае STF.

Целью нашего исследования явилась оптимизация методов лечения у подростков с ПА и кариотипом 46ХУ.

Под нашим наблюдением в гинекологическом отделении РДКБ за период с 2004 по 2006гг. находилось 29 подростков с ПА в возрасте от 15 до 18 лет, из них: 19- с синдромом Свайера, 10 – с STF.

Все девочки были обследованы по единому алгоритму, который включал в себя: сбор анамнеза, оценку физического и полового развития, УЗ - сканирование органов малого таза, определение параметров гормонального профиля, кариотипирование крови, рентгенографию кистей рук, денситометрию, консультацию генетика и эндокринолога.

После верификации диагноза первый этап терапии заключался в гонадэктомии лапароскопическим доступом, у всех пациенток с синдромом Свайера были удалены маточные трубы во избежание риска возникновения внематочной беременности при донации яйцеклетки.

В качестве длительной ЗГТ у пациенток с синдромом Свайера, учитывая наличие матки, нами был выбран двухфазный гормональный препарат «Дивина» («Орион Фарма», Дания). Препарат назначался в режиме 21 дня с недельным перерывом, что позволило имитировать нормальный менструальный цикл. В качестве длительной ЗГТ при STF применялся препарат «Анжелик» («Шеринг», Германия). Низкая доза эстрогенов в указанном препарате (1 мг 17β эстрадиола гемигидрата) при данной патологии вполне достаточна и обеспечивает развитие вторичных половых признаков, не смотря на отсутствие матки у этих больных.

При оценке результатов через 1,5 года у всех наблюдавшихся с ПА и кариотипом 46ХУ, степень выраженности вторичных половых признаков соответствовала паспортному возрасту, и у всех девочек с синдромом Свайера имела регулярная менструально-подобная реакция.

Результаты обследования подтвердили необходимость дифференцированного подхода в терапии ПА у девочек – подростков с кариотипом 46ХУ.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОНТРАЦЕПТИВОВ ЯРИНА, МЕРСИЛОН И НОВА РИНГ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И УМЕРЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Сумятина Л.В.**

*Россия, г.Москва, кафедра акушерства и гинекологии Российской медицинской академии последипломного образования*

Разработка безопасных и эффективных методов контрацепции остается одним из приоритетных направлений в гинекологии. Благодаря успехам последних десятилетий арсенал контрацептивных препаратов значительно расширился в основном за счет низко - и микродозированных. Однако в последнее время достигнуто не только уменьшение количества гормонов во вновь синтезируемых препаратах за счёт в первую очередь эстрогенного, а затем и гестагенного компонентов: изменилась сама фармакология контрацептивов, а также пути введения препаратов (трансдермальный, вагинальный), в результате чего создается стабильная концентрация гормонов в крови и отсутствие первичного прохождения через печень и желудочно-кишечный тракт, что позволяет достичь необходимой эффективности при меньших, чем даже в пероральных препаратах, ежедневных дозах гормонов.

Внедрение современных препаратов способствовало расширению круга женщин, для которых гормональная контрацепция является приемлемой. И, тем не менее, по-прежнему нельзя считать разработанной до конца гормональную контрацепцию для женщин с нарушением жирового обмена, учитывая, что в России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение, а 25% - избыточную массу тела и, принимая во внимание, более высокую вероятность возникновения побочных реакций именно у таких женщин при использовании гормональной контрацепции, то необходимым условием для данной группы пациенток является метаболическая инертность препарата.

Цель исследования: изучить влияние пероральных препаратов Ярина и Мерсилон, а также гормонального контрацептива для вагинального применения НоваРинг на антропометрические показатели, липиды сыворотки крови и показатели инсулинорезистентности пациенток с нормальной и умеренно повышенной массой тела.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 64 женщины в возрасте от 18 до 35 лет, решившие использовать для контрацепции гормональные препараты, в соответствии со сложившейся практикой их применения.

Низкодозированный оральный контрацептив «Ярина», принимали 20 женщин, средний возраст которых составил 25,65±4,97. Микродозированный оральный контрацептив «Мерсилон» использовала 31 пациентка (средний возраст 26,75±6,31). Вагинальное кольцо НоваРинг применяли 14 женщин (средний возраст 26,15±5,94). Каждая группа состояла из подгрупп женщин с нормальной массой тела и избыточной массой тела или ожирением 1-2 ст. Индекс массы тела рассчитывали по формуле – масса тела (в кг), деленная на величину роста, выраженную в метрах и возведенную в квадрат. Количество жировой ткани оценивали при помощи определителя жировых отложений прибором OMRON BF 306. Определяли липидный спектр крови и индекс НОМА для косвенной оценки инсулинорезистентности.

Результаты исследования: при анализе динамики антропометрических показателей на фоне приема различных гормональной контрацептивов не отмечено нарастания ИМТ, содержания жировой ткани в организме или изменения характера распределения жира ни у пациенток с нормальной массой тела, ни у женщин с умеренным ожирением (таб. 1).

Таблица 1. Динамика антропометрических показателей на фоне гормональной контрацепции

Показатель	Клиническая группа	Ярина			Мерсилон			НоваРинг		
		до	после	p	до	после	p	до	после	p
ИМТ	Нормальная масса (чел)	19,54± 1,91	19,28±1,54	p=0,25	19,72±1,70	19,95±1,79	p=0,77	20,27± 1,03	20,02± ,20	p=0,76
ОТ/ОБ	Избыточная масса, ожирение, (чел)	25,87± 3,36	25,44±3,75	p=0,06	27,89±5,25	27,46±5,30	p=0,79	25,9±3,48	25,87± ,26	p=0,98
	Нормальная масса тела (чел)	0,74±0,02	0,73±0,02	p=0,4	0,75±0,04	0,75±0,04	p=0,76	0,76±0,24	0,75±0,02.	p=0,88
% жировой ткани	Избыточная масса, ожирение (чел)	0,78±0,11	0,78±0,12	p=0,8	0,87±0,19	0,87±0,19	p=0,93	0,79±0,06	0,79±0,06	p=0,91
	Нормальная масса (чел)	24,31± 5,02	23,96±4,71	p=0,88	24,25±3,37	24,93±2,35	p=0,61	25,88± 1,87	25,55±2,1	p=0,83
	Избыточная масса, ожирение (чел)	34,93±4,22	34,34±4,83	p=0,76	36,51±4,85	35,82±4,96	p=0,65	34,28±4,90	34,43±4,63	p=0,95

На следующем этапе мы оценивали влияние только пероральных контрацептивов на содержание липидов сыворотки крови и чувствительность тканей к инсулину у женщин с различной массой тела.

У женщин с нормальной массой тела, использовавших препарат Ярина, исходные нарушения были отмечены в 33,3% (гиперхолестеринемия, понижение содержания ЛПВП). У пациенток с избыточной массой тела, принимавших этот контрацептив, исходно у 19% имела место гиперхолестеринемия, у 9,1% - гипоальфалипипротемидемия. Исследование в динамике позволило выявить статистически значимое повышение уровня триглицеридов у пациенток с нормальной массой тела, применявших с целью контрацепции препарат Ярина ( $P<0,03$ ), у пациенток с избыточной массой тела достоверных различий выявлено не было. Статистически значимых изменений в отношении ХС, ХС ЛПНП не обнаружено ( $p>0,05$ ). Коэффициент атерогенности не изменялся ( $p>0,05$ ).

Исходные нарушения липидного обмена были выявлены у 30% женщин с нормальной массой тела, принимавших Мерсилон (гиперхолестеринемия, гипоальфалипипротемидемия). У пациенток с избыточной массой или ожирением у 23,8% зафиксировано снижение концентрации ХС ЛПВП. Статистически достоверной динамики содержания фракций липидов и коэффициента атерогенности при приеме препарата Мерсилон отмечено не было.

При исследовании соотношения иммунореактивного инсулина и глюкозы как косвенного показателя чувствительности рецепторов инсулина в тканях (НОМА) нами отмечено достоверное увеличение этого индекса во всех исследуемых группах ( $p<0,05$ ), что говорит о снижении чувствительности к инсулину при приеме гормональных контрацептивов, в то время как исходная резистентность к инсулину была выявлена у 9,1% пациенток с ожирением, принимавших Ярину и у 9,5% женщин с ожирением, принимавших Мерсилон (таб. 2).

Таблица 2.. Индекс НОМА в исследуемых группах.

Группы	Препараты	Клиническая группа	Исходно	Через 6 мес. приема	Достоверность различий
I	ЯРИНА	нормальная масса тела	1,02±0,41	3,36±3,02	p<0,03
		избыточная масса, ожирение	2,13±2,41	2,38±0,96	p<0,02
II	МЕРСИЛОН	нормальная масса тела	0,86±0,36	1,66±0,60	p<0,05
		избыточная масса, ожирение	2,07±1,81	3,7±1,67	p<0,02

Заключение: полученные данные позволяют считать, что Ярина, Мерсилон и НоваРинг могут использоваться у пациенток с умеренным ожирением в течение полугода, при этом не ожидается прибавка массы тела, а также выраженного нарушения содержания липидов сыворотки крови. Дополнительный контроль необходим только в отношении пациенток с гипертриглицеридемией. Увеличение индекса НОМА заставляет с осторожностью подходить к назначению Ярины и Мерсилон у пациенток с клиническими проявлениями инсулинорезистентности.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Подольхов Е.Н., Петрова Н.Н., Иванов А.В., Ниаури Д.А.  
Россия, г. Санкт-Петербургский Государственный Университет, Медицинский факультет; Центр планирования семьи Пушкинского района Санкт-Петербурга.

Актуальность. Рост числа бесплодных пар в России (до 15%) и в мире (от 8 до 30%) диктует необходимость использования такого современного метода лечения бесплодия как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Около 2% детей в мире по данным Всемирной Организации Здравоохранения рождаются вследствие ЭКО. Следует учитывать, что трубно-перитонеальный фактор является причиной бесплодия женщин в 50% случаев. Сам факт бесплодия и необходимость проходить лечение, вызывают нередко нарушения психоэмоционального состояния женщин, что не может не отразиться на эффективности и результатах программы ЭКО. Авторы показали (J.Oddens, J.Smeenk, C.Verhaak, S.Fassino, A.Piero) что, чем менее психоэмоционально лабильна женщина, тем выше шанс достичь положительный результат ЭКО.

Целью настоящего исследования явилось изучение психоэмоционального состояния женщин репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным бесплодием и его влияние на результат лечения методом ЭКО.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 женщин, проходивших обследование в Центре Планирования Семьи на базе ГУЗ «Женская консультация № 44» г. Пушкин в 2006 году. Достоверных различий по профессионально-социальному статусу исследованных женщин не наблюдалось. Из них, 7 пациенток, страдали трубно-перитонеальным бесплодием (средний возраст 32,6 ± 7,6 лет), остальные 20 женщин, составили контрольную группу: 10 женщин с ранним сроком беременности и 10 женщин имеющие 1-2 детей, в возрасте от 1 до 3 лет.

В исследовании использовался комплексный подход с применением клинического метода, экспертно-психологических методик и клиничко-лабораторное обследование. Психологическое обследование включало методики: «Индекс жизненного стиля», «Шкала тревожности Спилбергера», «Семантический дифференциал времени» (СДВ), «Шкала депрессии Бека».

Было проведено сравнение между женщинами контрольной группы и 7 пациентками с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе обследования и после переноса эмбриона в полость матки. Личностно-психологические характеристики обследованных из группы сравнения находились в пределах нормативных показателей. В целом, пациентки из группы ЭКО показали умеренную реактивную тревожность и личностную тревожность (36,1 и 35,3 балла, соответственно по шкале Спилбергера).

При оценке депрессии по опроснику Бека пациентки из группы ЭКО показали отсутствие депрессии (8,8 балла).

Из 7 пациенток, прошедших программу ЭКО, у 3 была диагностирована прогрессирующая беременность раннего срока. У 4 больных цикл ЭКО закончился без эффекта.

При этом женщины, у которых беременность в результате ЭКО не наступила, отличались заметно более высокими показателями как реактивной (41,7 балла), так и личностной тревожности (41 балл), в то время как тревожность пациенток с наступившей беременностью была ниже, чем в среднем по группе (30,6 и 29,6 балла соответственно).

У женщин, попытка ЭКО у которых закончилась неудачей, обладали примитивные, незрелые механизмы психологической защиты личности: отрицание (субъективно тягостного факта, проблемы, в данном случае, бесплодия), компенсация (достижение в доступных областях как защита от комплекса неполноценности), проекция (агрессия). У женщин с наступившей беременностью среди механизмов защиты доминировали более зрелые формы, такие как интеллектуализация (рационализация). При анализе данных методики «Семантический дифференциал времени» (СДВ), выявлено, что отсутствие надежды, низкая поведенческая активность и мотивация жизнедеятельности, тревога за настоящее и будущее, т.е. депрессивное мироощущение в большей степени выражены у пациенток, беременность у которых не наступила.

Пациентки у которых попытка ЭКО закончилась успешно, показали отсутствие депрессии по опроснику Бека (5,6 балла), в то время, как у пациенток у которых беременность не наступила показали легкую депрессию (11,2 балла), из них у одной была тяжелая форма депрессии.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что женщины страдающие бесплодием характеризуются выраженными личностно-психологическими особенностями, признаками психологической дезадаптации, клинически очерченными тревожно-депрессивными расстройствами. Возможно, что такие способы психологической защиты, как гнев, агрессия, отрицание, компенсация, а также при повышенном уровне тревожности и снижении надежды, мотивации и поведенческой активности, могут снижать эффективность методики экстракорпорального оплодотворения.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПОЛИМЕРОВ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИСБИОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Полянская Р.Т., Цхай В.Б., Дудина А.Ю., Большаков И.Н.,  
Фадеева Е.К.**

*ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия», Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии, МУЗ «родильный дом № 5»*

Актуальность: Частота воспалительных заболеваний женских половых органов остается высокой и имеет устойчивую тенденцию к росту. Перед акушером-гинекологом стоит сложная задача, при выборе метода лечения, которых на сегодняшний день существует большое количество. Преимущество альтернативных методов лечения заключается в ограничении медикаментозной нагрузки на организм женщины. В последние годы широко использование с лечебной целью получили биополимеры, не исключением явился хитозан.

Цель: Повысить эффективность лечения воспалительных и дисбиотических заболеваний женских половых органов, предупредить развитие рецидива заболевания, с помощью хитозановых гелей, различных конструкций.

Материалы и методы исследования: Было обследовано пациенток, которые были разделены на группы с учетом нозологии заболева-

ния и способа лечения. Первую группу 1 составили 19 пациенток с хроническим сальпингоофоритом, средний возраст  $30,8 \pm 2,119$ , Вторую группу составили 25 пациенток с неспецифическим вульвовагинитом и бактериальным вагинозом, средний возраст  $26,5 \pm 5,7$ . Третью группу составили 15 пациенток с промежуточным типом биоценоза, средний возраст  $31,4 \pm 8,65$ , которым проведен профилактический курс лечения; Критерием исключения из группы явилось наличие специфической инфекции в половых путях. Для реализации задач исследования и подтверждения клинического диагноза было проведено комплексное обследование пациенток, которое включало: анализ клинико-анамнестических данных; объективное гинекологическое исследование; проведение pH-метрии, аминного теста; бактериологическое исследование вагинального секрета (бактериоскопия с окраской по Граму, культуральный метод исследования); клинический анализ крови; определение маркеров эндогенной интоксикации (показатель деформируемости эритроцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации); ультразвуковое сканирование внутренних половых органов. Первичные результаты заносились в протоколы обследования или хранились в виде электронных протоколов с последующим созданием электронных таблиц при помощи программного продукта MS Excel с вычислением средней арифметической величины и ее ошибки ( $M \pm m$ ), среднеквадратического отклонения от среднего ( $\sigma$ ), критериев Стьюдента ( $t$ ) и 2, показателя достоверности различий ( $p$ ). Критический уровень значимости ( $p$ ) принимался меньшим или равным 0,05. [13,15]. Отслеживались уровни значимости 0,1; 0,05; 0,01; 0,001. В условиях *in vitro* проводили испытание хитозановых гелей бактериологическим методом с исследованием интенсивности роста на культурах микробной флоры, музейных клинических штаммов (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Candida albicans*, референтный штамм *Staphylococcus aureus* 209 P, *Lactobacillus acidophilus*).

Нами разработаны лечебные имплантаты на основе хитозана, различной конструкции.

Полученные результаты: Предложен собственный способ лечения хронического неспецифического сальпингоофорита с использованием лекарственной композиции на основе хитозана, содержащей метронидазол и аскорбиновую кислоту. Способ заключается в проведении гальванизации, после предварительного введения в задний свод влагалища тампона, содержащего данную композицию. Курс лечения составил 8 дней. Было обследовано и пролечено 19 пациенток, составивших первую группу, средний возраст  $30,8 \pm 2,1$ . Применение данного метода приводит к достижению стойкой ремиссии; сокращению сроков лечения (7 дней против 10 дней стандартного курса лечения); нормализации микробиоза во влагалище: ингибируется патологическая микрофлора, увеличивается количество молочнокислой флоры на 68% ( $P > 0,95$ ), нормализуется pH вагинального секрета у 89% женщин ( $P > 0,95$ ); купированию синдрома эндогенной интоксикации (на 7 сутки лечения показатель деформируемости эритроцитов (ПДЭ) снижается на 53%, а лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) на 67% ( $P > 0,95$ )); восстановить менструальную функцию у 58% обследуемых женщин ( $P > 0,95$ ). За данными пациентками было установлено наблюдение в течение 1 года. В первой группе исследования спустя 1 год после лечения рецидив был у 11% (2) пациенток. У 16% (3) пациенток наступила беременность.

Для лечения неспецифических вульвовагинитов и бактериального вагиноза разработана лекарственная композиция на основе хитозана, содержащей диоксидин и метронидазол. Способ лечения заключается в имплантации в женскую гигиеническую прокладку или тампон данной композиции, и назначении аппликации, общий курс лечения составляет 8 дней. Было пролечено 25 пациенток, составивших вторую группу, средний возраст  $26,56 \pm 5,75$ . У 68% пациенток диагностирован неспецифический вульвовагинит, у 32% бактериальный вагиноз. При микробиологическом исследовании вагинального мазка микроскопическая картина соответствовала дисбиозу, либо вагиниту. Использование данного метода лечения в короткие сроки ликвидировало клинические проявления. На 7 сутки лечения патологические бели отсутствовали у всех паци-

енток ( $P > 0,95$ ). После лечения изменился состав вагинального секрета ( $P > 0,95$ ): уменьшилось количество лейкоцитов  $17,2 \pm 6,5$  до лечения против  $3,4 \pm 0,6$  после лечения; эпителиальных клеток  $22,7 \pm 6,7$  против  $4,6 \pm 1,9$ ; увеличилось количество молочнокислой микрофлоры в п/зр.  $58,1 \pm 42,7$  против  $160,7 \pm 35,7$ ; нормализовался pH вагинального секрета  $5,7 \pm 0,95$  против  $3,9 \pm 0,3$  соответственно. При бактериологическом исследовании после лечения отмечен рост нормальной микрофлоры. Всем пациенткам через 1 месяц проводилось контрольное исследование. При гинекологическом исследовании признаков воспаления не обнаружено. При изучении состава микрофлоры установлено, что у всех пациенток группы 2 - нормоценоз. Применение «ХМД-БОЛ» позволяет в короткие сроки получить стойкий лечебный эффект, обеспечить анальгезирующий, противовоспалительный, антибактериальный, пролонгирующий эффект, сохранить индигенную молочнокислую микрофлору. При этом после лечения не требуется проведение второго этапа лечения – заместительная терапия эубиотиками. Для профилактики воспалительных заболеваний гениталий разработан специальный хитозановый гель, не содержащий препараты, обладающие антисептическим, антибактериальным и противомикробным действием. В условиях эксперимента, установлено, что «Х-БОЛ» оказывает бактериостатический эффект в отношении культур: *S. aureus* 209 P, *E. faecalis*, *C. albicans*, *E. Coli*, не угнетает рост лактобацилл. Было пролечено 15 пациенток, возраст составил  $31,4 \pm 8,65$ . При микроскопическом исследовании установлен промежуточный тип биоценоза. Профилактический курс, заключался в назначении прокладок, содержащих «Х-БОЛ», курс лечения составил 10 дней. После лечения у всех пациенток микроскопическая картина соответствовала нормоценозу.

Выводы:

1. Разработаны новые эффективные, оригинальные способы лечения воспалительных и дисбиотических заболеваний женских половых органов.

2. Лечение предложенными способами позволяет сократить материальные затраты и сроки лечения, частоту рецидивов заболевания.

3. Применение биополимеров на основе хитозана позволяет восстановить нарушенный микробиоценоз во влагалище при бактериальном вагинозе или неспецифическом вульвовагините, поскольку гель избирательно воздействует на микрофлору влагалища, подавляя избыточный рост условно-патогенных микроорганизмов, и увеличивая количество молочнокислой флоры

4. Использование хитозанового геля без противомикробных препаратов предупреждает развитие заболевания, так как восстанавливается нормоценоз, при этом не происходит формирование антибиотикорезистентности, что позволяет использовать его в качестве средства для интимной гигиены, особенно у женщин имеющих факторы риска развития воспалительного или дисбиотического заболевания женской половой сферы.

5. При использовании хитозановых имплантатов выявлен эффект системной детоксикации (достоверно снижается ПДЭ и ЛИИ).

6. У женщин с хроническим сальпингоофоритом достоверно улучшается менструальная функция.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ В ANTIAGE- ПРОГРАММАХ У ЖЕНЩИН

Попова Е.В., Звычайный М.А., Воронцова А.В.,  
Енотова Е.М., Митяшина А.М., Шабашова Н.П.

г. Екатеринбург

Медицина “антистарения” - самая перспективная стратегия охраны здоровья человека в наступившем тысячелетии. Какие же основные компоненты должна сочетать в себе antiage-терапия у женщин с дефицитом половых стероидов? С нашей точки зрения это: в первую очередь - заместительная гормональная терапия

препаратами “натуральных” женских половых гормонов, а также: коррекция имеющейся патологии и профилактика возможных заболеваний; рациональное питание с восполнением витаминов, макро- и микроэлементов; адекватная система физических нагрузок по индивидуальным программам, адаптированным к возрасту, состоянию здоровья и образу жизни, разработанным совместно со спортивным инструктором; устранение стрессовых ситуаций, насколько это возможно при современном образе жизни и формирование позитивного отношения к ним с помощью аутотренинга; косметические процедуры и пластическая хирургия.

Остановимся более подробно на первом и важнейшем, по нашему мнению, компоненте медицины антистарения у женщин при дефиците половых стероидов – восстановлении гормонального баланса, а именно, на заместительной гормональной терапии (ЗГТ) препаратами половых стероидов, поскольку, вопрос о необходимости возмещения дефицита иных гормонов (ДГЭА, мелатонина, тироксина и др.) в настоящее время остается дискуссионным, доказательная база эффективности еще недостаточна и точки над “i” в этом вопросе возможно будут расставлены позже.

Как ни странно, но для многих женщин именно стремление к сохранению женственности, молодости, желание улучшить состояние кожи, предупредить появление морщин и сохранить стабильный вес нередко является толчком для начала ЗГТ. Принимая во внимание индивидуальность и неповторимость любого организма, при назначении ЗГТ основной проблемой остается выбор наиболее оптимального по составу, дозировке, фармакокинетике и фармакодинамике гормонального препарата в каждом конкретном случае для обеспечения наиболее выраженного клинического эффекта при максимальной безопасности.

В 1975 г. французской фармацевтической компанией “Лаборатории Безен-Исковеско” был разработан препарат Эстрожел – гидроалкогольный гель, содержащий 17 -эстрадиол. Учитывая ряд особенностей данного препарата нам представилось целесообразным выяснить возможности его применения в программе anti-age-терапии у женщин с дефицитом половых стероидов.

На базах кафедры акушерства и гинекологии лечебно - профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии, амбулаторно-консультативного отделения Городского эндокринологического центра г.Екатеринбурга и Клиники эстетики и медицины “La Клиник” в течение 6 месяцев проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и динамическое наблюдение 38 женщин 45-49 лет с хирургической менопаузой. Из всех обследованных, 23 пациентки - получали комплекс antiage- терапии, включающий заместительную гормонотерапию трансдермальным гелем Эстрожел в виде аппликатора (одна доза аппликатора геля из тюбика соответствует 2,5 г геля и содержит 1,5 мг 17 -эстрадиола) по рекомендованной схеме (нанесение на область плеча и предплечья 1 дозы препарата 1 раз в сутки)), а 15 больным – данный комплекс не проводился и они составили группу сравнения. Всем пациенткам осуществлялось комплексное клинико-лабораторное обследование и динамическое наблюдение, включающие общепринятые и специальные методы исследования.

На основании полученных в ходе нашего исследования данных сделано заключение, о том что применение трансдермального геля Эстрожел в программах antiage-мероприятий у женщин в пременопаузе, перенесших гистерэктомию и имеющих клинические проявления дефицита половых стероидов: оказывает положительное влияние на общее состояние и качество жизни пациенток; предотвращает развитие ранних и/или ускоренных инволюционно-дегенеративных изменений в органах и системах, являющихся мишенями для половых стероидов (молочные железы, опорно-двигательный аппарат) и способствует коррекции уже имеющихся отклонений в их состоянии; обладает геропротективным эффектом, приводя к стабилизации процессов старения и предупреждая возникновение синдрома преждевременного старения женского организма; оказывает благоприятное влияние на внешний вид пациенток, обеспечивая косметический эффект, тем самым способствуя сохранению женственности, молодости и



внешней привлекательности. Кроме того, трансдермальный гель Эстрожель обладает рядом преимуществ перед другими формами препаратов ЗГТ для женщин переходного возраста с патологией желудочно-кишечного тракта, курящих женщин, а также удобством коррекции дозировки с помощью аппликатора и его использование не сопровождается развитием каких-либо серьезных осложнений и появлением побочных эффектов, что является необходимыми условиями, гарантирующими приемлемость препарата заместительной гормональной терапии и возможность его использования в anti-age-программах.

## ТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ АБОРТОМ

**Попова Е.М., Яцук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Валиуллина Н.З.**  
*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Проблема репродуктивных потерь, одной из которых является неразвивающаяся беременность, занимает одно из ведущих мест в акушерстве и гинекологии. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь высока и составляет 10-20%. Важное значение для диагностики и профилактики различных осложнений имеет точное установление срока и наличия самой беременности, что не всегда представляется возможным. Нередко отторжение плодного яйца задерживается в течение длительного времени, что приводит к развитию такого наиболее частого инфекционно-воспалительного осложнения, как эндометрит. После опорожнения полости матки ее внутренняя поверхность представляет обширную рану, которая требует радикальной обработки в сочетании с комплексной терапией, включающей коррекцию нарушений иммунного статуса и реологии крови, воздействие на активность медиаторов и модуляторов воспаления с комплексной детоксикацией.

Цель исследования заключалась в изучении эффективности применения традиционных методов терапии в комплексном лечении пациенток с несостоявшимся абортom

Основными задачами на данном этапе являются полноценное лечение и реабилитация женщин как в медицинском, так и психологическом аспектах.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 35 женщин с неразвивающейся беременностью в возрасте 18-44 лет с использованием клинических, бактериологических, бактериоскопических, эндоскопических методов, а также данных ультразвукового исследования. Внутриутробная гибель плода наступила при сроке гестации до 12 недель - у 93,5% женщин, 13-22 недели - у 6,5% женщин. Всем женщинам проводилось обследование на наличие инфекции нижнего отдела половых путей: 81,4% женщин имели хронические заболевания органов репродуктивной системы (хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, цервицит, вагинит, фоновые заболевания шейки матки). В 60,3% наблюдений диагностированы ассоциации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. У 12% пациенток выявлены признаки хронического ДВС синдрома - нарушения в тромбоцитарном, коагуляционном, фибринолитическом звеньях.

Результаты и их обсуждение. Всем пациенткам произведено выскабливание полости матки, после чего были сформированы 2 группы (основная и сравнительная). В основной группе, наряду с базисной терапией, применялись гомеопатические препараты с сеансами иглорефлексотерапии. Рефлексотерапия и гомеопатия предусматривают нормализацию процессов регуляции в нервной системе и опосредованно через нее - восстановление гомеостаза всего организма, повышение иммунобиологической защиты организма от внешней и внутренней инфекции, не исключая при этом медикаментозной терапии. Для улучшения контрактильной способности миометрия и обеспечения оттока содержимого из полости матки назначались следующие сеансы иглорефлексотерапии: в

аурикулярные точки АТ 13, АТ 22, АТ 58 вводились постоянные иглы на 6 - 12 часов или в виде однократного сеанса иглоукалывания продолжительностью на 20 - 40 минут. Для общеукрепляющего и десенсибилизирующего действия применяли аурикулярные точки АТ 13, АТ 22, АТ 29, АТ 34, АТ 51, АТ 55 в сочетании с гомеопатическими препаратами: *Arnica, Arsenicum album, Seria, Borax, Nux vomica*. У пациенток основной группы на 5-6 сутки от начала терапии наблюдались улучшения реологических свойств крови, нормализация СОЭ, отсутствие патогенной микрофлоры

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показывает, что гомеопатические препараты и иглорефлексотерапия, обладая определенными положительными свойствами, хорошо дополняют и усиливают эффект базисной терапии. Первым положительным свойством является способность к восстановлению систем регуляции гомеостаза, позволяющая широко использовать ее в целях реабилитации от болезни. Вторым положительным качеством следует отметить безвредность на всех стадиях болезни. Третья особенность заключается в получении быстрого терапевтического эффекта. Четвертая особенность сводится к ослаблению и, в отдельных случаях, полной ликвидации аллергических осложнений проводимой медикаментозной терапии. Все это позволяет сократить не только сроки лечения, снизить число рецидивов и инфекционных осложнений, но и сократить сроки реабилитации у данной группы пациенток.

## ЭНДОМЕТРИОЗ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ГОРМОНЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**Прилепская В.Н.**

*ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии,  
г. Москва*

В последние годы отмечается четкая тенденция к возрастанию частоты эндометриоза, который занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний. Эндометриоз встречается в популяции у 5-10% всех женщин репродуктивного возраста и у 20-30% женщин с первичным и вторичным бесплодием. Нередко эндометриоз встречается с другими гормонально обусловленными заболеваниями, в частности, с миомой матки, гиперпластическими процессами эндометрия и рядом других.

Основным клиническим симптомом эндометриоза, как известно, является дисменорея различной степени выраженности в виду циклических менструальноподобных изменений, происходящих в эндометриодных гетеротопиях, которые секретируют жидкость, содержащую простагландины, являющиеся мощными стимуляторами маточных сокращений и тонуса сосудов. Диспареуния, предменструальные и постменструальные кровянистые выделения, гиперполименорея, дизурия, бесплодие - вот неполный перечень клинических проявлений и жалоб больных с эндометриозом.

Как известно, основными методами лечения эндометриоза является хирургический и медикаментозный, каждый из которых имеет свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки.

Цель медикаментозной терапии эндометриоза - остановить его прогрессирование путем подавления секреции эстрогенов яичниками, в частности, наиболее активного из них 17 β-эстрадиола, подавить овуляцию, индуцировать гипозестрогению, вызвать атрофию очагов эндометриоза. Этому методу фармакотерапии в последние годы уделяется особое внимание в виду его высокой приемлемости и относительно небольшом числе побочных реакций.

Как известно, современные препараты, применяемые для лечения эндометриоза, подразделяются на 3 большие группы:

- антипрогестины (даназол и его аналоги, мифепристон)
- агонисты гонадолиберина (бусерелин, гозерелин, декапептил-депо и др.)
- контрацептивные гормоны (синтетические эстроген-гестагенные соединения и прогестагены).

Прогресс в контрацепции, эволюция прогестагенов позволили создать соединения с новыми свойствами, что определило новые возможности для практической гинекологии, в частности возможности дифференцированной терапии.

Диенгест – первый прогестаген, структурно близкий 19-нортестостерону, обладает клинически значимой антиандрогенной активностью и практически не влияет на метаболизм липидов, что определяет его сходство с производными прогестерона.

В результате клинических исследований было показано, что диенгест способен активно влиять на клинические проявления эндометриоза как опосредованно через подавление секреции эстрадиола яичниками, так и непосредственно на эндометриоидные гетеротопии, оказывая при этом еще и антиандрогенный эффект на кожу и практически не влияя на метаболические процессы.

Диенгест входит в состав препарата Жанин – комбинированного орального контрацептива, содержащего в своем составе 30 мкг этинилэстрадиола и 2 мг диенгеста.

Было проведено множество клинических и экспериментальных исследований, касающихся эффективности различных доз диенгеста, его влияния на липидный и углеводный обмен, влияния непосредственно на эндометриоидные гетеротопии. Ряд сравнительных исследований, в которых сравнивались эффективность и приемлемость аналогов гонадолиберина, даназола и диенгеста выявили перспективность его применения при эндометриозе, особенно у молодых женщин.

Наши исследования, основанные на лечении 59 пациенток (у 32 пациенток с ретроцервикальным эндометриозом и эндометриозом шейки матки Жанин применялся как самостоятельный метод лечения, 27 женщин – применяли Жанин после хирургического лечения – коагуляция очагов эндометриоза во время лапароскопии, надвлагалищной ампутации матки по поводу аденомиоза) также свидетельствовали о его высокой эффективности, которая составила соответственно 94,6 и 89,7%.

В последние годы в клиническую практику внедряются схемы так называемой пролонгированной контрацепции, когда препараты применяются в непрерывном режиме более 60 и 80 дней. Особенно этот режим перспективен для использования с лечебной целью, в том числе и для лечения эндометриоза. В настоящее время можно говорить о положительном опыте применения Жаннина по пролонгированной схеме. В целом, как свидетельствует зарубежный опыт и наши исследования, интервал между циклами приема не должен превышать 4 дней при традиционной схеме лечения, при этом длительность лечения индивидуальна.

Таким образом, медикаментозное лечение эндометриоза предполагает возможным применение препаратов различных групп и свойств и одни из них – контрацептивные гормоны. Но всегда следует помнить, что лечение должно быть своевременным и дифференцированным, а показания к выбору терапии взвешенными.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК**

**Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Ларионова Г.В., Левчук Е.С., Левчук Д.А.**

*Россия, Благовещенск, Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная детская клиническая больница*

Преждевременное половое развитие (ППР) представляет собой редкую патологию, что явилось одной из причин снижения интереса к этой проблеме. Церебральная форма ППР в настоящее время рассматривается с точки зрения патологии, не нарушающей репродуктивную функцию в детородном возрасте. С другой стороны, несвоевременная диагностика и неадекватное лечение некоторых форм ППР может привести к снижению резервов роста, диспластическому телосложению и репродуктивным нарушениям.

Целью исследования явилась оптимизация диагностики и лечения девочек с ППР.

Проведено обследование и лечение 19 девочек с ППР в возрасте от 1 года 3 месяцев до 8 лет. Частота ППР в структуре патологии гинекологического отделения детской областной больницы за 3 года возросла с 1,5% до 2,39%.

Применены методы исследования: лабораторные; трансабдоминальное эхоскопирование органов малого таза, молочной железы; гормональное исследование ЛГ, ФСГ, ПРЛ, 17-ОНП, Т, ДГЭА-С, К, ТТГ, 17-КС в крови и моче; неврологическое исследование с применением ЭЭГ, краниографией, МРТ мозга; определение костного возраста (рентгенография кистей); консультация невролога, эндокринолога, нейрохирурга, офтальмолога.

Диагностированы следующие формы ППР девочек: церебральная форма – 17 (полная форма – 2, неполная – 15) и классическая форма врожденного АГС – 2. Неполная церебральная форма ППР включает: изолированное телархе (12), изолированное менархе (1). У двух девочек наблюдалось по два признака полового развития: Ма1Р1 и Ах1Р1. У двух девочек с полной формой ППР исходная половая формула имела 2 и 3 признака: Ах0Ма2Р0Ме2 и Ах0Ма2Р-2Ме2 с обязательным наличием менструации.

Предрасполагающими факторами к развитию ППР могли служить нарушение антенатального периода развития (89,1%), интранатальные осложнения (63,1%), высокий инфекционный индекс (68,4%). Отягощенная наследственность выявлена у 2 девочек с АГС: у брата одной из них диагностирован АГС с 4 лет, у второй – возраст отца 47 лет. Наиболее частым клиническим проявлением ППР у девочек был изолированный рост молочной железы.

Менструальная функция при ППР нарушалась по типу опсомеории сменяющейся полименореей в сочетании с альгоменореей. Изолированное менархе у единственной девочки 6 лет было обусловлено микроаденомой гипофиза. Провоцирующим фактором явилась стрессовая ситуация – разлука с матерью.

У двух девочек с АГС имело место увеличение клитора, слияние больших половых губ, выраженная барифония (1).

Органическую патологию ЦНС в виде аденомы гипофиза имели обе пациентки с полной и более половины (7 из 13) – с неполной церебральной формой ППР, включая микроаденому гипофиза (2), “пустое” турецкое седло (1), сфеноидит (1), гипоплазию передней доли гипофиза (1), “малое” турецкое седло (2) на краниограмме.

Верификация функционального характера церебральных нарушений при ППР базировалась на исключении органической патологии ЦНС с использованием современных методов визуализации головного мозга, неврологических критериев. У 11 девочек выявлялась неврологическая симптоматика, чаще в виде малой церебральной дисфункции (10) с астеноневротическим синдромом (9), неврозоподобным состоянием (1). У 1 девочки найдены генерализованные тики.

У 18 из 19 девочек обнаружены нарушения биоэлектрической активности головного мозга по типу преимущественно умеренно выраженных и легких диффузных и дисфункциональных изменений по ЭЭГ.

У половины девочек с ППР эхографические показатели матки и яичников опережали возрастную норму, отражали гормональную активность яичников. Молочные железы у 12 девочек, по результатам УЗИ, были представлены железистой тканью, у 2 пациенток в состоянии гиперплазии.

Уровень гонадотропных гормонов у 80% девочек с церебральной формой ППР изменялся, чаще в сторону увеличения за счет ФСГ, в одном случае – ПРЛ. Выраженная гиперандрогения за счет Т (до 41,07 нмоль/мл), 17-ОНП (до 74,68 нмоль/л), ДГЭА-С (до 4,476 нмоль/л), 17-КС (до 40 мг/сут) определена у 2 пациенток с классической формой врожденного АГС.

Особенностью клинической картины при некоторых формах ППР является прогрессирующее костного и опережение хронологического возраста с плохим ростовым прогнозом. При полной церебральной форме ППР уровень опережения костным возрастом календарного составил 3 – 8 лет, при неполной церебральной форме – 2 года, при классической форме врожденного АГС – 4 – 7 лет.

Терапия девочек (15) с неполной церебральной формой ППР проведена в адрес органических и функциональных изменений ЦНС совместно с неврологом, нейрохирургом и включала: ноотропы (10), седативные средства (12), витамины (4), препараты, снижающие внутричерепную гипертензию. При полной церебральной форме у двух девочек до 3-летнего возраста терапия была направлена на торможение гипоталамо-гипофизарной системы, начиная с антигонадотропинов (даназол), затем препаратами аГнРГ (диферелин, бусерелин) 1 раз в 1 – 2 – 3 месяца. При незначительной гиперпролактинемии у девочек с ППР и микроаденомой назначали парлодел. Девочки (2) с классической формой врожденного АГС и ППР получали кортеф. В одном случае произведено хирургическое вмешательство – удаление гипертрофированного клитора.

Эффективность лечения прослежена у 6 девочек с ППР в течение 3 лет. Регресс вторичных половых признаков (прекращение менструации) произошел у 1 из 4, у остальных произошла стабилизация признаков. Костный возраст прогрессировал у 2, стабилизировался у 2. Уменьшение размера фолликулов и объема яичников и матки обнаружено у 2 девочек с ППР. Положительная динамика отсутствовала (в яичниках сохранились фолликулы от 3-5 до 8-10 мм) и кисты у 2. При увеличении интервала введение аГнРГ до 3 месяцев (в связи с отсутствием препарата) возникли транзиторные ретенционные кисты, менструация (Rebound-феномен). У девочек с классической формой врожденного АГС стабилизировалось половое развитие (Ма2Р2 без менархе и подмышечного оволосения) у 1 из 2. Уменьшилась барифония.

Таким образом, диагностика ППР с использованием современных методов визуализации мозга позволяет установить форму патологии. Своевременное начало адекватной терапии полной церебральной формы ППР и классической формы врожденного АГС позволяет затормозить половое развитие, прогрессирование костного возраста, предупредить формирование диспластического телосложения, улучшить ростовой и репродуктивный прогноз.

## **ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА**

**Пятибратова Е.В., Томашева С.С.**

*Россия, Смоленск, Государственная медицинская академия, МЛПУ  
«Клинический родильный дом»*

Современные научные исследования убедительно доказали прямую зависимость состояния здоровья населения от экологической ситуации в регионе проживания. Интенсивное или длительное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, как правило, ведет к нарушению компенсаторно-приспособительных реакций организма человека, способствуя развитию различных патологических состояний. Особенно часто экологически обусловленные заболевания связаны с дефицитом важнейшего природного микроэлемента – йода. По оценке ВОЗ (1999), свыше 1,5 млрд. жителей Земли постоянно испытывают существенный его недостаток, что приводит к росту распространенности йоддефицитных заболеваний, занимающих в настоящее время первое место по территориальной экспансии. Среди них особенно часто встречается эндемический зоб, сопровождающийся серьезными нарушениями женского репродуктивного здоровья: нарушается половое созревание и менструальная функция, снижается фертильность, растет частота гинекологической патологии, увеличивается риск осложненного течения беременности и родов, самопроизвольных абортов и мертворождений.

Следует отметить, что в литературе, посвященной эндемическому зобу, обычно рассматриваются функциональные взаимоотношения

щитовидной железы и репродуктивной системы женщин, но практически отсутствуют данные о сопутствующих структурных изменениях в яичниках, матке и молочных железах, что и явилось целью нашего исследования.

При помощи ультразвукового сканирования было обследовано 106 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с диффузным увеличением щитовидной железы, которые составили основную группу. Диагноз зоба ставился при объеме щитовидной железы более 18 см<sup>3</sup>. Согласно методике В.В.Харченко и соавт, мы выделяли три степени увеличения щитовидной железы: зоб I степени – превышение эхографических размеров до 30% от верхней границы нормы (выявлен у 80 женщин – 75,5%); зоб II степени – увеличение объема на 30-50% от нормальных значений (отмечен у 24 пациенток – 22,6%); зоб III степени – превышение нормального объема щитовидной железы более, чем на 50% (диагностирован у 2 обследованных – 1,9%).

Увеличение щитовидной железы у всех женщин основной группы сопровождалось однородной эхоструктурой органа. Эхогенность ткани железы была в норме у 61 женщины (57,5%), несколько повышена у 37 (34,9%), а в 8 случаях (7,6%) были обнаружены диффузные гипоэхогенные участки без четких границ, что совпадает с литературными данными об ультразвуковых критериях диффузного эндемического зоба.

Контрольную группу составили 46 пациенток той же возрастной группы с отсутствием каких-либо отклонений на тиреоэхограммах.

Ультразвуковое исследование молочных желез проводилось на аппарате «SONOACE 8800 (GAIA MT)» фирмы «Medisson» (Южная Корея) с помощью датчиков частотой 5,5 и 7,5 МГц в режиме полипозиционного полипроеекционного сканирования, УЗИ внутренних гениталий – с помощью секторных датчиков частотой 3,5 и 6,5 МГц в режиме двухмерной визуализации по трансабдоминальной и трансвагинальной методикам.

Наши исследования показали, что тиреоидная патология оказывает влияние на состояние молочных желез. Эхопризнаки их дисгормональной гиперплазии (утолщение стенок, увеличение просвета и неровность контуров млечных протоков, карманообразные расширения в виде гипоэхогенных зон по ходу главной оси протока, более высокая эхогенность паренхимы за счет чередования гиперэхогенных соединительнотканых элементов среди менее эхогенных железистых структур) выявлены в значительно большем проценте случаев при диффузном эндемическом зобе по сравнению с контролем, соответственно у 57 (53,8%) и у 12 обследованных (26,1%) (<0,05). Во всех случаях диффузной мастопатии эхографические изменения определялись в обеих молочных железах.

Нами установлена прямо пропорциональная зависимость частоты диффузной мастопатии от возраста пациенток: распространенность этой патологии с возрастом росла значительно быстрее при эндемическом зобе в сравнении с контролем (соответственно в 2,9 и в 1,8 раза).

Мы определили, что чем больше изменены размеры щитовидной железы, тем выше частота диффузной мастопатии. Так, при зобе I степени патология молочных желез отмечалась в 40 наблюдениях (50,0%), при зобе II степени – в 15 (62,5%), при зобе III степени – в 2 (100,0%).

При УЗИ внутренних гениталий выявлено, что толщина эндометрия при диффузных формах эндемического зоба статистически достоверно меньше по сравнению со здоровыми во все фазы менструального цикла ( $p < 0,05$ ): соответственно  $5,02 \pm 0,24$  мм и  $6,21 \pm 0,16$  мм в фолликулярную фазу;  $8,35 \pm 0,14$  мм и  $9,56 \pm 0,21$  мм в перiovуляторный период;  $10,80 \pm 0,31$  мм и  $13,31 \pm 0,51$  мм в лютеиновую фазу), что вероятно связано с сопутствующими гипоестрогенией и недостаточностью лютеиновой фазы.

Эхопризнаки различной гинекологической патологии органического характера обнаружены нами у большей части обследованных основной группы (79 женщин – 74,5%). В основном это были те нозологические формы, этиология которых связана с гормональным дисбалансом в женском организме, а именно: функциональные кисты яичников (25,4%), поликистозные яичники (17,8%), гипоплазия эндометрия (11,3%), гипоплазия матки (9,4%), миома матки

(8,5%), гиперпластические процессы эндометрия (5,7%), аденомиоз (0,9%). Среди здоровых такие изменения обнаружены в значительно меньшем проценте случаев (11 пациенток – 23,9%) ( $p < 0,01$ ).

Сочетанное поражение гениталий, согласно полученным данным, встречается при диффузном эндемическом зобе в 6,9 раз чаще, чем в контрольной группе (соответственно у 16 женщин – 15,1% и у 1 женщины – 2,2%), а сочетанное поражение внутренних гениталий и молочных желез – в 5,1 раза чаще (соответственно у 46 пациенток – 43,4% и у 4 пациенток – 8,7%).

Мы пришли к заключению о том, что диффузные формы эндемического зоба сопровождаются поражением молочных желез, в основном, при следующих заболеваниях: миома матки (в 100%), поликистоз яичников (в 100%), функциональные кисты яичников (в 76,9%), а также при гиперпластических процессах эндометрия, аденомиозе, что объясняется сопутствующими этим заболеваниям гормональными нарушениями.

Следует отметить, что частота гинекологических заболеваний, по данным ультразвукового сканирования, возрастает пропорционально размерам зоба. Так, при зобе I степени они выявлены у 56 женщин (70,0%), при зобе II степени – у 21 (87,5%), при зобе III степени – у 2 пациенток (100,0%). С увеличением объема щитовидной железы растет и распространенность сочетанного органического поражения внутренних гениталий (оно отмечено у 8 пациенток с зобом I степени (10,0%) и у 5 пациенток с зобом II степени (20,8%)), а также сочетанной патологии внутренних половых органов и молочных желез (при зобе I степени – у 29 обследованных (36,3%), при зобе II степени – у 12 (50,0%), при зобе III степени – у 2 женщин (100,0%)).

Таким образом, даже незначительное диффузное увеличение щитовидной железы сопровождается высокой частотой органической патологии молочных желез и внутренних гениталий у женщин репродуктивного возраста, проживающих в условиях йодного дефицита.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Рагимова З.Э., Джобава Э.М., Доброхотова Ю.Э.**

*Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии московского факультета с курсом ФУВ ГОУ ВПО РГМУ РосЗдрава*

Актуальность: многочисленные исследования в нашей стране и за рубежом посвящены вопросам терапии клинических проявлений гиперандрогении (ГА), что является актуальным, в связи с широкой распространенностью данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. Так, по данным литературы, у 10-30% женщин в популяции имеются клинические признаки ГА.

ГА является одной из наиболее частых причин нарушения репродуктивной функции женщины: олигоменореи, ановуляции и, как следствие, бесплодия. Кроме того, избыток андрогенов приводит к развитию андрогензависимой дерматопатии, которая проявляется акне, себореей, гирсутизмом и андрогензависимой алопецией, что в значительной мере усугубляет социально-психологические, межличностные отношения у большинства пациенток, нередко вызывая тревогу, депрессию, снижение качества жизни.

Целью исследования является изучение клинических проявлений гиперандрогении и оценка эффективности комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенной активностью у женщин фертильного возраста с различными формами гиперандрогении.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением в течение 6-ти месяцев находилось 60 женщин в возрасте от 18 до 30 лет с различной степенью тяжести акне (40 с легкой степенью тяжести и 20 со средней). Всем больным проводилось комплексное обследование в следующем объеме: гормональный спектр крови, стероидный профиль мочи, УЗИ органов малого таза, консультации дерматологов с

целью оценки состояния кожи. В ходе исследования у всех 60 женщин была выявлена ГА различного генеза. Методом случайной выборки все пациентки были разделены на 3 группы: (1-я группа –  $n=25$ : 15 с легкой и 10 со средней степенью тяжести акне), которые в течение 6 месяцев получали препарат «Диане-35» в сочетании с местной терапией (скинорен-гель, дифферин, базирон АС). 2-я группа –  $n=25$  (5 с легкой и 10 со средней степенью тяжести акне), использующих препарат «Ярина», в сочетании с наружной терапией. 3-я группа – контроль –  $n=10$  (6 – легкая, 4 – средняя), получали только местную терапию.

Результаты: к концу курса лечения у пациенток первой и второй групп с легкой степенью тяжести акне, наблюдался полный регресс акне-элементов. У пациенток со средней степенью тяжести акне динамика количества акне-элементов отличалась: в первой группе у 8 женщин (80%) констатировано значительное улучшение (регресс акне на 65-70%), у 2 женщин (20%) – умеренное (регресс акне на 40-50%); во второй группе: у 6 женщин (60%) – значительное улучшение, у 2 (20%) – умеренное улучшение и у 2 оставшихся пациенток (20%) – терапия оказалась малоэффективной (регресс акне на 15-20%). У пациенток группы контроля, получавших только местную терапию, выраженность косметических эффектов используемых препаратов была следующей: уменьшение жирности кожи и угревых высыпаний отмечалось у 2 (33,3%) женщин с легкой степенью тяжести акне, у оставшихся 4 (67%) пациенток с легкой степенью тяжести акне изменений не наблюдалось; 4 женщины со средней степенью тяжести акне применяли местную терапию без эффекта.

Выводы: таким образом, у женщин с различной степенью тяжести акне, получавших комплексную терапию (наружная в сочетании с гормональной) четко прослеживалась тенденция к нормализации состояния кожи (антиандрогенное действие оральных контрацептивов проявлялось клинически в уменьшении признаков периферических эффектов андрогенов на сальные железы) и регрессу акне. Тогда как местная терапия практически не оказала влияния на клинические проявления гиперандрогении. Дальнейшие наблюдения продолжаются.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

**Ребро Н.А.**

*Россия, Ижевск, Ижевская ГМА*

В патогенез хронических воспалительных заболеваний вовлекаются не только иммунная, эндокринная, сосудистая системы, но и психоэмоциональное состояние больных. Добиться положительного результата лечения, т.е. длительной и стойкой ремиссии, можно только при комплексном подходе, учитывая этиологический фактор и влияя на все звенья патогенеза.

Озонотерапия используется во многих областях медицины, что связано с бактерицидным, фунгицидным, вируцидным действием озона, системным влиянием на гомеостаз за счет участия в окислительно-восстановительных процессах. Положительное влияние озонотерапии на центральную нервную систему показано в исследованиях отечественных и зарубежных ученых.

Цель исследования: оценить влияние озонотерапии на психоэмоциональный статус женщин с хроническим сальпингоофоритом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 женщин с обострением хронического сальпингоофорита за период с 2004 по 2005 год. Основную группу составили 50 женщин (средний возраст  $27,3 \pm 1,8$  лет), которые помимо традиционного комплексного лечения получали курс озонотерапии. Группу сравнения составили 50 женщин, средний возраст  $27,0 \pm 1,5$  лет, не использовавших озонотерапию. Озонотерапию проводили путем введения 400 ml озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1000 – 1200 мкг/л, курс 6 – 10 процедур ежедневно.

Всем пациенткам проводилось лабораторно-инструментальное обследование и лечение по общепринятым стандартам (антибактериальное лечение, обезболивающая, дезинтоксикационная, противовоспалительная, метаболическая терапия, витаминотерапия, местная санация влагалища, физиолечение, антимикотическая терапия, эубиотики).

Психоэмоциональный статус женщин исследовали с помощью шкалы Спилберга-Ханина, согласно которой оценивается реактивная и личностная тревожность как низкая, умеренная и высокая, и по методике «САН», названной по первым буквам слов «Самочувствие», «Активность», «Настроение», самооценка по каждому признаку может быть низкой, средней, высокой.

Результаты и их обсуждение. Давность заболевания в обеих группах составила в среднем  $4,5 \pm 0,3$  года. У 57 женщин (57,0%) заболевание протекало в первично-хронической форме. Начало заболевания связывают с перенесенным острым воспалительным процессом 43 женщины (43,0%). Клинически заболеваний предьявлялось жалобами на боли внизу живота, бели, диспареунию, общую слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

До лечения мы выявили низкий уровень реактивной тревожности (РТ) у 25 женщин (25,0%), умеренный – у 57 женщин (57,0%), высокий – у 18 женщин (18,0%). После лечения в обеих группах преобладал низкий уровень РТ, в основной группе  $p < 0,001$ , в группе сравнения –  $p < 0,01$ .

Низкий уровень личностной тревожности (ЛТ) до лечения был лишь у 13 женщин (13,0%), умеренный – у 45 обследуемых (45,0%), высокий – у 42 женщин (42,0%). После лечения в основной группе низкий уровень ЛТ наблюдался у 23 женщин (46,0%), умеренный уровень ЛТ – у 27 женщин, что составило 54,0% ( $p < 0,001$ ). В группе сравнения после лечения изменения были менее значимы,  $p < 0,01$ .

В обеих группах после лечения произошло уменьшение реактивной и личностной тревожности, но в основной группе достоверность изменений была выше.

По методике «САН» после лечения в обеих группах также отмечалось статистически достоверное улучшение по большинству параметров теста. Следует указать, что в основной группе степень достоверности полученных результатов была выше.

До лечения чаще выявлялась средняя и низкая оценка «Самочувствия». После лечения в основной группе преобладала высокая оценка (37 женщин, что составило 74,0%), у 13 женщин (26,0%) была средняя оценка самочувствия,  $p < 0,001$ . В группе сравнения низкая оценка самочувствия наблюдалась у 10 женщин (20,0%), средняя оценка – у 28 женщин (56,0%), высокая оценка – у 12 женщин (24,0%),  $p < 0,01$ .

«Активность» в обеих группах изменялась с достоверностью  $p < 0,001$ .

«Настроение» было меньше подвержено изменениям. Если до лечения среднюю оценку настроению давали 73 женщины (73,0%), высокую – 27 женщин (27,0%), то после лечения в основной группе средняя оценка настроения была у 28 женщин (56,0%), высокая – у 22 женщины (44,0%),  $p < 0,05$ ; в группе сравнения не было получено статистически достоверных изменений.

Заключение. Таким образом, озонотерапия, используемая в лечении хронического сальпингоофорита в стадии обострения позволяет улучшить психоэмоциональное состояние женщин, что отражает снижение реактивной и личностной тревожности, улучшение самооценки по шкалам «Самочувствие», «Активность» и «Настроение».

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Рябцева М.В., Вязьмина К.Ю., Кира Е.Ф.**

*Россия, г.Москва, Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья, ФГУ Национальный Хирургический Центр им. Н.И. Пирогова, Росздрава ЦКДК*

Изучение эндометриозной болезни (ЭБ) представляет важную медицинскую и общепатологическую проблему, так как её распространенность варьирует в широких пределах от 10% до 45% среди

женщин репродуктивного возраста, и может быть выявлена в среднем у 25% женщин с бесплодием. Появление эндометриозных гетеротопий в стенке матки, брюшной полости, яичниках и т.д. связывают, преимущественно, со снижением локального иммунитета и эндокринными нарушениями.

Цель исследования: анализ клинико-эпидемиологических данных ЭБ на современном этапе.

Материалы и методы исследования: Основу работы составили результаты анализа данных из историй болезней 318 (18,3%) женщин в возрасте от 18 до 55 лет, подвергшихся оперативному лечению по поводу различных форм генитального эндометриоза, поступивших на лечение в клинику женских болезней и репродуктивного здоровья ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, в период с 2000 по 2005 гг.

Всем пациенткам в ходе исследования перед оперативным вмешательством проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза, раздельное – диагностическое выскабливание полости матки и гистероскопия. Окончательный диагноз был подтвержден данными гистологического исследования.

Все пациентки были разделены на IV группы по возрасту.

Для статистической обработки данных использовались цифровые формализованные результаты данных клинического анамнеза, гинекологического исследования и лабораторно – инструментального обследования. Значимость различий сравниваемых показателей определялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: в период с 2000 по 2005 гг. в гинекологическом отделении находилось 6310 пациенток, из них прооперированно 1737 больных (27,5%). По поводу различных форм генитального эндометриоза оперативному вмешательству подверглось 318 женщин (18,3%) в возрасте от 18 до 55 лет;

В 2000 г. на долю прооперированных пациенток по поводу эндометриоза приходилось 14, 17% от общего числа прооперированных больных. В 2001 г – 18,1%; в 2002 – 24,65%; в 2003 – 24,84%; в 2004 – 17,81%; в 2005 – 22, 35%.

I группу составили женщины в возрасте от 18 до 30 лет ( $n=57$ ), что составило 18,09%. В этом возрасте чаще всего встречались эндометриозные кисты, которые были обнаружены у 48 больных (84,21%). Малые формы эндометриоза у 21 женщины (36,84%);

II группу составили 88 женщин, в возрасте от 31 до 40 лет (27,62%). Эндометриозные кисты яичников среди них встречались у 49 женщин (55,17%). Малые формы эндометриоза встречались у 18 (20,68%) больных как сопутствующий диагноз.

В III группу вошло 130 женщин в возрасте от 41 до 49 лет (40,95%). Эндометриозные кисты яичников в данной группе встречались значительно реже – у 9 женщин (6,97%). Малые формы эндометриоза встречались у 118 (90,69%) женщин как сопутствующий диагноз.

IV группу составили 43 женщины (13,34%) в возрасте от 50 лет и старше. У 3 (7,69%) пациенток эндометриозные кисты яичников явились сопутствующей патологией. Малые формы эндометриоза встречались у 6 женщин (14,28%).

Обсуждение результатов: из проведенного анализа видно, что распространенность эндометриозной болезни на современном этапе остается на высоких цифрах.

В возрасте с 18 до 30 лет в 1,5 - 12 раз чаще встречаются эндометриомы, по сравнению с остальными возрастными группами. У пациенток в период с 31 до 40 лет эндометриомы встречаются в половине случаев.

Малые формы эндометриоза встречаются одинаково часто во всех возрастных группах.

Встречаемость эндометриозной болезни в возрасте от 50 лет и старше резко снижается, что связано с физиологическим угасанием функции яичников.

# ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НЕВЫПОЛНЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПРОГРАММОЙ

Сагинор М.Е., Горин В.С., Богданова Н.Л.

Россия, Новокузнецк

Лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ)-актуальная проблема гинекологии, связанная с выполнением оргауноносящих операций, в том числе у молодых женщин с невыполненной репродуктивной программой. Несмотря на успехи в лечении ГВЗПМ, связанные с успехами оперативной лапароскопии, внедрением методики лечебного дренирования гнойников под контролем трансвагинальной эхографии и компьютерной томографии, ведущим методом лечения является оперативный, приводящий к потере детородной функции, хирургической кастрации и развитию психо-неврологических проблем, связанных с посткастрационным синдромом.

Среди перспективных форм лечения ГВЗПМ – направленное изменение фармакокинетики противобактериальных препаратов, обеспечивающее избирательное накопление лекарственного вещества в очаге микробного воспаления. Этому требованию отвечает метод реинфузии клеточной массы (ИКМ) после её инкубации с антибиотиками. При гнойном процессе развивается состояние иммунодефицита, сопровождающееся наличием экзо- и эндотоксикоза. Восстановление функциональной активности иммунной системы и эффективное удаление из организма экзо- и эндотоксических субстанций - патогенетическая основа методов экстракорпоральной гемокоррекции (МЭГ).

Цель исследования-повышение эффективности консервативного лечения ГВЗПМ с использованием МЭГ, включающих УФОК, дискретный ПА и реинфузию аутогенной ИКМ с антибиотиками в сочетании с эндоскопической лечебной пункцией гнойников и динамической лапароскопией.

В нашей клинике, ГВЗПМ составляют до 34% в структуре воспалительных заболеваний, 77% составляют женщины репродуктивного возраста, пик заболеваемости приходится на возраст 30-40 лет, среди них 45-50% с невыполненной репродуктивной программой. Ранее, ведущим методом лечения являлся оперативный, ежегодно треть женщин подвергалась оргауноносящим операциям, при этом до 33% операций выполняется в группе 20-30 лет. В течение последних 4-х лет успешно используется эндоскопический доступ с применением динамического лапароскопического мониторинга в сочетании с комплексным МЭГ (УФОК, дискретный ПА, ИКМ с антибиотиками).

Оперативное лечение эндоскопическим доступом выполнено 122 женщинам, их возраст

составил 15-19 лет -18,1%, 20-27 лет- 36,1%, 28-37 лет-45,8%. Контрольная группа- 20 женщин, прооперированных открытым путём.

Основными клиническими проявлениями в обеих группах были воспалительно-интоксикационный синдром и синдром локальных воспалительных изменений.

Для верификации диагноза и определения эффективности лечения использованы следующие диагностические критерии: клиническое обследование при поступлении и в динамике течения заболевания, анализ крови и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), биохимический анализ крови (общий белок, уровень молекул средней массы- МСМ).

Состояние иммунитета оценено по общему количеству лейкоцитов и их морфологических форм, уровню иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови, фагоцитарной активности нейтрофилов крови, комплементарной и бактерицидной активности сыворотки крови, уровню ЦИК.

Бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и гноя, полученного интраоперационно проводили с помо-

щью бактериоскопического и культуральных методов с определением чувствительности к антибиотикам.

Топическая верификация диагноза проведена с использованием трансабдоминального и трансвагинального УЗИ органов малого таза аппаратом « Aloka SSD-1100» (Япония).

Структура оперированных больных эндоскопическим доступом по нозологическим формам следующая: пельвиоперитонит в сочетании с односторонним пиосальпинксом, либо двухсторонним гнойным салпингитом -37; двухсторонние тубо-овариальные образования- 35; односторонняя тубо-овариальная опухоль в сочетании с пиосальпинксом с другой стороны-39; двухсторонние пиосальпинксы-11.

Основным фактором, способствующим развитию ГВЗПМ в обеих группах, явилась длительная внутриматочная контрацепция- у 64 (60,7%) пациенток основной группы и 11 (55%) группы сравнения.

У больных с клиникой пельвиоперитонита -97(80,3%) женщин основной группы и 15 (75%) женщин группы сравнения при поступлении произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Пунктат из брюшной полости был представлен серозно-геморрагической жидкостью в 52,5% (64) и в 55% (11) случаях в основной и в группе сравнения, мутной серозной жидкостью – в 47,5 % и 45% случаев соответственно. Гной не был получен ни в одном случае. При бактериологическом исследовании пунктатов из брюшной полости в 14 случаях в основной группе и в 5 случаях в группе сравнения выделена микрофлора, представленная кишечной палочкой и эпидермальным стафилококком, в остальных случаях в обеих группах посев роста не дал.

СРБ у женщин основной группы был обнаружен в 114 (93,4%) случаях и у 19 (95%) пациенток группы сравнения. ЛИИ у женщин основной группы был равен  $12,02 \pm 3,4$ , в группе сравнения-  $11,93 \pm 4,2$ . Содержание МСМ в основной группе  $0,53 \pm 0,11$  у.е, в группе сравнения -  $0,52 \pm 0,1$  у.е. Средний уровень лейкоцитов в основной группе был равным

$17,5 \pm 4,3 \times 10^9/л$ , в группе сравнения-  $16,9 \pm 5,5 \times 10^9/л$ , СОЭ -  $31,6 \pm 1,4$  мм/ч в основной группе, в группе сравнения-  $28,9 \pm 2,6$  мм/ч.

Выполнены следующие операции: сальпингоовариолизис, вскрытие гнойных образований с эвакуацией гноя, в 24-х случаях дренирование брюшной полости с динамической лапароскопией. При выраженной деструкции органов проводилась аднексэктомия, сальпингоэктомия. Технические сложности были при длительно текущих процессах, осложненных склерозированием тканей, диспозицией органов. Детородная функция не реализована у 55 (45%) женщин, у них объём операции был минимальным- вскрытие и дренирование гнойника-19 (34,5%), односторонняя тубэктомия- 6 (10,9%), односторонняя аднексэктомия-26 (47,3%), двухсторонняя тубэктомия- 5 (9,1%). В контрольной группе- надвлагалищная ампутация матки с придатками- 10 (50%), аднексэктомия с контр-тубэктомией-8 (40%), 2-х сторонняя сальпингоэктомия- 2 (10%).

В основной группе уже после первого сеанса МЭГ и ИКМ отмечено улучшение общего состояния, снижение температуры тела практически до нормальных цифр, тогда как в группе сравнения ослабление симптомов интоксикации и снижение температуры тела отмечено лишь на 4-5 день лечения. купирование болевого синдрома в основной группе произошло в 1,7 раза быстрее, что связано с улучшением микроциркуляции в очаге воспаления, уменьшением процессов экссудации и нормализацией утилизации кислорода в пораженных тканях. После 3 сеанса МЭГ у 99 (81,4%) больных основной группы купирован болевой синдром, у остальных женщин этой группы- после 4-5 сеанса. В группе сравнения болевой синдром сохранялся до 6-7 суток у 80 % женщин, а у 20% превышал 7-8 суток. При проводимом лечении МЭГ и ИКМ отмечены более выраженные изменения локального статуса у больных с ГВЗПМ. В основной группе у пациенток на 5-6 сутки лечения отмечено уменьшение размеров образования в 7,2 раза чаще, уменьшение болезненности при пальпации в 3,5 раза и неподвижности придатков а 5-6 раз чаще, чем в группе сравнения. При сравнении прослеживается возможность выполнения оргауноносящих операций у 90% женщин, в то время как в контрольной группе детородную функцию не удалось сохранить ни в одном случае, лишь у 50% удалось сохранить менструальную функцию.

Применение МЭГ и ИКМ позволяет повышать эффективность лечения у пациенток с ГВЗПМ и выполнять органосохраняющие операции у молодых женщин репродуктивного возраста с невыполненной детородной программой.

## КАЧЕСТВО АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ЕГО ТЕЧЕНИИ

**Сандакова Е.А., Зимовина У.В., Касатова Е.Ю.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Росздрава»*

Вариабельность сердечного ритма (ВРС) является интегральным показателем состояния психовегетативной адаптации (Басевский Р.М., 2000). Исследование ВРС может служить объективным методом оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у женщин в климактерическом периоде.

Целью работы явилась оценка качества адаптации у женщин в раннем постменопаузальном периоде при различном характере течения климактерия.

Обследовано 48 женщин в возрасте  $53 \pm 3,2$  года, у которых после последней менструации прошло  $2,8 \pm 1,6$  года. Из них 18 женщин с физиологическим течением климактерия (отсутствием признаков климактерического синдрома), составившие группу сравнения, и 30 пациенток с климактерическим синдромом (КС) различных степеней тяжести – 12 человек - легкой (Модифицированный Менопаузальный Индекс (ММИ) =  $26 \pm 5,4$ ), 14 - средней (ММИ =  $49 \pm 7,7$ ), и 4 пациентки - тяжелой степени (ММИ  $65 \pm 6,7$ ).

Всем женщинам помимо стандартного гинекологического обследования, проводилась оценка психовегетативного статуса на основании «Схемы» и «Вопросника» Центра патологии нервной системы (Вейн А.М., 1998), уровня личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилберга-Ханина, степени эмоциональной стабильности и интравертированности по тесту Айзенка. Для объективной оценки состояния вегетативной нервной системы использовали анализ вариабельности сердечного ритма (ВРС) с помощью компьютерной программы «Поли-Спектр-Ритм» на аппарате «ВНС-Микро» (Михайлов В.М., 2002). Тяжесть климактерического синдрома оценивалась с помощью Модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ Excel и Biostat.

Особенностями вегетативного регулирования у женщин в ранней постменопаузе независимо от наличия климактерического синдрома по данным анализа ВРС являются снижение общей мощности спектра (TP =  $616 \pm 264$ ), увеличение вклада в структуру ВРС гуморально-метаболических волн - VLF-компонента (VLF =  $53,1 \pm 11,3$ ) и уменьшение HF-компонента – высокочастотных колебаний, характеризующих уровень активности парасимпатического отдела вегетативной нервной систем (HF =  $17,1 \pm 12,5$ ). Общей чертой является также снижение реактивности парасимпатической нервной системы по коэффициенту K30:15 (отношению минимального значения R-R-интервала, обычно в районе 15 удара от начала вставания в ортостатической пробе к максимальному R-R-интервалу к 30 удару) (K 30:15 =  $1,19 \pm 0,12$ ). Эти изменения, возможно, отражают особенности ВРС, связанные с естественными процессами старения организма.

Однако эти показатели достоверно отличаются у женщин с климактерическим синдромом различных степеней тяжести и без него. Так, общая мощность спектра прогрессивно снижается с нарастанием тяжести климактерического синдрома (TP без КС =  $974 \pm 235$ , TP при КС легкой степени =  $786 \pm 114$ , TP при КС средней степени =  $435 \pm 152$ , TP при тяжелом КС =  $271 \pm 103$ ). Такое снижение может являться неблагоприятным прогностическим признаком, в связи с чем необходима коррекция выявленных нарушений. Структура спектра ВРС также имеет отличия у женщин с климактерическим синдромом раз-

личных степеней тяжести и без него. В состоянии покоя на фоне значительного усиления гуморально-метаболических влияний (VLF без КС =  $39,3 \pm 14,1$ ; VLF при КС =  $57,7 \pm 10,4$ ) и уменьшения парасимпатических влияний (HF без КС =  $24,6 \pm 6,7$ ; HF при КС =  $14,6 \pm 7,1$ ), с нарастанием тяжести климактерического синдрома увеличивается относительное преобладание симпатических волн, иногда при тяжелом КС переходящая в гиперсимпатикотонию (LF/HF = 2,26).

Что касается вегетативной реактивности – при проведении активной ортостатической пробы (АОП) не выявлено достоверных отличий показателя K 30:15 при физиологическом течении климактерия и при наличии КС (K 30:15 без КС =  $1,21 \pm 0,13$ ; K 30:15 при КС =  $1,18 \pm 0,11$ ). Этот показатель, по-видимому, в большей степени зависит от индивидуальной тренированности организма.

При оценке вегетативного обеспечения деятельности выявлено снижение активации симпатического отдела ВНС при проведении ортостатической пробы (LF при АОП =  $25,8 \pm 13,1$ ). У женщин с климактерическим синдромом средней и тяжелой степеней неадекватное симпатико-адреналовое обеспечение усугубляется еще большим увеличением гуморально-метаболических волн по сравнению с фоновым состоянием (VLF фон =  $57,7 \pm 10,4$ ; VLF при АОП =  $63,5 \pm 11,3$ ), что указывает на значительную дефицитарность механизмов адаптации у пациенток данной группы.

Таким образом, изменение характера вариабельности ритма сердца у женщин в ранней постменопаузе свидетельствует о снижении качества адаптации и истощении адаптационных резервов организма. При физиологическом течении климактерического периода вегетативный тонус характеризуется снижением общей мощности спектра вариабельности сердечного ритма, увеличением гуморально-метаболических влияний и уменьшением уровня активности *p.vagus*. При этом вегетативная реактивность снижается. Климактерический синдром развивается на фоне значительного снижения общей мощности спектра, которое коррелирует со степенью его тяжести и может служить прогностическим признаком развития патологического климакса. Преобладание гуморально-метаболических влияний в структуре спектра наряду с относительной симпатикотонией при климактерическом синдроме усугубляется снижением активации симпатической нервной системы при проведении ортостатической пробы, что указывает на неадекватное вегетативное обеспечение деятельности. Выявленные особенности вегетативного регулирования у женщин в ранней постменопаузе обуславливают целесообразность проведения всем женщинам, находящимся в этом периоде, мероприятий, направленных на повышения качества адаптации.

## РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

**Санникова А.М., Щукина Н.А., Лукашенко С.Ю.**

*Россия, г.Москва, Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии, городская поликлиника № 51 ЦАО г.Москвы*

Актуальность: по данным российских и зарубежных авторов, в последнее время значительно возросла частота воспалительных заболеваний женских половых органов. Одним из наиболее распространенных заболеваний остается бактериальный вагиноз (БВ). Имеется большое количество сведений о развитии гнойно-воспалительных заболеваний половых органов, а также тяжелых инфекционных осложнений в акушерско-гинекологической практике у женщин с БВ. Несмотря на имеющиеся многочисленные схемы лечения, рецидивы заболевания отмечаются в 50-70% случаев. В работах последнего времени показана тесная зависимость экосистемы кишечника, мочевого и полового тракта, при этом выявлено, что нарушения кишечной микрофлоры являются первичными, однако до сих пор ее исследование не входит в общепринятую схему обследования пациенток с БВ.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных с бактериальным вагинозом (БВ) за счет выявления и комплексного лечения дисбактериоза кишечника.

Материалы и методы: на базе ПП№ 51 ЦАО г.Москвы обследована и затем пролечена 81 пациентка с БВ. Из них 63(77,8%) - с впервые выявленным БВ и 18(22,2%) - с рецидивирующим. Для выявления факторов риска и определения роли дисбиотических нарушений в хронизации заболевания были применены стандартные методы исследования вагинальной флоры (бактериологические и бактериоскопические), ПЦР - диагностика, культуральное исследование на дисбиоз кишечника.

Полученные результаты. Средний возраст пациенток составил 21 год. 46(56,8%) пациенток являлись учащимися средних и высших учебных заведений. 53(65,4%) пациентки не предъявляли никаких «гинекологических» жалоб и данная патология выявлена на профосмотре. 11(13,6%) больных жаловались на зуд и жжение, 23(28,4%) - на обильные выделения из половых путей, 9(11,1%) - на неприятный запах белей. Превалировали «кишечные» жалобы: 46(56,8%) пациенток отмечали нарушение стула и боли спастического характера при дефекации. Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 45(55,6%) пациенток, из них у 31(38,3%) - воспалительного характера (сальпингофорит у 11,1%, эндометрит у 2,5%, эрозия шейки матки у 18,5%, цервицит у 7,4%, кольпит - у 19,8%), причем в группе с впервые выявленным БВ этот показатель (гинекологические заболевания воспалительного генеза в анамнезе) составил 34,9%, а в группе с рецидивирующим БВ - 50,0%. Экстрагенитальную патологию имели 68(84%) пациенток, в том числе хронические заболевания ЖКТ - 28(34,6%) пациенток. При обследовании данных пациенток в НИИ эпидемиологии им. А.Габричевского дисбактериоз кишечника диагностирован у 56(69,1%) пациенток, в том числе у 42(66,7%) - с впервые выявленным БВ и у 14(77,8%) - с рецидивирующим БВ. Интересно отметить, что антимикробную терапию проводили ранее у 57(70,4%) больных, лечение пробиотиками получали только 2(2,5%) пациентки. Сравнение видового состава микрофлоры влагалища пациенток с впервые выявленным БВ и рецидивирующим БВ не выявило значительных различий. Лечение больных с впервые выявленным БВ без дисбактериоза кишечника проводилось нами по стандартной схеме (метронидазолом по 250мг 3 раза в день в течение 7 дней), пациентки с рецидивирующим БВ получали дополнительно метронидазол в виде вагинальных свечей в течение 7 дней. Пациентки с впервые выявленным БВ и дисбактериозом кишечника, а также все пациентки с рецидивирующим БВ получали дополнительную терапию препаратом хилак - форте по схеме 40-60 капль 3 раза в сутки в течение 14-28 дней (препарат восстанавливает микрофлору кишечника, нормализует рН и водно - электролитный баланс в просвете кишечника). Длительность наблюдения составила 1,5 - 2 года. За данный период у пациенток с впервые выявленным БВ (21 наблюдение) рецидив наблюдался в 3 случаях (14,3%), из 42 пациенток с впервые выявленным БВ и дисбиозом кишечника заболевание повторно выявлено у 8(19,04%) и из 14 пациенток с рецидивирующим БВ и дисбиозом кишечника рецидив наблюдался в 3 (21,4%) случаях.

Выводы: продемонстрирована важность выявления дисбактериоза кишечника как значимого фактора риска развития рецидивирующих форм БВ и необходимости лечения комплексных дисбиотических нарушений.

## **ПРИМЕНЕНИЕ БИОМАТЕРИАЛА АЛЛОПЛАНТ® ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА СТЕНКИ МАТКИ ПОСЛЕ МИОМЭКОМИИ**

**Сахаутдинова И. В., Муслимова С. Ю.**

*Россия, г.Москва, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии  
ФПДО МГМСУ, отделение детской гинекологии БСМП Уфа*

Заболеваемость миомой матки жительниц различных регионов России в возрасте от 18 до 70 лет колеблется от 11 до 47,3 на 1000 обследованных. (Вихляева Е.М., Паллади Г.А., 1982). В последние

годы многие исследователи отмечают тенденцию к омоложению заболевания, выявляя миому матки у 15-20-летних девушек. (Адамян Л.В., Богданова Е.А., 2004).

По данным Селезневой Н.Д. миома матки встречается у 5,9% детей и подростков (1981). Однако, в литературе чаще встречаются сообщения об отдельных клинических наблюдениях по поводу миомы матки в этой возрастной группе. А.А. Крупко-Большова с соавторами (1980) описывает 2 больных в возрасте 14 с субсерозными миомами матки и 1 большую в возрасте 16 лет с рождающимся миоматозным узлом. Л.В. Адамян и Е.А. Богданова (2004) описывают рождение субмукозных узлов у девочек 16 и 17 лет и указывают на то, что с внедрением метода УЗИ, миомы матки у девочек стали выявляться более часто. Е.В. Уварова с соавторами (2005) описывает случай рецидивирующей миомы матки у пациентки в возрасте 15 лет.

Одной из проблем, возникающих после удаления миоматозных узлов, особенно больших размеров, является рубцевание в зоне оперативного вмешательства, приводящее к несостоятельности рубца на матке после проведенной консервативной миомэктомии в течение последующей беременности и родов (Адамян Л.В. и соавт. 1997, 1999, Вardanян В.Г., 2005).

С целью эффективного заполнения послеоперационного дефекта стенки матки и улучшения процесса формирования полноценного в морфофункциональном плане рубца, мы решили применить аллогенный биоматериал Аллоплант® для замещения объемных дефектов тканей. Данный биоматериал после имплантации постепенно резорбируется макрофагами и замещается дифференцированной тканью того органа, в паренхиму которого он был вшит. При этом достигается эффективная профилактика послеоперационного фиброза и рубцевания (Мулдашев Э.Р., 1994; Нартайлаков М.А., 1995; Муслимова С.А., 2000).

Приводится клиническое наблюдение девочки 15 лет после миомэктомии из минилапаротомного доступа с замещением дефекта стенки матки биоматериалом Аллоплант®.

Большая Ф. 15 лет поступила в детское гинекологическое отделение больницы скорой медицинской помощи г.Уфы в июне 2004 года с жалобами на постоянные боли внизу живота справа, усиливающиеся во время менструации, обильные, продолжительные менструации, головные боли, общую слабость.

При сборе анамнеза наличие экстрагенитальной и гинекологической патологии у ближайших родственников не выявлено.

Из перенесенных заболеваний девочка отмечала ветрянку оспу, частые ОРВИ. В возрасте 7 лет она лечилась в детском нейрохирургическом отделении по поводу сотрясения головного мозга. Менархе с 13 лет. Менструации всегда были болезненные в первые 2 дня, длительностью по 3-5 дней, через 28 дней. Цикл установился через полгода. Первый коитус в 14 лет. Применение контрацепции и наличие в анамнезе беременностей девочка отрицает.

С весны 2003 года у пациентки усилились боли внизу живота в первые дни менструации, они стали более обильными, их продолжительность постепенно увеличилась с 3 до 7 дней. Мама обратилась к гинекологу по месту жительства впервые в октябре 2004 года. Большая была госпитализирована в гинекологическое отделение, где в течение 2 недель получала лечение по поводу обострения хронического аднексита. После выписки улучшения она не почувствовала. В январе 2005 года повторная госпитализация в гинекологическое отделение с полным курсом антибактериальной, витаминно- и физиотерапии. В процессе обследования при проведении УЗИ органов малого таза у пациентки был выявлен узел миомы в области правого ребра матки диаметром около 1 см. При выписке из стационара ей было рекомендовано наблюдение у детского гинеколога. В последующие месяцы состояние девочки ухудшилось, боли стали беспокоить ее не только во время, но и вне менструации.

При объективном осмотре, проведенном при поступлении в отделение детской гинекологии, было выявлено: больная правильного телосложения, умеренного питания, половое и физическое развитие соответствует возрасту. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по жен-



скому типу, клитор не увеличен. Девственная плева со старыми разрывами. Влагалище узкое, своды его свободные. Шейка матки коническая, маленькая, чистая. Наружный зев точечный, закрыт. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, ассиметричное за счет миоматозного узла располагающегося по правому углу матки, от ее перешейка до дна и превышающего по размерам тело матки.

По данным ультразвукового исследования размеры матки 43 x 32 x 53 мм, в области правого ребра, ближе к шейке расположен узел миомы размерами 42 x 34 x 28 мм, расположенный в области правого ребра на расстоянии 2 мм от полости матки. Полость матки не деформирована, закрыта. Размеры и объем яичников соответствуют возрасту.

При клинко-лабораторном исследовании в анализе крови выявлена умеренная нормохромная анемия. Других изменений обнаружено не было.

2 июня 2004 года девочке через минилапаротомный доступ была произведена операция миомэктомии без проникновения в полость матки с заполнением образовавшегося дефекта биоматериалом Аллоплант®. Передняя брюшная стенка была вскрыта поперечным надлобковым разрезом длиной 4 см. На рану наложен аппарат «Мини-ассистент». В основном острым путем узел миомы был выделен и удален. В образовавшийся после удаления миоматозного узла дефект стенки матки была вставлена и зафиксирована 3-мя викриловыми швами полоска биоматериала Аллоплант®. Серозная оболочка матки была ушита непрерывным викриловым швом. Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным гистологического исследования удаленный узел представлял собой лейомиому матки с очагами эндометриоза по периферии. После выписки из стационара больная получала норколут по 1 таблетке в течение 21 дня с 7 дневным перерывом в течение 6 месяцев. После отмены норколута восстановился регулярный менструальный цикл, прекратились боли, уменьшилась менструальная кровопотеря.

При контрольных осмотрах каждые 3 месяца проводилась трансвагинальная эхография с доплерографией в бассейнах маточных артерий. Непосредственно после операции отмечалась незначительная перифокальная инфильтрация вокруг биоматериала, незначительное ускорение кровотока в правой маточной артерии. Через 3 месяца явления инфильтрации и разница в скорости кровотока в маточных артериях исчезли. Через 6 месяцев тень биоматериала сократилась на объема, по периферии появился кровоток. Через 9 месяцев отмечено дальнейшее уменьшение объема биоматериала. Через год стали наблюдаться признаки фрагментации биоматериала. За период наблюдения произошло замещение биоматериала на одну треть объема тканью, не отличимой по данным эхографического исследования от структуры нормального миометрия.

Таким образом, применение биоматериала при замещении объемных дефектов после энуклеации миоматозных узлов больших размеров позволяет восстановить архитектуру оперированной матки, а также стимулировать процессы регенерации миометрия завершающихся образованием полноценного в функциональном плане регенерата, сходного по структуре с нормальной тканью миометрия.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНЕРГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ**

**Сахаутдинова И. В.**

*Россия, г. Москва, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии  
ФПДО МГМСУ*

В последние годы в оперативной гинекологии все более четко проявляется тенденция к функциональной хирургии при различных патологических состояниях репродуктивной системы, в том

числе больных миомой матки. Этой проблеме посвящено большое кол-во исследований опубликованных в отечественной и зарубежной литературе. Анализ этих работ показывает, что основной целью хирургов является стремление сохранить матку, восстановить или сохранить репродуктивную или менструальную функции.

Активное внедрение в медицину достижений научно-технического прогресса позволило значительно улучшить результаты реконструктивно – пластических операций, выполняемых при миоме матки с использованием новых технологий, позволяющих снизить травматичность операций, риск возникновения послеоперационных осложнений, в том числе спаечного процесса и обеспечивающих условия для полноценной регенерации рубца на матке.

У пациенток с единичными миоматозными узлами, которым была выполнена миомэктомия с применением лапароскопического доступа на этапах рассечения стенки матки были использованы: радиоволновая энергия (40 пациенток), ультразвуковой скальпель (34 пациентки) и аргон-усиленная электрокоагуляция (32 пациентки). Размеры узла во всех группах составили от 5 до 8 см. С целью дополнительного гемостаза и абластики ложе миоматозного узла во всех случаях обрабатывалось расфокусированным лучом CO<sub>2</sub>-лазера.

Применение хирургических энергий позволяло достичь быстрый и надежный гемостаз всех, даже мелких источников кровотечения на этапах рассечения стенки матки и вылуцивания миоматозного узла, что способствовало уменьшению интраоперационной кровопотери.

Сократить время операции позволило применение вапоризации CO<sub>2</sub>-лазером при удалении мелких субсерозных узлов. Рассечение спаек также проводилось быстро и бескровно. Однако, применение лазера при выполнении миомэктомии ограничено в связи с большим количеством дыма, возникающим при его использовании.

Данные об уменьшении длительности операции при использовании для проведения миомэктомии этих видов хирургических энергий согласуются с литературными (Варданян В. Г., 1998; McLaughlin D.S., 1985; Starks G.C., 1988).

Достоверного различия продолжительности оперативного вмешательства при использовании различных хирургических энергий не выявлено. При оперативных вмешательствах с применением радиоволны длительность операции составила 76±4,09 минут, при использовании УЗВ скальпеля 98±4,03 минуты и АУК 80±5,06 минуты.

Объем интраоперационной кровопотери также не имел достоверного различия от типа примененной хирургической энергии – при применении радиоволны, в среднем составил 286,7±12,1 мл, при применении ультразвука – 266,4±10,1 мл и при использовании аргонусиленного коагулятора – 257,3±10,7 мл.

В связи с тем, что применение различных видов хирургических энергий позволило сократить продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери, возникла необходимость экспериментального исследования динамики процессов репаративной регенерации тканей на маточных рогах лабораторных животных в сроки от суток до 3 месяцев.

Оценка эффективности воздействия различных видов хирургических энергий на раневую поверхность маточных рогов экспериментальных животных показала что, несмотря на разный принцип воздействия электрической и лазерной энергий, характер и сроки послеоперационных изменений в тканях сходны. Выраженные деструктивные изменения после применения данных видов энергий характеризовались образованием воспалительного инфильтрата. В посткоагуляционной зоне наблюдался выраженный деструктивный процесс, который характеризовался вторичным заживлением операционной раны. Полное заживление наступало через 1,5-2 месяца и заканчивалось образованием грубой соединительной рубцовой ткани и образованию трубно-перитонеальных спаек, приводящих к нарушению проходимости маточных рогов крсы. При этом маточные рога были спаяны между собой, образуя вместе с петлями кишечника, сальником, мочевым пузырем и париетальной брюшной передней стенки живота единый конгломерат, что нарушало нормальное анатомическое расположение маточных рогов.

При применении ультразвукового скальпеля выраженных структурных нарушений тканей выявлено не было. Образование

тонкого струпа по краю разреза приводило к спаиванию концов кровеносных капилляров и созданию полноценного гемостаза. В течение 3-5 дней после операции все признаки воспалительного и регенераторного процесса проявлялись в умеренной степени. Благодаря действию защитных гуморальных и клеточных механизмов, участвующих в острой воспалительной реакции после травмы уже через 15-20 дней устранялись патогенные факторы и репаративные процессы продолжались ускоренным темпом. В связи с этим, при использовании данного вида энергии не отмечалось хронизации воспалительного процесса. Тем не менее, наблюдалось некоторое отставание регенераторного процесса по сравнению с радиоволновой, которое заканчивалось вторичным заживлением послеоперационной раны. В отличие от электрической и лазерной энергий в отдаленные сроки эксперимента грубых изменений гистологических структур не выявлено.

После применения радиоволновой энергии – струп был «нежным», без облупливания, спайки в виде фибриновых нитей располагались между маточными рогами или другими органами брюшной полости. Репаративная регенерация при применении данного вида энергии начиналась в ранние сроки, с выраженной пролиферативной активностью и протекала с минимальной воспалительной реакцией.

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что изменения, обусловленные травмой при операциях, уже к 15-м суткам после вмешательства в основном исчезают. С 21 суток после операции начинает восстанавливаться нормальная структура стенки маточных рогов. В стороны от поверхности разреза отмечался минимальный коагуляционный некроз клеток в виде тонких полосок денатурированных тканей. При усилении режима «разрез и коагуляция» ширина некроза увеличивалась пропорционально мощности.

После применения радиоволновой энергии, проходимость маточных рогов была сохранена полностью. Частичная проходимость маточных рогов отмечалась при использовании ультразвука. Наиболее травматичными для тканей оказались электрическая энергия и лазер. Процент непроходимости маточных рогов составил почти 97,3%.

Приведенные клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о целесообразности более широкого применения сочетания хирургических энергий при выполнении реконструктивно-пластических операций на матке.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ**

**Сахаутдинова И.В.**

*Россия, г. Москва, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии  
ФГПО Д МГМСУ, Главный Военный клинический госпиталь ВВ МВД России*

Как известно, миома матки относится к доброкачественным опухолям и встречается, по данным различных авторов [1,4,18,19], у 25-50% всех женщин в возрасте старше 30 лет, из которых приблизительно 50% наблюдаются в репродуктивный период [8,17].

На сегодняшний день основными методами лечения миомы матки являются гистерэктомия, миомэктомия и гормонотерапия. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. К основным отрицательным моментам можно отнести высокую частоту рецидивов после консервативных методов лечения [2,4,8,10,19] и потерю репродуктивной функции после гистерэктомии.

Необходимо отметить, что в последние годы все чаще стали появляться сообщения о сочетанной соматической патологии, что в некоторых случаях может являться противопоказанием к медикаментозному, оперативному вмешательству, общему наркозу [3,5,6,14]. Некоторые же пациентки категорически отказываются от операции из-за психоэмоционального момента (боязнь операции, боязнь потери сексуальной привлекательности и т.д.) или из-за нереализованной репродуктивной функции.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности эмболизации маточных артерий в лечении больных с миомой матки, в том числе у пациенток с сочетанной соматической патологией и у пациенток, отказывающихся от оперативного лечения.

**Материал и методы исследования**

За период с 2001 по 2006г. в гинекологическом отделении главного военного госпиталя ВВ МВД России эмболизация маточных артерий была выполнена у 72 пациенток с миомой матки в возрасте от 28 до 53 лет (средний возраст 42,7 года). Из них у 14 больных удалось проследить отдаленные результаты. Период наблюдения составил от 3 мес. до 4 лет.

Большинство пациенток (83,3%) беспокоили обильные и длительные менструации, сопровождающиеся слабостью, головокружением. Болевой синдром наблюдался у 69,4% пациенток, из которых у 61,1% сочетался с менорагиями. Анемия на момент поступления или в анамнезе имела место у 55,5%. Уровень гемоглобина был в пределах от 60 до 120г/л. Частое мочеиспускание отмечалось у 22,2%, запоры – у 20% пациенток.

При обследовании сочетанная соматическая патология, значительно повышающая риск хирургического лечения, была выявлена у 44,4% женщин. У 66,7% больных преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и нервной системы.

Гинекологический осмотр и инструментальные методы исследования выявили высокую частоту сопутствующей гинекологической патологии (40,3%), среди которой преобладала гиперплазия эндометрия.

У всех пациенток эмболизация маточных артерий была выполнена в плановом порядке. Перед эмболизацией каждая больная подвергалась тщательному лабораторному и инструментальному обследованию. Женщины были предупреждены о возможных осложнениях во время и после операции, рецидиве заболевания, отсутствием гистологически подтвержденного диагноза. От пациенток получали информированное согласие на данное вмешательство.

Размеры матки при обследовании составили от 6 до 16 недель беременности, а размеры доминантного узла от 2,5 до 10,0 см. У 49 (68,8%) женщины отмечалось множественная миома матки с преимущественно межмышечным расположением узлов. Операция проводилась в условиях рентгеноперационной, оснащенной рентгенохирургическим комплексом «INTEGRIS V5000» фирмы «PHILIPS», под местной анестезией трансфеморальным (98%) или трансаксиллярным доступом (2%).

В качестве эмболизирующих материалов использовались микро-спирали типа Гиантурко, частицы PVA TRUFILL размерами 355-710 мкм, гидрогель (Gelfoam) в виде сферических частиц. Введение эмболизата прекращали после получения удовлетворительного ангиографического эффекта от эмболизации – эффекта «стоп-контраст» в проксимальных отделах маточной артерии и отсутствия контрастирования дистальных сегментов артерии.

После завершения вмешательства назначались ненаркотические анальгетики (наркотические – по показаниям), антибиотики широкого спектра действия.

Результаты вмешательства оценивали путем анкетирования пациенток о динамике симптомов, изменениях менструального цикла через 3, 6 и 12 мес. и далее через каждые 6 мес. В указанные сроки женщины проходили обследование, которое включало клинический анализ крови; кровь на гормоны: ФСГ, ЛГ, эстрадиол; УЗИ с ЦДК и КТ органов малого таза.

**Результаты исследования**

Из 72 пациенток, подлежащих эмболизации маточных артерий, не удалось выполнить эмболизацию маточных артерий у 2 пациенток из-за анатомических особенностей.

Средняя продолжительность операции составила 1 час 10 мин. (25 - 115 мин). Все больные перенесли процедуру удовлетворительно. Постэмболизационный синдром в виде болей и повышения температуры тела в той или иной степени наблюдался практически у всех больных. Температура, как правило, не превышала 37,5 С и держалась не более 2-х суток. В среднем длительность послеэмболизационного синдрома составила 3 суток. Продолжительность госпитализации: от 3 до 5 дней.

Сроки наблюдения за пациентками составили: минимальный – 3 мес., максимальный – 4 года. Ухудшения состояния тяжелых соматических больных во время операции и в раннем послеоперационном периоде не отмечалось.

У всех больных восстановилась трудовая активность. Менструации нормализовались у 77,4% женщин: у 81,3% пациенток - через 3-4 месяца, у 80% - через 12 мес.

За время наблюдения в 11,1% случаев зафиксирована временная аменорея, от 1 до 3 месяцев у пациенток в возрасте 47,5 лет. Менопауза наступила в 4,2, 11,1 и 16,7% случаев через 3,6 и 12 месяцев у больных предклимактерического периода (47,9 лет).

За время наблюдения беременность наступила у 2 пациенток. У одной беременность закончилась несостоявшимся выкидышем, вторая протекает без осложнений и на сегодняшний день составляет 31-32 недели.

В наших наблюдениях объем доминантного миоматозного узла уменьшился на 65% от первоначального размера. Восстановление кровоснабжения узла произошло у 2-х пациенток. У одной была произведена миомэктомия, у второй – гистерэктомия. У 8 (5,8%) пациенток произошло «рождение» субмукозного миоматозного узла через 1 – 24 мес. после эмболизации маточных артерий. Роста существующих миоматозных узлов и появление новых отмечено не было.

Остановившись на пациентках с тяжелой сочетанной соматической патологией, являющейся противопоказанием к операциям (миомэктомия, гистерэктомия) можно утверждать, что эмболизация маточных артерий является методом выбора в лечении симптомной миомы матки (меноррагия, болевой синдром, запоры, учащенное мочеиспускание). Отсутствие постпроцедурных осложнений и положительный эффект, который наблюдается в нашем исследовании, подтверждает данное предположение.

Особую актуальность, эмболизация маточных артерий приобретает для лечения пациенток, категорически отказывающихся от любого вида оперативного лечения, и женщин с высоким риском оперативного или гормонального лечения. При этом необходимо иметь информированное согласие больной на данное рентгенохирургическое вмешательство и предупреждение ее о возможном возникновении осложнений и рецидивов симптомов.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА НА ШЕЙКЕ МАТКИ**

**Семиошина О.Е., Озолина Л.А.**

*Российский Государственный Медицинский университет, г. Москва, Россия*

Многообразие деструктивных методик с использованием современных физических методов воздействия на патологически измененную ткань шейки матки, стремление понять механизмы развития осложнений в послеоперационном периоде, повысить эффективность терапевтических мероприятий диктует необходимость дальнейшего углубленного изучения проблемы лечения и реабилитации больных с заболеваниями шейки матки.

Одной из современных тенденций является патогенетически обоснованное комплексное лечение, направленных на радикальное удаление патологического очага на шейке матки и стимуляцию процессов эпителизации.

Однако, воздействия только на процесс активации регенераторных возможностей тканей с целью ускорения заживления послеоперационных ран недостаточно, или, точнее, преждевременно. Деструкция любым методом вызывает некроз тканей, образование струпа, наличие которых, с одной стороны, препятствует доступу используемых средств и методов ускорения регенерации, с другой стороны, создает среду и условия для размножения микрооргани-

мов. При этом, дисбиотическое состояние флоры, бактериальное загрязнение послеоперационной раны сказываются на исходе репаративных процессов, обуславливают большую продолжительность заживления, возникновение осложнений, рецидивирование и прогрессирование основного заболевания (Прилепская В.Н. и соавт., 1997, 2003; Багауова А.И., 1998; Русакевич П.С., 2000).

Это обуславливает целесообразность и необходимость проведения активных мероприятий по раннему очищению очага деструкции от некротических масс как источника возможного инфицирования раны.

Цель: Изучить влияние местного воздействия иммобилизованного трипсина на течение репаративных процессов радиоволновой раны и оценить эффективность использования его с целью ускорения репарации в комплексном лечении осложненных эктопий шейки матки.

Материалы и методы исследования: Критерием включения в настоящее исследование явилось наличие у 68 пациенток (в среднем 30,5+9,7 лет) осложненной формы эктопии шейки матки – обусловленной или сочетающейся с нарушениями эпителиально-стромальных взаимоотношений, с воспалительными заболеваниями нижнего отдела генитального тракта и/или с другими фоновыми и предрakovыми процессами шейки матки.

Использовали бактериоскопический, бактериологический, цитологический, гистологический, кольпоскопический методы обследования, ПЦР-диагностику.

Деструкцию патологического очага на шейке матке в объеме эксцизии или конизации осуществляли радиохирургическим методом, позволяющим одновременно проводить лечебно-диагностические манипуляции, сочетающим принцип возможного радикального иссечения патологически измененных тканей с необходимым принципом экономной, органосберегающей хирургии, сохраняющим и способным восстанавливать архитектуру шейки матки (прибор “Surgitron TM”, США, «Ellman International, Inc.», № 2003/392).

Хирургическую коррекцию заболевания шейки матки в основной группе больных (n=31) с первых дней после деструкции патологического очага и до момента активной краевой эпителизации мы дополняли обработкой раневой поверхности иммобилизованным трипсином «Дальцекс-трипсин», применяемым в виде салфеток из медицинской марли (создан Экспериментальным заводом НИИ текстильных материалов, г.Москва). Препарат разрешен к применению приказом МЗ № 85 от 13.02.1989 г. Группу сравнения составили 37 пациенток с традиционным, неактивным ведением послеоперационного периода.

Группы больных были идентичны по возрасту, паритету, клиническим проявлениям и длительности заболевания, перенесенным и сопутствующим гинекологическим заболеваниям. Объем комплексного обследования и предоперационной подготовки, размеры тканевых дефектов после эксцизии патологического очага или кратер раны в результате проведенной конизации в обеих группах были сопоставимы.

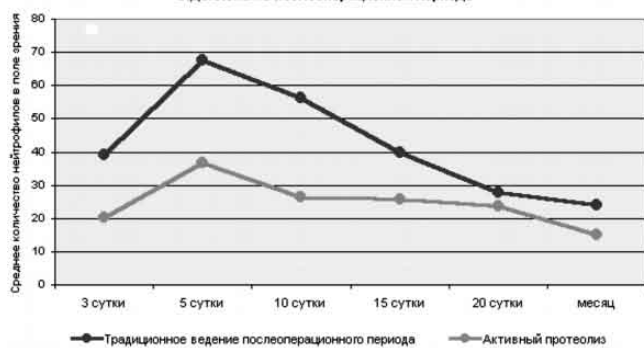
Анализ более 900 бактериоскопических мазков и 816 цитологических мазков-соскобов с раневой поверхности позволил проследить динамику изменений клеточного состава раневого экссудата на различных стадиях репарации радиоволновой раны.

В итоге, если в контрольной группе (при традиционном ведении послеоперационного периода) процесс репарации характеризовался более вялой динамикой, была значительно выражена и пролонгирована местная воспалительная реакция, которая может нарушить нормальный ход репарации и явиться причиной развития осложнений в послеоперационном периоде, то при использовании иммобилизованного трипсина у пациенток основной группы отмечены отчетливая, более ранняя и выраженная регрессия воспалительных изменений в ране при высокой активности регенеративных процессов (рис. 1 А, Б).

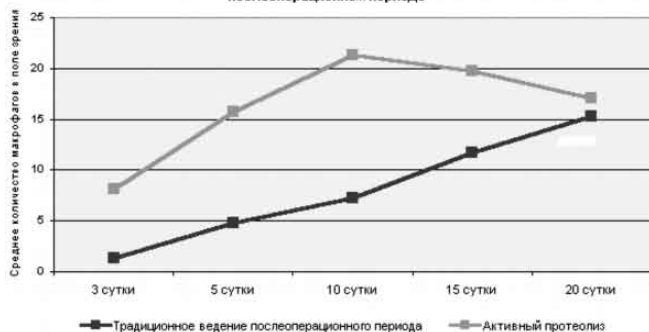
Полное отторжение струпа в основной группе отмечено в среднем на 6,8+0,4 сутки послеоперационного периода против 8,1+0,3 день группы контроля (p < 0,05).

Раннее и быстрое отторжение струпа и очищение раневого дефекта от некротических масс, предотвратив возможность инфицирования раны, препятствующее правильной и адекватной эпителизации, отразились на сроках эпителизации.

**Рис. 1 А** Динамика количества нейтрофильных лейкоцитов в раневом отделении в послеоперационном периоде



**Рис. 1 Б** Динамика количества макрофагов в раневом отделении в послеоперационном периоде



Если при традиционном ведении периода после радиоволновой деструкции патологического очага на шейке матки частичная эпителизация в среднем имела место на 18,1±0,3 день, полная эпителизация произошла к 26,6±0,6 суткам, то после применения протеолитического фермента частичное восстановление многослойного плоского эпителия отмечено к 15,7±0,2 сут. ( $p < 0,05$ ), полная эпителизация прошла на 23,1±0,3 день ( $p < 0,05$ ).

В итоге, включение протеолитического фермента в комплекс лечебных мероприятий на этапе репарации тканей после радиоволновой деструкции патологического очага на шейке матки, за счет раннего очищения раневой поверхности от деструктивных масс, снижения бактериальной обсемененности послеоперационной раны, стимуляции репаративных процессов позволило сократить сроки эпителизации раневого дефекта, избежать послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, добиться выздоровления у 93,5% больных с осложненной формой эктопии шейки матки.

## СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСОВ

**Семятов С.М., Голдина А.Я., Димитрова В.И., Кондакова Т.А.**  
г. Москва, Российский университет дружбы народов

Проблема пролапсов культи матки и купола влагалища имеет чрезвычайную актуальность в связи высокой ее частотой, которая составляет до 12%. Эта патология развивается у лиц пожилого и старческого возраста, которым в репродуктивном возрасте была произведена надвлагалищная ампутация матки или экстирпация матки по поводу миомы матки и/или аденомиоза. В тот период, как больные, так и врачи не отмечали микросимптомов пролапса гениталий, который с возрастом постепенно прогрессировал.

Это обусловило цель настоящего исследования: профилактика пролапсов культи матки и купола влагалища путем сочетанных операций, что достигалось выполнением пластики тазового дна, восстановлением промежности, леваторопластикой и укреплением связочного аппарата во время плановых операций по поводу миомы матки и/или аденомиоза.

Материалы и методы. Всего было прооперировано 167 больных. Средний возраст больных составил 48,9±1,1 лет (от 30 до 68 лет).

Основными показаниями для операций были миома матки в 80,4% случаев, аденомиоз в 43,1% случаев либо их сочетание. При этом у 57% больных диагностировано опущение только задней стенки влагалища, у 45% – опущение обеих стенок влагалища, у всех пациенток выявлена несостоятельность мышц тазового дна. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом, а при противопоказании к нему – под перидуральной анестезией. В 43% случаев была выполнена надвлагалищная ампутация матки и в 22% случаев – экстирпация матки без придатков с одномоментной пластикой стенок влагалища и леваторопластикой. Крестовидное укорочение круглых связок матки с их фиксацией в куполу влагалища или культи матки, а также к крестцово-маточным связкам произведено всем пациенткам.

Ранний послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Заживление швов на передней брюшной стенке и промежности – первичным натяжением. Средний послеоперационный койко-день при сочетанных операциях составил от 10,3±0,7 до 16,3±0,9.

Результаты. Анализ отдаленных результатов (1-3 года) свидетельствуют о том, что все больные отметили значительное улучшение здоровья, сексуальной жизни, а также ни в одном случае не было выявлено клинических симптомов опущения или выпадения гениталий в послеоперационном периоде.

Заключение. Таким образом, учет микросимптомов пролапса и применение сочетанных операций в гинекологии приводит не только к полному выздоровлению больных и улучшению качества жизни, но и также способствует эффективной профилактике пролапса культи матки, купола влагалища и прямой кишки.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ Фолликулярных КИСТАХ ЯИЧНИКОВ

**Серебrenникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халипов Р.З.,  
Меняшева В.Ф.**

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Ижевск, Ижевская Государственная Медицинская Академия, Ижевск

В последнее десятилетие у молодых женщин растет частота ранних и нежеланных беременностей, аборт, инфекций, передаваемых половым путем. Данная патология является фоном для развития различных заболеваний репродуктивной системы. В частности, опухолевидных образований яичников. Одним из методов профилактики и лечения данной патологии является использование низко- и микродозированных оральных контрацептивов.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности оральных контрацептивов для консервативного лечения молодых женщин с опухолевидными образованиями яичников в комплексе с иммуномодулирующей и системной энзимотерапией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 80 молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет с диагнозом фолликулярные кисты яичников и получающие в комплексе с иммуномодулирующей и системной энзимотерапией препараты «Новинет» (44 человека) и «Линдинет20» (36 человек). Средний возраст обследованных молодых женщин составил 16,0±0,1 лет. Препараты назначали молодым женщинам с учетом рекомендаций ВОЗ (Медицинские критерии приемлемости контрацептивов, 2003).

Клиническую эффективность проводимого лечения оценивали на основании сравнительного статистического анализа таких параметров, как динамика жалоб больных; нормализация менструальной и репродуктивной функций; данные физикального, ультразвукового, доплерометрического исследований; гормональный профиль; иммунологический статус. Контроль за состоянием здоровья проводили через 1, 3, 6 месяцев приема препаратов. Тщательно анализировали приемлемость комбинированных оральных контрацептивов (побочные эффекты, изменение массы тела и АД).

Результаты. При оценке эффективности консервативного лечения больных с фолликулярными кистами яичников положительный эффект отмечен в 72,5±2,7% случаев. Из них в группе принимающих Новинет составили 68,18±4,3% наблюдений, в группе использующих Линдинет-20 77,78±5,3% наблюдений. Обратное развитие фолликулярных кист через 3 месяца приема оральных контрацептивов было отмечено у 22,73±3,3% больных получавших «Новинет» и у 50,0±2,7% больных принимавших «Линдинет20». Через 6 месяцев соответственно у 45,45±3,5% и 27,77±4,2%.

Кроме того, на фоне лечения через 1 месяц у 8,75±2,3% ( $p<0,05$ ) больных с фолликулярными кистами яичников исчезли боли, через 3 месяца у 17,5±5,3% больных, к 6-му циклу приема препаратов боли не беспокоили ни одну пациентку. Из них принимающих «Новинет» составили 18,18±2,3% ( $p<0,05$ ) больных, принимающих «Линдинет20» 27,78±2,3% ( $p<0,05$ ) больных. Нарушения менструальной функции на фоне лечения через 3 мес приема препарата сохранялись всего у 15,91±5,7% больных ( $p<0,05$ ) принимающих Новинет и у 11,11±5,7% больных ( $p<0,05$ ) принимающих Линдинет20.

При контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев фолликулярные кисты были зафиксированы у 22 (27,5±5,3%) больных, которые были прооперированы эндоскопическим доступом. Больным с фолликулярными кистами яичников были выполнены следующие операции: резекция одного яичника (6,25±3,5%), цистэктомия односторонняя (18,75±5,7%), коагуляция кист яичников (2,5±1,2). В связи с сочетанной патологией органов малого таза проводили овариосальпинголизис (7,5±2,7%).

По нашим данным, препараты достаточно хорошо переносились женщинами. В группе женщин, принимающих Новинет, у 2 (4,5-4±2,3) женщин отмечалась незначительная тошнота на первом цикле в течение первых дней приема таблеток. Ациклические кровянистые выделения возникли у 4 больных (9,1±3,1). Колебания массы тела не превышали ±2,0 кг.

В группе женщин принимающих Линдинет20 тошнота отмечалась только у 1 (2,77±1,3) женщины на первом цикле. Ациклические кровянистые выделения возникли у 2 больных (5,56±2,5%). Других побочных эффектов – нагрубания молочных желез, головных болей, повышения артериального давления, жалоб на лабильность настроения, изменения полового влечения – которые часто бывают при приеме других гормональных контрацептивов – отмечено не было. 12 больных (15,0±4,3) обратили внимание на улучшение состояния кожи лица. Не наблюдалось олигоменореи и аменореи.

Не зарегистрировано жалоб на снижение работоспособности, изменение настроения, депрессию. В период приема препаратов Новинет и Линдинет20 осуществляли контроль артериального давления (АД). В течение 12 месяцев приема препаратов достоверных изменений цифр АД не выявлено. Следовательно, эстрогенгестагенные препараты III поколения «Новинет» и «Линдинет20» являются не только высокоэффективными и приемлемыми контрацептивами, но и основными препаратами в комплексной консервативной терапии, оказывающими положительные лечебные эффекты и способствующими восстановлению репродуктивной функции у больных с фолликулярными кистами яичника.

Анализ результатов проведенного лечения показал высокую эффективность комплексного консервативного лечения больных с фолликулярными кистами яичников в амбулаторных условиях, включающим применение низкодозированных оральных контрацептивов, Вобэнзима и Виферона. Использование Новинета и Линдинета20 позволило достичь хорошего клинического эффекта в виде полного разрешения болевого синдрома к 6 месяцу приема препаратов в 100% случаев, из них принимающих Новинет составили 18,18±2,3% больных ( $p<0,05$ ), принимающих Линдинет20 27,78±2,3% ( $p<0,05$ ). Менструальная функция нормализовалась – в 72,99±3,1% случаев. Нарушения менструальной функции через 3 мес приема препаратов сохранялись у 15,9±5,7% больных ( $p<0,05$ ) принимающих Новинет и у 11,11±5,7% ( $p<0,05$ ) принимающих Линдинет20. Современные ОК призваны не только обеспечивать женщине полноценную

контрацепцию, но и создавать в организме такую монотонную модель гормонального статуса, которая защищает женщину от целого ряда заболеваний, а также позволяет восстанавливать репродуктивную функцию

Подтверждением эффективности проведенного лечения служат положительная динамика онкомаркеров, гормонального профиля и восстановление иммунного статуса.

Выводы. Таким образом, предложенная тактика обследования и лечения опухолевидных образований яичников у молодых женщин в амбулаторных условиях с последующим, в случае неэффективности, лапароскопическим вмешательством характеризуется хорошим терапевтическим эффектом, имеет выраженный экономический эффект и медико-социальную значимость, так как позволяет оградить молодую женщину от необоснованного оперативного лечения и сохранить ее репродуктивную функцию.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ К ЦИКЛАМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Серебрянникова К.Г., Чумакова Н.В., Хмелевская В.Ф.,  
Мусаева М.Г.**

*Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия  
им. И.М. Сеченова*

Активное внедрение в клиническую практику лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) обуславливает актуальность оптимизации лечебно-диагностических мероприятий на этапе подготовки к циклам экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО и ПЭ).

Успешная имплантация после переноса эмбрионов при лечении бесплодия методами ВРТ и развитие беременности возможны только при нормальном функциональном и морфологическом состоянии эндометрия.

Взаимосвязь между состоянием эндометрия и вероятностью наступления беременности при экстракорпоральном оплодотворении остается спорным вопросом.

Цель исследования – оптимизация подготовки эндометрия в системе лечения бесплодия методами ВРТ у пациенток с неудачными попытками ЭКО и ПЭ.

Материалы и методы. Обследованы 212 пациенток репродуктивного возраста, имевших в анамнезе 2 и более неудачные попытки ЭКО и ПЭ, из них биохимическая беременность имела место в 42% случаев. Критериями формирования групп явилась гистологическая характеристика биоптатов эндометрия полученных при гистероскопии, полученных в 19-21 дни менструального цикла: I группа – гиперпластические процессы, II – хронический эндометрит, III – неполноценная секреторная трансформация эндометрия

Состояние репродуктивной системы оценивали по клинико-анамнестическим данным, показателям гормонального профиля, результатам ультразвукового мониторинга и доплерометрического исследования органов малого таза, гистероскопии, гистологического и иммуногистохимического исследования эндометрия, бактериологического исследования посева из полости матки.

Имуногистохимические реакции проведены с использованием мышиных моноклональных антител к эстрогеновым (клон 1D5 «Dako», США) и прогестероновым (клон 1A6 «Dako», США) рецепторам. Для визуализации реакции использовали универсальный пероксидазный набор LSAB+kit («Dako», США). Интенсивность реакции оценивали по методу гистологического счета H-score (McClelland и соавт., 1991). Выраженность реакции (экспрессии рецепторов) оценивали в баллах: менее 10 – отсутствие реакции, 11-100 – слабая реакция, 101-200 – средняя, 201-300 – сильная.

По результатам проведенного обследования пациенток составлен алгоритм подготовки эндометрия к процедуре ЭКО и ПЭ.

Стимуляция суперовуляции, трансвагинальная пункция фолликулов, аспирация ооцитов, оплодотворение, культивирование и перенос эмбрионов осуществлялись по общепринятой методике.

Результаты. Средний возраст пациенток на момент обследования составил  $28,5 \pm 1,9$  лет, ( $p < 0,05$ ). Длительность бесплодия колебалась от 1 года до 6 лет, в среднем составила  $3,9 \pm 1,2$  года. Преобладало вторичное бесплодие.

ЭХО-признаки патологии эндометрия выявлены в 79% случаев, нарушение кровотока в сосудах матки в 56% случаев. При гистероскопии выявлены признаки хронического эндометрита, внутреннего эндометриоза, гиперплазии эндометрия, подтвержденные результатами гистологического исследования.

При исследовании соскобов и биоптатов эндометрия у 72 пациенток была обнаружена простая очаговая железистая гиперплазия эндометрия (I группа), у 42 - хронический эндометрит (II группа), у 98 - признаки недостаточности лютеиновой фазы (III группа).

По результатам иммуногистохимического исследования в 11 (5%) случаях наблюдалось отсутствие экспрессии рецепторов к эстрадиолу и прогестерону (0-10 баллов), в 49 случаях (23%) - слабая экспрессия рецепторов (11-100 баллов), в 93 случаях (44%) - средняя экспрессия рецепторов (101-200 баллов), в 59 случаях (28%) - сильная экспрессия рецепторов (201-300 баллов).

Экспрессия рецепторов к прогестерону при неполноценной секреторной трансформации эндометрия составила в ядрах клеток эпителия желез и в ядрах клеток стромы  $191,8 \pm 18,9$  и  $195,9 \pm 15,5$  баллов соответственно, при гиперплазии эндометрия -  $206,8 \pm 10,6$  и  $182,2 \pm 26,1$  балла, при хроническом эндометрите -  $196 \pm 21,8$  и  $155,7 \pm 22,9$  баллов. Экспрессия рецепторов к эстрогенам при неполноценной секреторной трансформации эндометрия составила в ядрах клеток эпителия желез и в ядрах клеток стромы  $210,3 \pm 14,2$  и  $143,3 \pm 17,6$  балла соответственно, при гиперплазии эндометрия -  $209,8 \pm 20,9$  и  $131 \pm 22,8$  баллов, при хроническом эндометрите -  $188 \pm 21,5$  и  $93 \pm 24,0$  балла.

С целью оптимизации подготовки пациенток к лечению методом ЭКО и ПЭ разработан алгоритм диагностики и терапии патологии эндометрия у пациенток с бесплодием, использующих вспомогательные репродуктивные технологии. В группах исследования с учетом результатов иммуногистохимического исследования проведены плазмозферез, комплексная противовоспалительная (с учетом посева из полости матки на флору и чувствительности к антибиотикам), иммунокорректирующая (с учетом интерферонного статуса) и гормональная терапия (эстроген-гестагенные препараты) в течение 2-3 месяцев.

После проведенной подготовки по результатам стимуляции суперовуляции в циклах ЭКО и ПЭ количество аспирированных фолликулов, число пунктированных фолликулов ( $11,5 \pm 2,5$ ;  $9,7 \pm 1,9$  и  $10,2 \pm 2,8$ ), полученных ооцитов ( $9,7 \pm 1,9$ ;  $8,2 \pm 1,6$  и  $8,9 \pm 1,8$ ) и эмбрионов ( $8,6 \pm 1,5$ ;  $7,1 \pm 1,4$  и  $8,2 \pm 1,3$ ) в I, II и III группах достоверно не различалась ( $p < 0,05$ ). Частота наступления беременности у пациенток I группы составила 34,2%, у пациенток II группы - 35,6%, у пациенток III группы - 36,8% на перенос.

Выводы. 1. Результаты проведенного исследования достоверно влияют на необходимость оптимизации подготовки эндометрия для обеспечения благополучной имплантации и профилактики невынашивания беременности. 2. Оптимизация подготовки пациенток с бесплодием к методам ВРТ включающая углубленное исследование состояния эндометрия, использование комплексной противовоспалительной, иммунокорректирующей и гормональной терапии достоверно. 3. Иммуногистохимическое исследование рецепторов эндометрия к гормонам является важным компонентом в обследовании пациенток с бесплодием и наиболее полноценно отражает структурно-функциональную готовность эндометрия к успешной имплантации и развитию эмбрионов.

## ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сибикова Т.В., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А

Россия, Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет  
им. Х.Х.Бербекова

Лечение женщин с артериальной гипертонией (АГ) вообще и с климактерическим синдромом (КС) в частности, привлекает повышенный интерес специалистов в связи с различиями в оценке целесообразности сочетания заместительной гормональной терапии и антигипертензивных средств.

Для оценки эффективности и безопасности антигипертензивной терапии (АГТ) 28 женщин-водителей легковых автомобилей (16 чел) и троллейбусов (12) 39-59 лет осуществлены наряду с общеклиническим обследованием суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и психофизиологическое тестирование (ПФТ) до и после 12 недель лечения. В качестве монотерапии использован мозек ( $7,5-15$  мг 1 раз в сутки) у 14 (1 группа) и теветен ( $600$  мг 1 раз в сутки) также у 14 женщин-водителей (2 группа). При недостаточной результативности АГТ к основному препарату добавляли климадинон (1 таб. 2 раза в день). Обе группы по возрасту, выраженности АГ и КС принципиально не различались.

Результаты. К окончанию 1-й недели лечения отмечены улучшение общеклинических показателей, в т.ч. проявлений КС (приливы, потливость, головокружение, повышенная возбудимость, неустойчивость настроения) и динамика систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) суточных, дневных и ночных, которая достигала максимума к концу 2-й и началу 3-й недели. У 4 (28,6%) женщин с отсутствием желаемого гипотензивного эффекта добавление климадинона через 2-3 недели обеспечило достоверную положительную динамику суточного профиля АД. При этом суточные САД (от  $147,6 \pm 9,6$  до  $132,7 \pm 4,6$  мм рт.ст.) и ДАД (от  $93,7 \pm 6,7$  до  $84,9 \pm 8,7$  мм рт.ст.), дневные САД (от  $150,6 \pm 9,9$  до  $135,6 \pm 10,1$ ) и ДАД (от  $94,8 \pm 8,2$  до  $87,2 \pm 8,7$ ), а также ночные САД (от  $139,7 \pm 12,9$  до  $123,1 \pm 11,9$ ) и ДАД (от  $85,6 \pm 7,8$  до  $75,3 \pm 7,8$ ) снизились достоверно ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем, 3 больных - женщин с "nondipper" перешли в группу "dipper" (с ночным снижением АД). В процессе лечения побочные эффекты (ПЭ) в виде общей слабости, кашля, заторможенности наблюдались в 2 случаях (11,5%). В целом, АГТ мозексом, в отдельных наблюдениях в комбинации с климадиноном, оказалась эффективной у 78,5% (11) женщин. Несмотря на клиническую результативность, по данным ПФТ, установлено замедление скорости моторной (от  $0,309 \pm 0,295$  до  $0,356 \pm 0,096$ ,  $p < 0,05$ ) и латентной (от  $1,467 \pm 0,077$  до  $1,689 \pm 0,078$ ,  $p < 0,05$ ) реакции, а также скорости слежения за движущимся объектом (СДО, от  $20,32 \pm 0,78$  до  $21,40 \pm 0,78$ ,  $p < 0,01$ ), демонстрирующие «утнетение» системы оперативного реагирования, а значит, ухудшение профессиональной работоспособности и безопасности дорожного движения.

Во 2-й группе через 12-14 дней лечения теветеном зарегистрированы изменения клинико-гемодинамических характеристик пациенток с АГ с достижением желаемых уровней АД к концу 4-й и началу 5-й недели. Достоверные изменения показателей СМАД после курсового лечения наблюдались при оценке суточных САД (от  $148,9 \pm 9,2$  до  $130,7 \pm 4,4$  мм рт.ст.,  $p < 0,05$ ) и ДАД (от  $94,8 \pm 6,4$  до  $83,7 \pm 6,7$  мм рт.ст.,  $p < 0,05$ ), дневных САД (от  $152,7 \pm 9,6$  до  $134,6 \pm 9,4$ ,  $p < 0,05$ ) и ДАД (от  $95,4 \pm 8,4$  до  $86,7 \pm 8,3$ ,  $p < 0,05$ ), ночных САД (от  $141,7 \pm 11,5$  до  $122,5 \pm 11,3$ ,  $p < 0,05$ ) и ДАД (от  $87,6 \pm 8,7$  до  $74,2 \pm 7,3$ ,  $p < 0,05$ ). Следует отметить, что на этом фоне, 5 пациенток с "nondipper" перешли в группу "dipper". Лишь у 1 (7,4%) больной с АГ II ст. из-за недостаточного клинического результата пришлось подключить климадинон через 24 дня от начала мониторинга и это позволило зарегистрировать терапевтический эффект у 13 (92,8%) женщин этой группы. При этом, ПЭ не зафиксированы ни в одном случае. Особый интерес привлекают данные заключительного ПФТ, которые выявили достоверное улучшение профессионально значимых функций и качеств (ПЗФик) - скорости моторной (от

0,310±0,95 до 0,264±0,095) и латентной (от 1,469±0,072 до 1,389±0,072) реакции, СДО (от 20,36±0,73 до 18,94±0,73). Приведенные результаты указывают на способность теветена наряду с клинико-гемодинамической эффективностью положительно влиять на качество оперативной профессиональной деятельности.

Заключение. Теветен и мозкс (отдельно и в сочетании с климадиноном) обладают достаточно высокой антигипертензивной эффективностью при лечении женщин с АГ I и II ст. соответственно в 92,8 и 78,5% наблюдений. При этом, теветен достоверно улучшает ПЗФК женщин-водителей, а мозкс негативно влияет на систему оперативного реагирования индивида, что ухудшает профессиональную надежность индивида и повышает риск возникновения дорожно-транспортных происшествий. Эти данные необходимо учитывать при организации лечебно-профилактических мероприятий у женщин-водителей с АГ, как в амбулаторно-поликлинических, так и стационарных условиях.

## СОДЕРЖАНИЕ ЯИЧНИКОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

**Сирота И.В.**

*Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска*

В нашей стране приблизительно 90% гистерэктомий производится в репродуктивном возрасте по поводу доброкачественного заболевания в частности миомы матки.

Целью нашего исследования было определение гормонального фона у исследуемых женщин до и после оперативного лечения, в частности роль тубэктомии в возникновении синдрома яичниковой недостаточности в послеоперационном периоде. Для определения связи развития синдрома яичниковой недостаточности с характером яичниковой гормональной секреции до и после оперативного вмешательства, мы исследовали содержание эстрадиола (как наиболее активной гормональной фракции в репродуктивном периоде женщины).

Были выделены две группы женщин от 40 до 50 лет. Основную группу составили женщины, подвергшиеся гистерэктомии в сочетании с тубэктомией 134 человека, в группу сравнения вошли женщины, подвергшиеся гистерэктомии без удаления маточных труб 112 человек.

Следует отметить, что все женщины были в репродуктивном возрасте и имели до операции сохраненную менструальную функцию. Проводилось исследование концентрации эстрадиола - 17 (Э).

Исследование проводилось в I половине менструального цикла (8-10 день цикла): до оперативного вмешательства и через 1 месяц после оперативного вмешательства. Забор крови производился с 8 до 10-ти часов утра натощак.

При обследовании женщин до операции выявлены следующие средние показатели - в основной группе общий средний показатель эстрадиола 91±28пг/мл. В группе сравнения средний показатель эстрадиола 126,±17,8пг/мл.(p>0,05) т.е. достоверного различия до операции в содержании гормонов между группами выявлено не было.

Вместе с тем, в послеоперационном периоде были выявлены достоверные различия в содержании яичниковых гормонов у женщин обследуемых групп. Было установлено, что у женщин основной группы в послеоперационном периоде концентрация эстрадиола составила 36±7,1пг/мл в то время, как в группе сравнения 82,4±17,2пг/мл (p<0,05).

Таким образом, учитывая вышеизложенное, выявлено достоверное различие гормонального фона в послеоперационном периоде у женщин сравниваемых групп. Выявленная тенденция к снижению уровня эстрадиола у женщин основной группы, что свидетельствует о развитии яичниковой недостаточности, формирующейся после гистерэктомии, сочетающейся с удалением маточных труб.

## ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

**Сирота И.В.**

*Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска*

Гинекологические операции в объеме тотальной и субтотальной гистерэктомии до настоящего времени занимают значительное место в структуре оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста.

Целью нашего исследования было определение гормонального фона у исследуемых женщин до и после оперативного лечения, в частности роль тубэктомии в возникновении синдрома яичниковой недостаточности в послеоперационном периоде.

Были выделены две группы женщин от 40 до 50 лет. Основную группу составили женщины, подвергшиеся гистерэктомии в сочетании с тубэктомией 134 человека, в группу сравнения вошли женщины, подвергшиеся гистерэктомии без удаления маточных труб 112 человек.

Следует отметить, что все женщины были в репродуктивном возрасте и имели до операции сохраненную менструальную функцию. Проводилось исследование содержания гормонов гипофиза в сыворотки крови: фоллитропина (ФСГ), лютропина (ЛГ).

Исследование проводилось в I половине менструального цикла (8-10 день цикла): до оперативного вмешательства и через 1 месяц после оперативного вмешательства. Забор крови производился с 8 до 10-ти часов утра натощак.

При обследовании женщин до операции выявлены следующие средние показатели - в основной группе общий средний показатель ФСГ составил 12 ±2,1мМе/мл, ЛГ 9,9±2,9мМе/мл. В группе сравнения средние показатели были следующие - ФСГ 7,7±1,75 мМе/мл, ЛГ 6,3±2,2 мМе/мл (p>0,05) т.е. достоверного различия уровня гонадотропных гормонов у женщин обеих групп до операции выявлено не было.

В послеоперационном периоде выявлены следующие изменения секреции гонадотропных гормонов: средний показатель ФСГ через месяц после операции в основной группе 7,6±0,9мМе/мл, в группе сравнения-5,5±0,5 мМе/мл (p<0,05). Средний уровень ЛГ в основной группе 7,8±1,1мМе/мл, в группе сравнения 6,1±0,84мМе/мл(>0,05). При обследовании в послеоперационном периоде у женщин основной группы клинические проявления синдрома яичниковой недостаточности (приливы, потливость, приступы сердцебиения, раздражительность, плаксивость и т.д.) были более выражены, чем у женщин группы сравнения.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, отмечается тенденция к выраженному нарастанию секреции гонадотропных гормонов гипофиза у женщин основной группы по сравнению с группой сравнения, что свидетельствует о более выраженной яичниковой недостаточности, формирующейся после гистерэктомии, сочетающейся с удалением маточных труб.

## ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА СИГМАЛЬНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Смирнова М. Ю., Шлыкова А. В., Ниаури Д. А.**

*Россия, г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии*

Актуальность. В популяции распространенность недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ) колеблется, по

данным разных авторов, от 4 до 80 %. Диагностику НДСТ, в отличие от дифференцированных форм дисплазии соединительной ткани (ДСТ), затрудняет отсутствие единых подходов к предлагаемому набору признаков и их оценке. Известные балльные шкалы оценки степени выраженности НДСТ в большинстве случаев носят качественный и субъективный характер. В то же время, верификация диагноза НДСТ представляется чрезвычайно актуальной в связи с необходимостью прогнозировать нарушения гормонального гомеостаза, задержку полового развития, осложнения течения беременности и родов, эффективность реконструктивно-пластических операций на тазовом дне.

Целью данной работы была разработка и апробация способа количественной оценки выраженности НДСТ с использованием метода сигмальных отклонений.

Материалы и методы. Обследован 21 подросток (12 девочек и 9 мальчиков) в возрасте от 13 до 16 лет. При проведении клинического исследования использованы объективные признаки, из числа «малых» и «больших» по Смольновой Т. Ю. и соавт., 2003, поддающиеся количественной оценке без привлечения дополнительных методов обследования и консультаций смежных специалистов. Определялась величина отклонения каждого наблюдаемого значения признака от средней величины по исследуемой группе, выраженная в ( - среднее квадратическое отклонение). Такой подход позволяет рассчитывать интегральные показатели, включающие в себя несколько измеряемых признаков, в том числе, разных размерностей, характеризующих один генеральный признак. В качестве генеральных признаков для ДСТ выбраны гипермобильность суставов, арахнодактилия, гиперэластоз кожи.

Для оценки гипермобильности суставов нами использовались общепринятая шкала Бейтона и количественное измерение углов движений в суставах, имея в виду возможность проводить дифференцированную оценку состояний с одинаковым баллом по шкале Бейтона (например, углы переразгибания в локтевом суставе от 0 до 9 имеют по шкале Бейтона оценку «0», в то же время представляется очевидным, что показатель переразгибания 8 лежит ближе к ДСТ, чем переразгибание 0 ). Оценку арахнодактилии проводили на левой и правой руках с помощью тестов «большого пальца» и «запястья». Положительные значения тестов засчитывались тогда, когда при активном сгибании в первом пястно-фаланговом суставе большого пальца ногтевая фаланга большого пальца выступала за ульнарный край ладони (первый тест) или перехлестывались ногтевые фаланги 1-го и 5-го пальцев (второй тест). Отрицательные значения тестам присваивали в тех случаях, когда заданное движение обследуемым не выполнялось. Положительные и отрицательные значения тестов учитывались количественно (в сантиметрах). Растяжимость кожи оценивалась по высоте кожной складки при безболезненном оттягивании кожи в области тыла кисти и над наружными концами ключиц справа и слева. Также всем обследуемым измерялись рост и масса тела по общепринятым методикам и вычислялся индекс массы тела по Кетле (ИМТ).

Результаты и их обсуждение. Анализ четырех показателей (расчетного ИМТ и трех интегральных: гиперэластоза кожи, арахнодактилии, гипермобильности суставов) показал наличие корреляции между большинством из них. При этом наибольшую связь с другими показателями ДСТ имеет ИМТ ( $r = -0,5$  с гиперэластозом кожи,  $r = -0,6$  с арахнодактилией,  $r = -0,4$  с гипермобильностью суставов;  $p < 0,05$ ), что соответствует представлениям о значимости астенической конституции в качестве признака ДСТ. Корреляционная связь оказалась слабой только между показателями гиперэластоза кожи и гипермобильности суставов ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,05$ ), что, очевидно, можно объяснить разными типами волокнистых соединительных тканей в коже и фиксирующем аппарате суставов.

Не выявлено сильной связи между рассчитанным по описанной методике интегральным показателем гипермобильности суставов и баллом по шкале Бейтона ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ). В таком случае, использование качественных шкал может привести к ложноотрицательным диагностическим результатам при оценке пограничных, слабо выраженных состояний.

Заключение. Предложенный метод позволяет провести количественную оценку выраженности НДСТ по показателям, ранее учитывавшимся только как качественные (гиперэластозу кожи, арахнодактилии), проводить дифференцированную оценку гипермобильности суставов при слабо выраженной гипермобильности по Бейтону. Количественная характеристика признаков дает возможность сравнивать выраженность НДСТ по разным генеральным признакам и, соответственно, оценивать степень «несостоятельности» разных типов соединительных тканей в каждом конкретном клиническом наблюдении.

В перспективе выведение популяционных норм по разным признакам НДСТ сделает возможной статистически обоснованную индивидуальную количественную оценку степени выраженности НДСТ, а выявление сильной связи между некоторыми признаками НДСТ с использованием описанного метода позволит оптимизировать диагностические критерии.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Соловьёва М. И., Игнатъева Л. Н.

Россия, Якутск, медицинский институт ЯГУ, ГУ РБ №2 – ЦЭМП

В настоящее время эндоскопическая хирургия заняла одно из ведущих мест среди методов диагностики и лечения в современной гинекологии, в частности лечении внематочной беременности. Известно, что в течение последних лет во многих странах мира наблюдается тенденция возрастания частоты внематочной беременности от 1,4% до 13%. В Республике Саха (Якутия) операции лапароскопическим доступом проводятся в гинекологических отделениях Перинатального центра и РЦЭМП, на базах которые оснащены современными высокими технологиями.

Целью исследования явилось изучение значимости эндохирургии в лечении внематочной беременности в гинекологической практике.

Проведён ретроспективный анализ 253 историй болезни пациенток, оперированных в гинекологическом отделении РЦЭМП за период с января 2004 по декабрь 2006 года по поводу внематочной беременности в экстренном порядке лапаротомным и лапароскопическим доступами. Подготовка к лапароскопической операции была такой же, как и к лапаротомной операции. Все операции выполнены под общим обезболиванием с интубацией трахеи и применением мышечных релаксантов, способствующих созданию достаточного пневмоперитонеума для свободного манипулирования в полости малого таза. Использовали видеоскопический комплекс, состоящий из видеокамеры «Stryker endoscopy 597 Medical video camera», цветного телевизионного монитора «SONY Trinitron Color Video Monitor PVM-1450 QM 19-inch», осветителя «Stryker Quantum 5000».

Выбор доступа операции решался индивидуально в зависимости от возраста больной, её желания сохранить фертильность и менструальную функцию, клинических проявлений и осложнений внематочной беременности. С накоплением практического опыта врачей объём операций, выполненных лапароскопическим доступом вырос с 26,3% в 2004 до 45,6% в 2006 году.

Выявлена следующая частота данной патологии в 2004 г. - 4,8%, в 2005 – 4%, в 2006 г. – 5,5% соответственно. Большинство больных составили женщины репродуктивного возраста, возраст их колебался от 19 до 44 лет. Средний возраст составил 29 лет. Основными жалобами являлись выраженный болевой синдром, кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности, тошнота, рвота, головокружение, слабость. Отмечена многообразная клиническая картина, так, в 26,5% случаев большим (в основном с нарушенной внематочной беременностью по типу трубного аборта) были выставлены при поступлении следующие первичные диагнозы: острый аппендицит, дисфункциональное маточное кровотечение, угроза выкидыша, апоплексия яичника, острый эндометрит, острый аднексит. Эти пациентки подвергались более тщательному клиническому, инструментальному и лабораторному исследова-



ниям, консультациям смежных специалистов. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища выполнена в 66,6% случаях, из них в 93,5% случаев результат был положительным. Ультразвуковое исследование проведено в 42% случаев, в 12,8% из них не выявлены диагностические признаки.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что наиболее удобными для лапароскопического лечения были нарушенная трубная беременность по типу трубного аборта и прогрессирующая трубная беременность, что совпадает с литературными данными. Во время операции эктопическая беременность в правой трубе обнаружена у 58% больных, в левой трубе - у 42%, чаще внепочечная беременность локализовалась в ампулярном отделе трубы. Интраоперационных осложнений, таких как повреждение петель кишечника или мочеточника отмечено не было. Кровопотеря у больных была различной до 300 мл - в 73,1% случаях, от 350 до 1000 мл - 16,1%, более 1000 мл - 10,7%.

В послеоперационном периоде общее состояние больных было удовлетворительным. Наркотические анальгетики назначали в течение первых суток наряду с проведением антикоагулянтной и антибактериальной терапии. Активизация больных начиналась с первых суток. В среднем все больные провели в отделении 3,9 койко-дня, что в 2 раза меньше, чем при операциях с лапаротомным доступом. Результаты гистологических исследований удалённой трубы и элементов плодного яйца, подтверждают наличие трубной эктопической беременности различной локализации в 100% случаев.

Таким образом, наши исследования подтверждают эффективность использования лапароскопии в лечении внематочной беременности. Лапароскопическая тубэктомия стала альтернативной традиционной лапаротомической, благодаря повышению квалификации и накоплению практического опыта гинекологов-эндоскопистов.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ЭРИТРОПОЭТИНУ В АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА**

**Сотникова Л. С., Шевцова Н. М., Дыгай А. М.,**

**Евтушенко И. Д., Болотова В. П., Суродеева М. А.**

*Россия, Томск, НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН, Сибирский  
государственный медицинский университет, Городской центр  
планирования семьи*

Основным осложнением маточных кровотечений пубертатного периода (МК ПП) является развитие хронической постгеморрагической железодефицитной анемии (ЖДА). Наличие анемии утяжеляет состояние ребёнка, требует оказания неотложных медицинских мероприятий и дальнейшего длительного лечения. В настоящее время считают перспективным поиск и разработку новых высокоэффективных стимуляторов кроветворения. Особенно это актуально для детского возраста, так как применение рекомбинантных форм эритропоэтина ограничено из-за наличия выраженных побочных эффектов, а средства растительного происхождения при хорошей переносимости не дают существенного повышения результатов лечения. Пристального внимания заслуживает клиническое изучение эффективности препаратов из групп эндогенных модификаторов биологических реакций, содержащих сверхмалые дозы действующего начала. Лечебное применение антител - перспективное и быстро развивающееся направление в мировой фармакологии. Приоритет в этом направлении в настоящее время имеют российские учёные. Препарат поэтам представляет собой аффинно очищенные сверхмалые дозы (СМД) антител к рекомбинантному эритропоэтину человека (ООО НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия). Одним из

основных механизмов активации процессов эритропоэза является увеличение под действием поэтам эндогенной продукции эритропоэтина. Препарат разрешен к медицинскому применению и отнесен в фармакотерапевтическую группу: стимуляторы гемопоэза.

Цель работы: оценка клинической эффективности препарата СМД антител к эритропоэтину (поэтам) в качестве средства лечения анемического синдрома при маточных кровотечениях пубертатного периода.

Проведено контролируемое сравнительное рандомизированное клиническое исследование в параллельных группах эффективности и безопасности поэтам в качестве средства лечения анемического синдрома при МК ПП. В исследовании приняли участие 90 пациенток в возрасте от 13 до 18 лет с подтвержденным диагнозом маточного кровотечения, осложнённого развитием железодефицитной анемии лёгкой, средней и тяжёлой степени тяжести. Все исследуемые были генерированы в рандомизационный список и распределены в опытную группу (поэтам), группу сравнения (поэтам и сорбифер) и группу сорбифер. Каждая группа состояла из 30 человек, по степени тяжести анемии группы являлись однородными. Продолжительность участия испытуемых в исследовании 5 недель. Критериями оценки клинической эффективности применения поэтам в качестве средства лечения анемии при МК ПП являлись показатели периферической крови (эритроциты, ретикулоциты, гемоглобин, цветовой показатель, гематокрит, средний объём эритроцита); средняя концентрация гемоглобина в эритроците, среднее содержание гемоглобина в эритроците, средняя корпускулярная концентрация гемоглобина в эритроците (гематологический анализатор «Abacus», Diatron, Австрия); концентрация в эритроцитах липопротеинового комплекса и сульфгидрильных групп (Chevremont, Frederick, 1943); показатели обмена железа: сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, трансферрин, ферритин (наборы фирм «Cormau» и «Lahema»). Оценка безопасности применения поэтам проводилась по субъективному (жалобы, общее самочувствие) и объективному (осмотр, общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости) статусу пациентов, состоянию основного заболевания (гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза). Учитывались наличие и характер побочных явлений в период активной терапии, связь побочных явлений с приемом исследуемого препарата, а также сроки их появления. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что при приёме поэтам на 14-й день лечения было зарегистрировано максимальное содержание ретикулоцитов в крови, когда их число возросло в 5-6 раз от первоначального уровня, составив в среднем 64%. В дальнейшем наблюдалась тенденция к снижению величины данного показателя, однако содержание ретикулоцитов к 21 дню было в 3 раза ( $p < 0,003$ ) выше исходного. Количество эритроцитов периферической крови в 1,5 раза ( $p < 0,005$ ) повышалось на фоне приёма поэтам (от  $3,36-3,48 \times 10^{12}/л$  до  $4,84-4,89 \times 10^{12}/л$ ). К окончанию исследования количество эритроцитов в приёме поэтам было на 20-25% ( $p = 0,0012$ ) выше, чем в последней группе. У пациентов, принимавших только поэтам, уровень гемоглобина не повышался, а даже имел тенденцию к снижению, в то время как на фоне приёма препарата железа (группы получавших поэтам и сорбифер, либо сорбифер и плацебо) уровень гемоглобина достоверно возрос. Лучший конечный показатель ( $136,4 \pm 0,04 г/л$ ) достигнут на фоне приёма поэтам совместно с препаратом железа. Наибольший эффект от лечения зарегистрирован в группе пациентов, принимавших поэтам и сорбифер, у которых к окончанию исследования отмечены самые высокие значения количества ретикулоцитов и эритроцитов, цветовой показатель составил  $1,0 \pm 0,006$ . Нормальный уровень гемоглобина был зарегистрирован у них уже через 2 недели лечения. У пациентов, принимавших поэтам, в ходе терапии выявлено достоверное ( $p < 0,005$ ) увеличение среднего объёма эритроцитов (MCV). На гистограммах частоты встречаемости эритроцитов разного

объёма выявлено уменьшение ( $p=0,0022$ ) степени анизоцитоза. В группе пациентов, леченых сорбифером, средний объём эритроцитов имел лишь тенденцию к увеличению, сохранялись аномальные популяции клеток – микроциты. Среднее содержание гемоглобина в эритроците (МСН) достоверно повышалось в тех группах, где принимался сорбифер. В группе, принимавших поэтам и сорбифер, зарегистрирован достоверный прирост средней корпускулярной концентрации гемоглобина (МСНС). При сравнении результатов эффективности лечения отмечено, что лучшие феррокинетические значения получены в группе больных, получавших одновременно поэтам и сорбифер. При анализе показателей качественной характеристики морфофункционального состояния эритрона (концентрации в эритроците сульфгидрильных групп и липопротеинов) отмечен положительный эффект при применении поэтам, который нормализует состояние мембран эритроцитов, благодаря чему повышается устойчивость клеток к негативному влиянию гипоксии и улучшается их газотранспортная функция. Выявленное в исследовании влияние поэтам на морфофункциональное состояние эритрона и обмен железа наблюдается при каждой степени тяжести ЖДА. При этом мы отметили, что эффективность терапии поэтам достоверно возрастает при угнетении степени анемии. При проведении исследования побочные эффекты не зарегистрированы ни в одном случае. Жалоб, связанных с вариантами проводимой терапии и при приеме плацебо не выявлено. Отклонений (в процессе трехнедельного исследования и в течение шестинедельного постисследовательского наблюдения) в состоянии соматического статуса не определено. Косвенным подтверждением этого является отсутствие выраженных изменений по результатам биохимических тестов, общих анализов мочи и периферической крови. Таким образом, представленные в исследовании варианты терапии с применением препарата поэтам являются безопасными для испытуемых.

Полученные в работе данные свидетельствуют о том, что применение препарата сверхмалых доз антител к эритропоэтину поэтам в терапии анемического синдрома вследствие маточного кровотечения повышает эффективность лечения пациентов.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ

Степанова О.С., Коноваленко В.Г.

Россия, Владивосток, ГУЗ Медицинское объединение ДВО РАН

Эндометриоз является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. Эндометриоз матки – относительно частое гинекологическое заболевание, которое в структуре общей заболеваемости выявляется у 12 – 35 % женщин репродуктивного возраста и является частым показанием к оперативному лечению. Это приводит к потере репродуктивной функции женщин, их инвалидизации, сопровождается значительными сдвигами в гипоталамо – гипофизарно – яичниковой системе. При этом значительно страдает психоэмоциональный статус таких больных, у которых частой сопутствующей патологией является вегето-сосудистая дистония.

Длительные рецидивирующие конфликтные ситуации, порождающие отрицательные эмоции, особенности структуры личности и центральной нервной системы способствуют возникновению синдрома психоэмоционального напряжения, который становится системообразующим фактором и формирует патологическую функциональную систему с включением в нее преимущественно центральной и вегетативной нервной системы, а также систем кровообращения, эндокринной и половой систем с органом-мишенью – маткой. Это позволяет выделить вариант эндометриоза, при котором психоэмоциональный фактор является доминирующим. Поэтому мы исследовали особенности пси-

ховегетативных нарушений у женщин с эндометриозом матки и выработали варианты их фармако-терапевтической коррекции. Обследование проводилось методами психологического тестирования, компьютерной дермографии, исследования исходного вегетативного тонуса по методике А.И. Вейна до и после лечения. На основании такого комплексного исследования вегетативного статуса были установлены основные типы вегетативных расстройств у женщин с эндометриозом матки для определения рациональных подходов к их лечению.

Нами было обследовано 135 женщин фертильного возраста с эндометриозом матки (основная группа) и 30 здоровых женщин контрольной группы (КГ). У женщин КГ чаще встречались изменения психической активации (43,3%), чем повышение нервно – психического напряжения (23,3 %). В основной группе преобладали нарушения в виде нервно-психического напряжения (99,3 %); сниженная психическая активность выявлена у 98,5 %, незначительное снижение настроения – у 35,6 %, значительное – у 33,3 %, субдепрессия и депрессия наблюдалась в 28,9 % случаев.

На основании проведенного комплексного исследования были определены группы для проведения терапевтической коррекции. 1-ю группу составили 46 женщин, получавших терапию диферелином в инъекционной форме по 3,75 мг 1 раз в 28 дней в течение 3 -6 месяцев. 2-я группа – 40 больных,- получала только грандаксин перорально по 50 мг 3 раза в день тремя курсами по 20 дней с интервалом в 1 месяц. 3-я группа (49 женщин) получала и диферелин, и грандаксин в выше указанных дозах.

У больных 1-й группы тяжелое гипозстрогоенное состояние, вызванное агонистами ГнРГ, привело к усугублению психовегетативных нарушений, наиболее ощутимыми из которых явились нарушения сна. Раздражительность, угнетенность, состояние апатии или депрессии, головная боль, приливы и др. Это потребовало отмены препарата в 45,6 % случаев. После прекращения лечения диферелином показатели вегетативного тонуса у этих женщин изменились и свидетельствовали о максимальной степени парасимпатических влияний. При психологическом тестировании выявилось усугубление психоэмоциональной нагрузки.

У женщин 2-й группы после проведения лечения грандаксином, который является вегетотропным средством с анксиолитическим эффектом, выявилось усиление симпатических влияний у тех больных, у которых ранее выявлялись психовегетативные нарушения по парасимпатикотоническому типу. У 35,5 % женщин произошло значительное уменьшение степеней психоэмоциональных нарушений, у 7,5 % больных такие нарушения исчезли. Состояние локальной вегетативной регуляции приблизилось к нормотонии.

В 3-ей группе больных комбинация препарата агониста ГнРГ с анксиолитиком грандаксином позволила в процессе лечения избежать усугубления психовегетативных нарушений. У пациентов отсутствовали жалобы, характерные для псевдоменопаузы, что позволило провести лечение диферелином в полном объеме. Проводя повторное исследование психоэмоционального состояния женщин 3-ей группы обнаружилось улучшение состояния в 26,5 % случаев. Уменьшение психоэмоциональных нарушений высокой степени составило 10,2 %.

Таким образом, лечение женщин с эндометриозом матки только диферелином усиливает психо-вегетативные нарушения, которые и так имеются у подавляющего большинства таких больных. Одновременное назначение вегетокорректора и анксиолитика грандаксина позволяет уменьшить степень таких нарушений. При таком комбинированном лечении темпы регрессии опухоли более значительны по сравнению с динамикой уменьшения матки при монотерапии диферелином. Следует отметить, что даже при монотерапии грандаксином наблюдается уменьшение болевых ощущений и кровопотери, улучшается их психоэмоциональное состояние.

## ГОМОЦИСТЕИН В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сухих Г.Т. Файзуллин Л.З.

ГУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Москва, Россия

На сегодняшний день имеются многочисленные исследования доказывающие роль гипергомоцистеинемии как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Показано наличие прямой связи между повышенным уровнем гомоцистеина в крови и ранним развитием атеросклероза, инфаркта миокарда, тромбоза глубоких и поверхностных вен. В последние годы накопились данные о связи гипергомоцистеинемии с рядом осложнений беременности, включая привычное невынашивание, плацентарную недостаточность, задержку внутриутробного роста плода, преэклампсию, эклампсию (Vollset S.E. et al, 2000; Доброхотова Ю.Э., и др., 2006; Бадоева З.Т., и др., 2004)

Проведенные нами исследования совместно с сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии РГМУ (Зав. кафедрой, проф. Доброхотова Ю.Э.) показали, что у беременных с привычным невынашиванием еще до начала появления клинических признаков выявляется повышенный по сравнению с нормой уровень гомоцистеина в крови (8-9 мкМ/л по сравнению с 3-4 мкМ/л в норме). Применение терапевтических мероприятий, включающих комплексную витаминотерапию с обязательным содержанием фолиевой кислотой, практически у всех пациентов приводит к нормализации течения беременности, сопровождающейся снижением гомоцистеина в крови до нормы для беременных. Таким образом, измерение содержания гомоцистеина в периферической крови на ранних сроках беременности позволяет как предсказывать возможное развитие осложнений, так и контролировать эффективность применения терапевтических мероприятий.

Повышенный уровень гомоцистеина в крови имеют также беременные с гестозом. При этом имеется прямая корреляция между уровнем гомоцистеина и тяжестью гестоза (Ахмедова Е.М., 2003; Бадоева З.Т., 2006)). Совместными исследованиями лаборатории клинической иммунологии и отделения патологии беременных (рук., проф. Мурашко Л.Е.) нашего Центра было показано, что у беременных в 14-16 недель гестации с уровнем гомоцистеина выше 5 мкМ/л риск развития гестоза составляет 87%. При этом отмечена прямая зависимость между выраженностью гипергомоцистеинемии на ранних сроках беременности и степенью тяжести развития гестоза в последующем. Профилактический прием фолиевой кислоты в суточной дозировке 6 мг беременными группы высокого риска обеспечивает поддержание гомоцистеина на уровне нормы, что сопровождается почти четырехкратным снижением риска развития гестоза и двукратным - ранних неонатальных осложнений.

Известно, что большинство женщин в постменопаузальном возрасте (после 55 лет и старше) имеют повышенный уровень гомоцистеина в крови - 9-12 мкМ/л по сравнению с 7-8 мкМ/л в репродуктивном возрасте. В исследованиях, проведенных совместно с отделением гинекологической эндокринологии (рук., проф. Сметник В.П.), было показано, что применение этим женщинам заместительной гормональной терапии (климара, фемостон, климодиен) в течение года привело к ослаблению основных симптомов климактерического синдрома, снижению (нормализацией) фибринолитической активности и уменьшению концентрации фибриногена в крови, что сопровождалось одновременным снижением содержания гомоцистеина в крови до уровня, характерного для более молодых женщин (до 7.5-8.5 мкМ/л). Аналогичные результаты были получены и другими исследователями (Van Baal, 1999; Kaleli, 2003). По-видимому, даже небольшое возрастное повышение концентрации гомоцистеина в крови отражает наличие определенных не всегда проявляющих себя патологических процессов, связанных со старением организма.

Таким образом, определение содержания гомоцистеина в периферической крови может иметь важное значение для оценки риска развития и эффективности терапии осложнений, возникающих как при беременности, так и в постменопаузе.

## ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛЕЙПРОРЕЛИН В ЦИКЛАХ ЭКО С ОТСРОЧЕННЫМ ПЕРЕНОСОМ

Таскина О.А., Кузьмичев Л.Н.

Россия, г.Москва, ГУ Научный центр Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Проблема снижения риска осложнений при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в лечении бесплодия является не менее важной, чем повышение эффективности самой программы ВРТ. Одним из наиболее серьезных осложнений индукции суперовуляции является синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ), который протекает с различной степенью тяжести и иногда приводит к летальному исходу (Т.А.Назаренко, А.А.Смирнова; 2004) Согласно литературным данным, СГЯ развивается в 4% циклов индукции овуляции и значительно – в циклах стимуляции суперовуляции, где частота его клинически выраженных форм оценивается в 10%, а тяжелых форм: 0,5 – 2% (P.R.Brinsden, S.L.Tana; 1999). По данным нашего Центра, частота СГЯ составляет в среднем 22%, а на долю тяжелых форм приходится 12,9% от числа случаев гиперстимуляции.

Цель данного исследования являлась оценка клинической эффективности и переносимости синтетического аналога агониста – Гонадотропин – Рилизинг – Гормона (а-ГнРГ) Лейпрорелина в циклах ЭКО и ПЭ с отсроченным переносом в период после трансвагинальной пункции (ТVP) в целях снижения риска развития синдрома гиперстимуляции яичников(СГЯ).

Материалы и методы: нами в исследование были включены 60 пациенток репродуктивного возраста с трубно-перитонеальной формой бесплодия, которым в рамках программы ЭКО и ПЭ была проведена десенсибилизация аденогипофиза с середины лютеиновой фазы предыдущего менструального цикла с введением агонистов-Гонадотропин-Рилизинг-Гормона (а-ГнРГ) и последующая стимуляция суперовуляции рекомбинантными фолликулостимулирующими гормонами (р-ФСГ). Перед трансвагинальной пункцией (ТVP) пациентки с СГЯ были распределены на две равноценные группы: основную (30 человек) и контрольную (30 человек). Основной группе после ТVP был подкожно введен Лейпрорелин в дозе 3,75 мг однократно под контролем динамики изменений уровня параметров гемостаза, эстрадиола, прогестерона, СА-125 в день ТVP, на 5, 10, 15, 20 дни после ТVP. Контрольной группе препарат Лейпрорелин не вводился, пациентки продолжали программу ЭКО по стандартной схеме.

Результаты: к концу исследования в основной группе СГЯ средней и тяжелой степеней тяжести не был диагностирован ни у одной пациентки, легкой степени превалировал у 40%, в контрольной группе СГЯ тяжелой степени тяжести наблюдался в 2% случаев, средней степени в 45%, легкой степени примерно в 53%.

Выводы: Таким образом, анализ эффективности применения препарата Лейпрорелин после ТVP является оправданным в целях снижения риска развития СГЯ.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ АГОНИСТОВ-ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНА: ДИФЕРЕЛИНА И ЛЕЙПРОРЕЛИНА В ЦИКЛАХ ЭКО У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Таскина О.А., Кузьмичев Л.Н.

Россия, г.Москва, ГУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Актуальность: Метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в настоящее время – один из наиболее эффективных в лечении как

женского так и мужского бесплодия. Стимуляция суперовуляции является неотъемлемой частью программы и заключается в использовании гормональных препаратов, оказывающих прямое или опосредованное действие на яичники и вызывающих рост одновременно нескольких фолликулов (К.Я.Яворовская, 1993; Е.Я.Финогенова, 1998). Наиболее часто применяются протоколы, предусматривающие сочетанное применение а-ГнРГ в сочетании с гонадотропинами (ГТ) (В.Ю.Смольникова и соавт., 2000; W.M.Buckett et al., 1998). Однако при использовании данных схем в 70% случаев развивается синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ). В связи с этим одной из важнейших задач в программах вспомогательной репродукции является профилактика развития синдрома гиперстимуляции яичников, особенно его средней и тяжелой степеней тяжести.

Основной целью нашего исследования явилось изучение методом сравнительного анализа клинической эффективности применения препаратов аналогов агониста-Гонадотропин-Рилизинг-Гормона (аГнРГ) Диферелина и Лейпрорелина в программе ЭКО после трансвагинальной пункции (ТВП) для снижения риска развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ).

Материалы и методы: В рамках программы ЭКО и ПЭ были проведены 60 пациенток с трубно-перитонеальными факторами бесплодия. Десенсибилизация аденогипофиза осуществляли с середины лютеиновой фазы предыдущего менструального цикла путем введения а-ГнРГ

(Диферелин и Лейпрорелин) с последующей стимуляцией суперовуляции рекомбинантными фолликулостимулирующими гормонами (р-ФСГ). В день ТВП пациентки с гиперстимулированными яичниками были распределены на две равноценные группы (по 30 человек в каждой): первой группе после ТВП был подкожно введен Диферелин-депо в дозе 3,75 мг однократно, второй группе после ТВП был подкожно введен Лейпрорелин в дозе 3,75 мг однократно. В обеих группах прослеживалась динамика изменений уровней гемостаза, эстрадиола, прогестерона, СА-125 в день ТВП, на 5, 10, 15, 20 дни после ТВП.

Результаты: к концу исследования в обеих группах СГЯ средней и тяжелой степеней тяжести не был диагностирован ни у одной пациентки, СГЯ легкой степени тяжести наблюдался примерно в 40% случаев в каждой группе. Статистически достоверных различий при применении Диферелина или Лейпрорелина не отмечено.

Выводы: Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что применение препаратов Диферелин и Лейпрорелин после ТВП позволяет избежать развитие СГЯ тяжелой степени и снизить риск развития СГЯ средней и легкой степеней тяжести в одинаковом проценте случаев. Применение данных препаратов в программе ЭКО является достаточно эффективным и безопасным.

## **КЛИНИЧЕСКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗГТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Терехина О.В., Чабров А.М.**

*Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова РОСЗДРАВА, Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета*

Учитывая генез расстройств у женщин с постовариэктомым синдромом, патогенетически обоснованным методом лечения является в настоящее время заместительная гормонотерапия. Однако проблема использования ЗГТ не однозначна в связи с появлением данных о ее ятрогенных эффектах: влиянии на увеличение риска венозного тромбоза, инсультов, инфаркта миокарда, инвазивного рака молочной железы.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и безопасности заместительной гормонотерапии после радикального лечения рака шейки матки и рака эндометрия, усовершенство-

вание принципов профилактики тромбофилических осложнений до и во время ее проведения. Нами было обследовано 300 женщин в возрасте 19-50 лет, перенесших радикальное оперативное лечение, включающее хирургическую кастрацию по поводу рака шейки матки и рака эндометрия в различные сроки после хирургического и/или комбинированного лечения, находящихся в состоянии клинической ремиссии основного заболевания.

Материалы и методы. После проведения тщательного клинико-гемостазиологического исследования, с учетом степени риска развития рецидива рака гениталий и рака молочных желез, у указанных выше пациенток, оценки степени тяжести и длительности посткастрационного синдрома у данной категории больных, выявления абсолютных противопоказаний к проведению заместительной гормонотерапии из 300 обследованных было отобрано 120 женщин, которым проведение ЗГТ было показано. Из 120 пациенток было выделено: 50 пациенток в возрасте от 19 до 48 лет, прошедших полный курс лечения по поводу гистологически верифицированной плоскоклеточной формы рака шейки матки и рака культи шейки матки – I группа и 30 пациенток, в возрасте от 35 до 50 лет, прошедших полный курс лечения по поводу рака тела матки – II группа.

Из исследования были исключены 180 больных, имевшие на момент поступления в стационар клинические признаки тромбофилических и геморрагических синдромов. Кроме клинического течения онкогинекологического заболевания большое внимание уделялось тесной взаимосвязи данных моментов с факторами риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений. Во внимание принимались также такие факторы как возраст, нарушение менструальной и детородной функции, течение и стадия основного заболевания, гистологическая структура опухоли, локализация, длительность и суммарная очаговая доза лучевой терапии, переносимость -терапии, объем оперативного лечения, особенности течения послеоперационного периода, тромбофилические осложнения в анамнезе (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, тромбозы глубоких вен), наличие варикозного расширения вен, выраженного ожирения (III-IV стадий), сахарного диабета, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язва, гепатит, холецистит). Длительность менопаузы свыше 5 лет, возраст пациенток старше 60 лет (критерии ВОЗ), наличие вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания) являлись критериями исключения.

На первом этапе до назначения ЗГТ все женщины проходили полное клинико-лабораторное обследование с целью определения типа и тяжести посткастрационного синдрома, уточнения показаний к ЗГТ. ЗГТ назначалась лишь в случае заключения онкогинеколога о возможности проведения гормонотерапии. Всем пациентам проводились скрининговые тесты на выявление скрытой тромбофилии (ТАТ, PF1+2, РКМФ, Д-димер, АФА, функциональная активность тромбоцитов) также проводилось исследование на генетические формы тромбофилии (методом ПЦР-диагностики: мутация Leiden, мутация Pt G20210A, определение гомоцистеина в плазме крови – методом ИФА).

Результаты. Из 300 пациенток у 156 (52%) были выявлены маркеры тромбофилии (высокий ТАТ, Д-димер, F1+2, повышена функциональная активность тромбоцитов). У 60 пациенток (20%) отмечались генетические дефекты гемостаза. Эти больные после проведенного выше гемостазиологического скрининга были отнесены к группе высокого риска тромбофилии. У этих больных наблюдались признаки хронического ДВС-синдрома, были повышены уровни маркеров тромбофилии, что сочеталось с АФС-синдромом, генетическими формами тромбофилии. У 105 (35%) больных из 300 были отмечены наиболее выраженные признаки тромбофилии. Имело место наличие циркуляции антифосфолипидных антител, у 17 пациенток из 60 одновременно отмечались гомо- и гетерозиготные формы генетической тромбофилии. У 2-х (3,7%) наблюдалась гомозиготная форма мутации MTHFR C 677T, у 5-гетерозиготная форма, у 1-ой (1,8%) больной отмечались дефекты тканевого активатора плазминогена, и у 2-х (3,7%) была гетерозиготная форма мутации Leiden, в одном случае - гомозиготная форма мутации Leiden.

Для нас наличие у больных генетических форм тромбофилии (гомозиготная форма или сочетание гетерозиготной формы с циркуляцией АФА, повышение ТАГ без генетических дефектов, но в сочетании с АФС, D-димером) являлось противопоказанием к назначению ЗГТ. В тоже время наличие гетерозиготных форм тромбофилии без осложняющего анамнеза, в случае отсутствия маркеров тромбофилии, не являлось препятствием к проведению ЗГТ при условии динамического наблюдения за молекулярными маркерами системы гемостаза и при необходимости их своевременной коррекции.

Всем пациенткам с наличием маркеров тромбофилии, показанная им для лечения выраженная симптоматика посткастрационного синдрома, заместительная гормонотерапия проводилась только после курсов лечения низкомолекулярным гепарином (20 дней). Несмотря на разные причины тромбофилии низкомолекулярный гепарин (фраксипарин) был показан в силу особенностей его противотромботического эффекта, который заключается в предотвращении образования тромбина (анти-Ха эффект), слабый антитромбиновый эффект, антиагрегантный, ангиопротекторный эффект. При этом, прием НМГ (фраксипарин) предпочтителен, учитывая его высокую биодоступность.

Выводы. Наряду с клиническим, биохимическим, маммографическим обследованием перед назначением ЗГТ необходимо учесть данные семейного и личного тромботического анамнеза; учитывать проявления АФС - наличие синдрома потери плода, тяжелые гестозы, ПОНП; данные общесоматического анамнеза: мигрени, артериальная гипертензия, болезни почек, неврологические проявления и провести общеоценочные тесты системы гемостаза: определение циркуляции ВА-АФА, тесты свертывания крови: ТЭГ и специальные тесты выявления тромбинемии и фибринообразования: ПДФ-РКМФ, D-димер и скрининг на предмет скрытой генетики обусловленной тромбофилии (FV Leiden, MTHRC 677T, Pt G2021 A), поскольку отсутствие личного или семейного тромботического анамнеза не исключает наличие тромбофилии.

В процессе использования препаратов ЗГТ рекомендуется дополнительное контрольное гемостазиологическое обследование (ПДФ, D-димер, функция тромбоцитов, ТЭГ и др.), контроль 1 раз в 3 месяца. При положительных результатах РКМФ, D-димер и при неэффективности профилактической противотромботической терапии НМГ («Фраксипарин» 0,3-0,6 мл/сут) дальнейшая ЗГТ не показана. Данным пациенткам следует предложить альтернативные способы купирования ПОЭС.

## РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ

Ткаченко Л.В.

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Цель: изучение эффективности, переносимости препарата фемостон 2\10 в раннем послеоперационном периоде у больных после тотальной овариоэктомии (ТО).

Методы: В основу настоящей работы положен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 120 больных после радикальной билатеральной овариоэктомии, находящихся на лечении в гинекологическом отделении МУЗ КБ № 7 г.Волгограда за период с 1999 по 2003 годы.

Оперативные вмешательства были произведены по поводу: миомы матки с кистозными изменениями яичников - 62; миомы матки в сочетании с эндометриозом - 36; гнойных tuboовариальных образований - 8; рецидивирующих доброкачественных опухолей яичника - 14. Исследовалось состояние вегетативной нервной системы, индекс Куппермана, показатели гемостаза, содержание ФСГ, ЛГ, эстрадиола на 1, 3, 7 сутки после операции и далее каждый месяц в течение 6 месяцев. В соответствии с целью и задачами работы все женщины были разделены на две клинические группы. Группу сравнения составили 40

женщин, которым в связи с сопутствующими заболеваниями (тромбофлебит и варикозная болезнь вен нижних конечностей, общая тромбофилия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение выше II степени, гиперплазия эндометрия с аденоматозом) гормональная терапия не проводилась. 80 пациенткам с целью купирования острого гормонального дефицита с 2 суток послеоперационного периода применяли ЗГТ препаратом ФЕМОСТОН 2/10.

Результаты: у 90,2% пациенток группы сравнения симптомы дефицита эстрогенов появлялись уже на 2-3 сутки. У них выявлено повышение ФСГ с 6-7 суток до  $26,4 \pm 6,6$  мМЕ/мл, что почти в 7 раз превысило показатели у пациенток в основной группе ( $3,8 \pm 1,6$  мМЕ/мл).

Выявленные изменения свидетельствуют о том, что в отсутствие ЗГТ у женщин группы сравнения развивается неблагоприятный гормональный дисбаланс, способствующий формированию и подержанию ПОЭС.

При выписке из стационара у 14 (35,0%) пациенток группы сравнения выявлялись клинические признаки ПОЭС. Частота приливов у 11 женщин была в пределах 10 в сутки, у троих - в пределах 10-20. При оценке тяжести ПОЭС по шкале Kupperman были получены сходные результаты. Однако при повторном обследовании спустя 1-3 мес после выписки, ПОЭС выявлялся уже у 35 (87,5%) женщин из группы сравнения. Частота приливов у 10 из них превышала 20 раз в сутки, а у одной - даже 30. У шести женщин группы сравнения была диагностирована тяжелая степень ПОЭС по шкале Kupperman.

Сохранение гормонального гомеостаза у больных основной группы сопровождалось отсутствием проявлений СПО у 93% из них. Непереносимость препарата отмечена у 1 больной.

Полученные данные свидетельствуют, что в отсутствие ЗГТ в послеоперационном периоде сопровождается комплексом изменений, с высокой вероятностью приводящим к формированию ПОЭС, тяжесть которого прогрессивно нарастает в первые месяцы с момента овариэктомии.

Благоприятное действие ЗГТ на различные виды обмена веществ, состояние сердечно-сосудистой системы и психоэмоциональный статус у женщин после овариэктомии приводят к тому, что ПОЭС не возникает вовсе, а в случае возникновения имеет относительно более легкое, непрогрессирующее течение, нежели в отсутствие гормональной терапии.

Вывод: фемостон 2/10 является эффективным, хорошо переносимым и удобным препаратом для ранней послеоперационной профилактики СПО.

## ЛЕЧЕНИЕ ФОНО- ИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ ГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Ткаченко Л.В., Вдовин С.В., Углова Н.Д.

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Современное лечение урогенитального хламидиоза основано на длительном применении таблетированных форм антибиотиков. Такая терапия приводит к дисбактериозам кишечника или усугубляет уже имеющиеся нарушения. Всасываемость лекарственных препаратов в кишечнике и поступление их в кровь в достаточной концентрации резко ограничено и успех антихламидийной терапии значительно снижается (Т.Д. Тарасова, 1997).

Цель исследования: усовершенствование комплексного способа лечения больных воспалительными процессами гениталий с хламидийной инфекцией.

Объем и методы исследования: обследовано 129 пациенток, страдающих воспалительными заболеваниями гениталий с хламидийной инфекцией.

В работе были выделены две группы: основную группу составило 76 пациенток, которые получали противовоспалительное антихламидийное лечение по разработанной нами методике, в группу сравнения вошли 53 пациентки, получавшие общепринятую антихламидийную терапию.

Группы были идентичны по возрастным и медико-социальным характеристикам.

Нами разработан и апробирован способ подведения доксициклина в очаг локализации *Chlamidia trachomatis* с помощью фоноили электрофореза. Лечение проводилось в два этапа: первый этап - курс противовоспалительной терапии с подведением под эндометрий антибиотика, согласно выявленной чувствительности возбудителя к нему. После ликвидации сопутствующей инфекции (5-7 дней), начинался второй этап - курс антихламидийной терапии. Для воздействия на *Chlamidia trachomatis* нами был выбран доксициклин для внутривенного введения, но методика введения была иной. Часть суточной дозы (100 мг) вводилась внутривенно капельно. Вторая часть - 100 мг доксициклина подводилась в полость матки с последующим воздействием в течение 5 минут ультразвука на гипогастрий, затем в течение 5 минут применялся ультразвук вагинально. Некоторым (15) больным вместо ультразвука использовался внутриматочный электрофорез доксициклина. Для этого доксициклин в дозе 100 мг подводился в полость матки с последующим его электрофорезом (с положительного полюса). Курс антихламидийной терапии составлял 10-12 дней. На протяжении всего курса проводится антикандидозная (микосист, дифлюкан, микомакс и др.), общеукрепляющая терапия (поливитаминны) и профилактика дисбактериоза (хилак-форте, бактисубтил, лактобактерин и другие). Стимуляция иммунной системы, улучшение реологии крови - чрезкожнолазерное облучение крови ежедневно № 10. При использовании лазеротерапии назначались антиоксиданты (витамины Е, А, С дибазол и другие).

Процент излечиваемости больных составил 95,1.

Таким образом, клиническая апробация разработанного нами метода лечения воспалительных процессов гениталий, вызванных смешанной инфекцией в сочетании с хламидиозом показало более высокую его эффективность, по сравнению с ранее известными способами терапии. Об этом свидетельствует высокий (95,1) процент выздоровлений пациенток от заболеваний с восстановлением у них большинства специфических функций, в том числе и репродуктивной. Клиническое выздоровление больных подтверждается и восстановлением у них вегетативной регуляции с ликвидацией возбудителей воспалительных процессов гениталий.

## **НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ**

**Ткаченко Л.В., Курушина О.В.**

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Цель: изучение активности антиноцицептивной системы и алгических феноменов у женщин с ПМС.

Материал и методы: обследовано 76 пациенток, страдающих ПМС. Проводилось исследование центральной и вегетативной нейроэндокринной регуляции. Методом тензоальгометрии измерялись болевые пороги в актуальных, нейтральных зонах с расчетом суммарной средней величины. Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для выявления психо-эмоциональных нарушений применяли сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Наблюдение проводилось во время трех менструальных циклов

Результаты:

Доминирующими среди болевых синдромов выявлены цефалгии (100%), масталгии (74%), фибромиалгии (56%). Средний уровень болевых порогов у пациенток с ПМС был достоверно ниже чем у здоровых ( $184,3 \pm 17,3$  мкА) и составил -  $163,1 \pm 15,2$  мкА. Выраженность болевого синдрома по ВАШ составила  $7,8 \pm 1,2$  балла при цефалгии,  $6,9 \pm 0,8$  - при масталгии и  $8,2 \pm 1,4$  - при фибромиалгии.

Нейрофизиологическое исследование, проведенное в динамике менструального цикла, выявило дисфункцию верхнестволовых и дизцефальных образований, резко усугубляющуюся на 20-24 день

менструального цикла, у больных отмечалась редукция - ритма, отсутствие пароксизмальной активности на фотостимуляцию. На фоне боли отмечалось снижение влияний восходящих активирующих систем мозга, усиление процессов внутренней синхронизации в полосе - ритма, увеличение количества эпилептиформной активности.

По данным кардиоинтервалографии во вторую половину менструального цикла выявлен гиперсимпатический исходный вегетативный тонус, причем у 22 женщин - гиперсимпатикотонический, что свидетельствует о перенапряжении регулирующих центров вегетативной нервной системы.

Сопоставление усредненных профилей теста СМОЛ показывает их повышение во вторую фазу менструального цикла, причем наибольшие изменения касались шкалы тревожности, «невротической триады».

Заключение: болевые и психоэмоциональные нарушения являются ведущими среди клинических проявлений, четко коррелируют и определяют тяжесть ПМС, отрицательно влияют на качество жизни и уровень социальной адаптации пациенток. Выявленная тенденция к снижению болевых порогов у женщин, страдающих данным синдромом, свидетельствует о нарушении функций антиноцицептивной системы в целом и является одним из механизмов патогенеза ПМС.

## **МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ**

**Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.**

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Проблема гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе является одной из актуальных проблем в гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста.

В клинической практике врачи акушеры-гинекологи часто сталкиваются с ситуациями, когда имеются противопоказания к назначению гормональных препаратов прогестеронового ряда или продолжение гормонотерапии становится вовсе невозможным.

Неоднократное рецидивирование гиперпластических процессов эндометрия в таких случаях приводит к необходимости повторных диагностических выскабливаний или переходу к более агрессивным хирургическим вмешательствам: гистерорезектоскопии (аблации) эндометрия, гистерэктомии.

Таким образом проблема поиска эффективных органосохраняющих методов лечения гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе остается нерешенной.

Целью исследования явилась оценка эффективности внутриматочной левоноргестрел-выделяющей внутриматочной системы «Мирена».

Материалы и методы исследования. Нами было проведено клинико-инструментальное обследование и наблюдение 36 женщин в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия (простая гиперплазия без атипии). Средний возраст пациенток составил  $47,83 \pm 1,26$  лет.

Все женщины предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции в виде гиперполименореи (58,3%), альгоменореи (27,8%), ациклических маточных кровотечений (13,9%).

У всех пациенток в анамнезе имелись повторные диагностические выскабливания стенок полости матки. Среди обследованных женщин - 22 (61,1%) получали гормональную терапию (гестагены, агонисты гонадолиберина) в течение 6 месяцев в стандартных дозах. Впоследствии у 10 (27,8%) из них гормонотерапия была отменена через 2-3 месяца в связи с развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; 8 (22, 2%) женщин прекратили прием гормональных

препаратов самостоятельно в ближайшие три месяца, без объяснения причины. У 4 пациенток на фоне приема гестагенов наступил рецидив гиперплазии эндометрия.

Из 36 обследованных пациенток – 14 (38,9%) женщин ранее не получали гормональной терапии. Им проводилось физиолечение из-за наличия экстрагенитальной патологии. Среди сопутствующей патологии выявлено: сахарный диабет (14,3%), гипертоническая болезнь (42,9%), ожирение (21,4%), заболевания желудочно-кишечного тракта (21,4%).

Всем пациенткам был выполнен трансвагинальный ультразвуковой сканирование, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала.

Результаты исследования. По данным гистероскопии, диффузная гиперплазия эндометрия обнаружена у 24 (66,7%) женщин, очаговая гиперплазия – у 12 (33,3%).

Данные гистероскопии подтверждались результатами гистологического исследования: железистая гиперплазия эндометрия (58,3%), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (41,7%).

Всем пациенткам была введена внутриматочная гормональная система «Мирена». Наблюдение за больными проводилось в течение одного года. УЗИ гениталий осуществлялось через 3, через 6 и 12 месяцев.

На фоне ВМС «Мирена» через 3-6 месяцев олигоменорея установлена у 23 (63,9%) пациенток, аменорея – у 13 (36,1%).

По данным УЗИ через 6 месяцев у 34 пациенток диагностирован однородный эндометрий, толщиной от 2 мм до 8 мм. У двух женщин на УЗИ выявлена неоднородность эндометрия, толщиной 10 мм, в связи с чем была выполнена гистероскопия с прицельной биопсией с сохранением «Мирены» в полости матки (гистологическое заключение – «децидуальная трансформация эндометрия»).

Выводы. На основании полученных результатов выявлена высокая эффективность «Мирены» в качестве дополнительного этапа лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия (простая гиперплазия без атипии) после проведения курса гормональной терапии. Кроме того, установлена возможность использования внутриматочной гормональной системы в качестве самостоятельной терапии в группе пациенток с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Таким образом, введение «Мирены» в арсенал современных методов лечения гиперпластических процессов эндометрия позволяет повысить эффективность лечения данного заболевания.

## **ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ**

**Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Богатырева Л.Н.**

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Несомненно, проблема гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста (Кулаков В.И., Прилепская В.Н., 2001).

У женщин пременопаузального возраста, в связи с высокой частотой сопутствующей патологии, применение гормональных препаратов часто ограничено. Методом выбора остается радикальное хирургическое лечение – гистерэктомия, после которой у 50% больных развиваются вегето-сосудистые и психоневротические расстройства, реализующиеся в клинике постгистерэктомического синдрома.

Это диктует необходимость поиска новых, щадящих эндохирurgicalических методов лечения, позволяющих сохранить матку.

Цель исследования. Усовершенствование метода лечения гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе у женщин с экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 женщин в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия или гиперплазией эндометрия при наличии противопоказаний к гормональной терапии. Средний возраст пациенток составил  $48,12 \pm 1,15$  лет.

Пациентки предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции: в виде гиперполименорреи (59,4%), альгоменорреи (25%), ациклических маточных кровотечений (15,6%).

Установлено, что у всех обследованных женщин имеет место сопутствующая экстрагенитальная патология, в том числе: сахарный диабет – у 8 (12,5%); ожирение – у 14 (21,9%); гипертоническая болезнь – у 29 (45,3%); заболевания желудочно-кишечного тракта (включая патологию печени) наблюдались у 13 (20,3%) пациенток.

Всем больным были выполнены: трансвагинальное ультразвуковое сканирование органов малого таза; гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала.

Результаты исследования. По данным гистероскопии, полипы эндометрия обнаружены у 19 (29,6%) пациенток, диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия – у 37 (57,8%) женщин. У 8 пациенток отмечалось сочетание полипов с гиперплазией эндометрия.

Данные гистероскопии подтверждались результатами гистологического исследования: железистая гиперплазия эндометрия (42,1%); атипическая гиперплазия эндометрия (21,9%); железисто-фиброзные и фиброзные полипы (28,1%); аденоматозные полипы эндометрия (7,8%).

Всем пациенткам проводилась одномоментная двухсторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией или аблацией эндометрия. Операции осуществлялись с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия). Аблацию эндометрия осуществляли по общепринятой методике. Длительность хирургической операции варьировала от 10 до 30 мин (составив в среднем  $20,63 \pm 2,05$  мин), и зависела от объема хирургического вмешательства.

Ближайшие результаты оперативного вмешательства оценивали в течение первых суток после операции, и через 30 дней. Отдаленные результаты изучали спустя 3, 6, 9 месяцев с момента операции и далее через 1 год.

Данный метод лечения оказался эффективным у 62 (96,8%) женщин, и лишь у двух пациенток с гипертонической болезнью сохранялись мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух месяцев после лечения, без патологических изменений эндометрия по данным УЗИ.

Таким образом, проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией (аблацией) эндометрия позволяет достичь значительной эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с экстрагенитальной патологией в пременопаузе.

## **ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЫ РКДЦ**

**Толстолуцкая Е.А., Соловьева М.Е., Тетелютина Ф.К.,  
Вахрушева Е.В.**

*г.Ижевск, г.Набережные Челны*

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) или рентгенэндоваскулярная окклюзия маточных артерий - это минимально инвазивная процедура для лечения миом матки. Она является альтернативным хирургическим методом лечения, таким, как миомэктомия, гистерэктомия, и др. методы, и используется с начала 90-х годов. В 1998 году приказом МЗ РФ она была включена в перечень разрешенных эндоваскулярных вмешательств. В структуре ГУЗ РКДЦ УР имеется женская консультация, женское кардиологическое отделение, отде-

ление рентгенконтрастных методов диагностики и лечения, что и дает возможность использование данной методики на территории Удмуртской Республики в круглосуточном режиме. Мы с успехом применяем ЭМА у больных миомой матки с 2003 года. Особенно эффективна эта методика при маточных кровотечениях.

Материалы и методы. Процедура выполняется под местной анестезией с назначением седативных препаратов. Доступ к маточным артериям осуществляется посредством пункции правой бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера. Следующим этапом катетер под флюороскопическим контролем проводится максимально дистально сначала в левую маточную артерию и после окончания процесса эмболизации - в правую, где осуществляется тот же процесс. Перед непосредственным введением эмболизата производится селективная ангиография маточной артерии, на которой видна аномально сформированная сосудистая сеть, состоящая из штопорообразно извитых сосудов, обильно васкуляризирующих ткань миомы аномальной сосудистой сетью. Целью эмболизации является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата. Наиболее часто для эмболизации мы использовали частицы из поливинилалкоголя (ПВА). Размер ПВА частиц, используемых для эмболизации маточных артерий, колеблется от 355 до 710 микрон. Другим эмболизирующим веществом является желатиновая губка (Gelfoam), которую используют в открытой хирургии для гемостаза. Двигаясь с током крови, эмболизат заклинивает просвет сосудов миомы. После эмболизации кровотоков по тонким и извитым сосудам миомы прекращается, что видно на контрольных ангиограммах. Появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток. Нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми. В результате эмболизации маточных артерий происходит инфаркт миоматозных узлов, при этом ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени. Это связано с тем, что артерии, питающие миоматозные узлы, - концевые, а в миометрии имеется богатое коллатеральное кровоснабжение. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия. Затем вокруг миомы образуется кальцифицированная капсула.

Результаты. ЭМА произведена 30 пациенткам от 34 до 50 лет, поступившим в диагностический центр с угрожающими жизни маточными кровотечениями. Средний возраст составил 45,1 лет. У всех пациенток миомы были множественными и имели от 2 до 5 узлов. Размеры узлов варьировали от 30 мм до 100 мм, размеры матки от 7 до 16 недель. Основными жалобами являлась меноррагия, у 19 (63,3%) - выраженный болевой синдром, у 7 (23,3%) - симптомы дисфункции соседних органов. ЭМА была произведена по экстренным показаниям на фоне маточного кровотечения.

В послеоперационном периоде у всех больных наблюдался постэмболический синдром различной степени выраженности. Характерными симптомами были: боли внизу живота различной интенсивности от 6 до 36 часов, субфебрильная температура от 24 до 72 часов, тошнота, слабость, умеренный лейкоцитоз в течение ближайших 2-3-х суток.

Постэмболический синдром легкой степени наблюдался у 9 больных, средней степени у 18, тяжелой степени у 3 женщин.

Для купирования постэмболического синдрома назначали наркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты. 28 пациенток, по показаниям, получали антибиотики. Рациональное ведение постэмболического периода позволило избежать каких-либо клинически значимых осложнений вмешательства, которые могли бы привести к гистерэктомии.

У всех больных наблюдался клинический успех. В течение первых трех месяцев после эмболизации матка уменьшается в среднем на 42,4%, а к году регрессия ее размеров достигает в среднем 68,1%, а через 18 месяцев - 85,3%. Регрессия миоматозных узлов после эмболизации маточных артерий происходит постепенно в течение 18 месяцев. Через 3 месяца каждый узел уменьшался в среднем на 20,3%, через 6 месяцев - на 36,5% и к году регрессия может достичь

73,0%, в среднем 46,7%. Самая выраженная регрессия миоматозных узлов наблюдается в случае их расположения в толще миометрия, то есть чем больше узел интегрирован в стенку матки, тем эффект будет лучше. Этот факт можно объяснить тем, что при таком расположении узлы реже содержат избыточное количество соединительной ткани и лучше кровоснабжаются. Таким образом, у таких узлов больше потенциал к редукции своего размера.

В процессе уменьшения матки миоматозные узлы, регрессирующие медленнее, несколько меняют свою локализацию в сторону наименьшего сопротивления. Другими словами, если узел был ближе к серозному слою, то он смешается к наружной поверхности матки, если же узел располагался ближе к слизистой, то в процессе уменьшения матки он может «вытолкнуться» в полость и родиться. Миграция и самопроизвольная экспульсия миоматозного узла произошла у 3 пациенток в течение первых 10 дней после ЭМА, у 2 - через 45-60 дней, у одной - через 5 месяцев после эмболизации, что привело к полному восстановлению «архитектуры» матки. Произведена трансвагинальная эвакуация рождающихся субмукозных узлов у 5 пациенток, у одной - при гистероскопии. Клинические проявления миомы матки (меноррагия, диспареуния, дизурия, и др.) уменьшились по мере изменения размеров матки и миоматозных узлов, и исчезли у 95,0% к 12 месяцам наблюдения, у 97,5% - через 18 месяцев после ЭМА. Нормализация менструальной функции происходит через 2-3 месяца после процедуры. Нормальный объем менструаций наблюдался у 87,0%, через 6 месяцев - у 89,0% и через год у 99,0% женщин. Компрессионные симптомы и боли обычно исчезают к третьему месяцу после эмболизации (91,0%), через 6 месяцев 98,0%, через 12 месяцев 100,0%.

Заключение. Таким образом, ЭМА является эффективным методом лечения маточных кровотечений в экстренной гинекологии и, возможно, альтернативным радикальному хирургическому вмешательству у пациенток с миомой матки.

В целом, эмболизация маточных артерий является мини-инвазивным методом безрецидивного лечения миомы матки. Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительных клинических результатов позволяет с оптимизмом смотреть в будущее и внедрить данную методику в широкую клиническую практику.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ОВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Трубин В.Б., Додонов А.Н., Глебова Н.Н.

Россия, г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Хирургическое выключение функции яичников у женщин репродуктивного возраста остается одной из актуальных проблем современной медицины. В последнее время отмечается рост гинекологических заболеваний, требующих радикального оперативного вмешательства и происходит омоложения контингента оперированных женщин. Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60-80% пациенток сопровождается развитием синдрома постовариэктомии, характеризующегося появлением нейровегетативных, аффективных, личностных и обменно-эндокринных нарушений, обусловленных дефицитом половых стероидов. Все клинические проявления синдрома постовариэктомии резко снижают качество жизни женщины после перенесенной операции. Несмотря на то, что в литературе все чаще высказывается мнение о необходимости сохранения яичниковой ткани, процент операций двусторонней овариэктомии у женщин репродуктивного возраста остается высоким.

Цель исследования: провести анализ показаний для операции двусторонней овариэктомии у женщин репродуктивного возраста и определить обоснованность выполнения данного объема оперативного вмешательства.



При обследовании применялись современные информативные методы исследования: клинический, бактериоскопический, бактериологический, цитологический, кольпоскопический, ультразвуковой, гистоморфологический, кардиоинтервалография, экспериментально-психологическое исследование.

Результаты исследования. Было обследовано 70 женщин перенесших двустороннюю овариэктомию в возрасте от 22 до 45 лет, средний возраст составил  $42,2 \pm 3,3$  года. В анамнезе у всех женщин были экстрагенитальные заболевания, преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (35,8%), органов мочевого выделения (19,2%), сердечно-сосудистой системы (17,5%). В среднем на каждую женщину приходилось 3,8 экстрагенитальных заболеваний. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечены следующие: вульвовагиниты (75,7%), сальпингоофориты (46%), фоновые заболевания шейки матки (42,8%), кисты и кистомы яичников (12%). В анамнезе были абдоминальные гинекологические операции у 11,4% больных.

Показаниями для операции удаления яичников явилась сочетанная патология гениталий: миома матки в сочетании с двусторонними эндометриодными кистами яичников (29 – 41,4%), миома матки в сочетании с кистозными яичниками (26 – 37,1%), двусторонние гнойные тубовариальные образования в сочетании с метроэндометритом (7 – 10%), двусторонние гнойные тубовариальные образования (6 – 8,6%), гнойно-некротический метроэндометрит, сальпингоофорит после криминального аборта (2 – 2,9%). Были выполнены следующие хирургические операции: экстирпация матки с придатками (46 – 65,7%), ампутация матки с придатками (18 – 25,7%), двусторонняя аднексэктомия (6 – 8,6%).

При гистологическом исследовании яичников были диагностированы истинные опухоли (26 – 37,1%), из них: серозные кистомы (10 – 14,3%), папиллярные кистомы (4 – 5,7%), муцинозные кистомы (7 – 10%), дермоидная киста (5 – 7,1%). Диагноз миомы матки гистологически подтвержден у 55 (78,6%) пациенток, эндометриоз тела матки диагностирован у 31 (44,3%), гнойный эндометрит у 9 (12,9%) женщин. Эндометриоз яичников гистологически установлен у 29 (41,4%) пациенток, гнойный сальпингоофорит у 15 (21,4%). При выполнении двусторонней овариэктомии вопрос об удалении яичников окончательно решался интраоперационно индивидуально с учетом возраста пациентки, сопутствующей экстрагенитальной патологии, сочетанной патологии гениталий, степени выраженности воспалительного процесса, наличия спаечного процесса в малом тазу и брюшной полости, повторного оперативного вмешательства, онкологической настороженности.

Через 3 месяца после перенесенной операции признаки синдрома постовариэктомии в виде нейровегетативных и аффективных расстройств (приливы, потливость, головокружение, слабость, раздражительность, тревожность, снижение памяти, нарушение сна) отметили 61 (87,1%) пациентка.

Высокий процент нейровегетативных расстройств после двусторонней овариэктомии послужил обоснованием для разработки и применения у женщин репродуктивного возраста перенесших удаление яичников комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием заместительной гормонотерапии, психотерапии, фитотерапии, ТЭС-терапии, иглорефлексотерапии, психотропных препаратов.

Применение данной системы лечебно-реабилитационных мероприятий позволило компенсировать развитие психовегетативных расстройств у 92% женщин, у 84% пациенток значительно улучшить качество жизни.

Заключение. Учитывая высокий процент нейровегетативных, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений, развивающихся у женщин репродуктивного возраста после двусторонней овариэктомии, необходим дифференцированный подход при выборе объема оперативного вмешательства с максимально возможным сохранением яичниковой ткани.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ ПРИ ПЕРВОМ МЕДИЦИНСКОМ АБОРТЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**Трубина Т.Б., Красникова М.Б., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.**  
*Россия, г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Цель исследования: улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков, перенесших прерывание первой беременности медицинским абортom.

Состояние репродуктивного здоровья современных девочек является фактором, который определяет воспроизводство населения и демографическую ситуацию в начале XXI века.

Проведено комплексное обследование 272 девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет, перенесших прерывание первой нежеланной беременности в I триместре.

При обследовании применялись современные информативные методы исследования: клинические, бактериоскопические, бактериологические, цитологические, иммунофлюоресцентные, эндоскопические, гистоморфологические, психодиагностические.

Результаты исследования. По социальному составу обследованные девочки-подростки относились к учащимся общеобразовательных школ, средних специальных учебных заведений, вузов (78,5%), неработающим (21,5%). Средний возраст начала половой жизни – 15,2 года. В анамнезе все девочки-подростки имели экстрагенитальные заболевания (2,3 заболевания на каждую). Наибольшее число составили детские инфекции и острые респираторные заболевания. Из хронических неинфекционных заболеваний высокий удельный вес составили заболевания желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов и мочевой системы. Гинекологические заболевания в анамнезе имели 55,1% девочек-подростков, основную группу составили вагиниты, сальпингоофориты, фоновые заболевания шейки матки. У всех девочек-подростков беременность была внебрачной. Осознание наступления беременности сопровождалось беспокойством и страхом (68%). О наступившей беременности не знали 66,6% родителей девочек-подростков. Отношение партнера к наступившей беременности было положительным у 34,2%. В 9,3% наблюдений партнерши не были информированы о наступившей беременности. По настоянию родителей беременность прервали 21,7% пациенток, по настоянию партнера – 28,3%, в связи с необходимостью продолжать учебу – 22%, по причине материальной необеспеченности – 28%. Проведенное психодиагностическое обследование девочек-подростков, прерывающих первую нежелательную беременность медицинским абортom, позволило разработать критерии для определения психоэмоционального реагирования на операцию аборта. При этом выявлено отсутствие психоэмоциональных нарушений у 43,4% пациенток. Субкомпенсированный тип реагирования имели 33,3% девушек-подростков. У 23,3% пациенток были диагностированы тяжелые психоэмоциональные нарушения. Ближайшие результаты первого медицинского аборта: у 8,3% пациенток имели место следующие осложнения: эндометрит, сальпингоофорит, сочетание эндометрита и сальпингоофорита. Отдаленные результаты (через 1 год после медицинского аборта): при комплексном обследовании диагностированы хронические сальпингоофориты (11,7%), нарушение менструальной функции (12,7%), вторичное бесплодие (7,8%). Высокая частота неблагоприятных последствий первого медицинского аборта у девочек-подростков явилась обоснованием для разработки дифференцированной системы диагностических и лечебно-корректирующих мероприятий, заключающихся на первом этапе подготовки к прерыванию беременности в комплексном обследовании соответственно государственным стандартам с проведением консультации психотерапевта и оценки психоэмоционального статуса, осуществлением санации выявленных очагов

инфекции половой системы. На втором этапе в условиях стационара проведение искусственного прерывания беременности с применением лечебно-профилактических мероприятий в послеперинатальном периоде. На третьем этапе, через 1 месяц после аборта, в условиях женской консультации, обязательным является оценка состояния гениталий, определение типа психоэмоционального реагирования, проведение лечения выявленной патологии гениталий, коррекция психоэмоциональных нарушений, индивидуальный подбор контрацептивных средств, решение вопроса о ведении последующей пролонгированной беременности.

Разработанные комплексные мероприятия были применены у 183 девушек-подростков при первом медицинском аборте. Получено снижение ближайших осложнений аборта до 3,4% и достигнута компенсация психоэмоциональных нарушений в 92,9% наблюдений. Из 183 девушек-подростков через 2-3 года у 136 наступила желанная беременность, которая у 122 завершилась родами через естественные родовые пути и у 14 – операций кесарского сечения по сочетанным показаниям (акушерские показания, соматические заболевания).

Заключение: девушки-подростки, прерывающие первую беременность медицинским абортом, являются группой высокого риска по возникновению осложнений. Проведение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий способствует снижению удельного веса осложнений и улучшению репродуктивного здоровья в перспективе.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ**

**Трубникова Л.И., Трубников В.С., Егорова О.А.,  
Тетерина Н.Г., Иванова М.Б.**

*Россия, Ульяновск, Ульяновский государственный университет,  
МЦ «Академия», УРОООРОАГ*

Современный врач обладает достаточно большими возможностями выбора технологий прерывания нежелательной беременности. До недавнего времени основным методом прерывания беременности являлось инструментальное выскабливание полости матки. Обеспечение безопасности прерывания нежелательной беременности в настоящее время достигается путем замены этой травматичной процедуры на такие малоинвазивные технологии как мануальная вакуумная аспирация и медикаментозный аборт.

Настоящее исследование проведено с целью сравнительной оценки эффективности и безопасности современных методов прерывания беременности ранних сроков.

Под наблюдением находились 310 женщин в возрасте от 15 до 48 лет, которые составили три клинические группы в зависимости от метода прерывания беременности:

I группу - 45 женщин; инструментальное опорожнение полости матки; II группа - 63 женщины; прерывание беременности методом мануальной вакуумной аспирации; III группа - 202 женщины, выбравших медикаментозный аборт с использованием препаратов с антипрогестероновой активностью (мифепрестон, мифегин, мифолиан).

Следует отметить, что 55% женщин, которым выполнялось инструментальное опорожнение полости матки, находились в возрасте старше 30 лет; во II и III группах подавляющее большинство женщины были молодого репродуктивного возраста до 30 лет (70% и 81% соответственно).

В I и II клинических группах у 20% женщин беременность была первой, более половины женщин в анамнезе имели от 3-х до 12 беременностей. В III же группе удельный вес первобеременных составил 46%, у 1/3 пациенток в анамнезе было более 3-х беременностей.

Всем пациенткам на 10-14 сутки послеперинатального периода проводилось гинекологическое обследование и контрольное УЗИ органов малого таза для выявления возможных осложнений: воспалительные процессы женских половых органов, гематометра, неполный аборт.

Инструментальное выскабливание выполнялось в среднем на сроке  $8 \pm 3$  недели гестации, прерывание беременности методом мануальной вакуумной аспирации - на сроке  $5 \pm 2$  недели, медикаментозный аборт -  $5 \pm 1$  недели беременности.

Прерывание беременности в I и II клинических группах осуществлялись под сбалансированной внутривенной анестезией, где в качестве анальгетического компонента использовался препарат налбуфин, и средства для наркоза – тиопентал натрия. Все женщины процедуру переносили хорошо, осложнений анестезии не возникло ни в одном случае. В III группе у 10% пациенток наблюдались кратковременные побочные явления после приема мифепрестона в виде тошноты, рвоты, слабости, головокружения, жидкого стула, которые проходили самостоятельно без применения медикаментозных средств. Во время хирургического аборта у всех женщин выполнялась дилатация цервикального канала с помощью расширителей Пегара до № 12 последовательно. Необходимость в расширении канала шейки матки возникла только в половине случаев мануальной аспирации, когда срок гестации составлял более 6 недель, и применялись канюли большого диаметра. Медикаментозный метод не предусматривал расширения канала.

Во время процедуры прерывания беременности кровопотеря во всех группах у большинства женщин не превышала размера физиологической и в среднем составляла 60-80 мл. так, в I группе объем кровопотери варьировал от 50 до 200 мл, во II группе - от 20 до 100 мл, в III группе - от 30 до 150 мл.

У 2-х женщин (4%) при проведении инструментального опорожнения полости матки наблюдалась патологическая кровопотеря 300-500 мл, повлекшая необходимость гемостатической и инфузионной терапии. Медикаментозный аборт у 3-х пациенток (1,5%) осложнился маточным кровотечением, потребовавшим в 2-х случаях проведения гормонального гемостаза, в 1 случае – хирургического.

На фоне инструментального вмешательства у 3-х пациенток (6%) наблюдались повреждения шейки матки пулевыми щипцами.

Хирургический и мануальный аборт были эффективными в 100% случаев. Медикаментозного прерывания беременности не удалось добиться у 2-х пациенток (1%): по данным УЗИ было зафиксировано наличие плодного яйца в полости матки, по поводу чего потребовалось хирургическое вмешательство.

Ультразвуковые признаки гематометры отмечены: в I группе у 11% пациенток, во II группе в 9% случаев, в III группе у 10% женщин.

При гематометре продолжительность кровянистых выделений составляла до 16 дней. Полость матки на фоне консервативной терапии спазмолитиками и утеротониками опорожнялась самостоятельно, без необходимости хирургического вмешательства.

При инструментальном опорожнении матки обострение хронического метроэндометрита, сальпингоофорита отмечено у 2-х женщин (4%), при мануальной аспирации - у 3 пациенток (5%), при медикаментозном аборте в 1 случае (0,5%).

Восстановление менструальной функции сразу после инструментально кюретажа произошло у 87% пациенток, а при применении малоинвазивных методов – у 94% и 96% соответственно. Остальные женщины отмечали нарушение ритма менструаций течение 4-5 циклов, проявляющееся в основном в виде гиперменструального синдрома.

После абортов 2/3 женщины использовали различные методы контрацепции. У остальных женщин I группы повторной беременности не было ни в одном случае, во II группе у 6 женщин были повторные беременности, 5 из которых закончились прерыванием, 1 – родами.

В III группе у 7 женщин были повторные беременности, 2 из них закончились срочными родами, что указывает на сохранение репродуктивной функции после использования препаратов с антипрогестероновой активностью.

Таким образом, по сумме осложнений лидирует инструментальное опорожнение полости матки - 35% случаев, значительно меньше число основных осложнений (20% и 18%) отмечено при использовании мануальной вакуум-аспирации и медикаментозном аборте.

Выводы:

1. Современные методы прерывания беременности (мануальная вакуумная аспирация и медикаментозный аборт) могут быть отнесены к «безопасному» аборту.

2. Мануальная вакуумная аспирация и медикаментозное прерывание беременности обладают высокой эффективностью (100% и 99%).

3. Использование современных методов прерывания беременности сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями.

Малоинвазивные технологии позволяют сохранить морфологию эндометрия и миометрия, способствуют тем самым сохранению менструальной и репродуктивной функции.

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЮФАСТОН В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ**

**Тухватуллина Л.М., Хрулева Г.Х.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава  
г.Казань*

Дисменорея остается наиболее часто встречающимся гинекологическим заболеванием у девушек-подростков, и одной из основных причин временной нетрудоспособности с пропуском учебных занятий. Циклически повторяющийся болевой синдром во время менструаций с сопутствием симптомов обменно-эндокринной, вегето-сосудистой и психо-эмоциональной дисфункции истощает нервную систему и способствует развитию астенического состояния, снижает умственную и физическую работоспособность.

Согласно классификации МКБ-10, выделяют первичную и вторичную дисменорею. Первичная (функциональная, эссенциальная, идиопатическая, спазмическая) дисменорея подразумевает отсутствие органической патологии со стороны органов малого таза.

Универсальной теории возникновения функциональной дисменореи, охватывающей все звенья патогенеза данной патологии, до сих пор не найдено. Большинство исследователей доминирующее значение придают гормональной регуляции синтеза простагландинов, о чем свидетельствует положительная корреляция между их уровнем и содержанием эстрадиола при падении уровня прогестерона. У больных дисменореей обнаруживается высокий уровень простагландинов E2 и F2, и/или увеличение значения соотношения ПГF2 /ПГE2 в менструальной крови, эндометрии, миометрии и в периферическом кровотоке. Простагландины относятся к классу эйкозаноидов, и известны как мощные стимуляторы сократительной деятельности миометрия, что приводит к сосудистому спазму и локальной ишемии. Возникающая гипоксия клеток, с накоплением биологически-активных веществ, приводит к сенсбилизации нервных окончаний к действию медиаторов воспаления и боли. Точные механизмы взаимосвязи дисменореи, продукции простагландинов и их гормональной регуляции до конца не ясны.

Установлено, что снижение синтеза прогестерона желтым телом приводит к разрушению лизосом клеток эндометрия и высвобождению фосфолипазы A2, которая превращает жирные кислоты в арахидоновую кислоту, предшественницу простагландинов. То есть, увеличению секреции простагландинов способствует недостаточность концентрации прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла. Кроме того доказано, что прогестерон повышает порог возбудимости клеток миометрия, что уменьшает их сократительную способность, этим обусловлено уменьшение или исчезновение чрезмерных маточных сокращений.

Целью исследования являлась оценка клинической эффективности препарата Дюфастон (дидрогестерон) при дисменорее функционального генеза. Выбор препарата обусловлен тем, что Дюфастон является перорально-активным прогестагеном, который по молекулярной структуре и фармакологическому действию сходен с эндогенным прогестероном (натуральный прогестерон при прохождении через желудочно-кишечный тракт быстро разрушается и поэтому малоэффективен). Отсутствие эстрогенной, андрогенной, анаболической активности и других побочных реакций также является преимуществом дидрогестерона.

Нами обследованы 16 больных первичной дисменореей в возрасте 13-18 лет. Всем проведено клинико-лабораторное исследование с определением гормонального фона (эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ) и эхоэнография органов малого таза с целью исключения органической патологии.

У 10 (62,5%) девушек диагностирован сопутствующий гиполутеинизм, они были выделены в I группу. У 6 (37,5%) - наблюдалась полноценная лютеиновая фаза менструального цикла (II группа).

Все пациентки принимали дюфастон в дозе 20мг/сут с 16 по 25 день менструального цикла в течении 3 месяцев. При этом полное прекращение болезненных менструаций отметили все больные I-ой группы. Больные II группы отметили значительное ослабление симптомов дисменореи, без полного купирования болей, им проведена дальнейшая терапия дюфастоном с 5 по 25 день цикла в той же дозе. Из 6 пациенток у 2 симптомы исчезли после первого цикла, у одной после полного курса лечения. Положительный эффект (полное отсутствие дисменореи) не был достигнут у 3 больных II-ой группы. Все пациентки обеих групп отмечали уменьшение объема менструальной кровопотери. Важным моментом является исчезновение не только боли, но и тошноты, рвоты, диареи, обморочных состояний, зябкости и других проявлений вегето-сосудистой дисфункции.

Наблюдение подтверждает влияние прогестерона на снижение простагландинов не только в ткани эндометрия, но и в центральной нервной системе, различных структурах и тканях, содержащих биологически активные вещества. У девушек, страдающих дисменореей с выявленной недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла, наиболее адекватным методом лечения является применение производных прогестерона, в частности дидрогестерона с 16 по 25 день цикла в установленной дозировке. В группе больных дисменореей с нормальной лютеиновой фазой дюфастон эффективен при его назначении с 5 по 25 день цикла, поскольку снижает частоту жалоб и тяжесть симптомов.

Очевидно, высокая концентрация прогестерона в нормальном менструальном цикле является одним из факторов, препятствующих гиперпродукции простагландинов и соответственно, формированию дисменореи. Это подтверждается эффективностью препарата дюфастон у больных дисменореей пубертатного периода.

## **ЗНАЧЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА И ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ.**

**Тухватуллина Л.М., Хрулева Г.Х., Гурьев Э.Н.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава,  
отделение лучевой диагностики РКБ №2 МЗ РТ г.Казань*

В связи с быстрым развитием новых компьютерных технологий и, в частности диагностической аппаратуры, не вызывает сомнения практическая значимость трехмерной эхографии в гинекологии.

Трехмерное изображение дает объемную информацию, обработанную с помощью специальных компьютерных программ и сохраняет ее в памяти компьютера или на съемных носителях, что имеет важное значение в трудных случаях диагностической дифференцировки.

Аденомиоз и лейомиома матки остаются наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями среди женской популяции. Аденомиоз (внутренний эндометриоз матки) - гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения гомеостаза, сущность которого заключается в разрастании ткани, сходной по своему строению и функциям с эндометрием, но находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки. Лейомиома матки – доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия. У 55 – 85% больных аденомиоз сочетается с миомой матки.

Существуют определенные трудности в диагностике узловой формы эндометриоза и интерстициально расположенных миома-тозных узлов, особенно при их малых размерах. В связи с различной тактикой ведения, необходимо проводить дифференциацию между ними.

Цель работы: исследовать диагностические возможности применения эхографии с трехмерной реконструкцией изображения у женщин, больных аденомиозом и лейомиомой матки.

Материал и методы. Проведено ультразвуковое исследование 35 женщин в возрасте от 18 до 42 лет. Средний возраст составил  $30 \pm 12$  лет. Все пациентки страдали различной формой нарушения менструальной функции (дисменорея, гиперполименорея, ациклические маточные кровотечения, хронические тазовые боли). При гинекологическом осмотре у больных была обнаружена различная степень увеличения размеров матки. Эхографическое исследование проводилось при помощи ультразвукового аппарата «Voluson-730 expert» с использованием трансабдоминального (2-5 МГц) и трансвагинального (5-7МГц) датчиков.

Результаты. У 60% пациенток внутренний эндометриоз сочетался с лейомиомой матки. «Чистые формы» аденомиоза и лейомиомы матки диагностированы в 20% случаев каждой патологии соответственно.

На основании проведенного исследования были выделены определенные ультразвуковые показатели.

Если на сканограммах миома в основном имеет сниженную эхогенность, то аденомиозный узел – повышенную. Границы образования при миоме преимущественно четкие, тогда как при эндометриозе размытые. Иногда внутри миоматозных узлов визуализируются кистозные включения, аналогичные тем, которые определяются при эхографии при узловой форме аденомиоза, но отличающиеся своим происхождением. Первые из них представляют собой расширенные сосуды, а вторые – эндометриоидные кистозные включения. В таких случаях необходимо проводить доплерометрию. Выявление в этих образованиях кровотока, который наиболее четко определяется при цветной доплерометрии, будет указывать на наличие миомы, а его отсутствие – на аденомиоз. Кистозные полости, превышающие в диаметре 0,6 см необходимо дифференцировать от миомы с кистозной дегенерацией. При этом следует иметь в виду, что если при кистозной дегенерации миомы содержимое ее полости чаще бывает однородным, то при эндометриозе в ней почти всегда выявляется мелкодисперсная взвесь (кровь). Вместе с тем, при первом из этих двух патологических образований на его периферии определяется миоматозная ткань, в то время как при втором - признаки эндометриоза. Одним из наиболее надежных признаков аденомиоза является наличие в миометрии значительных по величине кист, содержащих мелкодисперсную взвесь, при отсутствии миомы.

При дифференциации небольших кистозных полостей при аденомиозе и расширенных сосудов миометрия, необходимо учитывать, что при эндометриозе кистозные полости имеют округлую или овальную форму, то расширенные сосуды – удлиненную.

К сожалению перечисленные ультразвуковые критерии не всегда позволяют установить диагноз.

Трехмерное мультиплоскостное УЗИ позволяет получить дополнительную информацию. Многоплоскостная реконструкция одновременно дает изображение в трех ортогональных плоскостях, представляя возможность одновременно визуализировать поперечные, продольные и фронтальные срезы. Выведенные на дисплей объемные данные в виде плоскостей можно вращать в любом направлении для изучения произвольного количества срезов. Это дает возможность «рассечь» матку на множество плоскостей, чтобы изучить различные проекции.

Получение изображений фронтальной плоскости полости матки облегчает выявление узловой формы аденомиоза, даже сравнительно небольших по размерам узелков (0,5см) и дифференцировать их с миоматозными узлами. Четко визуализируемая капсула узла характерна для миомы, а ее отсутствие свидетельствует в пользу аденомиоза. Трехмерное УЗИ дает возможность оценить миоматозный узел в трех взаимно перпендикулярных плоскостях с подробным изучением их местоположения, отношения к стенкам

и полости матки. При фронтальной реконструкции вокруг миоматозного узла видна четкая гипэхогенная капсула, тогда как узловатая форма аденомиоза не окружена гипэхогенным ободком.

Эта важная для врача информация позволяет оптимально планировать объем предстоящего оперативного вмешательства, так как до настоящего времени остаются спорными вопросы хирургического доступа и радикализма операции как при эндометриозе, так и в случае лейомиомы матки. Необходимо четко дифференцировать миому и аденомиоз предоперационно, чтобы предотвратить возможные осложнения во время хирургического вмешательства.

Таким образом, являясь неинвазивным методом, трехмерное ультразвуковое исследование имеет важное значение в дифференциальной диагностике аденомиоза и лейомиомы матки и позволяет расширить представление о степени распространенности гетеротопий.

## АДЬЮВАНТНЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ.

**Тухватулина Л.М., Антропова Е.Ю.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава*

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов. Частота обнаружения ее среди современной женской популяции находится в пределах довольно значительных колебаний от 20 до 77%. Истинная частота опухоли превышает регистрируемую, так как больные не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью.

К наиболее характерным клиническим проявлениям миомы относятся маточные кровотечения, которые фигурируют среди показаний для оперативного лечения более чем у 70% женщин. Болевой синдром выражен у каждой третьей больной миомой матки. Быстрый рост опухоли наблюдается в репродуктивном возрасте у 48-60% и перименопаузальном - у 43,6% больных, нередко он служит одной из причин бесплодия.

Следует отметить, что, несмотря на большое число исследований и определенные успехи в консервативной терапии миомы матки, основным методом ее лечения до настоящего времени остается - хирургический.

Лечение лейомиомы матки в репродуктивном возрасте является достаточно сложной задачей, и успешность реализации современных принципов ее терапии зависит от эрудиции, опыта, технического и медикаментозного оснащения клинициста. У пациенток данной возрастной категории чрезвычайно важно максимально использовать возможности консервативной терапии, однако при необходимости не менее значимым является своевременность принятия решения об оперативном вмешательстве и, соответственно, рациональные объемы и методы хирургического лечения.

В адьювантной терапии лейомиомы можно выделить два направления.

1. Разработка способ снижения уровня локальной гормонемии матки за счет угнетения синтеза гормонов яичников до критических уровней.

2. Блокада уже функционирующих аномальных зон роста. Длительное применение в обеих фазах цикла небольших доз прогестиннов, что приводит к снижению концентрации гормонов в локальном кровотоке и снижению чувствительности тканей опухоли к действию эстрогенов (“ударные” дозы прогестерона).

Арсенал средств для медикаментозного лечения лейомиомы матки включает негормональные препараты и средства гормональной терапии. Среди негормональных средств, которые применяются для консервативного лечения лейомиомы матки, важное место занимают препараты, действующие на различные звенья ее патогенеза, а именно средства антистрессорного, ноотропного, иммунокорректирующего, ангиопротекторного действия, антиоксиданты, витамины, антиагреганты, венотоники. Основой медикаментозного лечения лейомиомы матки является гормональная терапия, направленная

на уменьшение как системной, так и локальной дистормонемии. К настоящему времени для лечения лейомиомы матки применяют широкий спектр препаратов, таких как гестагены, антигестагены, антиэстрогены, антигонадотропины и агонисты гонадолиберина.

Альтернативой хирургическому лечению и сохранению репродуктивной функции может служить эмболизация маточных артерий, которую в 1995 году впервые Жак Равина применил для лечения миомы матки. Целью эмболизации маточных артерий (ЭМА) является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата. Регрессия миоматозных узлов после ЭМА происходит постепенно в течение 12 месяцев. Уже через 3 месяца узлы уменьшаются в среднем на 20,3%, через 6 – на 36,5%, к году регрессия может достичь 73%.

Таким образом, преимуществом ЭМА перед другими методами лечения миомы матки являются: органосохраняющее вмешательство, воздействие на все узлы при множественном поражении, малая травматичность, отсутствие кровопотери, отсутствие роста и рецидивов в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации, отсутствие общего наркоза и сохранение фертильной функции.

Подбор пациентов, консультирование и полный объем обследования является главным залогом в благоприятном исходе выбранного лечения.

Нами за период с октября 2004 по декабрь 2006 года было проведено обследование 268 женщин с подтвержденным диагнозом – «миома матки», находящихся на диспансерном наблюдении в женской консультации №9 и прошедшие лечение в гинекологическом отделении 4 родильного дома и РКБ №2 г.Казани. Основную собственную группу исследования составили 109 больных: 36 больным миомой матки проведена эмболизация маточных артерий (I группа), 33 – введена внутриматочная левоноргестрелсодержащая внутриматочная система Мирена (II группа), 22 – в качестве адъювантной терапии был назначен Мифепристон (III группа), 18 – агонисты гонадотропных рилизинг гормонов (Бусерелин, Диферелин, Золадекс, Люкрин-депо) (IV группа).

Больные лейомиомой матки были в возрасте от 24 до 45 лет, в среднем  $34,5 \pm 10,5$ .

Анализ структуры соматической патологии у пациенток с миомой показал низкий индекс здоровья женщин. При детальном анализе этих заболеваний выявлено преобладание заболеваний щитовидной и молочной желез, заболеваний ЖКТ и органов пищеварения. Особое внимание заслуживает большое количество женщин с ожирением.

Всем больным проведено клинико-лабораторное исследование, включая коагулограмму, биохимическое исследование крови по общепринятой методике. Содержание гонадотропных гормонов гипофиза и яичниковых стероидов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом на 5-7 день менструального цикла или в любой день в период обследования (при отсутствии менструации), онкомаркеров СА-125 и СА-19-9. Ультразвуковая диагностика выполнялась с доплерометрией маточных и опухолевых сосудов и методикой цветного доплеровского картирования (ЦДК) на базе РКБ №2 МЗ РТ.

Для оценки кривых скоростей кровотока использовали следующие параметры: индекс резистентности (ИР), индекс пульсации (ИП), максимальную скорость кровотока ( $V_{max}$ ).

Объем матки и узлов достоверно уменьшился у больных всех групп сравнения. Так у больных первой группы уменьшение объема матки через 6 месяцев произошло в 1,5 и 1,4 раза, во второй группе – в 1,05, в третьей – в 2,3, четвертой – 2; узлов в 2,9 и 3,4, 1,1, 2,3 и 2,0 соответственно. Через 12 месяцев после ЭМА объем матки уменьшился в 2 и 2,6 раза, узлов в 5 и 6,9 раза, в группе с Миреной в 1,3 и 1,5 раз соответственно. Более достоверное снижение объема узлов после ЭМА произошло с миомами более 5 см за счет рождения узлов.

На следующем этапе оценивался кровоток при помощи цветного доплеровского картирования. ЦДК включало определение локализации (центральный, периферический, смешанный) и интенсивности внутриопухолевого кровотока.

Таким образом, при отборе пациенток в качестве критерия прогноза эффективности данных методов (ЭМА, ЛНГ-ВМС Мирена, Мифепристон, аГнРГ) проводилась оценка кровоснабжения опу-

холи и миоматозных узлов. Из 36 пациенток I группы в 60% наблюдений присутствовала гипо- и изоэхогенная структура опухоли, что косвенно свидетельствует о преобладании мышечного компонента в узле. При этом отмечено наличие «богатого» кровоснабжения этих узлов, к тому же имелся как периферический, так и центральный внутриопухолевый кровоток. Средние показатели индекса резистентности составили  $0,56 \pm 0,02$ , максимальная систолическая скорость кровотока во внутриопухолевых сосудах  $27,75 \pm 4,20$  см/сек. Невысокие значения индекса сосудистой резистентности свидетельствуют о хорошем кровоснабжении миоматозных узлов.

У 40% пациенток отмечалась иная картина: структура узлов была гиперэхогенная (преобладание фиброзного компонента), сочеталась с наличием «бедного» кровоснабжения и присутствием только периферического кровотока. Средние показатели индекса резистентности составили  $0,69 \pm 0,01$ , максимальная скорость кровотока в опухолевых сосудах –  $14,11 \pm 4,10$  см/сек. Высокие параметры сосудистой резистентности и низкая скорость кровотока является подтверждением невыраженного кровотока в опухоли.

У пациенток с интенсивным кровоснабжением опухоли достоверно чаще встречаются интерстициальные, интерстициально-субмукозные миомы по сравнению с женщинами, у которых был выявлен «бедный» кровоток (для них характерно интерстициально-субсерозное расположение узлов). Выявлена закономерность характера кровоснабжения в зависимости от локализации узла, которая подтверждена с помощью ИР. Выявлены различия кровоснабжения в зависимости от величины миоматозного узла. Кровоток более выражен в больших узлах, на что указывает ИР ( $0,59 \pm 0,02$ ), чем в сосудах меньших по размеру миоматозных узлов ( $0,64 \pm 0,02$ ) ( $p < 0,05$ ).

Оценка отдаленных результатов эффективности терапии предложенной пациенткам, по истечении 12 месяцев выявила эффективность ЭМА в 97,7%. При этом нормализация размеров матки произошло у каждой 5 большой, в остальных 57,4% размеры матки остались от 5 до 8 недель беременности. Показания к оперативному лечению были лишь у одной пациентки (сохранение геморрагического синдрома). Наступило 3 беременности.

Во II группе (ВМС-ЛНГ Мирена) полное излечение наступило в 27,3% случаев, в 33,3% размеры матки уменьшились до 4-7 недель беременности. 18,2% пациенток – пожелала поставить ВМС на второй срок. В III группе (Мифепристон) после отмены препарата у 31,8% наступила беременность самостоятельно, 22,7% - была ведена ВМС Мирена. В IV группе (аГнРГ) у 27,8% наступила беременность, остальных была проведена миомэктомия, после которой у 73,3% так же наступила беременность.

Таким образом, сравнительная оценка методов лечения, используемых в исследовании, позволила определить место каждого метода в терапии миомы матки. Так пациенткам с подслизистым или центропитальным расположением узлов, больным с синдромом сдавления соседних органов, который может быть обусловлен величиной матки или атипическим расположением узлов с успехом может быть проведена эмболизация маточных артерий. Женщинам репродуктивного возраста с субсерозной миомой методом выбора, может быть миомэктомия с предоперационной подготовкой Мефипристоном или а-ГнРГ. Пациенткам с малосимптомной миомой матки и небольшой величиной опухоли возможна терапия гестагенами, в частности введением ВМС-ЛНГ Мирена.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗАЛАИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК

Уварова Е.В., Латыпова Н.Х.

г. Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

В настоящее время для лечения вульвовагинального кандидоза широко применяется противогрибковое средство – «Залаин» (сергаконазол, производное имидазола и бензотифена, обладающее фунги-

статическим и фунгицидным действием). Препарат «Залаин» активен в отношении грибов рода *Candida albicans*. Преимущество этого препарата заключается в однократном интравагинальном его применении.

Целью нашего исследования явилось изучение микробного пейзажа влагалища девочек и девушек с вульвовагинальным кандидозом до и после лечения препаратом «Залаин».

В данной публикации приводятся результаты применения препарата «Залаин» (введение 1-ой дозы – суппозитории во влагалище) у 24 больных с диагнозом вульвовагинальный кандидоз. В их числе оказалось 4 девочки до менархе (от 9 до 11 лет) и 20 больных (от 12 до 18 лет), имевших менструации.

Все больные обратились с жалобами на зуд, жжение, чувство дискомфорта, гиперемия в области половых органов, на выделения из влагалища творожистого или сливкообразного характера.

В комплекс обследования, помимо гинекологического осмотра с оценкой состояния наружных и внутренних половых органов, было включено изучение результатов микроскопии мазка и микробиологического исследования влагалищного содержимого.

У 4 девочек с вагинальным кандидозом до менархе в микробном пейзаже влагалища до лечения доминировали: *Candida albicans* – у 4, *Stafilococcus epidermicus* – у 3, *Esherihia coli* – у 2, *Streptococcus B.* – у 2, *Lactobacteria* – у 2, *Gardnerella vaginalis* – у 1, условно-патогенные микроорганизмы были выявлены у всех больных.

Изучение результатов микроскопии мазка выявило в этой группе больных: количество лейкоцитов в поле зрения от 5 до 20 у 2, более 20 – у 2.

У 20 менструирующих девочек с вагинальным кандидозом во влагалищном биотопе были обнаружены: *Candida albicans* – в 20 случаях, *Lactobacteria* – в 14 случаях, *Esherihia coli* – в 2 случаях, *Stafilococcus epidermicus* – в 3, *Gardnerella vaginalis* – в 3, условно-патогенные микроорганизмы были обнаружены у 9 пациенток.

В этой группе больных при микроскопическом исследовании влагалищного содержимого были обнаружены: лейкоциты в поле зрения до 5 – у 4 больных, от 5 до 20 – у 10, более 20 – у 6 больных.

При контрольном обследовании, спустя 7 дней после окончания лечения препаратом «Залаин» в микробном пейзаже влагалища девочек допубертатного возраста исчезли *Candida albicans* у 3 девочек, уменьшилось количество *Stafilococcus epidermicus* и *Streptococcus B.* Тогда как концентрация *Lactobacteria* во влагалищном содержимом не изменилась. *Gardnerella vaginalis* (в 1 случае) и *Candida albicans* (в 1 случае) были обнаружены вновь во влагалищном биотопе в тех же концентрациях. Количество лейкоцитов во влагалищном отделяемом снизилось до 3 – 5 в поле зрения.

Больной, во влагалищном содержимом которой после лечения обнаружена *Candida albicans* повторно, была введена интравагинально еще одна доза препарата Залаин.

При контрольном обследовании во влагалищном биотопе этой группы пациенток через 30 дней после окончания лечения *Candida albicans* исчезла у всех больных, а рост микрофлоры, представленной грамположительными палочками морфотипа *Lactobacteria* отмечался в большом количестве.

У менструирующих девушек с вульвовагинальным кандидозом спустя 7 дней после лечения во влагалищном биотопе были обнаружены: *Candida albicans* – в 2 случаях (этим больным интравагинально было введено по одной дозе препарата Залаин), *Gardnerella vaginalis* – в 2, *Esherihia coli* – в 1, *Stafilococcus epidermicus* – в 3, *Lactobacteria* – в 16, условно-патогенные микроорганизмы в 8 наблюдениях, спустя 30 дней – *Candida albicans* по-прежнему была вирифицирована у 1-ой больной. У этой же больной отмечено сохранение жалоб на творожистые выделения из половых путей, зуд и жжение наружных половых органов. Условно-патогенные микроорганизмы были обнаружены у 4 девушек, *Gardnerella vaginalis* – у 2, *Esherihia coli* – у 1, *Stafilococcus epidermicus* – у 2, *Lactobacteria* – у 18 пациенток.

В процессе лечения выделения из влагалища, зуд и чувство дискомфорта в области половых органов прекратились у 23 девочек и девушек.

Таким образом, на основании приведенных данных, можно сделать вывод о том, что Залаин является безопасным, удобным и эффективным препаратом для местного лечения вагинального кандидоза у детей и подростков.

Залаин не подавляет индигенную вагинальную микрофлору. Способствует деконтаминации во влагалище избыточного количества представителей условно-патогенной микрофлоры. Не имеет системных и местных побочных реакций.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНЫХ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК

Фазлетдинова И.Р.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность: современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. По объему, интенсивности и психической напряженности во многих видах спорта они практически мало отличаются у лиц мужского и женского пола. В настоящее время имеются государственные стандарты по медицинскому обследованию спортсменок. В последнее время были получены данные относительно специфичности проявления «спортивных» качеств: женщины проявляют агрессивность в спорте, в то время, как за его пределами те же женщины остаются пассивными и женственными в личной жизни. Особый интерес для спортивных медиков и тренеров в плане правильного построения тренировочного процесса имеет знание женской психологии влияния занятий спортом, на репродуктивное здоровье спортсменок. Практически не освещен вопрос влияния спорта на психоэмоциональный статус спортсменок и не решены вопросы дифференцированного подхода к профилактике возникающих нарушений репродуктивного здоровья и психоэмоционального статуса.

Цель: на основании анализа результатов многофакторного анонимного анкетирования дать оценку личностных особенностей и репродуктивного поведения юных женщин-спортсменок.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное многофакторное анкетирование 98 женщин-спортсменок в возрасте 16-20 лет. Виды спорта: тяжелая атлетика, фехтование, плавание, лыжный спорт и волейбол. Анкета содержала 110 вопросов по следующим разделам: социальный статус, материальный статус, жилищные условия, семейный статус, нравственный облик соответственно самооценки респондентки, причины побудившие заняться спортом, состояние соматического и репродуктивного здоровья, отношения к вредным привычкам, ранним сексуальным контактам, прерыванию незапланированной беременности, определение необходимости и формы полового воспитания молодежи и другие.

Результаты исследования.

Возраст матерей на момент рождения данного ребенка в 11,8% случаев составил 18-21 год, в 22,3% – 22-25 лет, в 38,5% – 26-29 лет и 27,4% случаев старше 30 лет. В полной семье проживало 80,0% детей, в неполных – 20,0%. Доход от 2001 до 2500 рублей на человека имели 37,8% семей, от 1501 до 2000 рублей – 31,6% семей, от 2501 до 3000 рублей – 11,6%, менее 1500 – 9,5% и более 3001 рубля – 9,5%. Сочетание плохих жилищных условий с низким доходом отмечалось в 7,4% семей. Оценка жилищных условий выявила, что на момент обследования 84,2% детей проживали в благоустроенных квартирах, 14,7% – в частном доме, 1,1% – в общежитиях. В трехкомнатной квартире проживали 41,15 детей, в двухкомнатной – 38,9% детей, более трех комнат имели 10,5% и в однокомнатной квартире жили 9,5% детей. Примерно каждая пятая (22,1%) из девочек, занимающихся спортом, пробовала крепкие алкогольные напитки и каждая десятая (9,5%) курит. Имеют представление об ощущениях человека, принимающего наркотические средства, 15,8% обследованных, собственного опыта потребления наркотиков ни у кого из девочек, занимающихся спортом, не было. Побуждающими факторами для занятий спортом отметили: желание быть здоровыми 67,4%, по настоянию родителей – 9,4%, желание заработать деньги – 7,3% и другие причины – 14,8%. На момент обследования 53,6% спортсменок имеют хронические генитальные заболевания в фазе ремиссии. При комплексном обследова-

нии половой системы выявлены вагиниты 16,2 %, фоновые заболевания шейки матки 32,9 %, хронические сальпингоофориты 19,4 %. Первые сексуальные контакты большинство (74,5%) девочек имели в возрасте 17 лет, 7,8% в 16 лет, 8,1% - в 18 лет, 3,6% в 19 лет и 6% девочек половой жизнью не жили. Среди причин побудивших начать половую жизнь отмечали любовь (56,8%), любопытство (29,5%), изнасилование (7,8%) и другие (5,9%). Большинство (90,5%) девочек отрицательно относятся к прерыванию беременности. Информацию о половом воспитании большинство имели из средств массовой информации (74,7%), от родителей (15,3%), от врача (10,0%).

Заключение. Анализ результатов многофакторного анонимного анкетирования позволил дать объективную оценку личностных особенностей юных женщин-спортсменок. Юные спортсменки несут большую физическую нагрузку, часто подвергаются стрессам, характеризуются высокой сексуальной активностью, ранним началом половой жизни, что влечет за собой возникновение целого ряда социально-экономических, медицинских и этических проблем. Полученные данные анкетирования являются основой для осуществления активных действий по охране репродуктивного и общесоматического здоровья юных спортсменок.

## **СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН- СПОРТСМЕНОК**

**Фазлетдинова И.Р., Трубин В.Б., Фазлетдинов Р.З.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

Актуальность. С древних времен во всем мире в жизни человека проблема спорта являлась и продолжает оставаться одной из важнейших. Во всех видах спорта участвуют только лица молодого возраста. Высокий удельный вес в спорте принадлежит женщинам, преимущественно юным. Современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. Особый интерес представляет изучение влияния различных видов спорта у юных женщин на их репродуктивное здоровье. Расширение программы олимпийских игр, а также участие женщин в нетрадиционных видах спорта ранее являвшихся прерогативой мужчин требуют не только научного изучения и медицинского обоснования «эмансипации» современного спорта, но и выдвигают проблему разработки соответствующих критериев отбора, профилактики патологии с ориентацией на сохранение репродуктивного здоровья женского организма.

Цель. Дать оценку репродуктивного здоровья юных женщин-спортсменок.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 46 юных женщин-спортсменок, в возрасте 16-20 лет. Методы исследования: клинические, бактериоскопические, бактериологические, эндоскопические (кольпоскопия), ультразвуковые.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных 18±1,2 лет (16 летних -8%, 17 летних - 11%, 18 летних -25%, 19 летних - 52%, 20 летних -4%). По социальному положению 87% студентки, 13% учащиеся старших классов. Из них 53,6% имели перенесенные экстрагенитальные и гинекологические заболевания. Первые менструации у 67,6% девушек появились в 13 лет, у 23,7% - в 14 лет, у 8,7% - в 12 лет. У 58,9% юных спортсменок регулярный менструальный цикл от 21 до 32 дней, у 41,1% - выявились нарушения менструального цикла различного генеза. Все юные спортсменки не замужем, из них 82% живут половой жизнью. Первые сексуальные контакты большинство (62,5%) девочек имели в возрасте 17 лет, 7,8% в 16 лет, 8,1% - в 18 лет, 3,6% в 19 лет и 18% девочек половой жизнью не жили. У 5 юных спортсменок наступала unplanned беременность, которые закончились - 3 абортom медикаментозным, 2 самопроизвольно.

Результаты обследования. Во время обследования были выявлены экстрагенитальные заболевания: наибольший уровень заболеваемости был связан с заболеваниями костно-мышечной системы и соеди-

нительной ткани -24,9%, следующее место заняли болезни глаза и его придаточного аппарата -22,4%, болезни органов дыхания -19,4%, болезни органов пищеварения -8,9%, заболевания крови, кроветворных органов -6,0%, болезни системы кровообращения - 5,4% и другие -13%. В результате обследования гениталий у 53,3 % спортсменок выявлены хронические генитальные заболевания, у 16,2% юных спортсменок выявлены вагиниты. В 32,9 % случаев у спортсменок обнаружены фоновые заболевания шейки матки, и в 19,4 % - хронические сальпингоофориты. Результаты бактериологического исследования: у 30% выявлены заболевания передающиеся половым путем (хламидиозы, гарднереллезы, микоплазмозы, уреоплазмозы). У всей группы выявленной патологии проведено соответствующее лечение.

Заключение. В анамнезе юных женщин-спортсменок отмечается высокий удельный вес перенесенных экстрагенитальных заболеваний. На момент обследования 53,6 % спортсменок имеют хронические генитальные заболевания в фазе ремиссии. При комплексном обследовании половой системы выявлены вагиниты 16,2 %, фоновые заболевания шейки матки 32,9 %, хронические сальпингоофориты 19,4 %. Полученные данные являются основанием для создания программы систематических медицинских осмотров для юных женщин-спортсменок, с включением раздела дифференцированного подхода к оздоровлению выявленных патологических состояний половой системы.

## **НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ**

**Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.**

*ГУ НЦ АГиП, г.Москва*

Цель исследования: определение пациентов групп риска манифестации микоплазменной инфекции.

Материал и методы. В научно-поликлиническом отделении НЦАГиП РАМН было проведено изучение частоты выявления урогенитальных микоплазм среди обратившихся на прием 1200 пациенток, которая составила: в целом у всех обратившихся - 18%; у обратившихся на прием с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом вне беременности - 29%, при беременности - 64%.

Для обследования были выделены 400 пациенток репродуктивного возраста: I группа: n=200-вне беременности; II группа: n=200-во время беременности.

Анализ анамнестических данных пациенток обеих групп с урогенитальным микоплазмозом свидетельствовал о высокой частоте выявления различных соматических и инфекционных заболеваний: аллергические реакции - 26%, хронический тонзиллит - 52%, заболевания щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, коллоидные узлы) - 21%, заболевания моче-выделительной системы (хронический пиелонефрит, нефроптоз, хронический цистит) - 54%, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, колит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит) - 47%, варикозная болезнь - 45%, вегетососудистая дистония - 84%, мигрень - в 16%, пролапс митрального клапана - 44%, нарушения сердечного ритма и проводимости - 26%, миопия - 68%, искривление позвоночника, межпозвонковые грыжи - 21%, нейродермит - 14%.

Акушерский анамнез был отягощен самопроизвольными ранними выкидышами в 32%, неразвивающимися беременностями в 27%, рождением детей с пороками развития в 12%, мертворождениями - в 19,25% случаев: антенатальной гибелью плода - в 7%, интранатальной гибелью плода - в 3%, постнатальной гибелью плода - в 9,25% случаев.

Отмечена высокая частота рецидивирования гинекологических заболеваний: хронический сальпингоофорит в анамнезе отмечался

в 76%, хронический эндометрит – в 27%, патология шейки матки – в 58%, дисфункция яичников – в 16%, дисменорея – в 34%, вагинит – в 79%, миома матки – в 18%, эндометриоз – в 16%, спаечный процесс в малом тазу – в 18%, кисты яичников – в 28,7%, бесплодие I – в 13,25%, бесплодие II – в 8% пациенток, внематочная беременность – в 9,25%, опущение стенок влагалища – в 38%.

У больных с миомой матки (n=72) в 29,2% была произведена консервативная миомэктомия, при этом в последующем в 1/3 случаев отмечались повторное аналогичное оперативное вмешательство; у больных с кистами яичников в 45,5% проводилось повторное удаление рецидивирующей кисты яичника, у пациенток с трубно-перитонийным фактом бесплодия в 21,25% случаев была повторная лечебно-диагностическая лапароскопия, у каждой пятой пациентки, оперированной по поводу внематочной беременности, отмечалась повторная внематочная беременность. Таким образом, общее количество повторных операций у обследованных пациенток составило 25,3%.

Пациентки I группы (n=200) были разделены на 2 подгруппы в зависимости от результатов исследования методом ПЦР (полимеразно-цепная реакция), культурального исследования содержимого цервикального канала на наличие урогенитальных микоплазм и результатов бактериологического исследования содержимого влагалища.

I подгруппа состояла из 80 пациенток вне беременности, у которых в цервикальном канале были выявлены только урогенитальные микоплазмы (*U.urealyticum*, *M.Hominis*), другой патогенной или условно-патогенной микрофлоры выявлено не было. *U.urealyticum* была выделена в 68,75%, *M.hominis* – в 11,25%, *U.urealyticum*+ *M.hominis* – в 20% случаев. В 88,75% случаев микоплазмы были выделены в титре 10<sup>4</sup> КОЕ/мл, в 11,25% случаев – в титре 10<sup>4</sup> КОЕ/мл.

Во II подгруппе (n=120) пациенток вне беременности помимо выявленных урогенитальных микоплазм в цервикальном канале при бактериологическом исследовании содержимого влагалища были выделены следующие условно-патогенные микроорганизмы в титре 10<sup>4</sup>-5 КОЕ/мл: гемолитические стрептококки, энтерококки, гарднереллы, *Parvulus*, *E. Coli*, *Staphylococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus viridans*. *U.urealyticum* была выделена в 70%, *M.hominis* – в 14,2%, *U.urealyticum*+ *M.hominis* – в 15,8% случаев. Во II подгруппе урогенитальные микоплазмы в титре 10<sup>4</sup> КОЕ/мл были выделены лишь в 4,2% случаев.

Исследование интерферронового статуса пациенток с урогенитальными микоплазмами в цервикальном канале показало, что в 78% случаев имеется выраженное, а в 14% – умеренное снижение выработки и -интерферронов, в 8% случаев интерферроновый статус был не изменен и не отличался от нормы. У всех пациенток, имеющих нормальный интерферроновый статус, титр содержания урогенитальных микоплазм составлял 10<sup>4</sup> КОЕ/мл.

При исследовании содержания магния в сыворотке крови у пациенток I группы было выявлено, что в 86,75% случаев отмечалось снижение его уровня до 0,74±0,37 ммоль/л (при норме 0,8-1,0 ммоль/л). Нормальный уровень содержания магния в сыворотке крови был отмечен в группе пациенток с содержанием урогенитальных микоплазм в титре 10<sup>4</sup> КОЕ/мл в 12 из 14 случаев (85,7%). У этих же пациенток уровень содержания и -интерферронов находился в пределах нормы.

При обследовании беременных (n=200) частота выделения урогенитальных микоплазм составила: *U.urealyticum* (10<sup>4</sup> КОЕ/мл) – 70%, *M.hominis* (10<sup>4</sup> КОЕ/мл) – 9%, *U.urealyticum*+ *M.hominis* – 16%, *U.urealyticum* (10<sup>4</sup> КОЕ/мл) – 3%, *M.hominis* (10<sup>4</sup> КОЕ/мл) – 2%.

Во время беременности пациенткам также проводилось исследование содержания магния в сыворотке крови. Выявлено, что сниженный уровень содержания магния в сыворотке крови (0,67±0,13 ммоль/л) отмечался в 88% случаев, начиная с I триместра.

При исследовании интерферронового статуса у наблюдавшихся беременных было отмечено, что в 82% имеется выраженное снижение, а в 18% – умеренное снижение выработки и -интерферронов.

Указанные изменения служили основанием для назначения в составе комплексной этиопатогенетической терапии препаратов магния (магне В6) в постоянном режиме и иммуноглобулина для внутривенного введения, начиная с ранних сроков беременности. Выводы:

Для пациенток с урогенитальным микоплазмозом (титр содержания урогенитальных микоплазм 10<sup>4</sup> КОЕ/мл) характерна высокая частота выявления характерных для дисморфизма соединительной ткани заболеваний в сочетании со сниженным содержанием магния в сыворотке крови вне и во время беременности (начиная с ранних ее сроков).

Применение препаратов магния (магне В6, магнерот) в постоянном режиме с ранних сроков беременности в составе комплексной терапии является патогенетически обоснованным и необходимым у данной группы пациенток.

В большинстве случаев (78-82%) у пациенток с урогенитальной микоплазменной инфекцией выявлено выраженное снижение выработки и интерферронов, свидетельствующее о хроническом характере инфекционного процесса.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Халипов Р.З., Кузнецова Е.П., Серебrenникова К.Г.

Россия, Ижевск, Ижевская государственная медицинская академия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова

Изучение гинекологического и соматического анамнеза в эпидемиологическом исследовании факторов риска очень важно, так как яичники – это гормонозависимые органы, регуляция функций которых осуществляется системой связей центральных и периферических звеньев. И чем сложнее система, тем чувствительнее она к воздействию факторов внешней и внутренней среды.

Цель исследования – определение значимости факторов риска в развитии фолликулярных кист яичников для выявления контингента больных, которые должны подвергаться профилактическому осмотру и своевременному консервативному лечению данной патологии.

Материалы и методы: нами был рассчитан показатель относительного риска развития опухолевидных образований яичников у 92 больных с фолликулярными кистами яичников и 84 с эндометриозными кистами яичников. Кроме этого, мы, на основе полученных в исследовании данных, рассчитали апостериорную вероятность с их априорными вероятностями и правдоподобиями.

Результаты: У лиц с патологией менструальной функции риск возникновения ФКЯ возрастает в 2,3 раз, ЭКЯ – в 4,2 раза. В частности, риск возникновения ЭКЯ увеличивается при наличии альгоменореи (ОР=4,7), полименореи (ОР=2,5), укорочении менструального цикла до 25 дней и менее (ОР=3,6). На риск возникновения ФКЯ влияет наличие нерегулярных менструаций (ОР=2,8) и удлинение менструального цикла до 35 дней и более (ОР=5,1).

Достоверно (p<0,001) увеличивают риск возникновения ФКЯ и ЭКЯ любые оперативные вмешательства в малом тазу (ОРФКЯ=5,74, ОРЭКЯ=6,36). Достоверно (p<0,025) выше риск возникновения ФКЯ (ОР=4,67) у больных с хроническими воспалительными процессами гениталий, для ЭКЯ этот риск составляет 2,87.

Эндометриоз (гистологически подтвержденный) в анамнезе увеличивает вероятность возникновения ЭКЯ в 10,6 раз (p<0,001). Миома матки является фактором риска для ЭКЯ (ОР=4,16). Патология шейки матки – многофакторный процесс воспалительного, дисгормонального генеза и другой этиологии часто сопутствует опухолевым процессам яичников, доля этого фактора в возникновении ЭКЯ составляет 4,1. Из экстрагенитальных заболеваний обращает на себя внимание, что при заболеваниях ЖКТ, печени и нейроэндокринных заболеваниях риск ЭКЯ возрастает в 14,6 и 3,9 раз соответственно. Для ФКЯ риск при наличии заболевания ЖКТ и печени составляет 4,7.

В результате полученных данных, для больных обеих групп были выявлены прогностические факторы риска, наибольшее значение которых наблюдается при патологии менструальной функции, высоком индексе заболеваемости. Кроме того, к таковым факторам риска относятся: первичное и вторичное бесплодие, аборт, оперативные вмешательства в анамнезе.

В то же время выявлены факторы риска более существенно влияющие на возникновение либо фолликулярных, либо эндометриоз-



идных кист яичников. На риск возникновения эндометриозных кист яичников влияют такие факторы, как альгоменорея, полименорея, укорочение менструального цикла до 25 дней, отсутствие контрацепции, первичное и вторичное бесплодие, миома матки и патология шейки матки в анамнезе, заболевания ЖКТ и печени и нейроэндокринные заболевания. На возникновение фолликулярных кист более существенно влияют такие факторы, как нерегулярные менструации, удлинение менструального цикла до 35 дней и более, высокая частота самопроизвольных абортов, наличие в анамнезе хронических воспалительных заболеваний гениталий, оперативных вмешательств на органах малого таза.

Выводы. Таким образом, апостериорная вероятность того, что у пациентки с опухолевидным образованием яичника имеется фолликулярная киста увеличивается при таких дифференциально-диагностических признаках как - нерегулярные менструации, наступление менархе позже 14 лет, отсутствие контрацепции, наличие в анамнезе хронических воспалительных заболеваний гениталий, вирусных инфекций, заболеваний сердечно-сосудистой системы. Апостериорная вероятность наличия эндометриозной кисты яичника увеличивается при наличии у пациентки нарушений менструального цикла по типу альгоменореи, полименореи, позднем менархе, укорочении менструального цикла до 25 дней и менее, отсутствии контрацепции, первичном бесплодии, сопутствующих хронических заболеваний гениталий, имевшиеся в прошлом опухолевидные образования яичников, вирусные инфекции.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ И ХАРАКТЕР КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА ФАГОЦИТИРУЮЩИХ КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ**

**Хамадьянова А.У.**

*Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет*

На современном этапе в структуре и клиническом течении воспалительных заболеваний внутренних гениталий у женщин произошли существенные изменения. Почти у 75% больных процесс локализуется в придатках матки, из них у 80-82% отмечается хронический сальпингоофорит, характеризующийся затяжным, рецидивирующим течением, резистентностью к проводимой терапии и крайне неблагоприятным влиянием на качество жизни и репродуктивный потенциал женщины. Все это свидетельствует об актуальности изучения и разработки новых, патогенетически обоснованных подходов к лечению данного заболевания и профилактике его рецидивов.

По современным данным, в молекулярных механизмах патогенеза хронического воспаления ведущую роль играет недостаточная продукция активных форм кислорода (АФК) (Маянский Д.Н., 1991). Вместе с тем может быть и обратная ситуация, когда образование кислородных радикалов нейтрофилами не заторможено, а, напротив, усилено. Избыточная генерация АФК может инициировать перекисное окисление липидов (ПОЛ) с последующим развитием синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) [Костюченко А.И. и соавт., 2002].

АФК - супероксидный анион радикал, синглетная форма кислорода, перекись водорода, гипохлорид и др. синтезируются в фагоцитирующих клетках крови и определяют их защитный микробицидный потенциал. В связи с этим для контроля эффективности проводимого лечения и прогнозирования исхода заболевания важным является определение функционального состояния фагоцитов. Общие принятые методы оценки фагоцитарной активности (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, завершенность фагоцитоза, НСТ-тест) не позволяют быстро оценить резервные возможности фагоцитирующих клеток, проследить динамику их функциональной активности при воздействии бактериальных патогенов и других негативных факторов. Для этого представляется перспективным исследование

кислородзависимого метаболизма фагоцитов методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции, рассматриваемого как ведущий компонент защитно-приспособительных реакций.

Целью настоящей работы явилось исследование генерации АФК в цельной крови методом люминолзависимой хемилюминесценции (ЛЗХЛ) у больных, страдающих хроническим рецидивирующим сальпингоофоритом (ХРСО).

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 138 больных с ХРСО в возрасте от 16 до 43 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 до 14 лет, количество рецидивов в год у 93 (67,4%) больных составило от 3 до 5, у остальных 45 (32,6%) пациенток - более 5. Среди обследованных у 84 человек (1-я группа) имела место фаза клинической ремиссии, у 54 (2-я группа) - фаза обострения ХРСО. В контрольную группу вошли 19 здоровых женщин аналогичного возраста.

На 1-м этапе регистрировали спонтанную ЛЗХЛ цельной крови на аппарате «Хемилюминомер - 003» с компьютерным обеспечением. Анализировали интегральные показатели хемилюминесценции (ХЛ) - светосумму свечения (S1), которая коррелирует с потреблением кислорода и степенью завершенности фагоцитоза, и максимальную интенсивность свечения (I max 1), отражающую максимальную фагоцитарную активность клеток и их способность генерировать АФК. Полученные результаты выражали в относительных единицах по вторичному эталону свечения СФХМ - 1 (ГОСТ 9411-81), интенсивность излучения которого составила 5,1 x 10<sup>5</sup> квантов в секунду.

На 2-м этапе исследовали стимулированную продигозаном ЛЗХЛ, которая характеризует микробицидный потенциал фагоцитов. Регистрировали светосумму (S2) и максимальную интенсивность свечения (I max2) стимулированной крови. Функциональный резерв фагоцитирующих клеток крови определяли путем сравнительного анализа хемилюминограмм и подсчета разности цифровых показателей при спонтанной и стимулированной ЛЗХЛ.

Полученные результаты показали, что в зависимости от фазы клинического течения ХРСО параметры спонтанной и стимулированной ЛЗХЛ цельной крови у обследованных двух групп больных имеют существенные различия. У больных 1-й группы, страдающих затяжным вялотекущим воспалением придатков матки, в фазе клинической ремиссии исходные параметры S1 и I max1 оказались ниже нормы соответственно в 4,1 и 2,7 раза. Под действием стимуляции фагоцитоза продигозаном наблюдалась положительная динамика ЛЗХЛ. При этом S2 увеличилась по отношению к S1 в 3,9 раза, соответственно I max2 по отношению к I max1 - в 2,8 раза. Средняя разница максимальной интенсивности стимулированной и спонтанной ЛЗХЛ, отражающая фагоцитарный резерв нейтрофилов, составила лишь 19,85% против 44,39% в контрольной группе.

У больных 2-й группы, поступивших в клинику с обострением ХРСО, в противоположность больным 1-й группы, выявлена высокая интенсивность спонтанной и стимулированной ЛЗХЛ крови. Исходные показатели S1 и I max1 превышали аналогичные данные в контрольной группе в среднем в 2,5-2,7 раза, после стимуляции продигозаном - в 4,4 - 5,8 раза.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при ХРСО в фазе клинической ремиссии имеются недостаточное образование АФК, угнетение кислородзависимого метаболизма фагоцитирующих клеток крови и выраженный дефицит их резервных возможностей, что приводит к глубоким нарушениям санирующих функций нейтрофилов, моноцитов-макрофагов в очаге воспаления. У больных в фазе обострения ХРСО экспрессия АФК фагоцитами резко повышена, что может инициировать ускорение ПОЛ, вызвать оксидантное повреждение окружающих тканей с высвобождением в системный кровоток продуктов свободнорадикального окисления и эндотоксинов. Полученные данные имеют важное значение для патогенетического лечения больных с ХРСО.

## ПРЕИМУЩЕСТВО ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ, ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ МАТКИ

Чачатрян А.К.

Россия, г. Москва ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

В настоящее время с целью диагностики патологических образований полости матки используют целый комплекс методов исследования: компьютерная и магнитно-резонансная томография, гистеросальпингография, ультразвуковое исследование и гистеороскопия. Не всегда во время операции удается получить необходимую информацию для постановки точного диагноза и оптимального хирургического вмешательства.

Чтобы оценить значение интраоперационной эхографии при внутриматочной хирургии нами были проанализированы результаты лечения 15 пациенток с синехиями полости матки. Интраоперационная эхография была проведена для диагностики и контроля за хирургическим лечением внутриматочных синехий. При этом у 12 пациенток обнаружен выраженный спаечный процесс в полости матки (синехии), у остальных трех синехии сочетались с полипами эндометрия, очаговой гиперплазией и полной внутриматочной перегородкой.

Несмотря на то, что настоящее время гистеороскопия считается наиболее информативным методом диагностики внутриматочной патологии, тем не менее по нашим данным при полной и в ряде случаев при частичной облитерации полости матки обширными спайками эндоскопически визуализировать полость матки не всегда удается. В подобных ситуациях интраоперационная эхография является единственным методом для определения характера и распространенности патологического процесса, выбора тактики хирургического воздействия. Так, на рентгенограмме у пациентки с полной перегородки матки и обширными пристеночными сращениями, захватывающим всю половину полости матки, был поставлен ошибочный диагноз - однорогая матка. Применение интраоперационной трансвагинальной и лапароскопической эхографии позволило выявить облитерированную половину полости матки и освободить трубный угол от спаек.

Интраоперационная эхография при синехиях полости матки позволила нам контролировать ход хирургического вмешательства, начиная с момента вхождения в полость матки, до их полного разрушения острым инструментом или резектоскопом. У двух пациенток после удаления синехий мы обнаружили полипы эндометрия, недиагностированные до операции. При рентгенологическом исследовании у двоих пациенток толстые и длинные обрывки ткани эндометрия, находящиеся в нижних отделах полости матки были ошибочно приняты за синехии полости матки.

Следует отметить, что кистозные полости, образованные синехиями, часто принимают за аналогичные включения при гиперплазии эндометрия. Поэтому при анализе эхограмм следует иметь в виду, что кистозные включения при гиперплазии эндометрия небольшие (не превышают 0,1 см), а при синехиях - крупные (могут достигать 0,3 см). Необходимо также учитывать, что при гиперплазии толщина М-эха к концу второй фазы менструального цикла увеличивается за счет нарастания неизмененного эндометрия, в то время как размеры кистозных полостей, образованные синехиями, практически не меняются. Особое внимание следует обращать на анамнестические данные, а особенно на аменорею или скудные менструации которые характерны для синехий, в то время как гиперполименорея и дисфункциональные маточные кровотечения - более характерны для гиперплазии эндометрия.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что интраоперационная эхография представляет собой ценный метод, использование которого не только позволяет правильно оценить состояние полости матки, но и определить наиболее рациональную тактику лечения больных с учетом характера выявленной патологии.

## ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Хашаева Т.Х.-М., Эседова А.Э., Стефанян Н.А., Алиева С.А.

Россия, Махачкала, ГОУ ВПО «ДГМА ФАЗ СР», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Основываясь на данных литературы о том, что биохимические маркеры являются ранними показателями интенсивности костных потерь, представляется интересным установить их информативность в диагностике эффективности заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе с гипотиреозом, проживающих в йоддефицитном регионе.

Цель. Оценить эффективность комплексной терапии костно-метаболических нарушений при гипотиреозе в постменопаузе.

Материал и методы исследования. Обследовано 240 пациенток с первичным гипотиреозом, проживающих в йоддефицитном регионе: 48 больных с декомпенсированным гипотиреозом (1-ая группа), 82 - с компенсированным L-тироксидом гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита и эндемического зоба (2-ая группа), 62 - с послеоперационным компенсированным гипотиреозом (3-я группа). Контрольную группу составили 49 человек без тиреоидной патологии. Женщины находились в постменопаузе от 2 до 15 лет. Всем пациенткам проводилась комплексная терапия, включающая в себя препараты Клиогест, L-тироксин, СаДЗ - Никомед и йодомарин.

Определяли уровень маркеров костной резорбции С-концевой телопептид (СТх) в сыворотке крови и во второй утренней порции мочи иммуноферментным методом с использованием систем «CrossLaps ELISA» и «Osteometer Biotech» исходно и через 3-6-9-12 месяцев терапии. Кроме того, определяли уровень маркера костного формирования костной щелочной фосфатазы (КЩФ) в сыворотке крови (наборы «Abbot», США), а также показатель скорости костного оборота - остеокальцин (ОК) иммунорадиометрическим методом (наборы «Cis Bio International», Франция) тоже исходно и через 3-6-9-12 месяцев терапии.

На фоне проводимой комплексной терапии, в состав которой в качестве ЗГТ входил Клиогест, уже через 3 мес. от начала лечения в 1-ой и 4-ой группах отметились достоверное снижение уровней СТх в сыворотке крови на 33,5% и 32,5% и в моче на 36,3% и 35,7% соответственно, тогда как в 2-ой и 3-ей группах на 35,1% и 37,5% в сыворотке крови, и 37,5% и 40,3% в моче соответственно. Столь выраженная динамика маркеров костной резорбции свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии. К 6-му месяцу снижение уровней маркеров костной резорбции во всех группах продолжалось, перешагнув 35% барьер у пациенток 1-ой и 4-ой групп, как в сыворотке крови, так и в моче и достигнув 40% барьера во 2-ой и 3-ей группах (доходя до 41,3% снижения СТх в сыворотке и до 45,2% в моче у пациенток 3-ей группы). Снижаясь и далее к 9-му месяцу, к 1 году лечения уровни СТх в сыворотке и в моче достигли значений, характерных для здоровых женщин того же возраста как у пациенток с тиреоидной патологией, так и без нее.

Также к 3-му месяцу от начала терапии было отмечено снижение показателя костного формирования - КЩФ ( $p < 0,05$ ) и ОК ( $p < 0,05$ ) во 2-ой, 3-ей и 4-ой группах. В 1-ой группе эти показатели остались практически неизменными, что вполне можно объяснить их исходно низкими значениями на фоне декомпенсированного гипотиреоза. В дальнейшем показатели КЩФ и ОК, повышаясь во 2-ой 3-ей и 4-ой группах к 6-му месяцу, затем опять снижались к 9-му месяцу, стабилизируясь к 12-му месяцу на цифрах, достоверно более низких (в 1,3 раза) относительно снижения в 3 месяца.

Выводы. На основании вышеизложенного можно заключить, что биохимические маркеры костного ремоделирования у пациенток с компенсированным гипотиреозом и костной резорбции

у пациенток с декомпенсированным гипотиреозом являются чувствительными тестами для ранней (3-6 мес.) оценки эффективности проводимой терапии, когда денситометрическое исследование минеральной плотности костной ткани еще не информативно. Предложенная комплексная терапия оказывает выраженный блокирующий эффект на костный метаболизм у женщин с гипотиреозом, проживающих в йоддефицитном регионе.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

**Хашукоева А.З., Леонова Е.И., Савченко Т.Н., Парыгина С.В.**

Диагностика воспалительных процессов органов малого таза представляет актуальную проблему в гинекологии, ввиду широкой распространенности этих заболеваний среди пациенток репродуктивного периода, низкой эффективности традиционных диагностических методов, и как следствие позднего начала этиопатогенетической терапии. Все это приводит к возрастанию количества хронических и осложненных форм в структуре воспалительных заболеваний половых органов, и как следствие, к нарушению репродуктивной и менструальной функции у женщин детородного возраста. Радиотермометрия – это один из новых перспективных методов диагностики, в основе которого лежит измерение собственного электромагнитного излучения тканей пациента в диапазоне сверхвысоких частот с последующим анализом температурных значений, регистрируемых в проекции внутренних органов с целью оценки патологических изменений.

Мы проводили радиотермометрию пациенткам с воспалительными заболеваниями органов малого таза в возрасте от 15 до 57 лет, средний возраст составил 30+9,14 лет. Все обследуемые женщины были разделены на 4 группы: 1 группа- 80 больных с диагнозом «Острый сальпингоофорит», 2 группа - 80 больных с диагнозом «Обострение хронического сальпингоофорита», 3 группа- 40 больных с осложненными формами течения сальпингоофорита (тубоовариальное образование, пиосальпингс, пиовар), 4-ю группу составили 20 практически здоровых женщин.

Все пациентки обследуемых групп прошли клиническое и лабораторное исследование, включающее общеклинический анализ крови, бактериоскопическое и бактериологическое методы диагностики, определение белков острой фазы в сыворотке крови, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Радиотермометрию проводили на аппарате радиотермометр РТМ-01(фирмы РЭС при ВНИИРТ). Регистрацию теплового излучения внутренних органов человека исследовали в радиодиапазоне с глубиной обнаружения температурных аномалий от 3 до 10 см и погрешностью определения температуры +0,2 0С. Показатели температуры измерялись в 13 точках через переднюю брюшную стенку в проекции матки и придатков, затем регистрировались на экране монитора в виде температурных полей, где каждое значение температуры передается на экране своим цветом.

Основными жалобами у пациенток исследуемых группах были боли различного характера и интенсивности, локализованные в нижних отделах живота в 100% случаев; повышение температуры тела от субфебрильной до фебрильной; бели слизистого или гнойного характера; общая слабость. Изменения в гематологических показателях сопровождалась лейкоцитозом, преимущественно в 1-й и 3-й группах обследованных больных (от 13 до 21х10<sup>9</sup>/л), увеличением СОЭ (до 60 мм/ч).

С целью диагностики воспалительного процесса мы оценивали белки острой фазы в сыворотке крови (С-реактивный белок (СРБ), гаптоглобин, орозомиукоид), первым из которых реагировал СРБ, значения которого превышали в два – три раза, особенно при выраженном воспалительном процессе. По данным УЗИ органов

малого таза были выявлены эхомаркеры воспалительного процесса в 1-й и 3-й группах обследованных в 86% и 100% соответственно, а во 2-й группе всего в 31% исследований.

Всем пациенткам при поступлении в стационар, на 3-4 сутки пребывания и при выписке из клиники приводилось радиотермометрическое исследование.

В результате нашего исследования выявлена температурная асимметрия между 2-мя точками в проекции исследуемого органа: при острых воспалительных процессах -1,3+0,048 0С, при обострениях хронических процессов – 1,2+0,0400С и при осложненных формах воспалительных процессов - 1,3 +0,056 0 С, в контрольной группе - 0,6+0,0730С.

На 3-4 сутки проводимой противовоспалительной терапии мы наблюдали снижение термоасимметрии в среднем на 0,30С, а при выписке пациентки из стационара на 0,60С, что приближалось к нормальным значениям, регистрируемым в контрольной группе. Показатели радиотермометрии коррелировали с клиническими и лабораторными данными.

Таким образом, применение радиотермометрии в сочетании с рутинными диагностическими методами позволяет наиболее эффективно проводить дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний органов малого таза с целью оптимизации тактики лечения пациенток и мониторинга эффективности проводимой терапии.

## **ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЦИКЛИЧЕСКИХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТЕЛА МАТКИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ И ПРЕМЕНОПАУЗЕ**

**Хохлова И.Д., Игнатенко Л.Л., Федорова Е.В.,  
Ковалев М.И., Низкая Е.С., Хименес И.**

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

Актуальность. Являясь частой патологией, ациклические маточные кровотечения зачастую рассматриваются как ведущий клинический симптом изолированной или сочетанной доброкачественной патологии тела матки, что обуславливает необходимость углубленного изучения вопросов патогенеза и разработки новых подходов к диагностике и лечению этой патологии у пациенток с изолированной и сочетанной патологией тела матки.

Цель. Оптимизация диагностики и лечения ациклических маточных кровотечений у пациенток с изолированной и сочетанной патологией тела матки в позднем репродуктивном периоде и пременопаузе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 385 пациенток в возрасте от 38 до 55 лет с ациклическим маточным кровотечением. Впервые госпитализированы 48%, повторно - 52% больных. Нейрообменноэндокринные нарушения имели место у 54%, анемия - у 41%, болевой синдром - у 53%. План обследования включал трансвагинальную эхографию, доплерометрию в маточных, аркуатных, радиальных и базальных артериях; гистероскопию; диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с морфологическим изучением соскобов; определение цитоплазматических рецепторов эстрадиола и прогестерона в эндометрии с параллельным определением уровня этих гормонов в сыворотке крови.

Результаты. В процессе обследования выявлено наличие органической внутриматочной патологии у 72% пациенток. Подслизистая или интерстициальная миома матки – у 25%, внутренний

эндометриоз – у 20%, миома матки в сочетании с внутренним эндометриозом – у 27%. Гистероскопическая и морфологическая картина эндометрия показала фазу пролиферации в 17% наблюдений, секреторную трансформацию эндометрия – у 3%, гипоплазию – у 7%. В 63% наблюдений выявлена железистая, железисто-кистозная гиперплазия, а также железистые, железисто-кистозные и железисто-фиброзные полипы эндометрия. Аденоматозные гиперплазия и полипы обнаружены у 7%, аденокарцинома – у 3% больных. При доплерометрии у всех пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии были снижены индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ), увеличено систоло-диастолическое соотношение. Наиболее выраженные изменения были при сочетании патологии эндометрия с миомой, менее значимые – при сочетании с внутренним эндометриозом. У больных раком эндометрия отмечено уменьшение ИР и ПИ более, чем на 50% по сравнению с нормой. Было выявлено достоверное повышение уровня эстрадиола и прогестерондефицитное состояние у 67% больных. Достаточное количество рецепторов эстрадиола и прогестерона в эндометрии выявлено у 60% пациенток, у 10% - высокий уровень рецепторов, в 20 % наблюдений имела место выраженная тенденция к снижению количества рецепторов. При аденоматозной гиперплазии выявлено достоверное снижение рецепторов прогестерона, что отразилось на соотношении эстрадиол/прогестерон рецепторов, которое составило 4,5:1. 153 пациентки с впервые выявленными доброкачественными изменениями эндометрия и, в ряде случаев, их сочетанием с миомой небольших размеров и внутренним эндометриозом I-II ст, получали гормонотерапию, направленную на восстановление ритмичной менструальноподобной реакции у пациенток до 50 лет или стойкое прекращение менструальной функции в более позднем возрасте. С этой целью 62% больных этой группы при наличии достаточного количества рецепторов прогестерона назначали прогестагены (депо-провера, норколут, дюфастон, 17 ОПК), по контрацептивной схеме или в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. Преобладание рецепторов эстрогенов в эндометрии при сочетанной маточной патологии у 26% обусловило назначение супрессивной гормонотерапии даназолом, а у 12% больных – золадексом. 232 пациентки с эпизодами рецидивов гиперплазии и полипов эндометрия, большинство с сочетанной патологией тела матки и аденоматозной гиперплазией, низким содержанием рецепторов или рецептороотрицательной реакцией, подвергались оперативному лечению (у 52 – абляция эндометрия, у 20 – абляция эндометрия в сочетании с лапароскопической двухсторонней овариоэктомией, надвлагалищная ампутация матки - у 92, пангистерэктомия – у 68 пациенток в пременопаузе). Наблюдение за больными, получавшими гормонотерапию, показало удовлетворительные результаты у большинства, однако у 35% пациенток через 0,5-3 года после окончания лечения возник рецидив заболевания. 6-48 месячное наблюдение за больными после абляции эндометрия показало отсутствие рецидивов у 89 % пациенток, о чем свидетельствовала стойкая вторичная аменорея, или гипоменструальный синдром, отсутствие ультразвуковых и цитологических признаков рецидива патологического процесса. Абляция эндометрия может рассматриваться как альтернатива гистерэктомии и гормонотерапии при рецидивирующих маточных кровотечениях у пациенток с изолированной и сочетанной патологией тела матки.

Выводы. Таким образом, проведенное комплексное исследование позволило улучшить качество диагностики, уточнить некоторые патогенетические механизмы ациклических маточных кровотечений у больных с изолированной и сочетанной доброкачественной патологией тела матки и провести адекватное лечение.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

**Хохлова И.Д., Гогоберидзе Т.И., Игнатенко Л.Л.,  
Федорова Е.В., Ковалев М.И., Низкая Е.С., Хименес И.**

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

Актуальность. Полипы эндометрия - наиболее частый вариант гиперпластического процесса слизистой матки в постменопаузе. Нередкое отсутствие клинической симптоматики обуславливает длительное существование, а порой и малигнизацию полипов эндометрия. Наличие случаев резистентности или противопоказаний к гормональной терапии, рецидивирующее течение заболевания, отрицательное отношение больных к гормонотерапии и радикальным хирургическим методам лечения диктует необходимость углубленного изучения вопросов диагностики и лечения полипов эндометрия в постменопаузе.

Цель. Улучшить качество диагностики и лечения полипов эндометрия в постменопаузе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 пациенток в возрасте от 57 до 80 лет, поступивших в клинику по поводу полипов эндометрия. У всех пациенток имелись сопутствующие соматические заболевания (гипертоническая болезнь у 54%, хронический холецистит у 34%, варикозное расширение вен ног и тромбоз поверхностных вен голени – у 35%. Патология щитовидной железы имела место у 22% пациенток, избыточная масса тела у 62% больных, сахарный диабет II типа у 8%).

Клиническими симптомами заболевания у 68% пациенток были мажущие кровянистые выделения в постменопаузе, у 3 % - маточное кровотечение в постменопаузе. Остальные пациентки жалоб не предъявляли и были госпитализированы после профилактического осмотра и эхографии.

Всем пациенткам проводили комплексное обследование, включающее эхографию органов малого таза, цветное доплеровское картирование и доплерометрию с помощью ультразвукового аппарата TOSHIBA SSH-140A, гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса, определение содержания гонадотропинов и эстрадиола в сыворотке крови иммунохимолюминисцентным методом, проводили количественный анализ рецепторов эстрадиола и прогестерона в соскобе из полости матки.

Результаты исследования. Комплексное обследование выявило наличие миомы матки небольших размеров у 27% пациенток, несостоятельность мышц тазового дна, сопровождающаяся опущением стенок влагалища у 17% больных, неполное и полное выпадение матки у 4% больных; недержание мочи при напряжении у 13% пациенток.

В процессе гистероскопии на фоне атрофичной слизистой визуализировались полипы эндометрия, исходящие, как правило, из области, близкой к устью маточных труб.

Морфологические исследования свидетельствовали о наличии железисто – фиброзных полипов у 89% пациенток, аденоматозных полипов у 7%, и аденокарциномы у 4% пациенток.

Допплерометрические показатели кровотока в маточных сосудах свидетельствовали о достоверном снижении индекса резистентности и пульсационного индекса.

Уровень гонадотропинов у 18 % пациенток был ниже, а уровень эстрогенов несколько выше возрастной нормы, что является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о нарушении состояния репродуктивной системы. Концентрация рецепторов стероидных гормонов у 32% пациенток была снижена.

Наличие аденоматозных полипов и аденокарциномы послужило показанием к пангистерэктомии у 11% пациенток. Все остальные были разделены на 2 равные группы. Первая группа подвергалась инструментальному удалению полипа под контролем гистероскопии с последующим проведением супрессивной гормонотерапии прогестагенами (депо-провера, 17 ОПК в непрерывном режиме в течение 6 месяцев). Второй группе пациенток выполняли удаление полипа с лазервапоризацией зоны его роста с помощью Nd-YAG

лазера с мощностью 25 – 30 Вт. Продолжительность операции составила 8 – 15 мин. Послеоперационный койко-день: 1 – 2 дня.

В процессе динамического наблюдения в течение 6 – 48 месяцев после операции рецидив полипов эндометрия имел место у 11 % больных первой группы, и лишь у одной пациентки второй группы.

Кроме того, 23% пациенток первой группы отмечали наличие отеков, увеличение массы тела; у 19% больных были аллергические реакции на гормональные препараты в виде крапивницы, бронхоспазма; артериальная гипертензия после гормонотерапии выявлена у 15% пациенток; тромбоз глубоких вен голени в двух случаях.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что удаление полипов эндометрия с лазервапоризацией зоны роста (ножки полипа) у пациенток в постменопаузе, весьма эффективно, не требует проведения противорецидивной гормональной терапии и существенно уменьшает риск рецидивов заболевания.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНО+ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММЕ ЭКО**

**Хритинин Д.Ф., Кулаков В.И., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В.**  
*Россия, г.Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

В течение последних нескольких лет был сделан значительный прогресс в развитии новых методов лечения супружеских пар с проблемами бесплодия. Существуют различные методы вспомогательных репродуктивных технологий: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), инсеминация спермой донора или мужа, суррогатное материнство и в последнее время интрацитоплазмическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ). Хотя репродуктивные методы лечения являются впечатляющими с технической точки зрения, тем не менее, они могут быть источником появления и развития пограничных психических расстройств у супружеских пар. Средняя распространенность бесплодия в возрастных группах 25-29 лет, 30-34 года и 35-39 лет составляет 5,5%, 9,4% и 19,7%, соответственно.

Полагают, что у значительной части пациентов идиопатическое бесплодие тесно связано с его психогенными формами. Так, состояние супружеских пар, страдающих бесплодием, описывается как постоянная неудовлетворенность в связи с нереализованным родительским потенциалом (Шенкер Дж., 1993). Длительное бесплодие может вызвать настолько выраженное стрессовое состояние, что делает необходимым вмешательство психотерапевта, психолога или психиатра.

Целью нашего исследования было выявить уровень выраженности тревожно-депрессивных расстройств у женщин перед программой ЭКО, провести психотерапевтическую коррекцию в процессе проведения лечения бесплодия.

Материал и методы:

Из 512 женщин исследуемой группы, обратившихся в отделение вспомогательных репродуктивных технологий в лечение бесплодия ГУ НЦ РАМН, 266 (51,9%) страдали тревожно-депрессивными расстройствами. Использовались психологические тесты определения уровня депрессии по Беку и уровня тревожности по Спилбергеру. Уровень тревожно-депрессивных расстройств у женщин, страдающих бесплодием, в четыре раза превышает аналогичные показатели у контрольной группы - фертильных женщин. Оценка способности привлекательности, склонности к беспокойству, способности концентрироваться у инфертильных женщин ниже в 3,7 раза, чем у контрольной группы.

Уровень тревоги и депрессии среди бесплодных женщин сопоставим с тем же уровнем у женщин, больных раком или ишемической болезнью сердца, однако он ниже, чем у женщин с синдромами хронической боли или ВИЧ.

Психологические последствия бесплодия могут в свою очередь влиять на исход его лечения, демонстрируя взаимную связь между психологическими факторами и бесплодием. Мы обнаружили значительное различие выраженности депрессивного симптома у женщин, страдающих бесплодием в процессе лечения методом экстракорпорального оплодотворения обратившихся в первый раз и женщин, находящихся на повторном лечении. В нашем исследовании клинически определялись высокие показатели уровня депрессии среди женщин, проходивших лечение повторно в 24,6%, среднего уровня среди пациенток, проходивших лечение впервые 14,8%, по сравнению с контрольной группой 12%. Кроме того, женщины с симптомами депрессии, проходившие лечение впервые по поводу бесплодия имели достоверно меньше шансов забеременеть с первой попытки, чем женщины, депрессией не страдавшие. Данное исследование в наглядной форме демонстрирует взаимную связь между депрессией и результатом экстракорпорального оплодотворения и отражает психологическую сложность бесплодия.

При проведении психотерапевтического лечения у 208 женщин, страдающих бесплодием, получавших лечение в отделении вспомогательных репродуктивных технологий, использовался психоаналитический метод кататимно-имагинативного переживания образов, метод символдрамы. Отмечалось снижение выраженности уровня тревоги и депрессии и наступление беременностей в 46%.

В ходе лечения методом арттерапии у 58 женщин, которая включала работу с чувством беспомощности, фобиями, поиска ресурсного состояния, принятие нового образа «Я» после лечения, беременность наступила в 37%. Кроме того, проводились групповые занятия с использованием методов релаксации, управления психическими образами и управление стрессовой ситуацией. Было выявлено значительное улучшение в состоянии эмоционального статуса и активности естественных клеток-киллеров (49,7% после психотерапии снизилось до 36,1%) и увеличение коэффициента беременности (41% против 12,6%) в группе психотерапии по сравнению с группой инфертильных женщин, не посещавших психотерапию. Аналогичным образом, Купка и др. сделали выводы о важности психологического консультирования с целью снятия напряжения во время лечения от бесплодия, несмотря на то, что их исследование не показывает статистической значимости данного воздействия.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают взаимосвязь между психическим состоянием и наступлением беременности у женщин, страдающих бесплодием. Психотерапевтическая коррекция увеличивает возможность наступления желанной беременности в 46% случаев.

## **ЛОКАЛЬНЫЙ ПЕРЕКИСНЫЙ СТАТУС ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ**

**Хышиктув Б.С., Каюков В.А., Каюкова Е.В., Терешков П.П.**  
*Россия, Чита, ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, областной онкологический диспансер*

В структуре онкологической заболеваемости среди женщин рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест, несмотря на определенные успехи в профилактике, диагностике и лечении данной патологии. В Читинской области за последние 10 лет заболеваемость злокачественными новообразованиями шейки матки возросла практически в 4 раза (с 9,8 до 39,2 на 100 тыс. населения), хотя в целом по России этот показатель имеет тенденцию к снижению.

Учитывая существенную роль в онкогенезе дисбаланса в системе «свободные радикалы – антиоксиданты», а также наличия многих факторов, провоцирующих развитие окислительного стресса в условиях Забайкалья, нами был изучен перекисный статус ткани шейки матки у женщин с ее опухолевыми поражениями.

С этой целью обследовано 26 женщин без видимых признаков атипичии шейки матки и выраженных воспалительных изменений в возрасте от 20 до 56 лет, которые составили контрольную группу. В

1-ую группу вошли пациентки в возрасте 25-59 лет с предраковыми заболеваниями шейки матки: лейкоплакией – 7 человек, дисплазией 2 степени – 9 человек и псевдоэрозией – 6 человек. 2 группу составили женщины в возрасте от 24 до 59 лет с РШМ: IA стадии – 15 человек и IB стадии – 13 человек. Были исследованы образцы тканей шейки матки, взятые при биопсии или оперативном лечении. Ткани, полученные у женщин 1 группы, были разделены на 2 кусочка (с очагом поражения и без видимых изменений) при гистологическом контроле; а у пациенток с РШМ – на 3 кусочка: с очагом поражения, пограничный участок и без изменений. Образцы замораживались в жидком азоте, затем гомогенизировались в физиологическом растворе, центрифугировались при 3000 об/мин и в супернатанте изучались следующие показатели: параметры хемилюминесценции (h, , H), уровень ТБК-активных продуктов и оснований Шиффа, общая антиокислительная активность, а также скорости супероксиддисмутазной, каталазной реакции, активности глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатионредуктазы (ГР). Результаты обработаны методом вариационной статистики с определением различий по критерию Стьюдента.

Установлено, что наибольшая интенсификация свободнорадикальных процессов происходит при РШМ в ткани на границе «опухоль – неизмененная ткань». Так, показатель хемилюминесценции h, отражающий уровень преобразованных гидропероксидов липидов, возрастал на 95,5% ( $p < 0.001$ ), 72,0% ( $p < 0.01$ ) и 37,8% ( $p < 0.05$ ) соответственно по сравнению с контролем, участками ткани с локусом поражения и неизмененной тканью у больных с предраковыми заболеваниями шейки матки. Характерно то, что этот параметр в других образцах ткани при РШМ оставался на уровне контрольных значений. Подобная картина сдвигов наблюдалась и для максимальной интенсивности (H) перекисного окисления липидов (ПОЛ). Напротив, эндогенный антиоксидантный потенциал ( ) по данным хемилюминесценции был самым минимальным в пограничных участках РШМ, тогда как в других образцах ткани у женщин с РШМ и предраковыми заболеваниями был умеренно снижен по сравнению с контрольной группой.

Результаты хемилюминесцентного анализа в отношении продуктов ПОЛ подтверждают и изменения уровня ТБК-активных веществ и оснований Шиффа, цифры которых при РШМ в ткани на границе «опухоль – неизмененная ткань» в 2,4 и 1,4 раза соответственно превышали таковые в контроле. Содержание промежуточных интермедиатов липопероксидации в видимо здоровом участке шейки матки у женщин с предраковыми заболеваниями было значительно выше (на 50,8%; ( $p < 0.01$ )) в аналогичном участке при РШМ, где их величины не отличались от контрольных. В свою очередь концентрация конечных продуктов ПОЛ у лиц 1 и 2 группы (за исключением пограничного участка) существенно не отличалась от контроля.

Общая антиокислительная активность была снижена во всех образцах ткани при злокачественном процессе, но наибольший дефицит радикальных ингибиторов регистрировался в пограничных участках, составляя 44,3% ( $p < 0.001$ ), 78,8% ( $p < 0.05$ ) и 66,2% ( $p < 0.01$ ) соответственно от контроля, очага поражения и видимо здоровой ткани. У женщин 1 группы этот показатель был достоверно ниже контроля только в неизмененной ткани, однако превышал таковой во всех образцах при РШМ. Скорости супероксиддисмутазной и каталазной реакций в обеих группах были приблизительно в одинаковой степени подавлены во всех исследуемых образцах. Несколько иным образом выглядели сдвиги в системе «ГПО – ГР». Более чем в 2 раза была снижена активность первой при РШМ во всех участках, в несколько меньшей степени уменьшение величин ГПО было характерным для очага поражения при предраковых заболеваниях и минимальная активность этого энзима регистрировалась в неизмененной ткани у данных пациентов. Аналогичная направленность изменений как в 1, так и во 2 группе наблюдалась и со стороны глутатионредуктазы, но они были выражены в меньшей степени.

Таким образом, изменения локального перекисного статуса присутствуют при всех опухолевых поражениях шейки матки, в большей степени интенсификация свободнорадикальных процессов на фоне подавления антиоксидантного потенциала характерна для

злокачественных новообразований. Вероятно, при доброкачественных опухолях системы репарации окислительных повреждений генетического аппарата клетки работают достаточно адекватно, то на начальных стадиях канцерогенеза они становятся неэффективными, что является одной из причин высокого уровня раковой прогрессии. Наиболее точно и в некоторой мере специфично отражают степень перекисного дисбаланса показатели хемилюминесценции, а также изменения активности глутатионпероксидазы.

## ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

**Чацкис Е.М., Иожефсон С. А.**

*Россия, г. Чита, Областной Диагностический Центр*

Применение пункционных методов лечения кистозных образований малого таза под контролем ультразвукового сканирования у женщин в последние годы достаточно освещается в печатных изданиях.

В собственных наблюдениях на базе Отдела Ультразвуковой диагностики Читинского Областного Диагностического Центра произведено 176 пункции кист яичников у 173 женщин (в трех случаях двусторонне). Большинство пункций проведено под контролем трансвагинального сканирования – 168, а при высоком расположении образования использовали доступ через переднюю брюшную у 8 пациенток. Размеры кистозных образований малого таза варьировали от 4 до 12 см. Содержимое всех образований обследовали в патоморфологической лаборатории – проводился цитологический анализ. С целью лечения и предупреждения рецидива с определенной экспозицией в полость образования вводили склерозирующий раствор (3% раствор йода, 96% раствор этилового спирта) и/или раствор антибактериальных препаратов.

В трех случаях проведено дренирование образований. У 14 пациенток проведена повторная пункция рецидива того же образования. Рецидив кист яичников в том же объеме, что и до вмешательства наблюдался у 27. Следует отметить, что чем больше величина кист, тем выше риск рецидива. Отсутствие рецидива образования в период до двух лет наблюдалось у 133 пациенток.

В абсолютном большинстве случаев манипуляции прошли без осложнений. В последствии пациенткам назначена консервативная терапия с учётом цитологического исследования.

Пункционное лечение было эффективным методом лечения при фолликулярных кистах, серозоцеле и параовариальных кистах, что позволило избежать оперативного вмешательства. При эндометриоидных кистах стойкого лечебного эффекта не было. Осложнений после пункционных вмешательств, описанных в литературе, отмечено не было.

Таким образом, проведение пункций кистозных образований малого таза наряду с традиционными методами их лечения в большинстве случаев дает стойкий положительный результат, что позволяет снизить объем оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста.

## АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С НЕТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ

**Чевычалова Е.В., Коваль Е.Ю., Меленюк И.Г.,  
Плеханова Л.С., Тишкова З.Т., Сазонова И.А., Маркина Л.А.**

*Россия, г. Новокузнецк, МЛПУ ГКБ № 1*

Воспалительные заболевания придатков органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени остаются одной из важнейших проблем. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), спо-

способны вызывать восходящие воспалительные процессы в урогенитальном тракте, обуславливающие нарушение репродуктивной функции, что кроме медицинской определяет и социальную значимость проблемы. В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы являются наиболее распространенной патологией [Кира Е.Ф., 2002]. ВЗОМТ у пациенток, находившихся на лечении в отделении неоперативной гинекологии, составляют 66-70 % случаев. Наиболее частыми причинами в структуре ВЗОМТ являются инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и, как правило, обусловлены микст-инфекцией.

Целью настоящего исследования было провести анализ обследования больных с нетипичной клинической картиной ВЗОМТ.

Материалы и методы исследования

Обследование проводилось в условиях гинекологического отделения №2 МЛПУ ГКБ №1 г. Новокузнецка, за период 2006 года. За это время нами была пролечена 551 пациентка с воспалительными процессами, из которых 42 (7,6 %) были госпитализированы с ВЗОМТ с нетипичной клинической картиной. Средний возраст этих пациенток составил: до 20 лет – 8 (19,1%), с 20 до 30 лет – 15 (35,7%), с 30 до 40 лет – 10 (23,8%), более 40 лет – 9 (21,4%). Обращает на себя внимание тот факт, что пациенток в возрасте до 30 лет было значимо больше – 54,8 %, из которых 70% – с нерезализованной репродуктивной функцией. Дебют половой жизни состоялся в этой группе женщин в возрасте 19 лет ( $\pm 2$  года). В браке состояло 24 (58,1 %) женщин. Тяжелой соматической патологии у пролеченных женщин не выявлено.

Диагностика ИППП в условиях отделения проводилась на кафедре клинической лаборатории Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, включала в себя методы диагностики:

- культуральные методы (выделение возбудителя на культуре клеток СДС-199);

- молекулярно-биологический метод – ПЦР (полимеразная цепная реакция), в основе которого лежит многократное увеличение числа копий специфического участка ДНК (так называемая направленная амплификация ДНК), позволяет определять антигены возбудителя непосредственно в клиническом материале;

- иммунологические методы (выявление антигенов и антител к антигенам возбудителей иммуноферментным анализом);

- морфологические методы: выявление морфологических структур возбудителей с помощью окраски препаратов по Романовскому-Гимзе, Грамму.

За последнее время отмечаются существенные изменения в клинической картине воспалительных заболеваний органов малого таза. На момент обращения в стационар основной жалобой пациенток было – наличие болевого синдрома в гипогастральной области, без четкой локализации. Повышение температуры: у 7 (16,6 %) пациенток отмечен подъем до 38-39°C, у 13 (31,0 %) – 37,1-37,2°C, у остальных 22 (52,4 %) пациенток температура тела не повышалась. В этой группе женщин изменения в клиническом анализе крови (увеличение количества лейкоцитов) отмечено лишь в 14,3%, в остальных случаях этот показатель не превышал значений физиологической нормы. При вагинальном исследовании наблюдалось отсутствие выраженных воспалительных изменений матки и придатков. Всем больным проводилось исследование мазков из вагинального и цервикального отделов вышеописанными методами с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам. В структуре возбудителей основными являются анаэробно-аэробные микроорганизмы – до 60 %, хламидии и другие внутриклеточные микроорганизмы – 25-30 %, микоплазмы – до 15 %.

По выявленным возбудителям в группе пролеченных женщин наблюдается следующая картина: хламидии у 9 женщин, что составило 21,4%; микоплазмы у 7 женщин – 16,7%; уреаплазмы у 6 женщин – 14,3%; гарднереллы у 1 – 2,4%; Микст-инфекция у 19 – 45,2%. Специфических возбудителей у данных больных обнаружено не было.

Таким образом, проведенный анализ наблюдений женщин с ВЗОМТ, у которых имеется нетипичная клиническая картина, позволяет говорить о том, что этиологическая структура воспалительных заболеваний многообразна и, как правило, возбудителем воспаления является не один воспалительный агент, а несколько.

Микст-инфекция является серьезной проблемой в гинекологической практике, т.к. клиническая картина данной патологии протекает нетипично и патогенность каждого из возбудителей увеличивается, все это диктует необходимость поиска новых методов диагностики и терапии, позволяющих оценить тяжесть воспалительного процесса и восстановить нарушенные функции систем, вовлеченных в процесс.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПЕРОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «МАРВЕЛОН» В ПРОЛОНГИРОВАННОМ РЕЖИМЕ** **Чернышева Е.С., Прилепская В.Н.**

*Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

В настоящее время комбинированные пероральные контрацептивы являются наиболее распространенным обратимым методом контрацепции. Однако, побочные эффекты являются самой распространенной причиной прекращения приема пероральных контрацептивов на сегодняшний день и наиболее часто встречаются в первые месяцы их применения. К наиболее часто встречаемым побочным эффектам относятся тошнота/рвота, нагрубание молочных желез, отечность, головная боль, кровотечения «прорыва», «мажущие» кровянистые выделения и колебания настроения. В последние годы установлено, что в большинстве случаев эти побочные реакции проявляются в свободный от приема семидневный интервал (Sulak и соавт., 2000) и не связаны с дозой и составом пероральных контрацептивов.

Применение схем с продленным циклом, предусматривающих прием пероральных контрацептивов в течение трех или шести месяцев с последующим интервалом отмены гормонов продолжительностью семь дней позволяют уменьшить частоту менструаций и жалоб, связанных с менструальным циклом. Отсрочка кровотечения отмены может также снизить или устранить патологические изменения, связанные с менструацией, например, гиперменорею и дисменорею

Цель исследования: оценка контрацептивной эффективности и приемлемости комбинированного перорального контрацептива «Марвелон» в пролонгированном режиме (63 дня приема с последующим 7 дневным перерывом) у женщин репродуктивного возраста, в сравнении со стандартным режимом (21 день приема с последующим 7 дневным перерывом)

Материал и методы исследования: в исследование было включено 58 женщин в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст 27,5 $\pm$ 5,6 лет) не имевших противопоказаний к назначению гормональной контрацепции. Период наблюдения составил 6 месяцев. Пациенткам проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование, все пациентки вели менструальные календари. До начала исследования и по его окончании все женщины отвечали на вопросы анкеты относительно контрацептивного анамнеза, удобства и степени удовлетворенности пролонгированным режимом приема «Марвелона», а также относительно возникавших побочных реакций. По данным контрацептивного анамнеза 23 (40,3%) женщин ранее, использовали различные оральные контрацептивы, 3 (5,2%) женщины применяли ВМС, 24 (42,1%) женщин использовали презерватив, остальные пациентки 7 (12,2%) использовали физиологический календарный метод. По результатам опросов 35 (63%) ранее при приеме контрацептивов отмечали различные побочные действия, наиболее часто проявлявшиеся в 7-дневный интервал отмены приема контрацептива.

Пациентки были разделены на 2 группы, в I группу (пролонгированный режим 63 дня приема, с последующим 7 дневным перерывом) вошли 37 пациенток, во II группу (стандартный режим приема) вошла 21 пациентка.

Результаты: «Марвелон» является эффективным методом контрацепции – за период наблюдения случаев наступления беременности зарегистрировано не было.

В обеих группах у большинства пациенток 55 (94,7%) отмечались регулярные менструальноподобные реакции в период 7 дневного перерыва в приеме препарата, межменструальные мажущие кровянистые выделения наблюдались в I группе у 16 (43,2%) женщин на протяжении первых 3-4 месяцев контрацепции, с последующим снижением до 3(5,1%) и ни в одном случае не явились причиной отказа от дальнейшего использования пролонгированного режима. Во II группе межменструальные мажущие кровянистые выделения встречались у 2 (9,5%).

Частота встречаемости головной боли при приеме препарата в II группе, особенно в период 7 дневного перерыва составила 14,2%, в то время как в I группе частота составила 8,1%. Болезненность и нагрубание молочных желез во II группе составила 23,8% с последующим снижением до 19,04%, в то время как, в I группе данный показатель составил 13,5% с последующим снижением до 5,1%. Наиболее выраженными, данные жалобы были во II группе в период 7 дневного перерыва в приеме препарата.

По окончании 6-месячного периода наблюдения 38 (66,6%) женщин дали положительную оценку пролонгированному режиму приема комбинированного перорального контрацептива. Всего за период наблюдения от использования пролонгированного режима отказалось только 3 пациентки (8,1%): 1 (2,7%) по причине межменструальных мажущих кровянистых выделений, 2 (5,4%) в связи с планированием беременности,

По результатам анкетирования большинство пациенток II группы отмечали снижение частоты возникновения побочных реакции в 7 дневный период отмены препарата при использовании пролонгированного режима приема: 34 (91,8%) женщин предпочли продолжить прием комбинированного перорального контрацептива в пролонгированном режиме

Выводы: пролонгированный режим приема комбинированного перорального контрацептива (63 дня приема с последующим 7 дневным перерывом), в сравнении со стандартным режимом, является более современным методом применения гормональной контрацепции позволяющем снизить число побочных реакций, проявляющихся при стандартном режиме приема комбинированных пероральных контрацептивов, особенно в 7-дневный интервал отмены препарата. Основной проблемой при применении пролонгированного режима являются межменструальные мажущие кровянистые выделения, наблюдающиеся в первые 3-4 месяца приема препарата, однако при продолжении применения пролонгированного режима приема пероральных комбинированных контрацептивов и своевременном консультировании пациенток данный побочный эффект сводится к минимуму, и не является причиной отказа от дальнейшего использования данной схемы.

## **ЭЛЕВАТОР ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ – РЕШЕНИЕ ОДНОГО ИЗ ВОПРОСОВ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ**

**Чернявский И.Я., Чернявская О.В., Чернявская Г.И.,**  
*Россия, Томск, ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМ; Сибирский Государственный медицинский университет*

С целью изменения положения матки в малом тазу могут быть применены специальные маточные манипуляторы, используемые как при эндоскопических операциях, так и при миолапаротомном доступе. Обязательным условием при работе с ними является введение в полость матки направляющего стержня, только после этого становится возможным совершать смещения матки в области малого таза. Установка манипуляторов возможна лишь при строгом визуальном контроле положения шейки матки и обязательного учета расположения ее тела. Необходимым условием при работе с ними является обнажение шейки матки в зеркалах и фиксация

ее пулевыми щипцами с последующим зондированием полости матки. Известно, что внутриматочные манипуляции сопряжены с повреждением целостности слизистой цервикального канала шейки и полости матки и риском их инфицирования. Помимо этого при установке манипуляторов требуется выполнить травматичную процедуру расширения цервикального канала и введения рабочей части манипулятора в полость матки, что при неправильных ее положениях может привести к повреждению стенки органа. Область применения манипуляторов также ограничена из-за невозможности их использования в раннем послеродовом и послеродовом периодах и при рубцовых деформациях шейки матки, а также при беременности.

Новая техническая задача – повышение удобства проведения манипуляции, снижение числа осложнений и расширение области применения решается с помощью созданного нами элеватора внутренних половых органов, на который получен патент РФ.

Элеватор внутренних половых органов состоит из рукоятки и рабочей части. Рабочая часть выполнена в форме равнобедренного треугольника с закругленным основанием и имеет в центре отверстие по форме повторяющее форму рабочей части. Верхняя поверхность рукоятки является ребристой и в области перехода к рабочей части снабжена ориентированным вверх крючком. Дистальный фрагмент рабочей части, составляющий 2/3 от ее общей длины, изогнут в горизонтальной плоскости соответственно крестцовой кривизне.

Элеватор используют следующим образом. Осуществляют введение рабочей части элеватора в просвет влагалища, совершая поступательно-вращательное движение рукояткой по окончании которого крючок рукоятки устанавливается вертикально вверх, при этом кривизна рабочей части элеватора устанавливается соответственно крестцовой кривизне. В процессе введения рабочей части осуществляется захват шейки матки таким образом, что первоначально шейка оказывается в наиболее расширенной части отверстия дистального его фрагмента, а затем, по мере дальнейшего введения элеватора, оказывается атравматично фиксированной в области его вершины, поскольку отверстие имеет треугольную форму. После этого с помощью рукоятки выполняют необходимые манипуляции, изменяющие положение матки и ее придатков в малом тазу, позволяющие сместить их в направлении передней брюшной стенки. Это также уменьшает травматизм оперативных вмешательств, поскольку они выполняются при меньшем по величине разрезе передней брюшной стенки, а при использовании лапароскопического доступа для проведения ДХС позволяет ограничиться введением только одного манипуляционного троакара. По мере извлечения его рабочей части прекращение фиксации шейки матки и ее освобождение происходят спонтанно. Атравматичная фиксация шейки матки позволяет использовать элеватор в послеродовом и послеродовых периодах при наличии зияния шейки матки, а также при проведении оперативных вмешательств на матке и ее придатках на фоне беременности. Конструктивные особенности элеватора (наличие кривизны и плоская форма с закругленными краями рабочей части с отверстием по центру треугольной формы) позволяют устанавливать его в просвете влагалища без дополнительного визуального контроля («вслепую») без риска повреждения окружающих органов и тканей. При этом элеватор с успехом может применяться при неправильных положениях матки в малом тазу.

Элеватор внутренних половых органов был с успехом использован нами при проведении 345 лапароскопических и миолапаротомных операций. Осложнений при работе с ним не отмечено.

Таким образом, разработанный нами элеватор внутренних половых органов позволяет изменять положение внутренних половых органов, полностью исключая возможность их травматического повреждения, проводимые манипуляции являются простыми безопасными и надежными.



# СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С РАЗВИТИЕМ АНЕМИИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

Чубченко С.В., Сотникова Л.С., Корнетов А.Н.,  
Евтушенко И.Д., Болотова В.П., Суродеева М.А.

Россия, Томск, Сибирский государственный медицинский университет, Городской центр планирования семьи

Маточные кровотечения пубертатного периода (МК ПП) в структуре гинекологической патологии подростков занимают I место (10-37%). Важную роль в этиологии МК ПП играют нарушения функционального состояния ЦНС и её вегетативного отдела, весьма чувствительного к психической травме, отрицательным эмоциям, физическому и умственному переутомлению. С другой стороны, подростковый возраст характеризуется высокой частотой вегетативных дистоний с различным полиморфизмом психоэмоциональных, неврологических и соматовисцеральных проявлений. Основным осложнением МК ПП является развитие хронической постгеморрагической железодефицитной анемии (ЖДА), которая обуславливает тяжёлое состояние ребёнка, требует оказания экстренной медицинской помощи и дальнейшего длительного лечения. Учитывая доказанное наличие прямого и опосредованного регулирующего влияния ВНС на процессы пролиферации и дифференцировки клеток-предшественников гемопоэза, представляет интерес анализ состояния вегетативного тонуса и психосоциального статуса у пациенток с анемией вследствие МК ПП.

Цель работы – оценка состояния вегетативной нервной системы и показателей психодиагностического обследования пациенток с железодефицитной анемией тяжёлой степени вследствие маточных кровотечений пубертатного периода.

Объектом исследования явились 90 девушек-подростков. Основную группу составили 60 пациенток с МК ПП, осложнённых развитием анемии тяжёлой степени. Контрольную группу - 30 практически здоровых девушек, сопоставимых с основной группой по возрасту, без нарушения менструального цикла. Критериями отбора в основную группу были: возраст от 13 до 18 лет; наличие ЖДА тяжёлой степени (гемоглобин менее 70 г/л); компенсированное состояние пациентки; отсутствие необходимости экстренной гемотрансфузии; отсутствие активного маточного кровотечения; приём половых стероидов с целью профилактики рецидива кровотечения.

Для выявления признаков вегетативных нарушений у пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода и лиц контрольной группы применялась «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» (Вейн А.М., 2003). Для оценки вегетативного тонуса использовали расчёт вегетативного индекса Кердо (1957). Анализ состояния ВНС (степени влияния её симпатического или парасимпатического отделов) производили методом кардиоинтервалографии с помощью программного аппаратного диагностического комплекса - кардиоанализатор «Анкар-131» (Россия). С помощью кардиоинтервалографии (КИГ) оценивали состояние симпатической нервной системы (по амплитуде моды), парасимпатической нервной системы (по значению дисперсии или вариационному размаху), напряжение и централизацию регуляторных механизмов ВНС (по индексу напряжения), реактивность ВНС, уровень воздействия гуморальных факторов на состояние ВНС. Исследование психоэмоционального состояния подростков проводили адаптированными к их возрасту методиками. Диагностика психологического статуса проводилась с целью определения риска развития «психосоматического» заболевания. Использовали «Шкалу социальной адаптации» (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967), личностный опросник Бехтеревского института, направленный на определение личностной реакции на болезнь (ЛОБИ), клиническую шкалу самоочёта SCL-90

(Derogatis, Rickels & Rock, 1976) для оценки интенсивности психологического дистресса. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Анализ клинического материала показал, что средний возраст пациенток с МК ПП в исследовании составил 14,4±0,3 года. Средний возраст появления менархе был 13,2±0,2 года. У 42% (63) девушек менструальный цикл до момента кровотечения был регулярным в течение 1-2 лет, через 28±2 дня по 4±1 дня. У 58% (87) девушек цикл к моменту кровотечения не установился. Менструации были нерегулярными, через 2-3 месяца по 6±1 день. На момент обследования 18% (27) пациенток имели полименорею, 23% (34) - гиперменорею и 59% (89) - гиперполименорею. Длительность кровотечения варьировала от 14 до 46 дней (в среднем 18±2 дня). Циклические кровотечения наблюдались у 46% (69) больных, ациклические – у 54% (81).

У пациенток с МК ПП средний балл по «Шкале социальной адаптации» составил 182±70. Из них у 84% зарегистрирован результат по шкале более 150 баллов, что означает увеличение вероятности возникновения у них какого-либо соматического заболевания на 50%. В контрольной группе средний балл был 116±42. Результаты обследования девушек с использованием шкалы SCL-90 позволили выявить превышение нормативных значений по основным шкалам у 93% пациенток с МК ПП. Выявлены статистически различающиеся с показателями условной нормы значения по всем шкалам опросника. Наиболее высокие средние значения в выборке получены по шкалам: межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), соматизации (SOM), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOV), а общий индекс тяжести симптомов (GSI) составил 1 (в контроле – 0,51). Анализ данных, полученных с помощью опросника ЛОБИ, показал, что среди пациенток с МК ПП преобладают такие типы отношения к болезни как, сенситивный (43%), неврастенический (37%) и сенситивно-неврастенический (20%). Девушки характеризовались как «замкнутые, трудно идущие на контакт с доктором и близкими, переживающими свою проблему внутри себя с высоким уровнем тревоги и страха за будущую репродуктивную функцию». При использовании скрининг-диагностики и количественной (балльной) оценки наличия синдрома вегетативной дистонии (СВД) выраженность вегетативных расстройств была высокой у больных с маточным кровотечением (средний балл при МК ПП – 36, в контрольной группе – 18). При оценке показателей вегетативного индекса КЕРДО в группе МК ПП пациенток с повышенным симпатическим тонусом – 66%, с повышенным парасимпатическим тонусом выявлено 28% больных и с нормотонией – 16%. В контрольной группе 74% имело нормотонию, 10% - гиперпарасимпатикотонию и 6% - гиперсимпатикотонию. Показатели КИГ в контрольной группе соответствовали нормотоническому типу кривой распределения интервалов R-R. Индекс напряжения отражал сбалансированное состояние центрального и автономного механизмов регуляции сердечного ритма, а значения вегетативного показателя ритма и индекса вегетативной регуляции указывали на относительное равновесие между активностью симпатического и парасимпатического отделов ВНС. Параметры ритмограммы у пациенток с МК ПП имели существенные отличия от данных, полученных в контрольной группе. При анализе КИГ у пациенток с МК ПП выявлено, что показатель ВР был достоверно низким по сравнению с контролем, что свидетельствует о снижении степени влияния парасимпатического отдела ВНС, а показатель ВегР повысился, что доказывает большую степень влияния симпатического отдела ВНС. Показатели ритма сердца у пациенток с МК ПП также указывают на повышение симпатического звена регуляции с параллельным снижением вагусных влияний: сдвиг спектра интервалов R-R в сторону меньших значений, снижение вариационного размаха, повышение амплитуды моды, индекса вегетативной регуляции и вегетативного показателя ритма.

Таким образом, для пациенток с железодефицитной анемией тяжёлой степени вследствие маточных кровотечений пубертатного периода характерен повышенный тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы и выраженные нарушения показателей психосоциального статуса.

# ТЕПЛОВИЗИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Чунихина Е.В., Давидян Л.Ю., Мелехина Е.В.

Кафедра последипломного образования и семейной медицины  
Ульяновского государственного университета  
Центральная городская клиническая больница №1, г. Ульяновск

Температура - самое универсальное отражение жизнедеятельности человека. Практически при всех заболеваниях измерение температуры является самым первым симптомом, указывающим нам на болезнь. Температура, в физическом смысле этого слова, это мощность инфракрасного излучения, исходящего из ткани. Лазерная термография является уникальным бесконтактным методом, позволяющим в реальном масштабе времени и с топографической точностью регистрировать физиологические изменения и метаболические процессы, протекающие в организме. В его основе лежит применение далекого инфракрасного излучения, которое проникает на глубину около 3мм, не вызывает деструктивных или каких-либо иных изменений в тканях.

В настоящее время тепловидение прочно завоевало место во многих областях медицины, но шейка матки и по сей день остается термографически недостаточно изученной. Мы провели ее исследование. Для визуализации распределения температуры по поверхности шейки матки использовалась пирометрическая установка (на базе радиационного пирометра «Raytek МХ4», Германия), совмещенная с кольпоскопом и компьютером. Анализ температурной реакции проводился по специально составленной программе, ориентированной на измерение в десяти точках, расположенных по окружности шейки матки и вблизи цервикального канала.

С целью определения границ патологических изменений эктоцервикса проведена оценка температурной реакции шейки матки у 154 женщин в сопоставлении с их кольпоскопической картиной. У всех женщин менструальный цикл был сохранен. В период обследования женщины не получали гормональных или иных лекарственных средств.

Пациентки были разделены на 2 группы. Основная - 84 обследуемых с железистой и железисто-кистозной эктопией, контрольная - 70 женщин без патологии эктоцервикса. Возраст обследуемых женщин в среднем составил  $28,4 \pm 3,2$  и  $26,8 \pm 3,4$  года соответственно.

Необходимо отметить, что у здоровых женщин контрольной группы распределение температурных зон неоднородно. Средняя температура по передней губе шейки матки составляет  $35,53 \pm 0,1-3^\circ\text{C}$ , по нижнему полюсу задней губы -  $33,83 \pm 0,12^\circ\text{C}$ . Была выявлена разница температур на 12 и 6 часах, составляющая  $1,88 \pm 0,04^\circ\text{C}$ ; на 3 и 9 часах -  $1,21 \pm 0,02^\circ\text{C}$ ; на передней и задней губах -  $0,73 \pm 0,02^\circ\text{C}$ .

Отметилось повышение температуры эктоцервикса у пациенток с железистой и железисто-кистозной псевдоэрозией шейки матки: по передней губе шейки матки на  $0,8 \pm 0,02^\circ\text{C}$ , задней губы на  $0,9 \pm 0,02^\circ\text{C}$  по сравнению с контрольной группой. Разность температур на 12 и 6 часах составила  $1,3 \pm 0,03^\circ\text{C}$ , на 3 и 9 -  $1,07 \pm 0,02^\circ\text{C}$ . Средняя температура верхнего полюса составила  $35,56 \pm 0,03^\circ\text{C}$ , что не имело достоверных различий с контролем. Температура нижнего полюса шейки матки составила  $34,29 \pm 0,03^\circ\text{C}$ , что почти на  $1^\circ\text{C}$  выше, чем в контрольной группе. Следует отметить, что разницы температуры на поверхности шейки матки в зависимости от фазы менструального цикла выявлено не было.

Итак, тепловизионная диагностика дает нам температурный «портрет» эктоцервикса, на основании которого мы можем сделать заключение о его структуре, функции, а так же о степени распространенности патологического процесса. При заболеваниях шейки матки достоверно меняется ее температурная реакция, что возможно связано с изменениями микроциркуляции или метаболизма в тканях. Нужно отметить, что степень и характер патологических изменений не всегда совпадает с кольпоскопической картиной. В данных случаях тепловизионная диагностика может быть информативным методом исследования, позволяющим определить границы патологического очага для последующего морфологического исследования.

Тем не менее, использование метода лазерной термографии требует дальнейшего изучения и адаптации к практической деятельности врача.

# ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНОГО РАЗВИТИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРЕМЕНОПАУЗЕ

Шаркова С.М.

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ

Гиперпластические процессы эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой существенно увеличивается к периоду возрастных гормональных перестроек в перименопаузальном возрасте. Имея неодинаковую степень развития, гиперпластические процессы нередко становятся благоприятным фоном для возникновения предрака, а затем и рака эндометрия.

В связи с известной зависимостью физиологической трансформации эндометрия от состояния гормональной регуляции, назначение гормональных препаратов для профилактики развития и лечения гиперпластических процессов эндометрия (ПГЭ) в перименопаузальном периоде считается патогенетически обоснованным.

Выбор метода профилактики и лечения патологии эндометрия осуществляется не только с учетом органосохраняющего направления в современной медицине, с учетом клинко-anamnestических данных, сопутствующей соматической патологии, наличия противопоказаний к проведению традиционной гормонотерапии, но и нередко с учетом наличия отрицательного отношения пациенток к приему гормональных препаратов, что обуславливает необходимость применения фитопрепаратов, подобных гормонам, обладающим гормономиметическим действием.

Целью данного исследования являлось сравнение анализа результатов воздействия на гиперплазированный эндометрий гормональных препаратов (дюфастон, ЛРС «Мирена») и фитогормона (Натурального прогестерона растительного происхождения, «Wild Yam»).

В исследование были включены 105 женщин в возрасте перименопаузы. Средний возраст женщин составил  $45,08 \pm 2,22$ , в возрастном диапазоне 42 - 47 лет. В процессе клинко-лабораторных обследований I группу составили 40 женщин с железистой гиперплазией эндометрия, в сочетании с миомой матки малых размеров и аденомиозом, имеющим противопоказания к системной гормонотерапии, соматически неотягощенные которым была введена ЛРС «Мирена» в полость матки на 3-6-12 месяцев.

Во II группу были включены 35 больных, не имеющих противопоказаний к применению системной гормонотерапии с наличием железисто-кистозной гиперплазии эндометрия в сочетании с миомой матки малых размеров и аденомиозом, принимавших дюфастон по 10 мг. 2 раза в сутки, в циклическом режиме в течение 3-6-12 месяцев, с 16 по 25 день менструального цикла.

К III группе были отнесены 30 женщин с наличием железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия без сочетания миомы матки и аденомиоза, с наличием противопоказаний к применению системной гормонотерапии, а также с отрицательным отношением и психоэмоциональным барьером к приему гормональных препаратов. В данной группе женщин принимался фитогормон (натуральный прогестерон растительного происхождения «Wild Yam») по 1к. 2 раза в сутки с 16 по 25 день менструального цикла в течение 3-6-12 месяцев.

Оценка эффективности применения гестагенсодержащих препаратов и фитогормона при лечении и профилактики развития гиперпластических процессов эндометрия определялась на основании данных об отсутствии патологических изменений в эндометрии, об изменении размеров матки и миоматозных узлов, полученных при динамическом УЗИ наблюдении, а также с учетом динамики клинических симптомов заболевания и оценки гистологических результатов полученных биоптатов.

В начале исследования всем пациенткам было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование, включающее

оценку гинекологического статуса. С целью определения размеров матки, состояния слизистой оболочки матки, наличия или отсутствия миоматозных узлов, аденомиоза с уточнением их локализации и особенностью эхографической структуры, всем пациенткам было проведено динамическое УЗ сканирование органов малого таза.

При обнаружении у пациенток патологических процессов эндометрия проводилось РДВ слизистой матки с последующим гистологическим исследованием, а в случае рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия на фоне приема гормональных препаратов, проводилось также и иммуногистохимическое исследование материала.

В результате проведенной работы была выявлена тенденция к более позднему наступлению менархе. Начало менструации у 80 больных (76,19%) приходилось на возрастной период, соответствующий 10-14 годам. В 15 случаях (14,29%) менархе наступило в период от 14 до 16 лет. В большинстве случаев становление менструальной функции в среднем завершилось в пределах первого года.

В группах исследуемых женщин продолжительность менструального цикла варьировала от 21 до 35 дней. В 61 случае (58,1%) наблюдался регулярный менструальный цикл, овуляторного характера и у 44 женщин (41,9%) были нерегулярные менструации.

В проведенном исследовании наиболее показательными жалобами, предъявляемыми пациентками, было нарушение менструальной функции, характеризующейся появлением обильных и длительных менструаций и изменением характера менструаций по типу менометроррагии.

У пациенток I, II, III групп была выражена клиническая симптоматика связанная с наличием болевых ощущений тянущего характера внизу живота и в поясничной области у 8 пациенток (20%) I группы, 5 пациенток (14,29%) II группы и 3 обследованных (10%) из 3-й группы. Частота выявления вышеописанного болевого синдрома составила 44,29% случаев на все наблюдения.

После применения гормональных препаратов и фитогормона во всех представленных группах объем менструальной кровопотери сокращался с первого месяца их применения и в большинстве случаев менструальное кровотечение на фоне применения ЛРС было представлено скудными или мажущими кровянистыми выделениями, а на фоне применения дюфастона и фитогормона менструальное кровотечение было умеренного характера.

У пациенток I группы наиболее частыми побочными эффектами явились межменструальные кровянистые выделения и аменорея.

Пациентки II группы отмечали на фоне лечения гиперпластических процессов эндометрия (железистой и железисто-кистозной гиперплазии) межменструальные кровянистые выделения, мажущего и скудного характера, у них было выявлено повторное возникновение заболевания в 11,4% случаев.

В III группе при регулярном осмотре и динамическом ультразвуковом исследовании отмечено также появление рецидива гиперплазии эндометрия в 13,3% случаев. Был проведен гистологический и иммуногистохимический анализ, в результате которого обнаружено недостаточное количество рецепторов к эстрогенам и прогестерону у данного контингента больных, вследствие чего лечение дидрогестероном (дюфастоном) и фитогормоном "Wild Yam" оказалось не эффективным.

В отличие от I группы наблюдаемых, во II и III группе больных морфологическая картина эндометрия указывала на наличие влияний гестагенного компонента, что проявлялось секреторными преобразованиями в эндометрии, а в I группе пациенток – отмечалась гипоплазия и атрофия эндометрия, что связано с выделением на местном уровне высокой концентрации левоноргестрела.

Таким образом, лечение гиперпластических процессов эндометрия и профилактика развития предрака эндометрия у женщин перименопаузального возраста сводится к индивидуальному подбору гормональных препаратов и опирается на наличие показаний и противопоказаний к системной гормонотерапии.

Заключение. Подводя итоги данного научного исследования, можно сказать, что предшествующий менопаузе, весьма продолжительный период постепенного перехода к полному угасанию репродуктивной функции женщины, имеет свои характеристики.

Они проявляются в изменении гормонального профиля и связанных с ним изменения отдельных звеньев нейрогуморального контроля определенных органов и систем.

## **ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИМСЕМИНАЦИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ В БРАКЕ**

**Шахова М.А., Пули Ж-Л.\* Кузьмичев Л.Н.**

*Россия, г.Москва, ГУ Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН; \*Франция, Клермон-Ферран Подразделение ЭКО Центрального Университетского Госпиталя*

Обоснованность применения программы вспомогательных репродуктивных технологий – внутриматочной инсеминации (ВМИ) в лечении легких форм мужского бесплодия определяется наличием супружеских пар, женщины которых имеют проходимые трубы, а мужчины невыраженные изменения показателей спермы. По данным французской национальной ассоциации репродуктологов FIVNAT 50% пациентов, которым необходимо проведение программы ИКСИ, имеют легкие изменения в показателях спермы, при этом 60% пациенток, требующих проведение ЭКО, имеют проходимые маточные трубы.

Цель: определить критерии эффективности ВМИ при мужском факторе бесплодия в зависимости показателей спермы, возраста женщины, количества доминантных фолликулов при стимуляции овуляции и оценить кумулятивный процент беременности и родов в сравнении с программой ЭКО/ИКСИ.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 1966 циклов ВМИ за период 2001-2004 годов в подразделении ЭКО Центрального Университетского Госпиталя Клермон-Ферран, из которых 765 случаев при мужском факторе бесплодия. ВМИ проводили по отработанному протоколу, который включал стимуляцию овуляции и обработку спермы. Стимуляция овуляции состояла из назначения антиэстрогенов (кломида 100 мг), р-ФСГ (пурегон, гонал-ф по 75 МЕ) и «овуляторной» дозы ХГЧ. ВМИ проводили через 37-38 часов после введения ХГЧ. Сперму обрабатывали в градиенте плотности. Инсеминировали от 1 до 5 миллионов активно-подвижных сперматозоидов категории «а» в объеме 0,5 мл среды, вводимой в полость матки.

Результаты исследования: Процент беременности на попытку в общей группе составил 19,1%, процент родов - 15,2%; при мужском факторе бесплодия соответственно - 18,9% и 14,4%. Возраст пациенток супружеских пар с мужским фактором бесплодия отрицательно влиял на результаты ВМИ. У женщин старше 37 лет показатели беременности и родов резко снижались, а после 40 лет процент родов составил всего 5%. Выявлена положительная связь количества доминантных фолликулов, полученных при стимуляции овуляции, с результатами ВМИ. Наиболее оптимальным оказалось получение 3-х доминантных фолликулов, при которых процент родов составил 20,3%. Оценивалась эффективность ВМИ в зависимости от показателей спермы. Процент беременности (18,2-19,1%) и родов (14,5-16,3%) были практически на одном уровне при следующих показателях спермы: количестве сперматозоидов не менее 5 миллионов в 1 мл, проценте активно-подвижных форм категории «а» более 5%, проценте морфологически-нормальных форм более 5%. Процент беременности и родов возрастал после 3-й попытки ВМИ. Кумулятивный процент родов после 3-й попытке ВМИ составил 39,3%, что соответствовало кумулятивному проценту родов в группе пациенток, которые прошли 2 попытки ЭКО/ИКСИ. При оценке экономической эффективности программ ВМИ и ЭКО/ИКСИ было получено, что стоимость беременности и родов, полученных после ВМИ, составляет 3.290 евро, а после ЭКО/ИКСИ 10.384 евро.

Заключение ВМИ должна оставаться на первой линии программ ВРТ, в том числе и при мужском факторе бесплодия. Необходимыми условиями проведения ВМИ являются: проходимость маточные трубы и достаточные показатели спермы после обработке в градиенте плотности. ВМИ должна проводиться по отработанному протоколу.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАТИВНЫХ И КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОГРАММЕ ИКСИ В БРАКЕ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Шахова М.А., Пули Ж-Л. \* Кузьмичев Л.Н.

Россия, г.Москва, ГУ Научный Центр Акушерства, Гинекологии и  
Перинатологии РАМН, \*Франция, Клермон Ферран Подразделение  
ЭКО Центрального Университетского Госпиталя

Программа интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ) при тяжелых формах мужского бесплодия включают забор сперматозоидов из яичка и придатка яичка. Вопрос о времени забора сперматозоидов остается дискуссионным в связи различной эффективностью программы ИКСИ при использовании нативных и криоконсервированных экстрагированных сперматозоидов. Забор сперматозоидов, проведенный одновременно с пункцией яичников, позволяет использовать свежие сперматозоиды и определяется как «синхронный». При отсроченном заборе сперматозоидов забор производится за несколько дней до пункции яичников. Полученные сперматозоиды криоконсервируются, что ставит в последующем вопрос об эффективности использования нативных и криоконсервированных экстрагированных мужских гамет в программе ИКСИ.

Цель: определить эффективность использования нативных и криоконсервированных экстрагированных сперматозоидов при тяжелых формах мужского бесплодия в рамках проведения программы ИКСИ.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 149 циклов ИКСИ при использовании сперматозоидов придатка яичка, 123 циклов со сперматозоидами яичка и 2242 их эякулята. В 133 циклах использовались криоконсервированные экстрагированные гаметы придатка яичка и в 13 случаях нативные сперматозоиды. При заборе гамет из яичка в 108 случаях они были заморожены и в 15 случаях нативные. Программа ИКСИ была выполнена во всех случаях при использовании криоконсервированных гамет придатка яичка и в 95,6% случаях при использовании сперматозоидов яичка, при этом в 4,6% случаев при размораживании материала из яичка были получены непригодные гаметы для проведения программы ИКСИ. При проведении синхронного забора сперматозоидов гаметы не были получены из яичка в 53,3% случаев и в 6,3% случаев из придатка яичка в связи с чем, программа ИКСИ была остановлена.

Результаты исследования: Процент родов на пункцию составил 20,7% со сперматозоидами яичка, 24,5% со сперматозоидами придатка яичка и 29,8% со сперматозоидами нативного эякулята. При применении криоконсервированных сперматозоидов из придатка яичка и яичка процент родов составил 28,6% и 26,5%, а при применении нативных гамет он оказался ниже 24,8% и 21,0% за счет отмены циклов в связи с отсутствием гамет при заборе материала.

Заключение: использование криоконсервированных экстрагированных сперматозоидов яичка и придатка яичка не приводит к изменениям результатов программ ИКСИ при тяжелых формах мужского бесплодия, но обеспечивает надежность проведения программы за счет предварительного забора гамет. Полученные результаты позволяют провести оптимизацию программы забора сперматозоидов из яичка и придатка яичка с рекомендациями о предварительном заборе гамет при тяжелых формах мужского бесплодия в рамках вспомогательных репродуктивных технологий.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Шварев Е.Г., Дикарева Л.В., Оводенко Д.Л., Аюпова А.К.

Россия, Астрахань, ГОУ ВПО «АГМА Росздрава», кафедра акушерства и гинекологии ФПО, ФГУ «Научно-исследовательский институт по изучению лепры Росздрава»

Цель исследования: дать клиническую оценку методу клиновидной дегидратации биологических жидкостей (БЖ) как диагностическому тесту для выявления предопухолевых и опухолевых процессов яичников (Я).

Материал исследования: биоптаты, мазки-отпечатки и БЖ (содержимое камер) опухолево-измененных Я.

Методы исследования: клинический, патогистологический, цитологический, клиновидной дегидратации БЖ, статистический.

Результаты исследования: разработан и апробирован диагностический тест для выявления предопухолевых и опухолевых процессов Я, позволяющий в короткие сроки, на малых объемах БЖ оценить характер патологических изменений в исследуемых тканях.

Ранняя диагностика опухолей яичников (ОЯ) относится к одному из наиболее сложных разделов клинической гинекологии и онкогинекологии. Удельный вес ОЯ составляет 6 - 11% от общего числа новообразований женских половых органов. Доброкачественные ОЯ встречаются в 75-82% случаев и возникают у женщин всех возрастов, однако в 48-64% случаев они развиваются в репродуктивном периоде. Проблема доброкачественных ОЯ важна в практическом отношении не только из-за высокой частоты их возникновения, но и в связи с реальной возможностью озлокачествления. До настоящего времени остаются неясными причины прогрессии доброкачественной кисты Я в пограничную, а той, в свою очередь, в инвазивную карциному (Е.Н. Имятинов, 2000). Необычная мозаичность и сложность микроскопических структур новообразований женской гонады, многообразие их сочетаний, нечеткие границы между опухолями различной степени зрелости, высокая вероятность метастатических поражений - все это существенно усложняет диагностический процесс и создает препятствия для формирования рационального плана лечения больных (А.И. Карселадзе, 2000).

К сожалению, несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их специфичность недостаточна для дифференциации доброкачественного и злокачественного процессов в Я, что не может обеспечить эффективный скрининг для раннего выявления пограничных и злокачественных опухолей. Так, по данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется более 165000 новых случаев рака яичников (РЯ), и более 100000 смертей от этого заболевания. Основные причины чрезвычайно высокой смертности кроются в бессимптомном течении заболевания на ранних стадиях (В.И. Чиссов, В.В. Старинский, 2002).

В связи с тем, что окончательный диагноз злокачественного процесса подтверждается только после морфологического исследования удаленного новообразования, трудно предположить до операции, какой характер процесса - доброкачественный или злокачественный - присущ данной опухоли. Поэтому разработка новых эффективных методов диагностики ОЯ является актуальной проблемой, особенно при планировании выполнения органосохраняющих операций эндоскопическим доступом (Л.В. Адамян, 2006).

Выбор содержимого камер у больных эпителиальными ОЯ в качестве исследуемого материала связан с тем, что прежде всего именно в них накапливается патологический секрет, содержащий белки и атипичные клетки. При воздействии патогенного фактора изменяется структура белковых и других органических молекул, происходят нарушения субклеточных и клеточных связей, приводящие на начальных этапах к морфологическим, а затем и функциональным нарушениям. В связи с этим исследование содержимого камер опухолевоизмененных Я методом клиновидной дегидратации

открывает принципиально новые возможности не только для ранней диагностики, но и прогнозирования развития процесса при рассматриваемых патологических состояниях.

После получения материала из полости опухолевоизмененного Я лапароскопическим, лапаротомным или трансвагинальным доступом его центрифугировали, в супернатанте определяли концентрацию белка биуретовым методом Кингслея - Вейсельбаума. Затем высушенную каплю супернатанта (фацию) исследовали методом клиновидной дегидратации (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2000). Анализ структурообразующих элементов дегидратированной капли проводили с помощью стереомикроскопа MZ – 12 фирмы Leica.

Морфологическая картина содержимого опухолевоизмененного Я сопоставлялась с результатами цитологического и патогистологического анализов удаленного образования. Нами исследован материал от 94 больных эпителиальными ОЯ (доброкачественными, пограничными и злокачественными) в возрасте от 15 до 80 лет. При этом выделено 4 типа фаций, отличающихся друг от друга по картине самоорганизации содержимого ОЯ.

Если морфологическая картина изучаемого препарата была представлена структурами в виде «тетраэдров», образующихся при средних значениях концентрации белка  $1,6 \pm 0,2$  г/л (I тип) или «листьев папоротника», формирующихся при средних значениях концентрации белка  $16,7 \pm 2,2$  г/л (II тип), то в таких случаях, как правило, выявлялись доброкачественные ОЯ.

Для III (промежуточного) типа было характерно наличие «розеткообразных» структур в центральной зоне и аркадных трещин, расположенных по периферии фации. Описанная картина отмечена при средних значениях концентрации белка  $48,3 \pm 2,6$  г/л и требовала максимальной онкологической настороженности в плане выявления пограничных и злокачественных ОЯ.

Специфической морфологической особенностью IV типа фаций являлось наличие крупных трещин радиальной направленности, что свидетельствовало о высокой вероятности наличия злокачественного процесса. Указанные структуры формировались при средних значениях концентрации белка  $80,1 \pm 4,4$  г/л.

Для определения взаимосвязи между типом фаций, патогистологическим характером опухоли и уровнем содержания в ней белка использовался математический тетраэдрический показатель К. Пирсона.

Предлагаемый способ был успешно апробирован в гинекологических отделениях областного онкологического диспансера, Александро-Марининской областной клинической больницы, клинической больницы №2, городской клинической больнице №5, женской консультации городской клинической больницы № 2 г.Астрахани в 2004 – 2006 гг. (Приоритет заявки на изобретение № 2006119863 от 06.06.2006г).

Заключение: разработанный способ открывает перспективы использования структурного анализа БЖ в скрининге и мониторинге у больных эпителиальными ОЯ. Представленный диагностический подход имеет особое значение при планировании выполнения органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста, а также у лиц, уже перенесших операции по поводу ОЯ. Предполагается, что данная методика будет способствовать повышению точности диагностики ОЯ, формирования индивидуального прогноза, сокращению сроков исследования полученного материала.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Шрамкова И.А., Шварев Е.Г., Дикарева Л.В.**

*Россия, Астрахань, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ФПО*

Миома матки (ММ) является самым распространенным доброкачественным новообразованием органов женской репродуктивной системы. По данным литературы ее удельный вес в структуре гине-

кологической заболеваемости увеличился за последние четверть века до 30-35%, при этом отмечена тенденция к «омоложению» контингентов заболевших (А.Л. Тихомиров, 1998, И.С. Сидорова, 2002, Л.В. Дикарева, 2003).

Учитывая отсутствие достоверной статистической информации о популяционном уровне заболеваемости доброкачественными гормонозависимыми опухолями (ГЗО) репродуктивных органов вообще и ММ, в частности, была сформулирована цель исследования: изучить тенденцию заболеваемости ММ в Астраханской области и дать ей соответствующую клиническую оценку.

Материалы и методы исследования. Для установления существующей тенденции заболеваемости данной опухолью было проведено сплошное ретроспективное исследование с использованием материала ведущих гинекологических стационаров г.Астрахани (АМОКБ, ГКБ №5, НУЗ МСЧ) за период с 1997 по 2005 гг. Показатели заболеваемости ММ изучались по сведениям из амбулаторных карт и медицинских карт стационарного больного, протоколов операций, патогистологических заключений исследованного операционного материала, данных УЗИ.

Для оценки частоты заболевания ММ рассчитывались «грубый» (все возраста) показатель и повозрастные показатели.

Результаты. Установленный уровень заболеваемости ММ, рассчитанный на 100 000 женского населения Астраханской области, за период с 1997 по 2004 гг. имел отчетливую тенденцию к росту ( $p < 0,001$ ). Так, если в 1997 г. «грубый» показатель составлял 197,2 0/0000, то в 2004 г. он уже достиг 284,1 0/0000, а в 2005 г. несколько снизился до 248,8 0/0000. При этом пик заболеваемости ММ на протяжении всего изучаемого периода регистрировался в возрастной группе 45-49 лет.

Важно отметить, что наиболее интенсивный рост частоты заболевания ММ за период с 1997 по 2005 гг. отмечался в возрастной группе 15-34 года. Темп прироста показателя в данной группе за рассматриваемый срок составил 85,9% ( $p < 0,001$ ). В последующих возрастных интервалах (35-44 и 45-49 лет) динамика роста частоты заболевания ММ существенно снизилась. Так, темп прироста показателя в 35-44 и 45-49 лет составил 15,2% ( $p < 0,05$ ) и 5,1% ( $p > 0,05$ ) соответственно. А в возрастном интервале 50-54 года за изучаемый период обнаружена уже явная тенденция к снижению показателя (темп убыли составил 33,9%) ( $p < 0,001$ ). Однако в возрастной группе старше 55 лет вновь появилась отчетливая динамика роста частоты заболевания ММ, где темп прироста показателя за период с 1997 по 2005 гг. достиг своего максимального значения (120,6%) ( $p < 0,001$ ).

Среди больных ММ доля пациенток репродуктивного возраста составила 47,2%, пременопаузального – 31,3%, а мено- и постменопаузального – 21,5%.

Следует отметить, что за период с 1997 по 2005 гг. произошло увеличение доли больных ММ в возрасте 0-34 года с 6,0% до 9,9% ( $p < 0,001$ ), а в мено- и постменопаузальном периоде – с 17,7% до 22,4% ( $p < 0,01$ ). Именно с этим связана тенденция к снижению за исследуемый период доли больных в возрасте 35-44 лет (с 43,4% в 1997 г. до 34,2% в 2005 г.) ( $p < 0,001$ ). При этом доля больных пременопаузального периода (45-49 лет) за рассматриваемый срок оставалась на относительно стабильно высоком уровне (с колебаниями от 29,2% до 33,4%).

Выводы. Результаты исследования показали наличие достоверной динамики роста заболеваемости ММ в Астраханской области за период с 1997 по 2005 гг.

Несмотря на то, что в возрасте 45 лет и старше находились 52,8% больных данной опухолью, почти каждый второй случай ММ (47,2%) был установлен в репродуктивном возрасте. На популяционном уровне это представляет большую величину и приобретает особую медико-социальную значимость.

При этом за рассматриваемый срок отмечено снижение количества больных ММ позднего репродуктивного возраста (35-44 лет). Это происходило, с одной стороны, за счет нарастания удельного веса пациенток раннего и среднего репродуктивного возраста, что свидетельствует о формировании процесса «омоложения» кон-

тингентов заболевших. С другой стороны, увеличение удельного веса больных ММ мено- и постменопаузального периода связано с нарастанием количества больных, у которых эта опухоль сочеталась с новообразованиями яичников, гиперпластическими процессами и даже раком эндометрия.

Данное обстоятельство указывает на значение раннего репродуктивного возраста как наиболее оптимального периода для выявления ММ в группах риска. Это позволяет рассчитывать на проведение своевременного органосберегающего лечения и, тем самым, сохранение репродуктивной функции женщины. Вместе с тем, необходимо соблюдение максимальной онкологической осторожности у больных ММ перименопаузального и постменопаузального возраста с целью раннего выявления первично-множественной предопухоловой и опухоловой патологии репродуктивных органов.

## **НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

**Щукина Н.А., Буянова С.Н.,**

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

Актуальность: осложненные (хронические) формы гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза – наиболее тяжелая патология. Несмотря на их небольшую частоту (4-15%) в структуре ВЗОМТ, они привлекают к себе основное внимание, поскольку тяжелы их последствия: потеря специфических женских функций, инвалидизация, летальность. Последняя при прогрессировании гнойного процесса и развитии тяжелых осложнений достигает 15%, при этом одна из основных причин летальности септических больных – тромбоз и тромбоэмболические осложнения.

Цель работы: улучшение исходов лечения гинекологических больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза за счет изучения состояния системы гемостаза и проведения коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы: обследованы 123 пациентки с осложненными (хроническими) гнойными ВЗОМТ с поражением тазовой клетчатки и смежных органов. Средний возраст пациенток (медиана) составил 37 лет, длительность заболевания - 44 дня. При изучении причин формирования осложненных гнойных ВЗОМТ установлено, что в 44,7% случаев они развились на фоне длительного ношения ВМК, в 22% - после родов (все роды были оперативными – кесарево сечение). В 9,8% случаев - на фоне имевшихся хронических воспалительных заболеваний придатков матки, и в 6,5% - после различных гинекологических операций. У остальных (13,8% пациенток) заболевание было связано с нагноением гематом и плодного яйца при эктопической беременности, нагноением доброкачественных опухолей, первичным деструктивным аппендицитом и пр. Поражение матки имелось у всех пациенток: хронический эндомиометрит - у 63,4%, гнойный эндомиометрит - у 12,2% и панметрит у 18,7% больных (у 7 больных матка удалена ранее). Поражение придатков наблюдалось у 69,1% пациенток, оно было преимущественно двусторонним (43,9%) с формированием хронических tuboовариальных абсцессов (превалировало гнойно-продуктивное воспаление). Вовлечение в гнойный процесс клетчатки (параметрит, панцеллюлит) выявлено у 72,3% пациенток. В 19,5% случаев имелись клинические признаки угрозы перфорации тазовых абсцессов в смежные органы: дистальные отделы кишечника, мочевого пузыря и переднюю брюшную стенку. Полные и неполные придатково-кишечные свищи сформировались при длительном течении гнойного воспаления у 35,7% больных, межкишечные абсцессы – у 8,1% больных. Объем обследований включал

стандартные клинические, биохимические, микробиологические, функциональные и морфологические методы. Определение параметров свертывающей системы крови проводилось с помощью коагулометра «Amelung CR-A». Исследование функциональной активности тромбоцитов проводилось на агрегометре «Biola» LTD. Для определения концентрации антител-маркеров антифосфолипидов использованы стандартные методы иммуноферментного анализа.

Полученные результаты: нами установлено, что в настоящее время даже при наличии тяжелых форм гнойного воспаления часто наблюдается «стертая» клиническая и лабораторная симптоматика, обусловленная, в том числе, применением массивной антибактериальной терапии и местной санации: у 55,3% больных содержание лейкоцитов было в физиологических пределах, лейкопения наблюдалась у 11% больных. Она была обусловлена персистенцией в крови патологических аутоантител к мембранам нейтрофилов. В условиях хронического гнойного воспаления имелись выраженные нарушения сосудисто - тромбоцитарного и плазменного звена гемостаза. Умеренная фибриногенемия в пределах 8 г/л наблюдалась в 56,1% случаев. У самых тяжелых больных выявлялась фибриногенемия более 10 г/л – 10,6% наблюдений или «нормальное» (от 2 до 4 г/л) содержание фибриногена в крови - 14,6%. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) менее 30 секунд наблюдалось у 85% пациенток. Время рекальцификации было снижено у 30,6% больных. Время толерантности крови к гепарину было снижено у 48,6% больных. Средние его значения (медиана) составили 151 секунду, что свидетельствовало об истощении собственных запасов свободного активного гепарина. Основной показатель депрессии антитромбиновой системы и риска развития тромботических изменений - разница времени толерантности крови к гепарину и времени рекальцификации менее 30 секунд имелся у 60% больных. Хотя количественное содержание тромбоцитов находилось в пределах нормы у 73% больных, по данным тромбоцитограммы нормального содержания полноценных зрелых форм тромбоцитов не наблюдалось ни у одной больной. Для выявления функциональной полноценности тромбоцитов изучалась их агрегационная способность с применением индукторов - АДФ, коллагена. Оценка максимальной амплитуды на АДФ: медиана составила – 34,3 (нижняя граница нормы). Самые выраженные изменения у гнойных больных претерпел показатель - максимальная амплитуда на коллаген 4 типа. Это было неудивительным, поскольку данный параметр является косвенным показателем повреждения эндотелия сосудов, т.е. степени деструктивного процесса. Максимальная амплитуда на коллаген 4 типа у больных в стадии ремиссии с осложненными формами гнойного воспаления (медиана) составила всего 1,48%, в стадии обострения – 0,47% (при норме 40-70%). Нарушения в системе гемостаза проявлялись также снижением фибринолитической активности крови у 95,1% больных, этаноловый тест был положительным в 48% случаев. Проведение ультразвукового исследования выявило варикозное расширение вен таза у 29% пациенток, тромб в просвете сосуда (септический тромбофлебит) визуализировался в одном случае (5,9%). Мы считали принципиально важным параллельное изучение параметров гемостаза как неразрывной сбалансированной системы и придавали основное значение не только и не столько оценке отдельных показателей, сколько совокупности патологических изменений гемостаза и сосудистой системы в целом (комплексная экспертная оценка). Она показала, что, несмотря на то, что изменения отдельных параметров гемостаза в сторону гиперкоагуляции имели все без исключения пациентки, выраженные нарушения свертывающей системы крови с риском тромбоза или кровотечения имели 36,1% больных. Заметно превалировал риск тромботических осложнений: он был высоким у 8,3% больных и умеренным у 16,7%. Умеренный риск кровотечения выявлен у 11% больных, высокого риска кровотечения не выявлено ни у одной больной, что и подтвердили последующие клинические наблюдения. Выраженность нарушений гемостаза коррелировала с тяжестью гнойного поражения и стадией гнойного процесса (нарушения были достоверно тяжелее в стадии обострения). Характер нарушений свертываемости был тесно связан с уровнем антител к

фосфолипидам: в 54,1% случаев он был значительно повышен (от 140 до 300% от физиологических значений у 41% больных и более 300% от физиологических значений - у 23,1%), при этом прослеживалась сопряженность продукции данных аутоантител с тяжестью и стадией гнойного воспаления и их достоверное повышение у пациенток с панцеллюлитом и угрозой перфорации тазовых абсцессов.

Выводы: длительное течение гнойных ВЗОМТ у женщин приводит к выраженным нарушениям сосудисто - тромбоцитарного и плазменного звена гемостаза, при этом в патогенезе присутствует аутоиммунный компонент, связанный с наличием повышенной концентрации аутоантител к фосфолипидам, коллагену и мембранам лейкоцитов. Интерпретация содержания лейкоцитов в периферической крови (нижние пороговые значения и особенно лейкопения) является простым клиническим тестом, позволяющим косвенно судить о наличии и тяжести аутоиммунного повреждения тканей. Все пациентки с осложненными (хроническими) формами гнойных ВЗОМТ нуждаются в коррекции гемостазиологических нарушений и проведении специфической и неспецифической профилактики тромбоэмболических осложнений, при этом патогенетически обоснованным является применение экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез) и глюкокортикоидов.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ И НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.**

**Эгамбердиева Л.Д., Подольская М.А.**

*г. Казань*

Воспалительные процессы внутренних половых органов у женщин являются одной из причин бесплодия и встречаются у 60-80% больных, обращающихся в гинекологические учреждения. Длительное течение и частые обострения приводят к нарушению функции яичников (73-89%), что наиболее часто выражается ановуляторной или недостаточностью лютеиновой фазы цикла.

Морфологически измененные трубы и эндометрий теряют возможность адекватно реагировать на нейро-гуморальные сдвиги, происходящие в разные фазы цикла, угнетение интерорецепции ведет к снижению их функциональной активности. В результате патологической импульсации из очага воспаления и следовых реакций в коре головного мозга наступают изменения в циклической деятельности гипоталамо-гипофизарной системы, приводящие к овариальной недостаточности и нарушению генеративной функции.

Электроимпульсная терапия с помощью КАП ЭЛМ-01 «Андрогин» пациенток с нарушением репродуктивной функции является эффективным средством, снижающим медикаментозную нагрузку и повышающим результаты лечения. В работах Стругацкого В.М., Силантьевой Е.С. (2002), Шуршалиной А.В., Силантьевой Е.С. (2004) доказаны болеутоляющий и дефибрирующий эффекты при хроническом сальпингоофорите, улучшение состояния эндометрия при хроническом эндометрите. Отмечена эффективность электроимпульсной терапии при неудачах ВРТ (Мартьянов С.А. 2005).

Целью данного исследования стало изучение ПОЛ и антиоксидантной защиты под воздействием электроимпульсной терапии у пациенток с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования: 20 женщин с хроническим эндометритом (по данным гистероскопии и УЗИ) и нарушением репродуктивной функции (75% бесплодием, невынашиванием беременности у 35%, 20% пациенток после неудачной попытки ВРТ) после адекватной антибактериальной терапии. Средний возраст составил 30,5±5,2 года. Жалобы на боли в нижних отделах живота у 14 больных, на перименструальные мажущие выделения 13 женщин.

Электроимпульсную терапию проводили, начиная с 5-7 дня менструального цикла, по вагинально-абдоминальной методике. Курс составил 10-13 процедур. До начала процедур и через 2-3 дня после проведенного курса определяли сверхслабое свечение (хемолуминисценцию) плазмы сыворотки крови. В качестве контроля хемолуминисценция изучалась у 10 здоровых женщин от 25 до 35 лет.

Результаты и их обсуждение. Электроимпульсную терапию больные перенесли хорошо. Отмечалась положительная клиническая динамика (уменьшение болевого синдрома, сокращение периода перименструальных мажущих выделений, пальпаторно определяемый дефибрирующий эффект) и уменьшение косвенных эхографических признаков эндометрита (увеличение толщины эндометрия, улучшение эхоструктуры эндометрия, исчезновение расширения полости матки).

Данные динамической хемолуминисценции показали снижение амплитуды «быстрой вспышки», возрастание времени «латентного периода» и уменьшение амплитуды «медленной вспышки», а также более быстрое снижение интенсивности свечения после достижения ее максимума. Таким образом, форма кривых приближалась к форме хемолуминограмм, зарегистрированных в контрольной группе. Более значительная светосумма свечения как и большая амплитуда вспышки, а также сокращение времени «латентного периода» у больных с хроническим эндометритом, по-видимому связаны с увеличением количества содержащего свободные радикалы субстрата, участвующего в неферментативных окислительных реакциях. Вероятно, это можно объяснить снижением концентрации в сыворотке крови антиоксидантов, а, возможно, и влиянием возросшего количества активаторов свечения.

Таким образом, положительному клиническому действию электроимпульсной терапии у больных с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции сопутствует нормализация процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ**

**Эсетов А.М., Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.**

*Республиканский центр планирования семьи и репродукции,  
Махачкала, Россия*

Несмотря на то, что Республика Дагестан по современным меркам остается территорией с достаточно высокой рождаемостью (156), проблема бесплодия сохраняет свою актуальность. На учете у акушеров-гинекологов республики состоит 10 450 женщин с бесплодием, в том числе с диагнозом установленным впервые в 2006г. – 1847. Супружеские пары с бесплодием составляют более одной трети всех пациентов, обращающихся в Республиканский центр планирования семьи и репродукции (РЦ ПСиР).

Нами представлены результаты ретроспективного изучения медицинских амбулаторных карт 286 пациенток с бесплодием, состоявших на учете в РЦ ПСиР, у которых в 2004-2005гг. наступила беременность.

В исследуемой группе структура бесплодного брака складывалась следующим образом (нозология указана в соответствии с классификацией МКБ-10): бесплодие, обусловленное нарушением овуляции (эндокринное) – 129 (44,0%), бесплодие, обусловленное сплечным процессом в малом тазу (перитонеальное) – 49 (17,1%), бесплодие, обусловленное эндометриозом – 19 (6,6%), бесплодие, обусловленное мужским фактором – 9 (3,1%), бесплодие иммунологическое – 5 (1,1%) и бесплодие сочетанное – 75 (26,2%).

По возрасту, женщины распределяются следующим образом: до 25 лет – 109 (38,1%); от 26 до 30 лет – 78 (27,3%); от 31 до 35 лет – 60 (20,9%), старше 35 лет – 39 (13,6%).

Из анализируемой группы 155 (54,1%) имели длительность бесплодия до двух лет, 92 (32,1%) от 2 до 5 лет и у 36 (12,5%) женщин бесплодие продолжалось 5 и более лет.

Приведенные данные указывают на то, что частота наступления беременности тем выше, чем короче длительность срока бесплодия. Эффективность лечения бесплодия обратно пропорциональна возрасту женщины.

Частота наступления беременности значительно выше при одновременном обращении супружеских пар с бесплодием в специализированные учреждения, что подчеркивает необходимость проведения эффективных форм работы по информационному обеспечению населения знаниями в вопросах охраны репродуктивного здоровья.

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ**

**Эфендиев М.М.**

*Россия, Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН, Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА*

Обменные нарушения, имеющие место при гемической гипоксии, развивающейся при постгеморрагической анемии, создают благоприятные условия для активации перекисного окисления липидов (ПОЛ), а истощение адаптационных механизмов на фоне массивной кровопотери усугубляет это состояние. При истощении компонентов антиоксидантной системы патологические влияния начальных и конечных продуктов липидной перекисидации реализуются через повреждение биологических мембран на клеточном уровне, затрагивая жизненно важные органы. Вышеизложенное послужило основанием для включения плазмозаменивателя с функцией переноса кислорода перфторана в программу инфузионо-трансфузионной терапии при гинекологических кровотечениях с целью лечения органной дисфункции и профилактики органной недостаточности.

Материал и методы исследования. Больные были разделены на 2 группы: 44 женщины с постгеморрагической анемией, в схеме лечения которых применялся перфторан в дозе 4-5 мл/кг массы тела внутривенно, капельно, – основная группа; 30 женщин с постгеморрагической анемией, для лечения которых применялись стандартные схемы терапии данного состояния – контрольная группа. Об интенсивности ПОЛ судили по содержанию в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА) по методу Андреевой Л.И. (1988), о суммарной антиоксидантной активности (САА) судили по методу Демчук М.Л. (1990).

Результаты и их обсуждение. Исследования состояния процессов перекисного окисления показали, что у женщин с постгеморрагической анемией отмечалось повышение (в 1,2 раза) уровня МДА в плазме крови в первые сутки с момента массивной кровопотери. У пациенток контрольной группы увеличение содержания МДА (в 1,3 - 2,1 раза по сравнению с нормой) наблюдалось до 5-х суток включительно. В дальнейшем изменения содержания МДА носили неоднозначный характер.

Через 1 ч и к исходу 1-х суток после введения перфторана не было выявлено изменений уровня малонового диальдегида, а также не наблюдалось достоверных различий его содержания по сравнению с данными контрольной группы.

Однако к исходу 3-х суток у женщин основной группы на фоне лечения перфтораном отмечалась нормализация данного показателя у всех больных основной группы ( $7,71 \pm 0,29$  нмоль/мл при норме  $7,95 \pm 0,57$  нмоль/мл). В дальнейшем достоверных различий в изменении уровня МДА между основной и контрольной группами не было выявлено.

Данные, полученные в результате проведенных исследований, свидетельствуют о снижении САА в крови, по сравнению с нормой, уже в первые сутки с момента кровотечения в 1,2-1,8 раза у 56,8% больных. Начиная с 3-5-х суток, понижение САА отмечалось у всех пациенток.

На фоне лечения перфтораном у 18,2% обследованных уровень данного показателя соответствовал норме в течение всего периода наблюдения. У остальных пациенток основной группы отмечалось повышение САА с максимумом к 7-м суткам (в 1,4 раза от исходного уровня), что отражает перестройку обменных процессов, направленную на поддержание усиленного ПОЛ в приемлемых для жизнедеятельности организма рамках.

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что включение эмульсии перфторан в комплекс инфузионо-трансфузионной терапии при кровотечениях в гинекологической практике сопровождалось нормализацией процессов перекисного окисления. Перфторан оказывал также положительное влияние на состояние антиоксидантной системы.

Таким образом, проведенное исследование показало, что перфторан, наряду с газотранспортной функцией, реологическим и волемическим эффектом, оказывал выраженное антиоксидантное действие у больных с постгеморрагической анемией.

## **ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

**Юрковская В.П., Евдокимова Е.П., Калинина И.Ю., Кочеткова И.П.**

*Россия, Ростов-на-Дону, РостГМУ, кафедра акушерства и гинекологии № 2*

Гистологическая характеристика слизистой оболочки матки является одним из важных и наиболее достоверных показателей функции всей репродуктивной системы женщины и особенно - функции яичников.

С целью установления исходной морфологической картины эндометрия было обследовано 100 женщин с яичниковой формой синдрома поликистозных яичников, имевшие различные типы нарушений менструального цикла. Возраст больных - от 20 до 36 лет. Обследуемые были разделены на 3 клинические группы по характеру нарушений менструальной функции. Первая группа – 45 человек с ановуляторными кровотечениями. Вторая группа – больные с гипоменструальным синдромом – 33 человека, третья группа – больные с аменореей – 22 женщины. Всем пациенткам было проведено гистологическое исследование эндометрия, полученного путём диагностического выскабливания.

Было установлено, что у больных первой группы преобладали гиперпластические процессы в эпителии и строме слизистой матки, при этом в 35 случаях выявлена железистая гиперплазия, в 6 – пролиферация, в 4 – атипическая гиперплазия эндометрия. Характерной особенностью всех соскобов является активное митотическое деление клеток эпителия желёз и стромы, в сосудах эндометрия наблюдались полнокровие и стаз и, как следствие, периваскулярный отек или кровоизлияние. Интересно отметить, что средний возраст больных был 28 лет, а длительность заболевания более 10 лет. Все женщины в связи с длительно протекающим заболеванием на протяжении многих лет получали продолжительно без эффекта гормональную терапию или противовоспалительное лечение, что, возможно, кроме нарушенной функции яичников стимулировало гиперпластические процессы в эндометрии вплоть до атипической гиперплазии.

У 26 больных второй группы с гипоменструальным синдромом выявлен смешанный тип гипопластического эндометрия, у 3 – железисто-кистозная гиперплазия и у 33 – железисто-полипозная гиперплазия эндометрия, у одной больной соскоба слизистой матки не получено. Характерной особенностью соскобов этой группы является сниженное количество митозов в клетках желёз и наличие участков фибробластоподобных клеток.

Исследование эндометрия у больных третьей группы обнаружало диспластический тип эндометрия, при этом отмечалось склерозирование стромы, а в эпителии желёз – индифферентный эпителий, т.е. был выражен склероз эндометрия.



Все обследованные женщины были прооперированы – произведена двухсторонняя клиновидная резекция яичников. После операции ритм менструации установился у всех больных.

С целью оценки изменения состояния эндометрия через 1 год после операции произведено гистологическое исследование его. Забор эндометрия осуществляли путем взятия цуга в первый день менструации.

Обследовано 16 женщин первой группы, 9 – второй, 16 – третьей группы. У больных первой группы имела место секреторная трансформация в 11 случаях, в 5 наблюдениях диагностирована железистая гиперплазия. У больных второй группы фаза секреции в эндометрии характеризовалась рядом признаков, свидетельствующих о неполной трансформации: неодинаковая степень секреторной активности различных желёз или даже ее отсутствие, имелись железы, высланные индифферентным или пролиферирующим эпителием, наблюдалось образование кист, в некоторых участках эндометрия отмечались очаги склерозирования. У 14 больных 3-й группы также отмечалась неполноценная перестройка эндометрия, а у двух больных - исследование эндометрия показало смешанную железистую гиперплазию.

Через 2 года после операции обследовано 17 женщин 1-й группы, 10 – 2-й группы и 15 – 3-й группы. У всех женщин выявлена полноценная секреторная перестройка слизистой матки с активным секреторным преобразованием в эпителии желез.

Полученные нами данные отражают восстановление реакции эндометрия на восстановленную гормональную функцию яичников. Вместе с тем установлено, что эндометрий с типической и атипической гиперплазией нормализуется медленнее в сравнении с больными, у которых слизистая была в состоянии пролиферации. Необходимо также отметить, что у больных второй группы установлено оживление митотической активности эпителия желез и клеток стромы при нормализации функции яичников после операции. У больных 3-й группы восстановление резко измененного эндометрия до операции происходило только через 2 года после нее.

Представленные данные выявили значительное число женщин с фоновыми и предраковыми состояниями эндометрия. Установлено, что после операции восстанавливается нормальная структура эндометрия, при этом у больных разных клинических групп имеются различные сроки восстановления.

## **ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ**

**Яценко И.Н., Минаев Н.Н., Минаева И.Г.**

*Россия, Воронеж, ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко Росздрова»*

В настоящее время проблема старения организма приобрела особую актуальность. Течение наиболее активного и сложного периода жизни женщины – репродуктивного – может обусловить возникновение патологического климактерия.

Общепринято мнение о том, что травма яичников во время резекции ведет к глубоким расстройствам кровообращения, влечёт за собой развитие нейродистрофических заболеваний яичников и, как следствие, снижение их функции (В.С. Корсак и соавт. 1996г., И.О.Маркин 1997г., В.Н.Прилепская 2004г.)

При операциях на маточных трубах также нарушается нормальная гемодинамика в органах малого таза (О.А.Корчинская 1990, А.Х.Каранашева 2003), что позволяет предположить увеличение риска развития неблагоприятного течения климактерического периода у таких женщин. Учитывая высокую частоту операций на трубах, данная проблема приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость.

Цель настоящего исследования заключалась в выявлении зависимости гормональных и метаболических нарушений у женщин от перенесенного ранее оперативного вмешательства на маточных трубах и яичниках.

Обследовано 75 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, перенесших операции на маточных трубах и яичниках. Всем проведен биохимический анализ крови с определением липидного и углеводного спектра, исследован гормональный профиль. Особое внимание уделялось сбору анамнеза с выявлением преморбидного фона (особенности течения менструальной, половой и генеративной функций, наличие гинекологической и соматической патологии) и выявлению жалоб на момент исследования.

Анализ возраста на момент проведения операции показал, что чаще всего оперативное вмешательство на маточных трубах и яичниках проводилось в возрастной группе 20-24 и 25-30 лет, и составляет от общего количества прооперированных 58,6%. Обращает внимание на себя тот факт, что 8% больных на момент операции не достигали 20-летнего возраста, что практически в 2 раза больше, чем данные Мазитовой М.И.(1996). Полученные результаты подтверждают тенденцию к омоложению оперативных вмешательств на придатках матки.

При анализе преморбидного фона практически у половины женщин выявлено позднее начало менархе - 44%. Овариально-менструальный цикл установился не сразу у 19 женщин (25,3%), из них своевременное менархе (11-13лет) было только у 7 человек -36,8%. Раннее начало половой жизни (до 18 лет) отметили 29 респонденток - 38,6%, столько же женщин имели более 2 половых партнеров (от 3 до 10, а у 1 женщины -50(!)).Также выяснилось, что у 33,3% женщин еще не было ни одних родов, а до оперативного вмешательства практически каждая женщина имела отягощенный гинекологический и практически каждая третья - отягощенный акушерский анамнез. При анализе соматической патологии было установлено, что на 1 женщину приходится по 2,8 заболевания.

На момент обследования чаще всего предъявлялись жалобы на отсутствие беременности - 22,66%. На нарушение овариально-менструального цикла указали 5 человек (6,66%), на «приливы» - 4 человека (5,3%), на зуд половых органов, боли при половом сношении, повышение температуры тела, боли в суставах, частое мочеиспускание, головные боли - по 1 человеку (1,33%). Не предъявили жалоб 18 человек (24%).

При детальном опросе выяснилось, что приливы жара беспокоили 33 женщин. Из них: чаще всего приливы возникали до 10 раз в сутки - 24,24%; у 3% женщин то10 до 20 раз в сутки и у 1,5% обследованных – до 20-30 раз в сутки. Лабильность артериального давления отметили 49 человек - 65,33%, точно связывают с оперативным лечением 13 человек - 17,33%. Приступы тахикардии возникали у 48%; головной боли у 73,3%; ознобов – у 28% обследованных, из которых точно связывают эту симптоматику с операцией 8%. Сухость кожи отмечали 50,66%, из них 16% связывали появление этого симптома с оперативным вмешательством. Термоллабильность выявлена у 18 человек (24%), связывают с операцией - 8%.Боли в области сердца отметили 52%, связывают с операцией также 8%.Боли в мышцах отмечают 24 человека - 32%, из них связь с оперативным вмешательством отметили 4%; боли в суставах - у 27 человек (36%), из них точно связывают с операцией - 8%.

Увеличение массы тела после операций на маточных трубах и яичниках отмечают 34 человека (45,33%), из них на операцию как причину увеличения веса указывают 30,6%, а остальные причиной прибавки веса считают повышенный аппетит или усиленное питание после операции. Чаще всего выявлялась прибавка веса на 5 и 10кг - у 6,6%; в течение первого года после операции вес увеличился у 11 человек (32%), у остальных - в течение 1,5-4 лет после операции, затем вес, как правило, стабилизируется.

Жалобы на изменения со стороны урогенитального тракта (частое мочеиспускание, недержание мочи, зуд, жжение и сухость во влагалище) предъявляла каждая женщина, причем эти симптомы были замечены пациентками спустя 1-3 года после операции. При лабораторном исследовании только у 5 женщин с такими жалобами выявлено нарушение микрофлоры во влагалище, а анализы крови на сахар были в пределах нормы.

Изменения нервно-психического состояния (раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности) отмечает практически половина респонденток.

При анализе данных биохимического обследования, выявлено, что уровень холестерина в крови обследованных женщин равен или превышает верхнюю границу нормы в 39,13%, из них только у 2 жен соотношение объем талии/объем бедер > 0,85-28,57%.

Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) < 1,3 ммоль/л выявлен в 70% случаев, триглицеридов > 1,74 ммоль/л выявлен в 20%, при этом у всех женщин уровень ЛПВП < 1,3 ммоль/л и АД > 130/85 мм.рт.ст., уровень гликемии натощак только у 1 женщины превышает 6,1 ммоль/л и у нее же соотношение инсулин/глюкоза равен 4,44 при норме < 3, проба с сахарной нагрузкой у нее в пределах нормы.

Уровень глюкозы крови у всех обследованных женщин находится в пределах нормы, но на верхней ее границе. У всех этих женщин выявлены те или иные признаки гормональных отклонений (миома матки, первичное бесплодие, нарушения овариально-менструального цикла, гиперплазия щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит).

Повышенный уровень инсулина выявлен в 7,92%, проба с сахарной нагрузкой при этом была в пределах нормы. Повышение уровня инсулина сочеталось с признаками гормональных (выявлена миома матки) и метаболических (повышен уровень холестерина, триглицеридов, показатель ЛПВП < 1,3 ммоль/л) нарушений. Уровень инсулина ниже нормы выявлен в 38,46%, при этом уровень глюкозы крови у всех пациенток был в пределах нормы, но у них выявились те или иные признаки гормональных отклонений (нарушение овариально-менструального цикла, фиброзно-кистозная мастопатия, фиброаденоз молочных желез, миома матки, эндометриоз, мультифолликулярные яичники), а у 3 женщин выявлены отклонения от нормы показателей липидного обмена. У 15,53% обследованных уровень инсулина находился на нижней границе нормы, но у них также было выявлено сочетание гормонозависимых состояний (фиброзно-кистозная мастопатия, мультифолликулярные яичники) с тенденцией к повышению артериального давления и уровня холестерина крови.

Уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) находился на верхней границе нормы у 20% обследованных, но при этом у всех выявлены признаки гормональных нарушений (бесплодие I, II, миома тела матки небольших размеров, эндометриоз, ФКМ, гиперплазия железистой ткани молочной железы). Уровень глобулина связывающего половые гормоны (ГСПГ) повышен у 20%, у всех при этом выявлены признаки гормональных расстройств.

Таким образом, у женщин, перенесших операции на маточных трубах и яичниках в прошлом, обнаруживаются признаки метаболических нарушений и гормональной недостаточности, хотя четко выраженной зависимости от оперативного лечения не выявлено. На наш взгляд, эта тема требует более углубленного анализа.

## ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИЙ ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Ящук А.Г.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Постгистерэктомический пролапс гениталий является тяжелым заболеванием. Частота возникновения этой патологии после влагалищной или абдоминальной гистерэктомии по данным различных авторов составляет 0,2-5%. В последние годы возобновился интерес к этиологии пролапса гениталий. Этиология пролапса имеет многофакторную природу. Количество родов, вес детей при рождении, высокое внутрибрюшное давление, дефицит эстрогенов являются predisposing факторами развития пролапса. Наиболее влиятельным фактором в развитии пролапса гениталий является дефект соединительной ткани. Существование индивидуальных различий в предрасположенности к пролапсам, возраст ранних проявлений и развития заболевания затрудняют определение факторов риска возникновения генитального пролапса. В мировой

литературе появились сообщения о существовании семейных случаев заболевания, а также о расовых различиях в распространенности пролапса гениталий. Риск возникновения пролапса гениталий достоверно выше у тех женщин, у которых мамы, бабушки и сестры уже болеют этим заболеванием (относительный риск равен 3,2 и 2,4, соответственно). Эти данные указывают на существование генетических факторов в возникновении и развитии заболевания.

Целью исследования явилась изучение роли генетических и прочих факторов в развитии постгистерэктомического пролапса гениталий.

Материал и методы исследования. В комплексное обследование 250 больных с пролапсом гениталий мы включили балльную оценку степени выраженности дисплазии соединительной ткани, определение суточной экскреции оксипролина для оценки состояния обмена соединительной ткани, показатели гемостазиограммы для выявления тромбоцитарной и эндотелиальной дисфункции; уровень суточного магния; генотипирование при помощи ПЦР SpI полиморфизма гена  $\alpha 1$ -цепи коллагена 1 типа (Coll1A1), FokI полиморфизма гена рецептора витамина D (VDR), PvuII и XbaI локусов гена рецептора эстрогенов (Erg-1), Alu и VNTR повторов гена коллагена 3 типа (Col3A1).

Была выделена группа из 56 пациенток с постгистерэктомическим пролапсом гениталий. По национальному составу больные распределялись следующим образом: 21 татарки, 17 русских, 11 башкирок и 7 метисов. Начало десценции и ее прогрессирование наблюдалось уже в репродуктивном периоде, как самостоятельное заболевание - у 15 женщин, после ампутации матки - у 26, после трансабдоминальной экстирпации матки - у 8 женщин. Опушение и выпадение внутренних половых органов, требующее хирургического лечения, констатировалось в возрасте 40-45 лет. Нарушений менструальной функции в анамнезе не было выявлено. Отмечалось снижение сексуальной активности из-за дискомфорта в области гениталий. У 19 пациенток отмечалось невынашивание беременности. Роды протекали через естественные родовые пути. Стремительные роды отмечены у 2 пациенток. Масса плодов не превышала 3500 граммов. Лишь в 12 случаях имели место травмы мягких тканей родовых путей. Тяжелых травм мягких тканей родовых путей не наблюдалось. Количество родов колебалось от 1 до 3. Удаление матки производилось по следующим показаниям: акушерские кровотечения - 9, миома матки - 27, доброкачественные опухоли яичников - 11, рак эндометрия - 3, рецидивирующая гиперплазия эндометрия - 2, полное выпадение матки - 44;

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследованных пациенток имелись различные проявления дисплазии соединительной ткани: заболевания суставов (артриты, деформирующий остеоартроз, остеохондроз), вальгусная деформация нижних конечностей, изменения осанки, (сколиоз, кифоз), плоскостопие, варикозная болезнь и геморрой, повышенная ломкость капилляров и склонность к образованию малых гематом, наличие грыж (паховая грыжа, грыжи межпозвоночных дисков), нефроптоз, переломы и вывихи в анамнезе.

При оценке показателей гемостазиограммы, у всех женщин отмечалась тромбоцитопения, у 26 пациенток определялось снижение коллаген-индуцированной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, у 21 - значительное снижение активности фактора Виллебранда, у 11 женщин - гиперфибриногенемия.

Повышенная экскреция оксипролина в суточной пробе мочи в 2 раза и более, по сравнению с нормальными величинами, отмечена на уровне нижней границы нормы или ниже.

Полученные результаты генотипирования свидетельствуют о наличии ассоциации полиморфизма изученных нами генов, с развитием пролапса гениталий у больных из Башкортостана. Анализ распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма генов между больными с пролапсом гениталий различной этнической принадлежности и контрольной группой позволил выявить этноспецифические аллели и генотипы риска развития пролапса гениталий. Полученные результаты согласуются с антропологическими и лингвистическими данными об общности этногенеза татар и баш-

кир, принадлежащих к тюркской группе алтайской языковой семьи, и подтверждает необходимость изучения многофакторных заболеваний с учетом этнической принадлежности обследуемых лиц.

Выводы:

1. Наиболее частой причиной постгистерэктомического пролапса является дефект соединительной ткани.

2. Результаты генотипирования свидетельствуют о роли генетических факторов в развитии данного заболевания.

3. При выборе способа гистерэктомии необходимо прогнозировать вероятность возникновения постгистерэктомического пролапса гениталий с помощью предложенного нами объема обследования.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ящук А.Г., Бадретдинова Ф.Ф., Нуртдинов М.А.,  
Ахматгалиева М.А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения бактериального вагиноза, осложненных заболеваниями придатков матки и снижение послеоперационных осложнений путем применения минимально инвазивных технологий.

Методы исследования: изучение жалоб, клинико-anamnestическое, специальное гинекологическое исследование, клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение группы крови и резус фактора, ЭКГ, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого влагалища и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам, гистологическое исследование биоптатов, полимеразная цепная реакция на вирус папилломы человека, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистероскопия аппаратом фирмы «Карл Шторц». Методы обезболивания - внутривенная или парацервикальная анестезия.

Результаты исследования:

Минимально инвазивное хирургическое лечение проведено в 86 (75,4%) по поводу гнойных tuboovариальных образований, в 16 (14,0%) случаях - резекция кисты яичника, в 6 (5,3%) - диатермокаутеризация яичников при склерополикистозе, у 2 - пациенток выполнена лапароскопическая стерилизация и у 5 женщин молодого возраста выполнен сальпингоовариолизис при наличии трубного бесплодия. Лапароскопическое вмешательство на органах малого таза проводилось на фоне санация микробиоценоза влагалища.

Нами проведена сравнительная оценка травматичности минимально инвазивных операций у больных которым сочетанная операция проведена лапароскопически - 150 человек (основная группа) и больные которым операция выполнена в традиционном варианте 50 человек (контрольная группа). Больные основной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру оперативного вмешательства.

При оценке степени травматичности учитывался срок послеоперационного лечения, продолжительность операции - при этом у больных основной группы эти показатели были достоверно ниже.

Основными преимуществами минимально инвазивных операций метода являются отсутствие выраженного болевого синдрома и ранняя активизация больных, за счет уменьшения объема операционной травмы и степени хирургической агрессии, что значительно уменьшает количество сердечно-легочных осложнений в послеоперационном периоде. По нашим данным сердечно-легочные осложнения составили 1,1 % в основной группе и 12,5 % в контрольной. Значительно меньше частота развития инфекционных осложнений 5,0 % в основной группе, и 18,5 % в контрольной.

Выводы. Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов минимально инвазивных и «традиционных» оперативных вмешательств показал, что лапароскопические операции не вызывают тяжелых осложнений и переносятся больными не тяжелее чем традиционные, показания к ним целесообразно расширять.

## АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА®»

Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.,  
Попова Е.М., Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница №2

Внутриматочная контрацепция (ВМК) является одним из наиболее распространенных методов регуляции рождаемости в мире и самым частым методом предохранения от беременности в Российской Федерации. Женщинам позднего репродуктивного возраста с нарушениями менструальной функции по типу гиперполименореи и меноррагии, леймиомой матки, эндометриозной болезнью и др. рекомендуется использовать внутриматочную систему «Мирена®» (фирма «Шерринг», Германия), обладающую высоким контрацептивным и лечебным эффектами. Однако, в ряде случаев могут возникнуть различные осложнения при введении и «ношении» ВМК, в том числе и при использовании внутриматочной системы «Мирена®» (болевого синдром – 15-32%; воспалительные заболевания органов малого таза – 1,6-7,3%, при этом частота воспалительного процесса уменьшается по мере увеличения срока использования ВМК; экспульсия ВМК; межменструальные кровотечения, вторичная аменорея...).

Целью исследования стало изучение эффективности антигомотоксической терапии в профилактике и лечении осложнений внутриматочной системы «Мирена®».

Материал и методы исследования. Нами с учетом противопоказаний была сформирована группа из 20 женщин, желающих применять ВМК «Мирена®». Им проводилось комплексное обследование с включением УЗИ, гистероскопии, биопсии эндометрия, определение показаний гемостазиограммы, липидограммы и иммунограммы.

Внедрение в клиническую практику новых методов лечения является важной проблемой в гинекологии и применение антигомотоксической терапии имеет несомненные перспективы. Это обусловлено следующими факторами: препараты содержат малые дозы трав, минералов и других продуктов естественного происхождения; не приводят к аллергическим реакциям, лекарственной зависимости и лекарственной болезни, повышают эффективность лечения, органично встраиваясь в структуру существующих методов терапии, могут применяться по клиническим показаниям подобно препаратам из других фармакологических групп; дешевле многих негормональных аналогов.

Для профилактики воспалительных осложнений ВМК «Мирена®» разработана схема, включающая препараты фирмы «ХЕЕЛЬ» (Германия): 1) Траумель С по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 3 дней до и 14 дней после введения ВМК; далее Траумель С применяется по 1 табл. 3 раза в день в дни месячных в течение 3-6 менструальных циклов после введения ВМК. Для лечения воспалительного процесса гениталий используется препарат Гинекохель по 10 капель за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 14 дней (схема № 1). 2) Для профилактики и лечения схваткообразных болей внизу живота, которые могут возникать в первые 24-48 часов после введения ВМК и связаны с сокращениями матки в ответ на раздражение инородным телом (ВМК) рецепторов ее слизистой оболочки назначается комплексный гомеопатический препарат Спаскупрель по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3-5 раз в день в зависимости от выраженности болевого синдрома в течение 2 дней, начиная с момента введения ВМК (схема № 2). 3) Для лечения альгоменореи, сопровождающейся меноррагией, и предотвращения экспульсии ВМК (при наличии таковой в анамнезе) применяется в дни месячных комбинация двух антигомотоксических препаратов: Траумель С и Спаскупрель по 1 табл. за 30 минут до еды под язык до рассасывания 3 раза в день в течение 6-12 менстру-

альных циклов (схема №3). При отсутствии эффекта, а также при наличии межменструальных кровянистых выделений на фоне ВМК дополнительно назначается Гинекохель – по 10 кап. 2 раза в день на протяжении всего менструального цикла в течение 3-6 месяцев; для усиления обезболивающего эффекта могут быть применены свечи Вибуркол (по 1 свече 2-3 раза в день ректально).

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 28 до 45 лет и в среднем составлял 36,5 лет. В семейном анамнезе у 10 пациенток отмечались ожирение и гипертоническая болезнь. В личном анамнезе у 7 женщин были частые ОРВИ, заболевания желчевыводящих путей, диффузное увеличение щитовидной железы I и II степени, задержка менархе и неустойчивый менструальный цикл, гиперполименорея. Среди заболеваний репродуктивных органов отмечались леймиома матки небольших размеров (3), воспалительные заболевания придатков матки (5), фиброзно-кистозная болезнь молочных желез (5). В прошлом все пациентки перенесли роды и аборт (на каждую женщину приходилось 3,5 беременности). Абдоминальное родоразрешение производилось двум беременным по показаниям со стороны плода. В момент обращения избыточный вес имели 5 пациенток (ИМТ: 28-29). Изменений и нарушений со стороны показателя биохимических исследований крови, гемостазиограммы, липидограммы и иммунограммы выявлено не было. Артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. наблюдалась у двух больных. По данным УЗИ трансвагинальным датчиком и гистероскопии с биопсией эндометрия в трех случаях диагностирована железистая (1) и железисто-кистозная (2) гиперплазия.

Каждой пациентке индивидуально подбирались антигемостоксические препараты для профилактики и лечения осложнений внутриматочной системы «Мирена®». Схема № 1 применялась у10, схема № 2 у 7, схема № 3 у 3 пациенток.

При введении внутриматочной системы Мирена® на фоне перорального приема Траумеля (регистрационное удостоверение № 011686/01 от 12.07.2004 г.), Спаскупреля (регистрационное удостоверение № 013397/01-2001 от 16.11.2001 г.) и Вибуркола ректально (регистрационное удостоверение № 012358/01 от 30.10.2000 г.) более не отмечалось ни в одном случае. Гинекохель (регистрационное удостоверение № 012356/01 -2000 от 30.10.2000 г.) назначался дополнительно 5 женщинам с хроническим сальпингоофоритом, при этом у них обострения воспалительного процесса придатков матки не наблюдалось. В трех случаях отмечались межменструальные кровянистые выделения, которые купировались приемом Траумеля и Спаскупреля. На фоне «ношения» внутриматочной системы Мирена® наблюдалась инволюция миоматозных узлов и аденомиоза, отсутствовал рецидив гиперплазии эндометрия. Все пациентки отмечали улучшение самочувствия, несмотря на развитие вторичной аменореи у 7, повышение работоспособности.

Заключение. На фоне проводимой антигемостоксической профилактики и лечения осложнений при введении и «ношении» внутриматочной системы «Мирена®» за весь период динамического наблюдения (от 1 до 3 лет) не отмечалось болевого синдрома, воспаления органов малого таза, экспульсии ВМК.

Результаты проведенного исследования подтверждают безопасность ВМК «Мирена®» и успешность антигемостоксической профилактики и лечения возможных побочных эффектов при ее применении.

## РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВОЙ МОЧЕВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Ящук А.Г., Закрытная О.С.

Россия, Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Частота стрессового недержания мочи у женщин колеблется от 3 до 36%, по нашим данным составляет 21,8%. Диагностика и лечение стрессового недержания мочи, особенно в соче-

тании с цистоцеле и пролапсом гениталий, остается основной проблемой современной урогинекологии. По данным О.Б.Лоран (1996), Мс. Guire (1993) коррекция симптомов недержания у таких больных удается лишь в 30-60% случаев. Данная патология не угрожает жизни пациенток, но снижает ее качество, доставляя моральные страдания. Большинство женщин со стрессовой мочево́й инконтиненцией сознательно ограничивают репродуктивную функцию.

Материал и методы исследования. За медицинской помощью в течение 2004-2006 годов обратились 67 женщин в возрасте от 38 до 77 лет с жалобами на недержание мочи. После комплексного урогинекологического обследования были диагностированы II (27-40,2%) и III (40-59,8%) типы недержания мочи при напряжении на фоне опущения и выпадения внутренних женских половых органов. В одной трети случаев заболевание проявилось уже после первых родов в виде поллакиурии и симптомов стрессовой инконтиненции легкой степени. Как правило, эти пациентки ограничивали количество употребляемой жидкости, старались чаще опорожнять мочево́й пузырь, использовали прокладки и тампоны. Длительность заболевания у обратившихся женщин в среднем составляла 10 лет. В надежде на самоизлечение больные применяли различные лекарственные средства, фитопрепараты, занимались лечебной физкультурой.

Всем пациенткам нами была произведена под местной анестезией хирургическая коррекция стрессовой мочево́й инконтиненции методом TVT (Tension – free vaginal Tape, U.Ulmsten, 1996). Длительность операции составляла в среднем 30±10 мин. По показаниям одновременно производилась кольпоперинеолеваторопластика. Интра- и после-операционных осложнений не отмечалось. Выписка больных осуществлялась на 7-10 сутки. За время наблюдения (3-4 года) рецидивов заболевания не наблюдалось.

Состояние репродуктивной системы женщин оценивалось на основании сбора анамнеза, данных специального анкетирования и результатов урогинекологического обследования. Результаты и их обсуждение. С годами все пациентки указывали на медленное прогрессирование заболевания. При изучении анамнеза и данных анкет менархе наступило у пациенток в возрасте от 11 до 16 лет (в среднем – 13,5 ± 1,5 лет). Позднее наступление менструаций имело место у 20 (29,8%). Нарушения менструальной функции по типу альгоменореи наблюдались у 18 (26,8%), дисфункциональные маточные кровотечения - у 7 (10,3%) женщин. Ритм менструаций изменился после замужества у 8 (11,9%). Антепонирующий менструальный цикл был у каждой второй обследованной.

Из гинекологических заболеваний следует отметить высокую частоту патологии шейки матки (16 – 23,8%) и хронических воспалительных процессов матки и придатков (18 – 26,8%). У всех пациенток имелось опущение стенок влагалища I-II степени. Цистоцеле выявлялось у каждой второй, неполное или полное выпадение матки – у каждой десятой женщины.

Экстрагенитальной патологией страдали все обследованные, при этом на одну женщину приходилось 3,9 заболевания. Наиболее часто встречались сердечно-сосудистая патология (пролапс митрального клапана 7-10,4%, гипертоническая болезнь 8 – 11,9%, варикозный комплекс вен 8 – 11,9%), болезни дыхательных путей (хронический бронхит 17 – 25,3%, бронхиальная астма 2 – 2,9%), органов пищеварения (дискинезия желчевыводящих путей 12 – 17%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки 5 – 7,3%, хронический колит 4 – 5,9%), опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, артрозо-артриты 23 – 34,3%, сколиоз 2 – 2,9%), мочевыделительных органов (хронический пиелонефрит 13 – 19,4%, нефроптоз 2 – 2,9%).

У каждой второй пациентки выявлялись эндемический зоб I-II степени, расстройства вегетативной нервной системы.

Средний возраст начала половой жизни составил 21 ± 1,0 год. Брак распался в связи с заболеванием мочево́й инконтиненцией в 3 случаях.

Гормональную контрацепцию использовали 30 (44,7%), внутриматочные контрацептивы 11 (16,4%) пациенток. 26 (38,7%) супружеских пар планировали данную беременность.

---

Первая беременность наступила через 8 – 12 месяцев регулярной половой жизни в 23 (34,3%), после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона (трубно-перитонеальное бесплодие) - в 1 (1,4%) случаях.

Общее число беременностей составило 3,1 на одну женщину. Беременность и роды были первыми у 13 (19,4%). Первым родам у 18 (26,8%) женщин предшествовали от 1 до 3 медицинских абортов. Повторнородящими были 54 (80,5%) пациентки. Вторые и третьи роды произошли уже после 30 - 35 лет. Первые симптомы недержания мочи наблюдались у 7 (10,3%) женщин ещё во время беременности. Остальные пациентки отмечали их появление после первых или повторных родов, осложнившихся травмами мягких тканей родового канала, а также после кесарева сечения в нижнем сегменте матки по Дерфлеру (1 – 1,4%). Течение данной беременности осложнилось: ранним токсикозом (18 – 26,8%), гестозом легкой и средней степени тяжести (23 – 34,3%), анемией (54 – 80,5%), угрозой прерывания (20 – 29,8%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (8 – 11,9%). Самопроизвольные срочные роды произошли у 60 (89,5%), преждевременные - у 4 (5,8%), запоздалые – у 2 (2,9%) женщины. Среди осложнений родового акта следует отметить высокую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности и акушерских травм промежности I-II степени тяжести – у каждой третьей роженицы. Срединно - латеральная эпизиотомия производилась у 11 (16,4%) женщин по поводу угрожающего разрыва промежности. Операция ручного отделения и выделения детского места производилась 6

(8,9%) пациенткам в связи с плотным прикреплением плаценты. Средняя кровопотеря в родах составила  $250 \pm 50$  мл. Масса новорожденных колебалась от 2200 до 4500 г.

У преобладающего большинства женщины (60 – 89,5%) выявлялась связь стрессовой мочевого инконтиненции с травматическими родами. Проявление же недержания мочи во время беременности у 7 (10,3%) пациенток можно было связать с наличием у них симптомов недифференцированной дисплазии соединительной ткани (пролапс митрального клапана, варикозная болезнь и др.). Этим больным рекомендовалось медико-генетическое консультирование.

Репродуктивная программа была выполнена всеми 67 (100%) женщинами. Однако после развития стрессовой мочевого инконтиненции ни одна женщина не решилась на повторные роды.

Заключение. Стрессовая мочевого инконтиненция является тяжелой в психоэмоциональном и физическом плане патологией, при которой пациентки сознательно ограничивают репродуктивную функцию.

По нашему мнению, целесообразно в амбулаторно-поликлинических условиях выделять в группу высокого риска по возникновению стрессовой мочевого инконтиненции женщин с клиническим симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани, беременных с крупным плодом, узким тазом, анемией, рожениц с аномалиями родовой деятельности и травмами мягких тканей родового канала для проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ СДППД В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ПОДХОДАМИ К РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Ионов О.В., Борисевич О.А.  
г. Москва, ГУ НЦ АГуП РАМН

В настоящее время при проведении первичной реанимации в родильном зале рекомендуется выполнять интубацию трахеи и переводить недоношенных пациентов на ИВЛ при развитии выраженных дыхательных нарушений. В сочетании с сурфактантной и пренатальной кортикостероидной терапией такой подход значительно повысил выживаемость недоношенных, находящихся в критическом состоянии. Однако применение перечисленных методов лечения не привело к снижению заболеваемости у недоношенных детей, связанной с реализацией респираторного дистресс-синдрома (РДС) и формированием бронхолегочной дисплазии (БЛД). Хотя этиология БЛД остается до конца не изученной, но вентилятор-индуцированные баротравма и волюмотравма, ателектазирование и перерастяжение альвеол, а также разрушение системы сурфактанта в ходе циклов респиратора, являются важными факторами в патогенезе БЛД.

Альтернативным методом респираторной поддержки, позволяющим избежать интубации, проведения искусственной вентиляции легких и связанных с этим осложнений, является метод самостоятельного дыхания под постоянным положительным давлением в дыхательных путях (СДППД). Основным принципом этого метода является постоянное поддержание альвеол в расправленном, раскрытом состоянии на всем протяжении дыхательной терапии. В настоящее время одним из самых эффективных способов создания ППД является методика с переменным потоком.

С ноября 2005 года в отделении реанимации, интенсивной терапии новорожденных и выхаживания маловесных Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН стало рутинным применение назального СДППД с переменным потоком у недоношенных уже в родильном зале.

Цель исследования: определение эффективности раннего использования назального СДППД с переменным потоком в сравнении с традиционными подходами у недоношенных с гестационным возрастом 28-32 недели.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ результатов респираторной терапии у 115 недоношенных с гестационным возрастом 28-32 недели, без пороков развития. В основную группу (группа I) вошли 53 пациента, родившиеся в период с ноября 2005г. по октябрь 2006г. В группу сравнения (группа II) вошли 62 новорожденных, родившиеся в аналогичный период, но годом раньше, когда использовалась обычная тактика – перевод на ИВЛ при развитии тяжелых дыхательных нарушений (оценка по шкале Сильвермана 6 и более баллов).

Метод раннего назального СДППД заключался в том, что всем новорожденным со сроком гестации  $\leq 32$  недель, делающим самостоятельные вдохи (не обязательно регулярные) ППД устанавливалось в родильном зале сразу после рождения и санации ротоглотки со стартовым давлением 4-5 см H<sub>2</sub>O и FiO<sub>2</sub> 21-25%. В дальнейшем, в случае увеличения потребности в кислороде до 40% рассматривался вопрос о введении сурфактанта. Показанием для перевода на ИВЛ являлись дыхательный ацидоз (рН < 7,2 и РаСО<sub>2</sub> > 65ммHg) и/или частые, длительные эпизоды апноэ со слабой реакцией на тактильную стимуляцию. В качестве генератора переменного потока использовалось устройство "Infant Flow" фирмы Viasys.

По итогам анализа общего материала установлено, что группы

достоверно не различались по оценке по шкале Апгар, анамнестическим данным, гестационному сроку ( $30,6 \pm 0,4$  и  $30,3 \pm 0,8$ ,  $p > 0,05$ , соответственно) и массе тела при рождении ( $1490 \pm 73,8$  и  $1431 \pm 76,0$ ,  $p > 0,05$ , соответственно).

Результаты: Сравнительный анализ полученных данных продемонстрировал снижение более чем в 2 раза потребности в проведении ИВЛ у пациентов основной группы (34% и 77% соответственно). Новорожденные, у которых использовался метод раннего назального СДППД, более чем в 5 раз реже нуждались в применении высокочастотной осцилляционной вентиляции в сравнении с детьми 2ой группы (7,5% и 39% соответственно). Кроме того, тяжелые геморрагические и ишемические структурно-сосудистые повреждения головного мозга (ВЖК II-III степени и ПВЛ) отмечались у пациентов первой группы реже, чем в группе сравнения (9% и 22%, 3,7% и 7,5% соответственно). При использовании новой тактики лечения респираторной патологии срок пребывания новорожденных в отделении реанимации уменьшился более чем в полтора раза (в среднем 12,6 и 20,1 койко-день в I-й и II-й группах соответственно). Хотя не отмечалось статистической достоверности, однако присутствовала клинически значимая тенденция к снижению заболеваемости БЛД (3,7% против 5,4%).

Подтверждением того, что раннее использование постоянного расправляющего положительного давления предотвращает эксудацию белков в просвет альвеол и формирование гиалиновых мембран явился тот факт, что у пациентов основной группы уровень общего белка в плазме крови, образцы которой были взяты в первые трое суток, оказался достоверно выше, чем у новорожденных первой группы сравнения: ( $43,2 \pm 1,54$  и  $36,3 \pm 1,9$  г/л в основной и сравнительной группах соответственно,  $p < 0,05$ ).

В результате внедрения новой тактики более чем в 2 раза уменьшились случаи проявления госпитальной инфекции, что в свою очередь позволило более чем на 35% реже использовать 3ий и 4ый курсы антибактериальной терапии.

Выводы: Раннее использование назального СДППД с переменным потоком является эффективным и безопасным методом респираторной поддержки, позволяющим в большинстве случаев избежать интубации трахеи и перевода на ИВЛ недоношенных с дыхательными нарушениями. Этот метод оказывает не только терапевтический, но и профилактический эффект, существенно сокращая длительность и стоимость лечения.

## НЕКОТОРЫЕ ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Атясова Т.Г., Балыкова Л.А., Дзюбич Л.И., Ледяйкина Л.В., Нежданова М.В., Пятаева Ю.В., Раздолькина Т.И.

Россия, г.Саранск, Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Актуальность исследования иммунного статуса новорожденных определяется, тем, что имеется необходимость в надежных и быстрых методах диагностики инфекционного процесса у новорожденного. Одним из таких методов является исследование иммунного статуса ребенка. Преимущества этого метода по сравнению с бактериологическими и вирусологическими исследованиями заключается в относительно низкой стоимости и высокой скорости. В отличие от серологических методов исследования иммунного статуса позволяет обнаружить течение инфекционного процесса, а не его последствия. Если показатели иммунного статуса здоровых новорожденных достаточно полно изучены, то сведения об изменении иммунитета при внутриутробной инфекции (ВУИ) довольно противоречивы. В связи с этим нами исследованы некоторые показатели иммунного статуса новорожденных, а именно:

лейкоформула, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), а также уровень иммуноглобулинов трех классов (IgA, IgM и IgG) и концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) различной молекулярной массы. Оценка иммунного статуса производилась у 19 детей, из них 10 – с ВУИ и 9 – условно здоровых. Показатели гемограммы исследовались на 1-е и на 7-сутки жизни. Определение ЛИИ осуществлялось по формуле

$$\text{ЛИИ} = \frac{\text{Пл} + \text{Ми} + \text{Ю} + \text{Пя} + \text{Ся}}{\text{Э} + \text{Б} + \text{Лим} + \text{Мон}}$$

где Пл – плазматические клетки в процентах, Ми – миелоциты в процентах, Ю – юные нейтрофилы в процентах, Пя – палочкоядерные нейтрофилы в процентах, Ся – сегментоядерные нейтрофилы в процентах, Э – эозинофилы в процентах, Б – базофилы в процентах, Мон – моноциты в процентах, Лим – лимфоциты в процентах.

Концентрацию иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов исследовали однократно на 1–2 сутки жизни. Определение иммуноглобулинов проводилось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Определение размеров ЦИК проводилось методом осаждения полиэтиленгликолем 2%, 3,75% и 5,5% концентрации (соответственно – крупные, средние и мелкие).

Результаты анализа гемограммы в сравниваемых группах свидетельствовали о наличии признаков системного воспалительного ответа у новорожденных с ВУИ (табл. 1).

Таблица 1. Показатели гемограммы у новорожденных сравниваемых групп

Показатель	Исследованные группы	
	Здоровые дети (n=9)	Дети с ВУИ (n=10)
Лейкоциты	9,8±1,7	14,5±2,1*
Нейтрофилы	%	73±6,1**
Лимфоциты	абс, 109/л	5,7±0,2
	%	29±5
Моноциты	абс, 109/л	2,8±0,4
	%	8,0±0,9
Эозинофилы	абс, 109/л	0,79±0,01
	%	3,1±0,6
Базофилы	абс, 109/л	0,29±0,05
	%	0,9±0,2
абс, 109/л	0,1±0,01	0,15±0,03
ЛИИ	1,5±0,1	2,6±0,2*

Примечания: \* – значения, где  $P < 0,05$  по отношению к показателям группы сравнения;

\*\* – значения, где  $P < 0,01$  по отношению к показателям группы сравнения.

У них отмечался лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Значение ЛИИ в группе детей с ВУИ превышало аналогичный показатель контрольной группы почти в полтора раза и было равно 2,6±0,2. Относительное количество лимфоцитов на фоне ВУИ было снижено и составляло 18%, однако абсолютное их число достоверно не отличалось от такового у здоровых и составляло 2,6 109/л. На наш взгляд, отсутствие увеличения абсолютного количества лимфоцитов на фоне антигенной нагрузки свидетельствует об относительной незрелости гуморального иммунитета новорожденных и может способствовать прогрессированию и генерализации инфекции.

Анализ содержания иммуноглобулинов и ЦИК выявил значительные различия этих показателей у здоровых новорожденных и новорожденных с ВУИ (табл. 2).

Таблица 2. Концентрация иммуноглобулинов основных классов у детей исследуемых групп

Показатель	Исследованные группы	
	Здоровые дети (n=9)	Дети с ВУИ (n=10)
Ig G, мг %	815,6±66,5	937,5±111,2
Ig A, мг %	17,3±0,4	29,7±4,6*

Ig M, мг %	20,8±0,5	49,8±11,5*
Крупные ЦИК, у.е.	6,1±2,7	8,5±2,2
Средние ЦИК, у.е.	3,3±1,4	11,5±2,5*
Мелкие ЦИК, у.е.	6,7±1,4	48,0±12,6**

Примечания: \* – значения, где  $P < 0,05$  по отношению к показателям группы сравнения;

\*\* – значения, где  $P < 0,01$  по отношению к показателям группы сравнения.

У новорожденных с ВУИ содержание IgM и IgA было повышено более чем в полтора раза. Их уровень находился в пределах от 19 мг% до 105 мг% для IgM и от 16 мг% до 54 мг% для IgA. Средняя концентрация этих иммуноглобулинов составила соответственно 49,8±11,5 и 29,7±3,6 мг% ( $p < 0,05$ ). Увеличение концентрации IgG было недостоверным и отличалось большой вариабельностью внутри группы. Уровень IgG колебался от 610 до 1650 мг%, при этом у 40% детей он был ниже среднего относительно здоровых детей. Среднее значение IgG у здоровых было равно 815,6±66,5, а у детей с ВУИ – 937,5±111,2 мг% ( $p > 0,05$ ) – рис. 8. Отсюда можно сделать вывод, что у новорожденных, больных ВУИ, наблюдалась гипериммуноглобулинемия преимущественно за счет IgM и IgA.

Обращало на себя внимание почти восьмикратное увеличение концентрации ЦИК мелких размеров в группе инфицированных новорожденных (рис. 9); их уровень колебался от 5 до 125 у.е. У них среднее значение этого показателя составило 48,0±12,6 у.е. против 6,7±1,4 у.е. у здоровых ( $p < 0,01$ ). Аналогичная тенденция прослеживалась и для среднемолекулярных иммунных комплексов, но их уровень изменялся в пределах от 5 до 30 у.е., средняя величина составила 11,5±2,5 у.е. ( $p < 0,05$ ). Концентрация же крупных ЦИК изменялась недостоверно и была равна 8,5±2,2 у.е. (у здоровых – 6,5±2,7 у.е.,  $p > 0,05$ ). Крупномолекулярные ЦИК выявлялись у 70% новорожденных с ВУИ и у 60% здоровых новорожденных и находились в пределах от 0 до 45 у.е. для новорожденных с ВУИ и от 0 до 25 у.е. для здоровых новорожденных.

Изменения уровня иммуноглобулинов и ЦИК можно интерпретировать как гуморальный иммунный ответ на повышенную антенатальную антигенную нагрузку, связанную с наличием инфекции. Отсутствие различий между уровнями иммуноглобулинов класса G в первой и второй группах, вероятно, объясняется тем, что эти иммуноглобулины плод получает от матери, и исходная концентрация их намного превышает таковую для иммуноглобулинов других классов. Поэтому изменения содержания IgG, обусловленные синтезом собственных антител этого класса (который, к тому же, у новорожденных недостаточно активен), очень незначительно влияют на их суммарное количество. Кроме того, на уровень IgG могло оказать влияние наличие у матерей хронической маточно-плацентарной недостаточностью, нарушающей проникновение антител через плаценту. Увеличение концентрации ЦИК является закономерным следствием инфекции, однако преобладание низкомолекулярных иммунных комплексов, обусловленное нарушением связывающей способности антител, свидетельствует о наличии у пациентов эндотоксикоза и незрелости иммунного ответа, что подтверждается изменением ЛИИ.

## КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Барашнев Ю. И.

г. Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Заболевания нервной системы, проистекающие из ante-и перинатального периодов жизни, формируют обширную группу детей с разной степенью инвалидности. Казалось бы, что используемый в последние годы широкий спектр диагностических и лечебных технологий должен принципиально изменить существующую ситуацию. Тем не менее, показатели, свидетельствующие об инвалидности с детства, не только не снижаются, а имеют явную тенденцию к

росту. В связи с чем становится необходим анализ причин и поиск путей предупреждения или снижения инвалидности с детства.

При анализе показателей перинатальной и ранней неонатальной смертности, а также показателей патологии нервной системы у умерших и выживших новорожденных за последние 20 лет (1984 – 2005 гг), мы смогли прийти к ряду основополагающих выводов. Прежде всего стало очевидным, что использование новых диагностических и лечебных технологий позволило добиться значительного снижения перинатальной (ПС) и ранней неонатальной смертности (РНС) среди новорожденных высокого риска. Так, ПС, составляющая в 1984 г 23,8%, снизилась в 2005 г до 8 - 10%, а РНС – с 14,3% до 4,6%.

Однако, среди умерших и оставшихся в живых новорожденных за этот период произошло увеличение врожденных пороков развития (ВПР) и неврологических расстройств (НР). Так, ВПР, составляющие среди умерших новорожденных в 1984 г 14,3%, увеличилось до 39%, а вовлечение в патологических процесс нервной системы – 100%. Таким образом, эти патологические состояния, сочетавшиеся также с глубокой недоношенностью и внутриутробной инфекцией и преведшие к смерти, относились к категории неуправляемых..

Среди детей оставшихся в живых, ВПР возросли с 3,5% до 10%, а неврологические дефициты – до 14%. Это позволяет утверждать, что снижение перинатальной и ранней неонатальной смертности отражает в целом лишь повышенную выживаемость новорожденных, а не качество их здоровья. Более того, использование новых технологий, направленных на преодоление репродуктивных нарушений у женщин, сопровождается не только успехом и рождением живых и здоровых, но и больных детей. Перинатальный риск для этой категории женщин и новорожденных всегда расценивается как неизбежная плата за достижение, казалось бы, невозможного – обретения долгожданного материнства.

Комплексное обследование большой группы детей раннего возраста с грубыми инвалидизирующими расстройствами нервной системы показало, что в основе этих нарушений лежат своевременно недиагностированные заболеваний ЦНС: ВПР и недоразвитие головного мозга, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, последствия внутриутробной инфекции. Следовательно, на первый план выступает проблема своевременной диагностики анти-перинатальных повреждений головного мозга у новорожденных высокого риска. Наш опыт свидетельствует, что она может быть решена только в условиях регионального перинатального центра, обладающего высококвалифицированными технологиями.

В этом убеждает собственный многолетний опыт, обобщенный в монографиях «Перинатальная неврология», «Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей», «Новорожденные высокого риска. Новая диагностическая и лечебная технология». Ранняя диагностика возможна, она позволяет профилактировать рождение тяжело больных детей и резко повысить эффективность терапии.

В комплекс диагностических и профилактических мероприятий входят: пренатальная, неонатальная и постнатальная диагностика с применением УЗИ, МРТ и психометрии и др.

При использовании вспомогательных репродуктивных технологий главным является снижение многоплодия и недонашивания. Генетический контроль за развивающимся эмбрионом и плодом (преимплантационная диагностика, кариотипирование плода и др.) должен осуществляться на всех этапах развития. Разработанная нами схема реабилитационных мероприятий предусматривает раннее медикаментозное вмешательство с целью нормализации систем, обеспечивающих функционирование головного мозга (сердце, легкие, почки). Использование биологически активных веществ в течение первых месяцев жизни способствует стимуляции существующих у новорожденных нейропластических процессов и более полному восстановлению функций ЦНС.

## **ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ТИТРОМ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ И(ИЛИ) ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Бондарь О.Е., Логинова Н.С., Пономарева Л.П., Ванько Л.В., Сухих Г.Т.**

*Россия, г.Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

Система интерферона (ИФН) является первой линией противoinфекционной защиты организма. Известно, что высокие концентрации ИФН в крови создают кратковременную невосприимчивость организма к вирусной инфекции. Замечено, что при повышенном уровне ИФН в крови новорожденных период ранней неонатальной адаптации протекает физиологически, а при сниженном отмечаются патологические отклонения. На внутриутробное развитие системы ИФН оказывают влияние различные факторы, в том числе интоксикация, гипоксия, внутриутробная инфекция и т.д.

У 54 доношенных новорожденных (основная группа), родившихся у матерей с повышенным титром антител (АТ) к фосфолипидам (ФЛ) и(или) хорионическому гонадотропину (ХГ) во время беременности, были проведены исследования для выявления особенностей интерферонового статуса. Матери этих детей во время беременности получали глюкокортикоидную терапию (2-20 мг/сутки), т.к. на фоне гиперпродукции АТ к ФЛ и(или) ХГ у них отмечалась угроза прерывания беременности. Все дети относились к группе высокого перинатального риска по реализации внутриутробного инфицирования. Еще 24 новорожденным этой же популяционной группы с профилактической целью проводилась коррекция интерферонового статуса с помощью ректальных свечей «Виферон». Производителю - НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН. Свечи назначались сразу после рождения по одной свече два раза в день с интервалом в 12 часов в течение 5 дней. В состав свечи входит рекомбинантный ИФН-альфа-2 в количестве 150000 МЕ в сочетании с витаминами-антиоксидантами Е и С. Контрольную группу составили 12 новорожденных, родившихся у здоровых женщин.

Методом Соловьева-Бектемирова определялись уровни сывороточного ИФН и способность клеток крови к синтезу альфа- и гамма-ИФН при рождении и в конце периода ранней неонатальной адаптации. В крови новорожденных основной группы в исследуемые периоды выявлены достоверно ( $p < 0,005-0,0001$ ) более высокие концентрации сывороточного ИФН (в пуповинной крови 19,1±3,2 ед/мл против 8,0±1,4 ед/мл в контроле; на 5-6 день 23,1±2,5 ед/мл против 8,0±0 ед/мл в контроле) при сниженной продукции альфа-ИФН (в пуповинной крови 19,4±2,4 против 30,2±1,9 ед/мл в контроле; на 5-6 день 19,7±1,4 против 24,9±2,9 ед/мл в контроле) и особенно гамма-ИФН (в пуповинной крови 15,4±2,6 против 35,6±3,8 ед/мл в контроле; на 5-6 день 13,6±1,3 ед/мл против 30,2±1,9 ед/мл в контроле). Причем наиболее высокие показатели содержания ИФН в сыворотке крови отмечались у новорожденных основной группы без инфекционных осложнений в периоде ранней неонатальной адаптации (25,1±3,5 ед/мл). Параметры интерферонового статуса не имели достоверной зависимости от способа родоразрешения (самопроизвольные роды или кесарево сечение), половой принадлежности новорожденных и степени их морфологической зрелости. Однако, среди детей с задержкой внутриутробного роста плода или перенесших фето-плацентарную недостаточность, выявлено достоверно значимое снижение альфа-интерферонсинтетической активности клеток крови в конце периода ранней неонатальной адаптации (16,6±2,7 ед/мл против 20,0±1,7 ед/мл, ( $p < 0,05$ )).



Проведён сравнительный анализ интерферонового статуса между 24 новорожденными, которым с профилактической целью назначались ректальные свечи «Виферон», и 13 новорожденными, которые не получали профилактического лечения. Отмечены достоверные более высокие концентрации сывороточного ИФН у детей в возрасте 5-6 дней после рождения, получавших профилактическое лечение свечами «Виферон» ( $p < 0,01$ ). При этом среди детей, которые не получали «Виферон», развитие инфекции в первую неделю после рождения отмечалось у 7 (54%) новорожденных, а на фоне профилактической терапии «Вифероном» - только у 4 (17%) ( $p < 0,05$ ).

Новорожденные, родившиеся у матерей с повышенным титром АТ к ФЛ и (или) ХГ во время беременности, составляют группу повышенного риска по реализации внутриутробного инфицирования, т.к. имеют достоверно более низкую интерферонсинтетическую активность клеток крови. С целью создания более высоких концентраций ИФН в крови для профилактики инфекции рекомендуется назначение ректальных свечей «Виферон».

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ

**Виноградова Е.Е., Рывкина А.Г., Керимкулова Н.В.,  
Киселева О.Ю., Галицкая С.А., Синицын С.Н.**

*Ивановская государственная медицинская академия, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии педиатрического факультета, г.Иваново*

Современное состояние детородной функции женщин в России характеризуется многими негативными явлениями – увеличением числа аборт, первичным и вторичным бесплодием, невынашиванием беременности, существенным увеличением числа тяжелых гестозов, патологическим течением родов. На этом фоне возникла парадоксальная ситуация, когда наметившаяся тенденция к увеличению рождаемости и снижению перинатальной смертности сочетается с ухудшением качества здоровья новорожденных, увеличением доли инфекционной патологии среди причин младенческой смертности. Вместе с тем, клинико-диагностические критерии внутриутробных инфекций до настоящего времени остаются недостаточно изученными и во многом противоречивыми.

Мы наблюдали 23 пары «мать-дитя» с диагностированной цитомегаловирусной инфекцией (1-я группа) и 48 пар - с хламидиозом (2-я группа). Диагноз указанных инфекций верифицировали путем обнаружения в сыворотке крови пациентов специфических Ig M, Ig G к антигенам возбудителей (методом ИФА).

Возраст матерей обследованных детей колебался от 16 до 35 лет. Женщины имели различную хроническую соматическую патологию (48% в 1-й группе и 23% во 2-ой) и значительно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: аборты и самопроизвольные выкидыши (26% и 45,8%, соответственно в 1-й и 2-й группах), вторичное бесплодие (8,6% и 8,4%), воспалительные заболевания половых органов (26% и 33,3%), предшествующие внематочные беременности (4,3% и 8,4%).

Отмечено, что у женщин, родивших детей с цитомегалией, значительно чаще во время беременности наблюдались: гестоз первой половины (26% и 8,4% соответственно), водянка (74% и 37,5%), многоводие (74% и 20,9%); ОРВИ (39% и 18,8%), угроза прерывания беременности (56,5% и 33,3%).

Течение родов в обеих группах существенно не отличалось и характеризовалось длительным (от 6,5 до 9 часов) безводным промежутком (17,2% и 29,2%), стимуляцией родовой деятельности, которую проводили в связи со слабостью (13% и 12,5%), и дискоординацией (21,7% и 18,8%). Родоразрешение путем операции кесарева сечения

в плановом порядке было сделано в 8,6% и 8,4% случаев, а также по экстренным показаниям (17,2% и 12,5%), среди которых были: острая гипоксия плода (8,6% и 4,2%) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (8,6% и 8,4%). Патология плаценты выявлена у 78% женщин с цитомегаловирусной инфекцией и у 42% женщин с хламидиозом и клинически проявлялась фетоплацентарной недостаточностью (78% и 42%) и плацентитом (21,7% и 12,5%), подтвержденным при гистологическом исследовании.

Важно отметить, что все женщины с хламидиозом во время беременности были пролечены ровамицином.

В 1-ой группе 30,4% детей родились недоношенными, 43,75% - имели СЗВУР по асимметричному типу. Во 2-ой группе раньше 37 недель гестации родилось лишь 16,7% обследованных, СЗВУР встречался у каждого четвертого.

В 1-й группе в удовлетворительном состоянии (согласно оценке по шкале Апгар) родилось только 5 детей (21,7%); остальные имели признаки асфиксии – тяжелой и средней степени тяжести. Во 2-ой группе удовлетворительное состояние регистрировалось у 50% детей, однако в первые сутки после рождения и у них появлялись отчетливые признаки синдрома угнетения (31,3%) и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (16,7%).

Клинические проявления инфекций характеризовались пестротой клинических проявлений у новорожденных, сочетанными поражениями различных органов и систем.

Анализ клинического течения раннего неонатального периода у инфицированных детей выявил поражение ЦНС у всех младенцев без исключения. В 1-ой группе неврологическая симптоматика была более выраженной и тяжелой: у 70% новорожденных ярко проявился гипертензивно-гидроцефальный синдром, из них у 8,6% - с быстрым прогрессированием. Во 2-ой группе у 62% детей отмечался синдром угнетения (в 1-ой у 13%), у 29% - синдром гипервозбудимости, а гипертензивно-гидроцефальный синдром встречался лишь у каждого четвертого и при динамическом наблюдении не нарастал.

Неврологическая симптоматика сопровождалась отчетливыми изменениями на нейросонограммах. При цитомегалии они выявлялись преимущественно в перивентрикулярной области (74%) в виде: перивентрикулярного отека (26%), церебральной ишемии II-III степени (13%), вентрикулодилатации (56,5%), уплотнения стенок желудочков головного мозга (13%), наличия кальцификатов в области таламуса и головки хвостатого ядра (17%), очагов перивентрикулярной лейкомаляции (4,3%). При хламидиозе изменения локализовались в области сосудистых сплетений головного мозга (66,6%) и обнаруживались в виде: ЭХО-неоднородности (37,5%), субэпендимальных кровоизлияний (20,9%), кист и псевдокист хориоидальных сплетений (8,4%), ВЖК I - II степени (12,5%)

У 75% новорожденных с хламидиозом отмечались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (глухость тонов, тахикардия, изменение границ сердца). На ЭХО-КГ частой находкой была высокая трабекулярность желудочков.

У младенцев с цитомегаловирусной инфекцией изменения со стороны сердца были не столь выраженными, однако у 78% выявлялась гепатомегалия, при этом у 70% детей увеличение размеров печени было значительным (+4 +5 см), что сочеталось с затяжной желтухой II – III степени с увеличением непрямого билирубина при нормальных показателях АСТ и АЛТ.

У 62,5% детей 2-ой группы диагностирована патология дыхательной системы, но типичная картина хламидийной пневмонии с конъюнктивитом, ринитом, мучительным приступообразным кашлем наблюдалась только у 16,7%.

У новорожденных 1-ой группы в ранний неонатальный период патологии органов дыхания выявлено не было, но в 78% случаев отмечалось поражение мочевыводящей системы. Клинически это проявлялось стойким отечным синдромом, патологическими прибавками массы тела, транзиторной лейкоцитурией. При УЗИ регистрировали расширение чашечек, лоханок, их уплотнение. У детей 2-ой группы поражение мочевыводящей системы встречалось в 62% случаев, из них у трети пациентов диагностировали острый пиелонефрит.

У младенцев обеих групп отмечались: везикулопустулез, омфалиты, отиты, назофарингит (26% и 25% соответственно). У 17,2% детей с цитомегалией диагностирована ретинопатия. Специфический гнойный конъюнктивит наблюдался у 62% новорожденных с хламидиозом. В общем анализе крови у детей этой группы частой находкой (54%) была эозинофилия.

Проведенная терапия позволила выписать 84% младенцев в возрасте 1-1,5 месяца с отчетливым улучшением; остальные дети имели стойкие отклонения функций различных органов и систем (прогрессирующая гидроцефалия, рецидивирующее течение пиелонефрита, вторичные иммунодефицитные состояния), что потребовало их дальнейшего лечения в различных специализированных отделениях.

Полученные данные, безусловно, не охватывают всего многообразия вариантов современного течения цитомегалии и хламидиоза у новорожденных детей и их матерей. Тем не менее, выявленные особенности акушерско-гинекологического анамнеза, результаты клинико-инструментальных исследований позволяют своевременно выделять группы риска по внутриутробным инфекциям, а также проводить предгравидарное обследование супружеских пар (с обязательным привлечением андролога и иммунолога) и их адекватное лечение.

## **ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУПОВИНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Глуховец И.Б., Белая Н.Б.**  
*г. Санкт-Петербург*

Пуповина является провизорным сосудисто-мезенхимальным тяжем, который выполняет функцию центральной магистрали фето-плацентарного круга кровообращения и обеспечивает адекватную гемоциркуляцию на значительном протяжении без участия нервной регуляции. Перемещение крови по направлению к плаценте происходит по двум пульсирующим артериям мышечно-эластического типа. Поступающая в плаценту кровь распределяется по обширному микроциркуляторному руслу, включающему разветвленную сеть терминальных капилляров, и возвращается в организм плода через третий (единичный) сосуд пуповины, который имеет строение вены с одним слоем дисконкомплексированных лейомиоцитов. В связи с относительной гипотонией стенки вены пуповины процесс оттока плацентарной крови имеет сложный механизм, включающий особую организацию сосудистого пучка пуповины. Нарушение морфологической структуры пуповины может быть причиной серьезных патологических процессов у плода и новорожденного, включая внезапную смерть в ходе родов [Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В., 2004 г].

Во внутриутробном периоде состояние кровотока в сосудах пуповины можно оценить с помощью доплерометрического сканирования. Ретроспективная макроскопическая оценка структурно-функционального состояния пуповины новорожденного основывается на определении простых и сложных органомерических параметров.

Простые показатели включают в себя определение общей массы (г) и длины (см.) пуповины. Сложные показатели (коэффициенты) основаны на вычислении среднего диаметра пуповины (СДП d мм); объема ( $V = r^2 l \text{ мм}^3$ ); единицы объемной массы (ЕОМ =  $m:v \text{ г/мм}^3$ ); единицы линейной массы (ЕЛМ =  $m:l \text{ г/см}$ ); показателя стандартной массы (ПСМ =  $ЕЛМ \cdot 50 \text{ см г}$ ).

Простые показатели не имеют особой информативности в связи со значительными индивидуальными колебаниями уровня пересечения пуповины. Более достоверными и практически доступными показателями структурно-функционального состояния пуповины являются СДП и ЕЛМ, которые объективно отражают кровенаполнение магистральных сосудов, степень развития и интенсивность отека Вартонова студня.

В нормальных условиях величина СДП находится в пределах 0,8-1,2 см, ЕЛМ составляет 0,5-0,98 г/см). Меньшие параметры определяют понятие «тощая пуповина», большие – «толстая пуповина».

Степень отека Вартонова студня прямо зависит от давления в пупочной вене; при нарастающей венозной гиперемии происходит фильтрация плазмы фетальной крови в лакуны спонгиозного слоя Вартонова студня. Отмеченное обстоятельство имеет компенсаторное значение, поскольку в определенной мере предупреждает перегрузку правого желудочка сердца и тем самым снижает опасность интранатальной гипоксии. [Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2002; Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В., 2004]. Недоразвитие спонгиозного слоя Вартонова студня («тощая пуповина») исключает возможность компенсаторного отека пуповины, в связи с чем повышается риск гипоксической кардиопатии новорожденного.

При нарушениях оттока плацентарной крови в ходе родов возникает градиент повышенного венозного давления, что приводит к диффузному проникновению плазмы венозной крови в лакуны спонгиозного слоя с развитием стромального отека, максимально выраженного на плодном уровне. Отмеченное обстоятельство особенно характерно для оперативного родоразрешения с неполноценной или незавершенной плацентарной трансфузией и может сочетаться с различными гиповолемическими осложнениями, включая недостаточную гиперемию легких новорожденного. Нарастание ЕЛМ плацентарного отдела свидетельствует о хроническом нарушении фето-плацентарного кровотока, с возможным снижением пропульсивной активности пуповины и высоким риском развития хронической гипоксической кардиомиопатии у новорожденного.

Основные гистометрические показатели пуповинного кровотока имеют прямую взаимосвязь со степенью компенсации хронической фето-плацентарной недостаточности (ХФПН) и документируются следующими параметрами: нарастанием отека спонгиозного слоя пуповины по мере субкомпенсации клинико-морфологических проявлений ХФПН; хаотичным нарушением сосудистой архитектоники и дезориентации пульсовой волны по ходу пуповины; застойным полнокровием и предрасположенностью к варикозному расширению пупочной вены.

Таким образом, ретроспективная органомерическая оценка структурно-функционального состояния сосудисто-стромальных компонентов пуповины позволяет достоверно регламентировать адекватность антенатального фето-плацентарного кровообращения и может иметь определенное клиническое значение для своевременной профилактики гипоксических осложнений у новорожденных.

## **ТЕРАПИЯ АНЕМИИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ИНТЕРФЕРОНУ ГАММА**

**Евтушенко И.Д., Сотникова Л.С., Шерстобоев Е.Ю.,  
Дыгай А.М., Болотова В.П., Суродеева М.А.**

*Россия, г. Томск, НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН, Сибирский  
государственный медицинский университет, Городской центр  
планирования семьи*

Особое клиническое значение имеет у пациентки с маточным кровотечением пубертатного периода (МК ПП) наличие анемии тяжёлой степени, которая требует оказания неотложной медицинской помощи и длительного лечения препаратами железа. Известно, что развитие анемии усугубляет нарушения в системе гормонального гомеостаза и индуцирует иммунологическую недостаточность. Формируется феномен взаимного отягощения или «порочный круг». В связи с этим, поиск и разработка новых

высокоэффективных методов коррекции нарушений, возникающих в иммунной системе при маточных кровотечениях, является одной из задач охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков. Применение препаратов сверхмалых доз (СМД) антител – приоритетное для нашей страны и перспективное направление в фармакологии. Представляет интерес применение у пациенток с МК ПП препарата «анаферон детский» (НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия), содержащего аффинно очищенные СМД антител к гамма-интерферону человека. Экспериментально и клинически доказано, что анаферон детский стимулирует гуморальные и клеточные реакции иммунной системы. В гинекологической практике до настоящего момента анаферон не применялся.

Цель работы – оценка клинической эффективности препарата сверхмалых доз антител к интерферону-гамма анаферона детского в качестве средства лечения иммунологических нарушений при анемии тяжёлой степени вследствие маточных кровотечений пубертатного периода.

Объект исследования составили 72 пациентки с МК ПП в возрасте от 13 до 18 лет с наличием анемии тяжёлой степени (гемоглобин менее 70 г/л). В контрольную группу вошли 30 практически здоровых девушек без нарушения менструального цикла, сопоставимых с основной группой по возрасту. Основная группа была разделена на две подгруппы: I подгруппа (n=35): принимала только антианемическую терапию - препарат железа сорбифер («Эгис», Венгрия); II подгруппа (n=37): дополнительно к препарату железа (сорбифер) принимала анаферон детский. Комплексная оценка состояния клеточного и гуморального иммунитета проводилась до назначения препарата железа и через 3 недели антианемической терапии. Критериями оценки эффективности терапии являлись показатели иммунного статуса: общее количество лейкоцитов и подсчёт их отдельных морфологических форм («Abacus», Diatron, Австрия, 2002); CD3+, CD4+, CD8+ и CD72+ лимфоциты («Сорбент», г. Москва); иммуноглобулины сыворотки крови Ig A, Ig M, Ig G (по Manchini), общий Ig E («Veda-Lab», Франция; «Вектор-бест», Россия); циркулирующие иммунные комплексы (Haskov V. et al., 1978); IFN $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-2, IL-4 и IL-10 в супернатантах с использованием твердофазного иммуоферментного «сэндвичевого» метода («Procon», Россия; «Cytimmune», США).

Результаты анализа клинического материала показали, что средний возраст пациенток с МК ПП в исследовании составил 14,2±0,3 года. Средний возраст появления менархе был 13,1±0,2 года. Заболевание у всех девушек имело рецидивирующий характер. На момент обследования 22% (16) пациенток имели полименорею, 25% (18) - гиперменорею и 53% (38) - гиперполименорею. Длительность кровотечения варьировала от 16 до 48 дней (в среднем 20±2 дня). Циклические кровотечения наблюдались у 25% (18) больных, ациклические – у 75% (54). В контрольной группе средний возраст девушек был 14,2±0,2 года, возраст менархе – 13,5±0,3 года. На момент исследования менструальный цикл был регулярным, через 28±1,2 дней по 4±1 дня, кровянистые выделения были умеренные по количеству и безболезненные. Остановка маточного кровотечения всем пациенткам с МК ПП была проведена однофазным эстроген-гестагенным препаратом. В качестве профилактики рецидива кровотечения пациентки принимали гормональную терапию синтетическими прогестинами. Дизайн исследования в основной группе включал два запланированных визита с временным интервалом в три недели. Первый визит был до назначения антианемической терапии, второй через три недели лечения анемии. Также дважды оценивали состояние клеточного и гуморального иммунитета и продукцию основных Th1-цитокинов (IFN $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , и IL-2) и Th2-цитокинов (IL-4 и IL-10). При сравнении количественных показателей клеток белой крови у пациенток основной группы достоверных различий при сравнении с контрольными значениями выявлено не было. Отмечена тенденция к снижению общего количества лейкоцитов в основной группе до 4,8±1,2 x10<sup>9</sup>/л, в отличие от показателя у здоровых подростков - 6,2±1,4 x10<sup>9</sup>/л.

Результаты исследования иммунного статуса у пациенток с анемией тяжёлой степени на фоне МК ПП свидетельствовали о нарушениях иммунологической реактивности. У девушек с ЖДА зарегистрировано достоверное (p<0,05) снижение числа Т-лимфоцитов (CD3+) до 48,-

8±1,36% (контроль - 64,26±3,12%). Отмечалось достоверное (p<0,03) снижение количества популяции Т - лимфоцитов – хелперов (CD4+) (18,17±2,48% (контроль – 40,12±3,22%). Содержание цитотоксических лимфоцитов (CD8+) было повышенным (40,6±3,31%, в контроле – 25,06±1,24%). Иммунорегуляторный индекс (CD4+ /CD8+) у пациенток с анемией снижался до 0,48±0,18 (в контроле – 1,52±0,14%). При МК ПП с развитием ЖДА тяжёлой степени имело место увеличение количества В-лимфоцитов (CD72+), а также усиление синтеза Ig классов G и E, кроме Ig A и M. Уровень IFN $\gamma$  у пациенток с анемией на фоне МК ПП был значительно снижен (p<0,03). Продукция TNF- $\alpha$  у больных основной группы имела тенденцию к снижению по сравнению с контрольными значениями. Было выявлено достоверное повышение по сравнению с контрольной группой уровней IL-2 и, особенно, IL-4 (p<0,05). Однако содержание IL-10 не было повышено, по сравнению с контрольным показателем. Через 3 недели терапии в группе пациенток, принимающих анаферон детский, отмечено достоверное (p<0,05) повышение CD3+-лимфоцитов (62,2±1,27%). У пациенток, принимающих только препарат железа, количество CD3+-лимфоцитов (56,2±1,24%) не достигло показателя контрольной группы. После лечения анафероном детским отмечалась выраженная активация Т-клеточного звена иммунитета, что проявилось в достоверном увеличении количества клеток, экспрессирующих CD4-антигены (41,20±3,13%), нормализации уровня CD8+ (24,4±2,86%) и повышении иммунорегуляторного индекса до 1,63±1,32. В группе пациенток, принимающих монотерапию препаратом железа, отмечена лишь тенденция к нормализации перечисленных показателей. По окончании курса анаферона детского зарегистрировано снижение количества CD72+ - лимфоцитов с 18,12±0,67% до 12,86±1,33% (в контроле – 14,21±1,06%). В группе монотерапии препаратом железа данный показатель оставался практически без изменений (от 18,3±1,43% до 16,4±1,2%) и был выше контрольного значения. Выявлено положительное влияние анаферона детского на синтез иммуноглобулинов, что достоверно (p<0,05) проявилось в нормализации уровней иммуноглобулинов G и E. У пациенток, принимающих только препарат железа данный эффект не зарегистрирован. При применении анаферона детского изменялась продукция иммунорегуляторных Th1- и Th2-цитокинов мононуклеарными лейкоцитами. При этом в большей степени отмечался рост уровня IFN $\gamma$  в периферической крови. Зарегистрировано изменение уровня цитокинов в периферической крови на фоне лечения анафероном детским, что проявилось в снижении содержания IL-2 и, особенно, IL-4. В группе пациенток, принимающих только препарат железа, через 3 недели антианемической терапии сохранялся дисбаланс в продукции Th1- и Th2-цитокинов. Данный факт может быть обусловлен нарушениями в сложной цепи цитокиновой взаиморегуляции межклеточной кооперации иммунных клеток в условиях вторичной иммунной недостаточности, вызванной анемией.

Проведённое сравнительное клиническое исследование в параллельных группах эффективности анаферона детского в качестве средства лечения иммунологических нарушений у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода, осложнёнными развитием железодефицитной анемии тяжёлой степени, позволяет рекомендовать его к применению у данного контингента больных.

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОНАДОТРОПНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

Елгина С.И., Ушакова Г.А.

Россия, г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

Изучение становления репродуктивной системы в антенатальном периоде связано с исключительной важностью этого периода для последующего развития организма в целом и формирования

его важнейшей функции – воспроизводства потомства. Воздействие неблагоприятных факторов в антенатальном периоде, если не вызывает врожденной патологии репродуктивной системы, то снижает её резервные возможности. Однако при рождении, кроме пороков развития наружных половых органов, это не диагностируется. Только впоследствии, в период полового созревания или даже позднее, может проявиться несостоятельность репродуктивной системы, сформированная внутриутробно.

Исследование клинико-лабораторных показателей состояния гонадотропно-гонадной системы девочек при физиологической беременности и её осложнениях представляется актуальной проблемой репродуктологии неонатального периода.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных показателей состояния гонадотропно-гонадной системы доношенных и недоношенных новорожденных девочек.

Материал и методы исследования. Обследовано 83 новорожденных девочки, из них 50 доношенных, 33 – недоношенных, родившихся в сроке 33-36 недель беременности. Исследовано содержание в сыворотке пуповинной крови фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, эстрадиола, прогестерона, тестостерона методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы ЗАО «Алкор-био» (г.Санкт-Петербург) и «HUMAN» (Germany). Для определения функционального состояния плаценты, которая является посредником в создании гормонального комплекса системы мать-плацента-плод и играет роль железы внутренней секреции, исследован хорионический гонадотропин (чХГ). Всего исследовано 83 пробы. Общее количество гормональных исследований 498. Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica for Windows 6.0». Рассчитывались среднеарифметические значения количественных показателей, представленных в виде  $M \pm m$ , где  $M$  - среднее выборочное,  $m$  - ошибка средней, минимальные/максимальные колебания. Проверка гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводилась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни для независимых выборок. Исследование взаимосвязи между количественными признаками осуществляли при помощи парного коэффициента линейной корреляции Спирмена ( $r$ ) и регрессионного анализа.

Результаты исследования: При исследовании ФСГ в пуповинной крови доношенных девочек содержание составило  $0,64 \pm 0,19$  мМЕ/мл (от 0,04 до 9,4). Уровень ФСГ в пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек был  $1,40 \pm 0,33$  мМЕ/мл (от 0,05 до 7,29), что позволяет считать различия статистически незначимыми ( $p=0,0559$ ).

Показатели ЛГ в сыворотке пуповинной крови новорожденных от доношенной беременности составили  $1,35 \pm 0,38$  мМЕ/мл (от 0,06 до 15,03), в сыворотки пуповинной крови недоношенных новорожденных  $1,56 \pm 0,46$  мМЕ/мл (от 0,11 до 11,06), различия статистически незначимые ( $p=0,4882$ ).

Исследование содержания эстрадиола показало, что его уровень в сыворотке пуповинной крови новорожденных девочек от доношенной беременности составляет  $166997,33 \pm 1711,14$  пг/мл (от 43,0 до 43200,00), а в сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек –  $7925,15 \pm 1978,88$  пг/мл (700,0 43200,0). Анализируя показатели эстрадиола, обнаружены статистически значимое превышение у доношенных девочек ( $p=0,0002$ ).

Уровень тестостерона в сыворотке пуповинной крови доношенных новорожденных девочек составил  $28,21 \pm 1,93$  нмоль/л (от 0,38 до 50,0), что статистически значимо выше уровня пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек –  $10,13 \pm 2,93$  нмоль/л (от 0,38 до 50,0) ( $p<0,0000$ ).

Различия в показателях содержания прогестерона в сыворотке пуповинной крови доношенных новорожденных девочек ( $386,59 \pm 51,70$  нмоль/л; от 0,67 до 1100,0) и сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек ( $285,31 \pm 62,82$  нмоль/л; от 0,70 до 1243,0) являются статистически значимыми ( $p=0,0416$ ), и его содержание выше у доношенных девочек.

В литературе имеется указание, на то, что высокое содержание эстрадиола, прогестерона и тестостерона у новорожденных сви-

детельствует об участии плаценты в выработке этих гормонов. Для исследования роли плаценты в выработке гонадотропных и гонадных гормонов исследовано содержание хориального гонадотропина (чХГ) у новорожденных и его корреляции с ФСГ, ЛГ и с половыми гормонами – эстрадиолом, прогестероном, тестостероном. Более низкие показатели половых гормонов у недоношенных девочек можно объяснить функциональной незрелостью плаценты и гонад. Различия содержания чХГ в сыворотке пуповинной крови доношенных ( $1809,17 \pm 660,20$  МЕ/л; от 6,2 до 16680,20) и недоношенных девочек ( $1815,00 \pm 736,37$  МЕ/л; от 0,96 до 16675,20) являются статистически значимыми ( $p=0,0425$ ). При проведении исследования корреляций у доношенных новорожденных девочек между чХГ и гонадотропно-гонадными гормонами корреляции не установлены: чХГ и ФСГ ( $r=-0,1650$ ,  $p=0,2521$ ), чХГ и ЛГ ( $r=0,1089$ ,  $p=0,4515$ ), чХГ и эстрадиолом ( $r=-0,2015$ ,  $p=0,1605$ ), чХГ и прогестероном ( $r=-0,0378$ ,  $p=0,7944$ ); установлена обратная статистически значимая слабая связь между чХГ и тестостероном ( $r=-0,3891$ ,  $p=0,0052$ ). У недоношенных новорожденных девочек корреляции не установлены между чХГ и ЛГ ( $r=-0,1222$ ,  $p=0,4980$ ), чХГ и тестостероном ( $r=-0,3178$ ,  $p=0,0715$ ); однако установлены обратная статистически значимая слабая связь между чХГ и ФСГ ( $r=-0,3679$ ,  $p=0,0352$ ); прямая статистически значимая средней силы связь между чХГ и эстрадиолом ( $r=0,4397$ ,  $p=0,0105$ ), чХГ и прогестероном ( $r=0,4650$ ,  $p=0,0064$ ).

Для исследования, в каких функциональных взаимоотношениях находятся гипофиз и половые железы к моменту рождения, проведено исследование корреляционных взаимоотношений между гонадотропными и половыми гормонами новорожденных с учётом гестационного возраста. У доношенных девочек взаимосвязи между ФСГ и эстрадиолом ( $r=0,2792$ ,  $p=0,0496$ ), ФСГ и прогестероном ( $r=-0,1287$ ,  $p=0,3729$ ), ФСГ и тестостероном ( $r=0,1123$ ,  $p=0,4377$ ) установлено не было. Не выявлено взаимосвязи между ЛГ и эстрадиолом ( $r=0,1278$ ,  $p=0,3766$ ), ЛГ и прогестероном ( $r=-0,1440$ ,  $p=0,3184$ ), ЛГ и тестостероном ( $r=-0,2064$ ,  $p=0,1504$ ).

Такая же картина складывается у недоношенных девочек. Взаимосвязи между ФСГ и эстрадиолом ( $r=-0,2788$ ,  $p=0,1161$ ), ФСГ и прогестероном ( $r=-0,2570$ ,  $p=0,1480$ ), ФСГ и тестостероном ( $r=-0,1604$ ,  $p=0,3725$ ) установлено не было. При исследовании взаимоотношений между ЛГ и половыми стероидными гормонами также не выявлено взаимосвязи между ЛГ и эстрадиолом ( $r=0,0103$ ,  $p=0,9547$ ), ЛГ и прогестероном ( $r=-0,0555$ ,  $p=0,7590$ ), ЛГ и тестостероном ( $r=0,1791$ ,  $p=0,3185$ ).

Таким образом, проведенное исследование позволило определить функциональное состояние гонадотропно-гонадной системы новорожденных девочек, рожденных от доношенной и недоношенной беременности. Обнаружены большие колебания гормонов; статистически значимое превышение у доношенных девочек эстрадиола, прогестерона, тестостерона. Только у тестостерона установлена обратная статистически значимая слабая связь с чХГ, что позволяет сделать вывод о том, что его содержание связано с функцией плаценты. Формирование функциональных взаимоотношений между гипофизом и половыми железами у новорожденных нельзя считать доказанным.

## СТАНОВЛЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.

Ергиева С.И.

Россия, г.Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра педиатрии и неонатологии ФУВ

В современной неонатологии ранняя неинвазивная оценка состояния структур головного мозга и мозгового кровообращения представляется проблемой первостепенной важности (А.Б.Сугак, Г.В.Яцък, И.В.Дворяковский, А.Э.Добровольский, 2002).

Современной, более объективной методикой исследования церебральной гемодинамики является цветное доплеровское картирование головного мозга (доплероэнцефалография). При этом определяются важнейшие показатели мозгового кровотока, в том числе, индекс резистентности (ИР), который нашел наибольшее применение в неонатологии (В.В.Гаврюшов, 1994). ИР определяет, с одной стороны, состояние сосудистого тонуса, с другой – позволяет характеризовать скорость кровотока в магистральных сосудах головного мозга у детей.

Целью настоящего исследования явилось изучение становления мозгового кровотока новорожденных в раннем неонатальном периоде в зависимости от особенностей течения перинатального периода.

В соответствии с поставленной целью проводилось динамическое наблюдение (перинатальный мониторинг) за состоянием женщин в конце доношенной беременности. Было отобрано 120 женщин при сроке гестации от 38 до 41 недели с одноплодной беременностью. Большая часть обследованных женщин относилась к средней или высокой группе риска (Приказ МЗ РФ №372 от 28.12.1995г.) по осложнению течения беременности, родов и развитию патологии постнатального периода у новорожденных.

В зависимости от особенностей течения беременности было выделено две группы: 1-ая (основная) – с осложнением антенатального периода гестозом (водянка, нефропатия), гипертонической болезнью, артериальной гипотонией, составляющая 90 женщин (75%) и 2-ая (контрольная) группа – без этих осложнений – 30 беременных (25%).

Как показали результаты исследования с использованием доплероэнцефалографии, ИР артерий пуповины плодов в обеих наблюдаемых группах был практически одинаковым: в 1-й группе –  $0,58 \pm 0,03$ ; а во 2-й –  $0,58 \pm 0,02$ , что соответствовало, по данным Б.Е.Розенфельда (1995), величине фето-плацентарного кровотока здоровых плодов.

Вместе с тем, воздействие родового стресса, переход плода к внеутробному существованию, в ряде случаев, сопровождается срывом адаптационных возможностей у новорожденных, пренатальное развитие которых требовало чрезмерного напряжения деятельности органов и систем по поддержанию гомеостатических механизмов регуляции. При этом отмечались различия в мозговом кровообращении у новорожденных. При исследовании церебрального кровотока у детей в 1-й группе ИР сосудов головного мозга в 1-е сутки жизни составлял: для передней мозговой артерии (ПМА) –  $0,77 \pm 0,03$ , а для базилярной артерии (БА) –  $0,80 \pm 0,03$ , что, согласно данным А.Б.Сугак, Г.В.Яцык, И.В.Дворяковского и др. (2002), соответствует верхней границе нормы для новорожденных этого возраста. Во 2-й группе эти показатели были значительно ниже ( $p < 0,01$ ), чем в 1-й группе: ПМА –  $0,69 \pm 0,03$ ; БА –  $0,71 \pm 0,03$ .

Учитывая, что наибольшие изменения мозгового кровотока происходят на протяжении раннего неонатального периода (ряд авторов, в том числе М.С.Ефимов (1995), связывают это с закрытием фетальных коммуникаций и постепенным снижением резистентности мозговых сосудов), доплероэнцефалография (ДЭГ) всем наблюдаемым новорожденным была проведена повторно в динамике на 6-е сутки жизни.

Исследования показали, что, как в основной группе детей, так и в контрольной индекс резистентности в конце раннего неонатального периода после стабилизации процессов ауторегуляции центральной гемодинамики самостоятельно (без медикаментозной коррекции) снизился. При этом, увеличение скорости мозгового кровотока, определяемое по снижению ИР, более выражено произошло в 1-й клинической группе: ПМА –  $0,64 \pm 0,01$ , а БА –  $0,70 \pm 0,01$ , чем во 2-й: ПМА –  $0,66 \pm 0,03$ ; БА –  $0,70 \pm 0,03$  (по сравнению с показателями в 1-е сутки жизни), причем преимущественно в бассейне передней мозговой артерии. Чрезмерное повышение скорости мозгового кровотока у новорожденных основной группы определялось низким показателем индекса резистентности ПМА.

Таким образом, характер мозгового кровообращения новорожденных во многом определяется реализацией угрозомерических факторов пренатального периода развития. В частности, у детей

1-й группы перестройка мозгового кровообращения в раннем неонатальном периоде сопровождалась патологическими изменениями, и в первую очередь, нарушение церебрального кровотока отмечалось в бассейне передней мозговой артерии. Следовательно, становление церебральной гемодинамики в этом периоде жестко детерминировано степенью и продолжительностью гипоксического воздействия на плод и носит ярко выраженный индивидуальный характер.

## ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ВАРИАНТАХ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

**Жетишев Р.А., Деунезева З.З.**

*Кабардино-Балкарский государственный университет, г.Нальчик*

Целью данной работы было изучить параметры красной крови и их динамику при гипеоэргическом и гиперэргическом вариантах неонатального сепсиса в сопоставлении с уровнем эритропозитина.

Материалы и методы: нами было обследовано 22 новорожденных недоношенных ребенка с сепсисом в разгар инфекционного процесса и при клиническом улучшении состояния. Срок гестации новорожденных составлял от 28 до 36 недель, масса тела при рождении от 1220 г до 2300 г. У 10 новорожденных диагностирован гипеоэргический (А) вариант сепсиса и у 12 - гиперэргический (Б). Уровень ЭПО в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом в ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург. Оценка количества эритроцитов (RBC), гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) проводилась с помощью гематологического анализатора Digicell 800 AVL.

При анализе характера распределения эритроцитов по объему вся популяция эритроцитов была разделена на 5 групп: с MCV меньше  $67,5 \text{ мкм}^3$  (группа 1), от  $67,6$  до  $87,5 \text{ мкм}^3$  (группа 2), основной части популяции эритроцитов с объемом клеток, находящимся в диапазоне  $MCV \pm 2 \text{ SD}$  (стандартное отклонение) - от  $87,6$  до  $117,5 \text{ мкм}^3$  (группа 3), эритроциты более  $117,5 \text{ мкм}^3$ , но меньше  $147,6 \text{ мкм}^3$  (группа 4), и эритроциты от  $147,6$  до  $187,5 \text{ мкм}^3$  (группа 5).

Результаты исследования показали, что анемия в раннем неонатальном периоде была выявлена у 68,2% детей, до конца неонатального периода – у всех детей. При гипеоэргическом варианте течения сепсиса количество эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрита и средний корпускулярный объем эритроцита были достоверно ниже, чем при гиперэргическом сепсисе. Показатель эритропозитина в сыворотке крови был выше нормы, преимущественно у детей группы А -  $106,27 \pm 57,67 \text{ мIU/ml}$ , а в группе Б -  $35,13 \pm 21,44 \text{ мIU/ml}$ . Несмотря на столь высокий уровень эритропозитина у данных детей, адекватного повышения числа ретикулоцитов не происходило. В разгар инфекционного процесса у детей группы А число фрагментированных эритроцитов (1-я субпопуляция), и микроцитов с объемом меньше  $87,5 \text{ мкм}^3$  (2-я субпопуляция) было достоверно больше чем в группе Б. Одновременно, количество клеток с большими объемами ( $117,6-147,5 \text{ мкм}^3$ ) и группы клеток с очень большими объемами ( $147,6-187,5 \text{ мкм}^3$ ) было значимо больше в группе Б.

Заключение: выявленная повышенная фрагментация эритроцитов, гипербилирубинемия, повышение уровня ЭПО, указывают на то, что у детей с сепсисом в разгар заболевания имеет место гемолиз эритроцитов. При гипеоэргическом варианте сепсиса данные изменения регистрировались раньше и у большего числа детей, чем при гиперэргическом. Напротив, для гиперэргического варианта было характерно повышенное количество макроцитов и агрегатов

эритроцитов, блокирующих микроциркуляторное русло. Соответственно в клинике при первом варианте сепсиса чаще отмечались симптомы повышенной кровоточивости, в то время как при втором - шоковое легкое, острая почечная недостаточность.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

**Ким Е.И., Лучанинова В.Н., Бурмистрова Т.И.**

*Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава*

Проблема внутриутробных инфекций (ВУИ) в современных условиях приобретает все большее значение в патологии детей раннего возраста [В.А. Бурлев, И.Н. Пасхина, 2004; Д.О. Ермолаев, 2002]. ВУИ по своим исходам следует отнести к патологии, определяющей как качество жизни ребенка, так и его прогноз вообще. Проспективные наблюдения, проведенные зарубежными исследователями, показали, что у 5-15% таких детей в ближайшие 2 года и в более поздние сроки проявляются различного рода отклонения: тяжелая энцефалопатия с развитием микроцефалии или гидроцефалии, дефекты слуха, зрения, зубов, врожденные пороки развития, детский церебральный паралич, отставание в умственном развитии, нарушения поведения, плохая успеваемость в школе [С.Г. Дроздова, Т.И. Долгих, 2004].

Целью настоящей работы явилось изучение состояния здоровья детей раннего возраста из группы высокого риска по ВУИ. Нами обследованы 105 женщин и их новорожденные дети. С учетом клинико-анамнестических и лабораторных данных все беременные женщины были отнесены в группу высокого риска развития ВУИ. Из них у 51 женщины родились дети с клиническими проявлениями ВУИ и все они были переведены в отделение патологии новорожденных (1-я группа). Остальные 54 ребенка (2-я группа) родились относительно здоровыми.

Возраст беременных колебался от 18 до 45 лет и в среднем составил  $27,29 \pm 0,76$ . Анализ гинекологического анамнеза показал, что достоверно чаще болели женщины 1-й группы, причем хронические воспалительные заболевания органов малого таза имели место у 19,6% женщин 1-й и у 9,3% 2-ой группы, неспецифический кольпит – у 7,8 и 1,9% соответственно, псевдоэрозия шейки матки – у 15,7 и 11,1% женщин. Нередко женщины страдали сочетанной патологией. При анализе репродуктивной функции обследованных женщин выявлено, что частота самопроизвольных выкидышей, мертворождений или неразвивающейся беременности составила в 1-ой группе 13,7%, во 2-ой – 9,3%.

Течение настоящей беременности осложнялось гестозами, угрозой прерывания в I и во II половине беременности, анемией, хронической плацентарной недостаточностью, причем в 1-ой группе данные осложнения встречались достоверно чаще, чем во 2-ой. Также отмечалась высокая частота обострений хронического пиелонефрита, вагинальных и острых респираторно-вирусных инфекций, обострений урогенитальных инфекций (герпес-вирусных, уреаплазмоза) в 1-ой группе – у 15(29,4%) женщин и во 2-ой – у 7(12,96%). Высокая частота вышеуказанных осложнений свидетельствует о несомненной роли инфекции, как отягощающего фактора в течение беременности и исходе родов.

Роды у женщин 1-ой группы достоверно чаще осложнялись несвоевременностью излитием околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, быстрым течением родов, амниотомией.

У всех женщин во время беременности методом иммуноферментного анализа выявлялись специфические антитела к урогенитальным инфекциям, причем высокие титры IgG определялись к *Chlamidia trachomatis* у 10(9,5%) женщин, к *Toxoplasma gondii* – у 14(13,3%), *Ureaplasma urealyticum* – у 11(10,5%), к *Cytomegalovirus* – у 5(4,8%) и к *Herpes virus simplex* – у 34(32,4%) женщин. У половины обследованных женщин выявлялись микст-инфекции.

Из 105 наблюдаемых детей недоношенными родилось 9,8%(5 новорожденных), причем только в 1-ой группе. Средняя масса доношенных новорожденных составила  $3552,96 \pm 79,4$  г в 1-ой группе и  $3399,96 \pm 58,5$  г – во 2-ой группе. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар в конце 1-ой минуты после рождения выявлено, что в удовлетворительном состоянии (8-10 баллов) родилось 19(37,25%) детей 1-ой и 47(87,03%) – 2-ой группы, с оценкой 4-7 баллов – 30(55,5%) и 7(12,96%) новорожденных соответственно. В состоянии тяжелой асфиксии родилось 2(3,9%) ребенка, у которых впоследствии развилась клиническая картина ВУИ. В группе новорожденных с ВУИ наблюдались следующие клинические формы: пневмония – у 38 детей, пневмония в сочетании с менингоэнцефалитом – у 3, с конъюнктивитом – у 6, с везикулезом – у 2 новорожденных и у 2 встречались изолированные формы менингоэнцефалита и конъюнктивита.

В структуре заболеваемости детей первого года жизни преобладали перинатальные поражения ЦНС (88,2% в 1-ой группе против 7,4% во 2-ой), ОРВИ (82,4% и 70,4% соответственно) и бронхит (7,8% случаев в 1-ой группе, во 2-ой группе не зарегистрирован). У детей раннего возраста чаще встречались ОРВИ (92,2% в 1-ой и 75,9% во 2-ой группе), инфекционно-воспалительные заболевания дыхательных путей (23,5% и 16,7% соответственно), атопический дерматит (5,9% и 1,85%).

По результатам комплексного исследования к концу 1-го года жизни в I группу здоровья не было отнесено ни одного ребенка, II группу имели 42,8% детей 1-ой и 95,8% детей 2-ой группы и III группа здоровья была у 57,1% и 4,2% детей соответственно. В ходе диспансерного наблюдения у детей 3-х лет группы здоровья были распределены следующим образом: I группу имели 18,4% детей 1-ой группы и 52,1% 2-ой, к II группе были отнесены 49% и 39,6% соответственно и III группа здоровья была у 32,6% 1-ой и 8,3% детей 2-ой группы.

Таким образом, представленные нами данные подтверждают, что высокий уровень заболеваемости детей из группы риска развития ВУИ может быть связан с факторами риска: воспалительные заболевания генитальной сферы у матерей до беременности, осложнения беременности и родов, причиной которых являются урогенитальные инфекции.

## ОПЫТ РАБОТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

**Кирова Н.Н., Кулинич С.И., Павлова Т.Ю.**

*Россия, г. Якутск, Минздрав республики Саха*

*Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей)*

Активное внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений Республики Саха (Якутия) методов поддержки грудного вскармливания (ГВ) новорожденных детей 1 года было начато с принятием программы «Грудное вскармливание» (1998 г.).

Неоспоримо, что ГВ является начальной формой питания человека, которая была сформирована в ходе его биологической эволюции, тем самым оно уже является единственным физиологически адекватным способом питания новорожденного и грудного ребенка.

Учитывая, что желание кормить ребенка грудью начинается еще во время беременности, была разработана программа подготовки женщин в «Школе материнства» к грудному вскармливанию. В период беременности женщины информируются о значимости рано начатого кормления грудью, правильного прикладывания к груди, о важности совместного пребывания ее с ребенком в послеродовом периоде. В родильных домах упразднены отделения новорожденных. Все здоровые новорожденные, оцененные по шкале Апгар более 7 баллов, из родильных залов переводятся вместе с матерями в палаты совместного пребывания с мамой. Прикладывания новорожденных к груди проводятся под

наблюдением медицинского персонала и особенно важное значение имеет первое прикладывание. Внедрение основных принципов грудного вскармливания в технологию работы родильного отделения позволило увеличить число детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании к моменту выписки до 96-98%, снизить у родильниц патологическое нагрубание молочных желез и гнойно-септическую инфекцию у новорождённых и их матерей, сократить адаптационный период новорождённости.

Начатая работа по обучению женщин во время беременности в «Школе материнства» позволила увеличить число детей, получающих грудное молоко (ГМ). В республике грудью кормили своих детей более 3 мес – 46,4% в 2001 г, а к 2005 г этот показатель увеличился до 58,1%.

ГВ обеспечивает морфофункциональное созревание органов и систем организма ребёнка и гарантирует достижение генетически детерминированного конечного роста и возрастного развития (Щеплягина Л.А., 2006). Характер вскармливания играет защитную роль младенца от инфекций и неблагоприятных факторов среды (антропогенного или геохимического происхождения). Ни у кого не вызывает сомнения, что ГМ является идеальным видом пищи у ребёнка до года и содержит защитные факторы роста, дифференцировки и регуляторы метаболизма.

Цель работы: оценка состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от характера вскармливания.

Материалы и методы: изучены две группы женщин – одна из 22 родивших после планируемой беременности, вторая из 18 родивших после спонтанно возникшей и не желанной беременности в данное время.

Состояние менструальной, репродуктивной, сексуальной функций, соматической гинекологической заболеваемости, течение беременности и родов практически были равнозначны ( $p < 0,05$ ) в обеих группах. Состояние здоровья детей первого года жизни оценивалось в зависимости от характера вскармливания по следующим параметрам: физическое, психомоторное развитие, частота наиболее распространённой олиментарно зависимой патологии (анемии, рахита), ОРВИ, атопических болезней.

В первой анализируемой группе дети вскармливались ГМ почти в 91% (20 из 22) до года, двое получали адаптированные детские молочные смеси (АДМС). Во второй группе ГМ вскармливались 6 детей до 1-3 мес, на неадаптированные детские молочные смеси (НДМС), коровье молоко, кефир были переведены 12 детей, на АДМС – 6 детей, всего АДМС получали 8 детей.

Результаты исследования: анализируя работу по грудному вскармливанию детей в республике Саха, получены хорошие показатели снижения заболеваемости новорождённых с 2001-2005 гг. с 510,8 на 1000 родившихся живых до 409,2. При сравнении состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от методов вскармливания получены убедительные данные, что дети получающие ГМ и АДМС, имели более высокие показатели здоровья по сравнению с детьми, получающими НДМС, коровье молоко и кефир. Так, дисгармоничное физическое развитие имели при ГВ – 4 из 20 (20,0%), при АДМС – 3 из 8 (30,7%), при НДМС, коровьем молоке кефире – 7 из 14 (50%); отставание психомоторного развития имели 5 из 20 (25,0%), при АДМС – 5 из 8 (62,5%), при НДМС – 10 из 14 (71,4%). Число детей больных рахитом и анемией было 4 из 20 (20,0%), 2 из 8 (25,0%), 8 из 14 (58,0%); 4 из 20 (20%), 2 из 8 (25,0%), 10 из 14 (71,3%) соответственно. Заболеваемость детей ОРЗ на первом году жизни была в 2 раза меньше у детей, получавших ГМ. Число атопического дерматита также составило 20,0% при ГВ против 42,0% при других видах вскармливания.

Таким образом, для обеспечения гармоничного развития детей необходимо ГВ и оправданно назначение АДМС, которые содержат полноценный белок, жиры, витамины, микроэлементы и минералы для роста, психомоторного развития, поддержания иммунной и антиоксидантной систем.

С целью поддержки ГВ необходимо рекомендовать: качественное информирование матери о пользе и организации ГВ до 6 месяцев без докорма, по требованию ребёнка, без сосок и бутылочек.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИМОРФИЗМА ХРОМОСОМ У ПЛОДА

Ковалев В.В., Добрынина Н.В.

Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия. Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции

Около 90% генома человека состоит из некодирующих последовательностей, эти участки содержат множества нейтральных мутаций или полиморфизмов. В настоящее время единого взгляда на роль вариантов хромосом в возникновении той или иной патологии нет. Однако за последние 25 лет по этому вопросу накоплен большой фактический материал, касающийся как нормальной популяции людей, так и больных с различными патологическими состояниями.

Gardner R.J.M. и соавторами обнаружено, что носители вариантов хромосом 1 и 9 чаще встречаются среди пациентов с врожденными пороками развития. В настоящее время остается открытым вопрос о значении вариативности размеров гетерохроматиновых районов хромосом на возникновение той или иной патологии у индивидуума. Некоторые исследователи предполагают, что:

1. гетерохроматиновые районы хромосом оказывают влияние на функционирование окружающих их генов;

2. гетерохроматиновые районы имеют селективную ценность в адаптации человека к некоторым экстремальным и средовым факторам (гипоксия);

3. содержание гетерохроматина безвредно лишь до определенного уровня, переход за который у некоторых носителей сопровождается риском нарушений в развитии либо у них самих, либо, чаще у их детей.

Полиморфные варианты хромосом и, в частности, полиморфизм гетерохроматиновых районов хромосом, наблюдаются в популяции с частотой 4-6%, тогда как среди детей с множественными пороками развития или микроаномалиями развития, недифференцированными формами умственной отсталости, носители подобных изменений встречаются с частотой 16-20%.

Цель настоящей работы - провести клинико-статистический анализ течения беременностей, родов, оценить перинатальные исходы при пренатальном выявлении полиморфных вариантов хромосомного набора у плодов.

За период с 1999 по 2005 гг. в СОЦПСИР пренатально диагностировано 93 случая вариантов полиморфного хромосомного набора у плодов. В 81 (87%) случае удалось получить сведения о течении периода беременности такими плодами, методами родоразрешения, перинатальных исходах. В кариотипах плодов имели место различные виды полиморфизмов – как вариативность длины, так и вариативность числа и расположения гетерохроматиновых сегментов, спутничных нитей и спутников. Наиболее часто встречалась вариативность длины гетерохроматиновых сегментов 1, 9, 16, Y хромосом, а также спутничных нитей или спутников 21, 22, 13, 15, 17 хромосом.

По сроку родоразрешения 64 (79%) родов были своевременными, 1 (1,2%) – преждевременными, 3 (4%) – запоздалыми. Прерывание беременности по медицинским показаниям до срока жизнеспособности плода произведено у 13 пациентов в связи с врожденными пороками развития, что составило 16%.

Проведена оценка состояния 68 родившихся детей. Среди новорожденных с вариативностью хромосомного набора 47 (69%) явились здоровыми носителями полиморфных вариантов, 17 (25%) имели ту или иную степень выраженности неврологической симптоматики. У двоих живорожденных детей отмечались множественные врожденные пороки развития (гипоплазия легкого, диафрагмальная грыжа, синдром Денди-Уокера, порок развития сердца, гидронеф-

роз, аномалии опорно-двигательного аппарата), что составило 3%. Один ребенок в настоящее время состоит на диспансерном учете в связи с генетическим риском по поликистозу почек взрослого типа, у одного пациента (1,5%) диагностирован врожденный гипотиреоз. В первые 7 дней жизни умерло 2 ребенка (болезнь гиалиновых мембран, множественные врожденные пороки развития).

У 72 (89%) беременных плодами с варибельным набором хромосом отмечались следующие осложнения: в 22% (16) - явления угрожающего раннего выкидыша; в 26% (19) - признаки угрожающего позднего выкидыша; на кровянистые выделения из половых путей в первом триместре беременности указывали 8% (6) пациенток. После 30 недель гестации у 4 (5,5%) беременных наблюдалось сочетание аномальных показателей доплерометрического исследования кровотока в маточных сосудах и сосудах пуповины с задержкой внутриутробного роста плода.

У 25 (31%) беременных проанализировано содержание сывороточных маркеров первого триместра гестации (бета-субъединица ХГЧ, РАРР-А), triple-тест (АФП, ХГЧ, НЭ) проведен 59 пациенткам, что составило 73%.

Более чем у половины пациенток triple-тест (АФП, ХГЧ, НЭ) имел позитивные значения по риску хромосомной патологии, а у 6 (24%) беременных была снижена концентрация РАРР-А в сыровотке крови.

У 33 (41%) пациенток при эхографическом исследовании плода наблюдались маркеры хромосомной патологии (аномальное количество околоплодных вод, пиелоектазия, гиперэхогенный фокус в полостях сердца плода, задержка внутриутробного роста плода, относительное укорочение длины трубчатых костей, вентрикуломегалия, гиперэхогенные почки, гиперэхогенный кишечник, кисты сосудистых сплетений, брахицефалия). У 15 (18,5%) плодов диагностированы врожденные пороки развития (Синдром Денди-Уокера, врожденные пороки сердца, поликистоз почек, гастрошизис, аномалии опорно-двигательного аппарата, диафрагмальная грыжа, гидроцефроз, расщелина верхней губы, омфалоцеле, экзэнцефалия). Наиболее часто пороки развития плода сочетались с полиморфизмом Y хромосомы, а также с варибельностью длины гетерохроматинового района в длинном плече 9 хромосомы (9qh+) и увеличением размера спутников на коротком плече хромосомы 21 (21ps+).

В результате проведенного исследования установлено, что у 76 (94%) супружеских пар анамнез отягощен: в трети случаев - невынашиванием, у пятой части пациенток - бесплодием, рождением детей с аномалиями развития в анамнезе - у 6 (8%) обратившихся.

Исследование хромосомного набора крови родителей проведено 22 супружеским парам (44 пациента). Выяснилось, что половина плодов унаследовали варибельность хромосомного набора от родителей.

Таким образом, у 94% обследованных пациенток отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, лишь 11% беременностей протекали без каких-либо осложнений.

В 18,5% случаев отмечено сочетание врожденных аномалий развития плода и полиморфизма хромосомного набора, что не противоречит данным литературы, согласно которым среди пациентов с врожденными пороками развития чаще встречаются носители варибельного хромосомного набора.

Вопросы, связанные с полиморфизмом хромосомного набора, требуют дальнейшего изучения с целью накопления фактических данных.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНВЕРСИЙ ХРОМОСОМ У ПЛОДА

**Ковалев В.В., Добрынина Н.В., Николаева Е.Б.**

*Россия, г. Екатеринбург, Уральская государственная медицинская академия. Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции*

Исследования роли перичентрических инверсий хромосом на фенотипические особенности их носителей начались в середине 60-х годов прошлого века. У некоторых носителей таких инверсий

выявлены различные аномалии в виде умственной отсталости или врожденных пороков развития. Фенотипы других не обнаруживают каких-либо заметных отклонений, но в браках с ними регистрировались повторные спонтанные аборт. У представителей третьей группы вообще не обнаружено никаких аномалий.

Целью настоящей работы стало изучение влияния перичентрических инверсий хромосом на течение беременности и родов, состояние новорожденных детей.

За период с 1999 по 2005 гг. в СОЦПСИР пренатально диагностировано 36 инверсий хромосом у плодов. Информацию об исходе беременностей, особенностях родоразрешения, состоянии здоровья родившихся детей удалось получить в 33 случаях.

Изучен хромосомный набор крови у 23 супружеских пар (46 пациентов). 20 плодов унаследовали перестройку от одного из родителей, что составило 87%. Чаще носителями инверсий являлись женщины.

В результате проведенных исследований установлено, что у 21 супружеской пары (64%) анамнез был отягощен: в трети случаев - бесплодием в браке; у четверти пациенток наблюдалось невынашивание беременности. Рождение детей с аномалиями развития и хромосомными перестройками в анамнезе было зарегистрировано у 4 (19%) обратившихся. В одном случае отмечалось мертворождение в прошлом.

У пятой части женщин - носительниц инверсий наблюдались различные нарушения менструальной функции. На наличие подобных нарушений у этого контингента женщин указывают и другие авторы.

Обследованные пациенты чаще не относились к категории старшего репродуктивного возраста. Лишь для 7 (21%) женщин настоящая беременность оказалась первой.

У 22 (66%) беременных плодами с инверсиями хромосом отмечались следующие осложнения: в 36% (8) - явления угрожающего раннего выкидыша; в 41% (9) - признаки угрожающего позднего выкидыша; в 18% (4) - угрожающие преждевременные роды. Признаки начавшегося раннего выкидыша наблюдались у 4 беременных (18%). Проявления плацентарной недостаточности в третьем триместре беременности установлены у 2 пациенток, что составило 6%.

У 20 (61%) пациенток исследованы маркеры второго триместра беременности (АФП, ХГЧ, НЭ). У 16 (80%) из них triple-тест оказался позитивным. В 27% случаев (9) при эхографическом исследовании плода наблюдались маркеры хромосомных перестроек (расширение толщины воротникового пространства, гипоплазия костей носа, брахицефалия, гиперэхогенный фокус в полостях сердца, пиелоектазия, аномальное количество околоплодных вод, амниотический тжж), а также врожденные пороки развития у 4 плодов, что составило 12% (расщелина верхней губы, гидроцефалия, анофтальмия, пороки опорно-двигательного аппарата, врожденные пороки сердца).

Что касается спектра хромосомных перестроек, то в 79% (26) инверсии затрагивали 9 хромосому, в 6% (2) наблюдалась инверсия X хромосомы, и по 3% (по 1 случаю) приходилось на аберрации 1, 10, 12, 14, 22 хромосом. Примечательно, что все диагностированные пренатально пороки развития сочетались с инверсией 9 хромосомы у плода.

Родами завершилось 28 (85%) беременностей. Преждевременно родилось 2 ребенка (7%). Среди новорожденных с хромосомной мутацией, 4 (14%) были извлечены путем операции кесарева сечения, в основном по показаниям со стороны матери. Новорожденные имели массу тела от 1600 до 4020 гр. Из них 4 (14%) родились с пороками развития, совместимыми с жизнью, диагностированными пренатально во втором триместре беременности, у 2 (7%) отмечалась задержка внутриутробного роста, в первые 7 дней жизни умер один ребенок (в связи с осложнениями гемолитической болезни). У одного новорожденного, носителя инверсии 9 хромосомы, при осмотре отмечалась задержка физического развития, выраженное отставание в психомоторном развитии, снижение слуховой и зрительной реакций, что не исключает микроперестройки и эффекта положения генов.

У 5 (15%) пациенток беременность прервана до срока жизнеспособности плода в связи с наличием врожденных пороков развития у последних. Проведено патологоанатомическое исследование, подтверждающее наличие мальформаций.



Таким образом, учитывая ранее сказанное, однозначно отнести инверсию 9 хромосомы к варианту нормы не представляется возможным.

Требуется проведение дальнейших исследований в этом направлении с целью накопления фактических данных.

## **РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ И ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА И СТАНОВЛЕНИЕ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В КАРЕЛИИ (1991-2005гг)**

**Ковчур П.И., Гакуть Л.Н., Новожилова Т.С., Удодова О.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии ПетрГУ, Республиканский перинатальный центр, Медико-генетическая консультация, Детская республиканская больница, г.Петрозаводск*

Рождение детей с врожденными пороками развития (ВПР) представляет собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. Использование методов пренатальной диагностики ВПР, досрочное прерывание беременности при пороках несовместимых с жизнью создают условия для снижения рождения детей с этой патологией, а также снижают показатель перинатальной и детской смертности.

Цель исследования. Оценить частоту, структуру и динамику врожденных пороков развития плода в Карелии за период 1991-2003гг и 2004-2005гг, когда началось становление мониторинга врожденных пороков развития у детей на территории Карелии. Определить роль ВПР плода в структуре перинатальной и детской смертности до года.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 672 протоколов патологоанатомических исследований с ВПР у плода, которые погибли за период 1991-2005гг. Анализ перинатальной (ПС) и детской смертности (ДС) до года проведен за 3 периода: 1991-1997гг, 1998-2003гг, 2004-2005гг. Данные периоды были выделены в связи с тем, что в 1998 году создано отделение пренатальной диагностики в РПЦ г. Петрозаводска. С 2004 года началось становление мониторинга врожденных пороков развития у детей на территории Карелии с возможностью проводить полный пренатальный скрининг, в том числе инвазивную диагностику с пренатальным кариотипированием.

Результаты и обсуждение. Частота ВПР в Карелии, с учетом прерванных беременностей с патологией плода, выявленной по пренатальному скринингу, составляет 26,3%. В структуре ВПР плода в Карелии первое место занимают пороки опорно-двигательной системы (ОДС) и ВПС (соответственно по 18,2%). Пороки ЦНС – второе место (11,3%), далее следуют пороки МВС (8,7%), МВПР и болезнь Дауна (7,4% и 6,1%), пороки лица и шеи (5,8%), пороки брюшной стенки (5,3%), пороки ЖКТ (3,7%), прочие (15,6%). За 1991-2005гг изучено 672 патологоанатомических заключений, в том числе с МВПР плода 204 (30,4%) случая, с пороками ЦНС – 167 (24,9%), с ВПС – 115 (17,1%), с пороками ЖКТ – 38 (5,7%), с пороками МВС – 29 (4,3%), с ХЗ – 33 (4,9%), прочие – 47 (7,0%), с дефектами передней брюшной стенки – 21 (3,1%), с пороками лица и шеи – 12 (1,8%), пороками легких – 2 (0,3%), костно-суставной системы – 4 (0,6%).

Из 672 случаев родившихся плодов и новорожденных с ВПР за 1991-2005гг 58,02% было прервано до 28нед беременности, 8,3% были мертворожденными, 16,1% составили раннюю неонатальную смертность (РНС), 18,01% - ДС до года.

Прервано за 1991-2005гг до 28нед беременности в связи с диагностированными пороками развития, несовместимыми с жизнью в 387 случаях. По структуре они были представлены: пороки ЦНС – 36,7%; МВПР плода – 26,7% случаев; ВПС плода – 10,1%; врожденные пороки МВС – 5,2%; ЖКТ – 3,9%, хромосомные заболевания – 1,8%, дефекты передней брюшной стенки – 2,6%, пороки ОДС – 1,03%, патология легких – 0,5%, лицо, шея – 3,1% и другие пороки

развития 6,5% случаев. За 1991-1997гг прервано 28нед беременности – 42,4% случаев, перинатально погибли – 28,5%, в детском возрасте до года – 29,1%. В сравнении с 1981-1990гг, где из 508 детей с ВПР 46,3% погибли в перинатальном периоде, 53,7% – в детском возрасте до года. За 1998-2003гг – прервано до 28 недель беременности 63,9%, перинатально погибли – 25,7%, в детском возрасте до года – 10,4%. В 2004-2005гг диагностика ВПР плода до 28нед беременности составила 81,4%, перинатально погибли – 12,4%, в детском возрасте до года 6,2% случаев. Таким образом, диагностика ВПР плода до 28нед беременности за 2004-2005 составила 81,4%, что привело к снижению частоты данной патологии среди живых новорожденных. Внедрение мониторинга ВПР плода и новорожденного и комплексного подхода к организации службы пренатальной диагностики на территории Карелии позволило снизить ПС и частоту ВПР среди живых новорожденных. Удельный вес ВПР плода в структуре перинатальной смертности снизился до 12,4%, в структуре детской смертности до 6,2%. Перинатальная смертность в Карелии за этот период отмечена 10,3 – 7,9о/оо.

В структуре перинатальной и детской смертности до года основное значение играют МВПР (58,1% в сочетании с ВПС), ВПС и хромосомные заболевания. За 1991-2005гг пороки ЦНС практически исчезли из ПС и ДС до года. Всего родилось 24 ребенка с пороками ЦНС, из них погибло в перинатальном периоде 13 (7,8%), до 4 месяцев – 6 (3,6%). В структуре перинатальной смертности в 1991-1997гг таких случаев было 10, в 1998-2003гг – 2 случая (в структуре мертворождений). В 2005 году – 1 случай в РНС (не диагностированный редкий порок аневризмы вены Галена). Удельный вес пороков ЦНС, прерванных до 28нед беременности, увеличился с 77,7% до 94,1% в 2004-2005гг. Соответственно удельный вес пороков ЦНС снизился в перинатальном с 11,1% (9) до 5,9% (2) и детском возрасте с 11,1% (9) до 3,9% (2), за 2004-2005гг таких случаев не было.

МВПР плода занимают ведущее значение в перинатальной смертности. За 1991-2005гг было отмечено 204 (30,4%) случая с МВПР, из них прервано до 28нед беременности 54,4% (111) случаев. За 1998-2005гг следует отметить повышение частоты прерывания с МВПР плода соответственно с 39,8% (35) до 61,7% (27), а за 2004-2005гг до 81,8% случаев. Частота перинатально погибших снизилась, соответственно с 39,8% (35) до 28,7% (27) случаев, за 2004-2005гг – до 18,2% (4). Детская смертность до года соответственно 20,5% (18) до 9,6% (9), за 2004-2005гг случаев отмечено не было.

Всего погибло 115 (17,1%) детей с ВПС, из них 39 (35,1%) были прерваны до 28нед беременности. Необходимо отметить, что в состав МВПР плода ВПС входили в 44,6% (91) случаев, в состав хромосомных заболеваний – 57,5% (19).

Удельный вес ВПС плода, прерванных до 28нед беременности, повысился с 16,7% (8) до 70% (14) за 2004-2005гг. Соответственно удельный вес ВПС в структуре перинатальной смертности составил 37,5% (18) за 1991-1997гг, 41,9% (18) – 1998-2003гг, и 25% - 2004-2005гг. В детской смертности ВПС играли ведущую роль, соответственно 45,8% (22) за 1991-1997гг, далее отмечено значительное снижение удельного веса этих пороков до 18,6% (8) за 1998-2003гг и до 5% (1 случай) – за 2004-2005гг.

В структуре перинатальной смертности среди ВПР плода 1 место занимают МВПР (40,2%), в 50% в сочетании с ВПС. Далее следуют пороки ВПС (26,8%), ЖКТ (10,3%), прочие (9,8%), ЦНС (7,9%), хромосомные заболевания (2,4%), пороки брюшной стенки (1,8%), МВС (0,6%).

В структуре детской смертности среди ВПР ведущее место занимают ВПС (25,6%), МВПР (22,3%) и хромосомные заболевания (20,6%). Далее следуют пороки ЦНС (9,1%), ЖКТ (6,6%), МВС (5,8%), прочие (4,95%). Следовательно, диагностика ВПР плода до 28нед беременности и своевременное решение вопросов о прерывании беременности по медицинским показаниям в связи с ВПР, несовместимых с жизнью, привели к снижению частоты данной патологии среди живых новорожденных.

Выводы.

1. Частота ВПР плода в Карелии, с учетом прерванных беременностей с ВПР плода, выявленной по пренатальному скринингу, составила 26,3%.

2. Удельный вес ВПР плода в структуре перинатальной смертности составляет 12,4%, в структуре детской смертности - 6,2%.

3. Диагностика ВПР плода до 28нед беременности составляет 81,4%, что привело к снижению ПС и ДС до года.

4. В структуре перинатальной смертности среди ВПР плода ведущее место занимают МВПР (40,2%) и ВПС (26,8%). В структуре детской смертности - ВПС (25,6%), МВПР (22,3%) и хромосомные заболевания (20,6%).

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСАМИ

Королева Л.И.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, г. Санкт-Петербург

В последние годы наблюдается значительный рост частоты рождения новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Важнейшая роль в формировании ЗВУР плода и новорожденного отводится внутриутробным вирусным инфекциям [Серов В.Н. и соавт., 2002; Цинзерлинг В.А. и соавт., 2002]. В связи с этим представляется важным изучение при данной патологии функциональной активности системы интерферона (ИФН), обладающей широким спектром контрольно-регуляторных функций (противовирусных, антимикробных, иммуномодулирующих, антипролиферативных и др.) [Ершов Ф.И., 1996]. Однако оценки влияния внутриутробного инфицирования вирусами простого герпеса (ВПГ) I/II типа и цитомегаловирусом (ЦМВ) на функциональное состояние системы ИФН у новорожденных немногочисленны и противоречивы [Кешишян Е.С. и соавт., 1999; Кочергина С.А., 2000; Пинаева А.В. 2002]. В литературе мы не встретили сообщений, касающихся изучения функционального состояния системы ИФН у доношенных новорожденных детей с ЗВУР, инфицированных ВПГ I/II типа и/или ЦМВ. Между тем, такие данные могут быть использованы в качестве объективных критериев при решении вопроса о целесообразности назначения интерферонов в случае внутриутробной инфекции (ВУИ) герпесвирусной этиологии.

Цель - работы изучить особенности функционального состояния системы ИФН у доношенных новорожденных детей с ЗВУР, инфицированных герпесвирусами.

Обследовано 50 доношенных новорожденных, из которых были сформированы 3 группы. В 1-ю группу вошли 10 детей с асимметричной формой ЗВУР, у которых была диагностирована ВУИ вирусной этиологии на основании выявления в крови методом полимеразной цепной реакции ДНК ВПГ I и/или II типа (8) или ДНК ЦМВ (2). 2-ю группу составили 20 детей с асимметричной формой ЗВУР не имевшие ВУИ. У всех детей с асимметричной формой ЗВУР имелся резкий дефицит массы тела (< 5%) при нормальном росте и окружности головы для данного гестационного возраста (гипотрофия III). В 3-ю группу (контрольную) вошли 20 здоровых доношенных детей. Средняя масса тела детей 1-й и 2-й групп не отличалась ( $p > 0,05$ ), но была ниже, чем в контроле ( $p < 0,001$ ). Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни у детей контрольной группы была 8-9 баллов, у детей - 1-й группы - 7-8 баллов, у 17 детей 2-й группы - 7-8 баллов и еще у трех - 6 баллов.

У всех детей оценивали функциональное состояние системы ИФН (ИФН-статус) на основании исследования в периферической крови количества циркулирующего (сывороточного) ИФН, уровня продукции ИФН $\alpha/\beta$  и ИФН $\gamma$  клетками крови человека *in vitro* при стимуляции их вирусами и/или митогенами.

Таблица. Показатели ИФН статуса у обследованных детей (M $\pm$ m)

Группы Показатели	Дети		
	1-я группа (n=10)	2-я группа (n=20)	3-я группа (n=20)
Сывороточный ИФН (МЕ/мл)	27,3 $\pm$ 1,01	26,35 $\pm$ 0,57**	29,15 $\pm$ 0,6
ИФН / (МЕ/мл)	224,7 $\pm$ 20,57*	188,75 $\pm$ 8,06	165,25 $\pm$ 15,59
ИФН (МЕ/мл)	93,7 $\pm$ 6,92*	87,7 $\pm$ 5,0*	72,90 $\pm$ 4,27

Примечание: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$  - достоверность различий показателей по сравнению с контрольной группой.

Из таблицы видно, что в ИФН-статусе детей 1-й группы был повышен уровень стимулированной продукции ИФН $\alpha/\beta$  и ИФН $\gamma$ , а уровень сывороточного ИФН не отличался от такового в контрольной группе. Между тем, у детей 2-й группы на фоне сниженного содержания сывороточного ИФН отмечался повышенный уровень индуцированной продукции ИФН $\gamma$ , а уровень индуцированной продукции ИФН $\alpha/\beta$  не отличался от контроля.

Ранее мы установили, что для здоровых доношенных новорожденных детей характерно высокое содержание циркулирующего ИФН [Королева Л.И. и соавт., 2003]. Выявленное снижение уровня сывороточного ИФН у детей с ЗВУР подтверждает значимость циркулирующих "ранних" ИФН, участвующих в процессах роста и дифференциации клеток плода [Тареева Т.Г., 2000]. В то же время, повышенная способность лейкоцитов крови новорожденных с ЗВУР продуцировать ИФН $\alpha/\beta$  и ИФН $\gamma$ , по-видимому, является защитным ответом на патологические воздействия на плод в условиях хронической плацентарной недостаточности и определяет его способность к нормальному течению периода постнатальной адаптации.

Действительно, проведенный анализ клинического состояния детей показал, что у детей 1-й группы в раннем неонатальном периоде клинических проявлений инфекций не было. При этом у всех детей 1-й и 2-й групп наблюдались характерные для новорожденных с гипотрофией III степени транзиторные неврологические расстройства различной степени выраженности и продолжительности, которые купировались на фоне проведения симптоматической терапии.

Полученные результаты свидетельствуют о функциональной активности системы ИФН у доношенных новорожденных детей с асимметричной формой ЗВУР и ВУИ вирусной этиологии, при этом у них отсутствуют клинически манифестные проявления заболевания. Поэтому есть основания полагать, что применение препаратов ИФН при лечении ВУИ вирусной этиологии у доношенных новорожденных детей с ЗВУР обосновано только с учетом показателей ИФН статуса.

## ОСОБЕННОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Лазарева Н.В., Мариенко Т.Ф., Кривошеева Г.Н.,  
Меньших Н.И., Афлитунова Л.П., Степаненко О.А.,  
Гурьянова О.Ю.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «СамГМУ – Росздорава», ИПО, кафедра акушерства и гинекологии, ММУ ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова

Во всем мире наблюдается увеличение рождаемости детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), что связано с эффективными методами лечения бесплодия, увеличения числа гестационных осложнений во время беременности, выраженной недостаточностью фетоплацентарного комплекса с малых сроков беременности, большим количеством преждевременных родов, а также применения новых методов реанимации новорожденных с положительным результатом.

Организм матери, к сожалению, не является надежным барьером на пути воздействия повреждающих факторов и не может в полной мере служить защитой для плода.

В связи с этим на современном этапе развития неонатологической службы стоит важная задача: разработка эффективных методов выхаживания маловесных детей, что необходимо для профилактики детской инвалидности.

Цель исследования: Оценка результатов выхаживания новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ в условиях специализированного родильного дома Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова г. Самары.

Первые новые технологии в процессе выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела применены в перинатологическом центре Фридрихбриона в 1993 году. Основные принципы этого метода заключаются в поддержании собственных адаптационных реакций этих детей, вместо воздействия сильных лекарственных средств. В результате высоких энергозатрат и недостаточного их восполнения в условиях измененного метаболизма дети с ОНМТ и ЭНМТ труднее приспосабливаются к условиям внеутробного существования.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели нами было проведено проспективное наблюдение за 29 новорожденными с ОНМТ и ЭНМТ за 2004 - 2005гг. Масса тела при рождении от 620 до 980г. Срок гестации колебался от 26 нед. до 30 нед. беременности. Все новорожденные были отобраны путем скрининга срока гестации и критерием весо – ростового показателя.

Результаты исследования. Анализ выживаемости детей выявил определенную закономерность в зависимости от срока гестации и веса новорожденного при рождении. Так, в 2004 году всего было 16 детей, а в 2005 году - 13 детей. Из 16 детей – 10 были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии на второй этап выхаживания. 6 детей умерли в родильном доме, в первые сутки преимущественно рожденные с весом 650 – 680г.

В 2005г. было рождено 13 детей, из которых 4 умерли до 7 суток в ОРИТе. 9 детей остались живыми, вес колебался в пределах от 750г. до 950г. В процессе оказания экстренной помощи 6 детям был введен сурфактант.

Подводя итоги работы за 2 года были рождены 29 детей с ОНМТ и ЭНМТ. 9 детей (32%) умерли в первые сутки в родильном доме, 20 детей (68%) остались живыми и были переведены в ОРИТ. В ОРИТе до 7 суток еще умерли 4 детей (20%)

Наблюдаемые новорожденные были разделены на 2 групп. В их организме усилены кардиореспираторные сдвиги. У них в 3,5 раза чаще наблюдаются последствия высокого напряжения компенсаторных реакций в виде развития патологических синдромов: отеочного, гемморрагического, респираторного, желтушного, а так же тяжелых нарушений мозгового кровообращения.

В реанимации новорожденных с очень низкой массой тела три чрезвычайно важных момента:

- 1) маленький объем легких;
- 2) податливая грудная клетка;
- 3) сниженный мозговой кровоток – делают реанимацию такого маленького ребенка очень сложной.

Новые технологии по выхаживанию детей с ОНМТ и ЭНМТ применяются и в нашем отделении на протяжении последних 7 лет. Методика их заключается в создании комфортных условий непосредственно в медикоре. Дети выхаживаются в двухстенных медикорах.

Все манипуляции с ребенком проводятся непосредственно в кувезе. Введение лекарственных препаратов только внутривенно или через периферическую вену, никаких внутримышечных инъекций. Кормление таких детей начинается только материнским молоком. Стараемся избегать резких перепадов давления, температуры, яркого света, шумовых раздражителей. Однако в выхаживании этих детей очень много проблем:

Реанимировать или нет – например, в Канаде практика такова: родители могут сами принять решение о проведении реанимационных мероприятий ребенка младше 26 недель и с массой менее 750 г.

Ребенок реанимирован – как избежать осложнений:

- Бережная транспортировка из род. дома на ПИТ;
  - как можно раньше ввести сурфактант или с профилактической целью или с лечебной;
  - избегать резких перепадов давления температуры;
  - избегать резких перепадов уровня глюкозы – необходим контроль каждые 2 часа, это в наших условиях провести невозможно;
  - профилактика ПВК, которые приводят либо к летальному исходу, либо к формированию гидроцефалии;
3. Качественная реабилитация этих детей.

Благодаря развитию и совершенствованию помощи новорожденным по данным многих неонатальных центров, увеличилась выживаемость среди детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении. Выхаживаемость таких детей составила 50%. Перспектива выхаживания их такова: при массе тела 500,0 – 700,0г – 50%; 750,0 – 1000,0 г – 70%. Но каково качество жизни этого ребенка? Кто может снизить инвалидизацию данной группы населения?

## **ЗАВИСИМОСТЬ МАССЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Липман А.Д., Козина О.В., Зарецкая Н.В.**

*г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета*

Актуальность. Проблемы наследственных аномалий и заболеваний соединительной ткани, при которых снижается содержание отдельных видов коллагена или нарушается их соотношение, весьма актуальны, поскольку среди больных преобладают женщины репродуктивного возраста. В последние годы в литературе обсуждается вопрос о роли недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) как конституциональной предпосылки к рождению ребенка с внутриутробной задержкой роста (ВЗРП).

Цель. Определить взаимосвязь между массой новорожденных и антропометрическими показателями матерей с НДСТ.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 230 беременных в I триместре беременности. На основании эхокардиографии у 200 женщин (основная группа) диагностировали пролапс митрального клапана (у 178 пациенток-1 степени, у 22 пациенток-2 степени). У 52 беременных ПМК сочетался с другими аномалиями сердца. Наличие НДСТ оценивали по комплексу фенотипических проявлений. Наиболее значимыми считали: повышенную растяжимость кожи, склонность кифоза грудного отдела и усиление поясничного лордоза позвоночника, поперечное и продольное плоскостопие, синдром гипермобильности суставов, миопию, висцероптоз, варикозное расширение вен нижних конечностей. У 30 женщин не было выявлено экстрагенитальной патологии (контрольная группа).

Проводили оценку фенотипа и антропометрию беременных. Кроме того, вычисляли индекс массы тела, площадь поверхности тела (формула Иссаксона).

Результаты. Беременные с НДСТ по сравнению со здоровыми имели достоверно меньше вес ( $58,5 \pm 1,2$  кг и  $62,2 \pm 1,1$  кг соответственно), индекс массы тела ( $20,8 \pm 0,3$  и  $22,1 \pm 0,3$ ). Мы не выявили различий в величине роста ( $168 \pm 0,48$  см и  $169 \pm 0,9$  см) и площади поверхности тела ( $1,7 \pm 0,01$  кв. м и  $1,71 \pm 0,04$  кв. м).

195 (97,5%) из 200 беременностей у пациенток с НДСТ и 30 (100%) беременностей у здоровых женщин закончились родами. При анализе родов обращало на себя внимание, что у 23 (11,7%) женщин с НДСТ произошли преждевременные роды. У здоровых женщин все роды были своевременными.

Всего в основной группе родилось 194 живых ребенка. Масса доношенных детей у пациенток с НДСТ колебалась от 1980 до 4780 граммов и составила в среднем  $3360 \pm 31,2$  граммов, рост – от 41 до

58 см (в среднем  $50,3 \pm 0,16$  см), окружность головы – от 31 до 38 см (в среднем  $35 \pm 0,1$  см), окружность груди – от 28 до 38 см (в среднем  $33,9 \pm 0,1$  см). Внутривутробная гипотрофия диагностировалась у 34 новорожденных. Родилось 8 детей с массой более 4000 граммов.

Масса новорожденных в контрольной группе колебалась от 2680 до 4400 граммов и составила в среднем  $3540 \pm 54,9$  граммов, рост – от 48 до 56 см (в среднем  $51,4 \pm 0,5$  см), окружность головы – от 33 до 37 см (в среднем  $35,5 \pm 0,3$  см), окружность груди – от 32 до 37 см (в среднем  $34,7 \pm 0,4$  см). В группе здоровых женщин родилось 2 крупных ребенка и 1 ребенок с гипотрофией.

Для определения зависимости массы новорожденных от антропометрических показателей матерей, использовали метод корреляции.

При наличии симптомов соединительнотканых дисплазий в парах «мать – новорожденный» установлена прямая, слабая и достоверная корреляция между массой новорожденного и весом матери ( $r=0,185$ ,  $p>95\%$ ). Других достоверных взаимосвязей при НДСТ выявлено не было.

В контрольной группе установлена прямая, сильная и достоверная корреляция между массой новорожденного и весом матери ( $r=0,833$ ,  $p>95\%$ ), а также массой ребенка и площадью поверхности тела женщины ( $r=0,807$ ,  $p>95\%$ ).

Выводы. Таким образом, при наличии синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани имеются предпосылки к рождению детей с меньшей массой тела, чем у здоровых женщин, что может иметь значение для дифференциального диагноза причин ВЗРП.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО**

**Мелахова Т.А., Судаков А.Г., Цекот В.В., Жданова Г.П.,  
Харченко М.В., Павленко Е.Я.**

*Россия, г. Благовещенск, ГОУ ВПО "Амурская государственная  
медицинская академия" МЗ РФ; МУЗ "Городская клиническая больница  
№ 1" Городской перинатальный центр*

Актуальность: Гемолитическая болезнь (ГБ) является причиной антенатальной гибели плода, а также повышенной заболеваемости и смертности детей не только в постнатальном периоде, но и в последующие годы жизни. Доля ГБ в перинатальной смертности составляет 2 – 7%.

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности при ГБ плода и новорожденного невозможно без использования современных подходов к ведению беременности и родов при резус-сенсibilизации, а также применения новейших методов диагностики и терапии. Городской перинатальный центр (ГПЦ) является специализированным родовспомогательным учреждением по ведению и родоразрешению беременных женщин угрожаемых по развитию ГБ плода и новорожденного.

Реальную значимость в решении этой проблемы приобретают гемосорбция и плазмаферез, направленные на снижение уровня циркулирующих антител в крови женщины.

Цель: Оценить эффективность плазмафереза в профилактике и лечении ГБ плода и новорожденного на основании результатов клинического наблюдения за течением беременности и ее исходов у резус-сенсibilизированных женщин.

Материалы и методы: Основную группу составили 32 резус-сенсibilизированные беременные. У всех женщин был отягощенный акушерский анамнез по ГБ плода и новорожденного, исходный титр антител (АТ) от 1:64 до 1:256, отсутствие выраженных патологических изменений при ультразвуковой фето- и плацентометрии. В группу сравнения вошли 21 резус-сенсibilизированная женщина, которым во время беременности операции плазмафереза не проводились.

29 (90,6%) беременным основной группы наряду с общепринятой десенсибилизирующей терапией, проведена операция прерывистого плазмафереза при сроках беременности 16-18, 24-28 и

32-34 недели. У 2(6,3%) – в 24-28 и в 32-34 недели, одной (3,1%) – в 32-34 недели. Методика плазмафереза: 1) забор крови в количестве 300-500 мл; 2) сепарация (разделение) крови на эритроцитарную массу и плазму в центрифуге ЦЛП 3-3,5; 3) экстракция плазмы после сепарации, с последующей ее утилизацией; 4) разведение эритроцитарной массы 10% раствором альбумина и 0,9% раствором хлорида натрия в адекватном количестве под контролем содержания белка в крови беременной; 5) возврат эритроцитарной взвеси резус-сенсibilизированной беременной.

Результаты: Плазмаферез позволил снизить исходный уровень титра АТ у беременных основной группы в 2-3,5 раза, в зависимости от количества проведенных операций. При прерывистом плазмаферезе в 16-18, 24-28 и 32-34 недели беременности титры АТ снижались наиболее эффективно. В ГПЦ родоразрешились 15 женщин. У 4 (26,7%) новорожденных не было признаков ГБ, у 11(73,3%) детей развилась ГБ. По степени тяжести заболевания дети распределились следующим образом: легкой степени - 9(81,8%), средней степени тяжести – 2(18,2%). Последним произведено однократное проведение ОЗПК. В обоих случаях операция ЗПК проводилась к концу первых суток при уровне непрямого билирубина в сыворотке крови более 180 мкмоль/л. У всех 11 новорожденных исход заболевания благоприятный, 9 детей выписаны домой на 8-9 сутки и 2 ребенка после ОЗПК были переведены в детскую больницу для дальнейшего лечения, откуда были выписаны домой через 14 дней в удовлетворительном состоянии. Из группы сравнения родоразрешилась 21 женщина. У 19 (90,5%) родильниц новорожденные имели признаки ГБ, у 2 (9,5%) родились здоровые новорожденные. По степени тяжести ГБ дети распределились следующим образом: легкая степень тяжести – 14(73,7%), средняя степень – 4 (21,1%), тяжелое течение - 1 (9,1%)

Вывод: Плазмаферез эффективен в профилактике и лечении ГБ плода у резус-сенсibilизированных беременных, что подтверждено снижением частоты средне-тяжелых форм ГБ новорожденных в 2,5 раза и повышением вероятности рождения здоровых детей у резус-сенсibilизированных женщин в 2 раза.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕСАДКИ ЭМБРИОНА**

**Молчанова Е.В., Пономарева Л.П.**

*Россия, г. Москва, ГУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и  
перинатологии РАМН*

Состояние органа зрения у детей, рожденных путем экстракорпорального оплодотворения представляет интерес, так как в немногочисленных работах посвященных данной тематике было показано, что эти новорожденные составляют группу риска по возникновению тяжелой глазной патологии. Эта патология может быть связана как с недоразвитием оболочек головного мозга, так и с нарушением формирования высших зрительных путей и центров глазного анализатора.

Целью настоящей работы явилось определение частоты и характера офтальмопатологии у детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения и пересадки эмбриона.

Материалы и методы. В группу новорожденных, появившихся на свет с помощью ЭКО вошло 48 новорожденных. Проведен анализ возрастного состава, состояния здоровья, анамнестических данных, особенностей течения настоящей беременности и родов у 43 (многплодные беременности: 1 тройня, 4 двойни) матерей, беременность у которых наступила в результате экстракорпорального оплодотворения и пересадки эмбриона. В трех наблюдениях беременность вынашивалась суррогатными матерями. В группу сравнения вошло 652 ребенка, рожденных в результате самопроизвольно наступившей беременности.

Изучение состояния глаз у детей проводилось на первой неделе жизни методами прямой и обратной офтальмоскопии (панорамным и бинокулярным офтальмоскопами Welch Allyn/ США).

Анализ состояния здоровья матерей выявил, что подавляющее большинство из них 42 (87,5%) имело отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. При изучении акушерско-гинекологического анамнеза обращало внимание наличие нарушений менструального цикла, хронических воспалительных процессов репродуктивных органов, эндометриоза, первичного и вторичного бесплодия (99%), привычного невынашивания беременности, мертворождения. В группе ЭКО превалировал контингент женщин в возрасте от 31 до 40 лет (60,4%), что в половину превышает численность женщин того же возраста с самопроизвольной беременностью.

Отягощенный инфекционный анамнез до наступления беременности отмечен у 34(71%) женщин; обострения хронических и/или острые инфекционные заболевания во время беременности зарегистрированы у 32 (66%) женщин. Обращает на себя внимание высокий процент женщин с угрозой позднего выкидыша и преждевременных родов – 20 (43%). Частота преждевременных родов составила 23%.

Средний гестационный возраст новорожденных этой группы равен 37,2±1,5 недель. Недоношенными родилось 11 (23%) детей. На первый план среди аномалий развития выступали изменения со стороны ЦНС (16%). По наличию других аномалий достоверных различий между детьми группы ЭКО и группой сравнения отмечено не было.

Перинатальное поражение ЦНС в исследуемой группе выявлено у 19(40%) новорожденных.

Результаты и их обсуждение.

Офтальмологические изменения у детей группы ЭКО отмечены в 22 (45%) случаях. Преимущественно эта была патология со стороны глазного дна. Частота и характер изменений, как переднего, так и заднего отрезка глаза у детей группы ЭКО имеет мало отличий от группы сравнения.

Наличие застойных явлений в виде венозного стаза, перипапиллярного отека сетчатки и зрительного нерва у детей группы ЭКО уступали по частоте аналогичным изменениям у детей группы сравнения. У детей группы сравнения частота расширения вен сетчатки была достоверно выше, чем у детей группы ЭКО ( $p < 0,001$ ). Изменения глаз воспалительного характера также чаще встречались в группе сравнения. Врожденные хориоретиниты, диагностированные у 5 (1%) новорожденных в группе сравнения у детей группы ЭКО не встречались. Частота врожденного конъюнктивита практически одинакова в группе ЭКО и группе сравнения (2% и 3% соответственно).

Лишь у одного новорожденного (2%) группы ЭКО отмечен грубый порок развития глазного анализатора: двусторонняя колобома радужки, сетчатки и диска зрительного нерва. У остальных детей изменения глазного анализатора не носили грубой структурной патологии или патогномоничных признаков именно этой группы. Однако даже единичный случай врожденного порока развития (ВПР) требует обязательного осмотра детей группы ЭКО.

К малым аномалиям развития (МАР) глазного анализатора отнесены такие изменения, при которых функция органа остается неизменной и речь идет о незначительных косметических дефектах; эпикант, укорочение глазной щели, гипо- и гипертелоризм, монголоидный разрез глаз, колобома век и радужки и др. В группе детей ЭКО достоверно чаще, чем в группе сравнения встречался эпикант – в 4 (8%) наблюдениях против 7 (1%) в группе сравнения. Колобома радужки имелась у 1 (2%) ребенка. Блефарофимоз (уменьшение длины глазной щели) с одинаковой частотой 1-2% встречался в обеих группах.

Заключение. Нашими исследованиями было установлено, что дети группы ЭКО имели значимые различия с группой сравнения по возрастному составу их матерей, наличию у них акушерско-гинекологической патологии, а соответственно более тяжелому течению беременности. Однако благодаря более пристальному наблюдению

и четкой и своевременной коррекции патологических состояний, а также щадящему способу родоразрешения женщин группы ЭКО основная масса их детей родилась и находилась в удовлетворительном состоянии в периоде ранней неонатальной адаптации. Офтальмологический статус детей этой группы не имел многочисленных различий с группой детей от самопроизвольно наступившей беременности. Однако, наличие грубого ВПР глазного анализатора (даже в 2% случаев), способствующего в дальнейшем инвалидизации ребенка указывает на обязательное включение детей, рожденных в результате ЭКО и ПЭ в группы селективного офтальмологического скрининга.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВЫЖИВАЕМОСТИ ЖИВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

**Николаева Е.И., Пугачева Т.Н., Гудимова В.В., Бубнова Н.И.**

*ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г.Москва, Россия*

Цель исследования: изучить структуру заболеваний и уровень выживаемости живорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ первичной медицинской документации 134 детей с ЭНМТ, родившихся в ГУ НИЦ АГП РАМН.

Результаты исследования: В настоящее время случаи прерывания беременности в 22-27 нед. с рождением детей с ЭНМТ в отчетных статистических формах РФ регистрируются как аборт; роды учитываются только с 28 нед. беременности. В отчетной форме № 32 представлены сведения о числе родившихся с массой 500-999 г живыми, мертвыми и умершими без учета их гестационного возраста. В то же время, известно, что частота выживаемости детей с ЭНМТ зависит прежде всего от их гестационного возраста и уровня оказания им медицинской помощи. С этой точки зрения представляет интерес анализ уровня выживаемости и структуры заболеваний у живорожденных с ЭНМТ в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, имеющего в своем составе специализированное отделение реанимации, интенсивной терапии и выхаживания маловесных новорожденных (ОМН), обеспеченное высококвалифицированными кадрами. Это позволяет функцию, выполняемую данным учреждением, соотнести с деятельностью ПЦ.

По отчетным данным Центра доля рождений детей с ЭНМТ в структуре всех родов за последние 6 лет возросла с 1,07 до 1,56%.

Аналізу подвергнуто 134 случаев рождений детей с массой тела 500-999г у 115 матерей за 2000-2006гг. У каждой пятой женщины (20,5%) имело место многоплодие, 35(25,5%) детей родились в результате ЭКО или после инсеминации спермой мужа. Кесарево сечение вне зависимости от срока беременности произведено у 45(39,1%) матерей, в т.ч. у 5 –при многоплодии. Основная причина оперативного родоразрешения обусловлена состоянием здоровья матери. Социальный портрет большинства беременных свидетельствовал об их благополучии.

С массой тела 500-999г в 22-27 нед. родилось 100(74,6%), а при ранних преждевременных родах в 28-32 нед.-34 (25,4%) ребенка, т.е. масса тела у каждого родившегося в 28 и более недель не соответствовала его гестационному возрасту из-за гипотрофии.

Среди всех родившихся доля мертворожденных составила 41,8% (56), из них 92,9%(52) родились в 22-27 и только 7,1%(4) в 28-31 нед. Анализ показал, что беременность в 32(57,1%) случаях мертворождения прервана в 22-24 нед по медицинским показаниям, преимущественно из за внутриутробных пороков развития плода. Показанием для прерывания беременности в 28-32 нед. явились тяжелые экстрагенитальные заболевания и гестоз, обусловившие гибель плода.

Основными причинами самопроизвольного прерывания беременности при мертворождении (24) были моче-половая инфекция и истмико-цервикальная недостаточность у матери. При многоплодной беременности родилось 12(21,4%) плодов, в т.ч. 4-двойни и 2 тройни, в 2-х случаях из них имело место ЭКО и ПЭ.

Особый интерес вызывает анализ течения неонатального периода у 78 живорожденных с ЭНМТ, доля которых составила 58,2% в целой группе. Среди них 48(61,5%) детей родились в 22-27, остальные 30(38,5%) - в 28-32 недели. Первичная и последующая медицинская помощь новорожденным с ЭНМТ оказывалась согласно утвержденным стандартам, включая высокотехнологические.

В раннем неонатальном периоде умерло 35(43,2%) детей, из них каждый третий (34,3%) в первые сутки жизни. Позже-в неонатальном и постнатальном периоде -погибли 9(11,1%) детей. Таким образом, среди всех живорожденных с ЭНМТ, несмотря на условия выхаживания в неонатальном отделении, погибли 44 ребенка(-54,3%). Обращает внимание, что среди умерших почти все живорожденные (41-93,2%) родились в 22-27 нед. и только 3 ребенка имели гестационный возраст 28-30 недель. Почти каждый второй ребенок (45,5%) рожден при многоплодной беременности, практически все в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Патологоанатомический диагноз у большинства умерших группировался вокруг респираторных нарушений, возникших в перинатальном периоде (79,5%), половина из которых приходилась на внутриутробную пневмонию; внутриутробного сепсиса (6,8%); врожденных пороков развития (6,8%), внутрижелудочковых кровоизлияний (6,8%) и только в одном случае основной причиной смерти явилась крайняя незрелость плода. Средний срок пребывания в ОМН умерших детей колебался от 8 часов до 36 суток, составляя в среднем 6,6 суток. Средняя стоимость выхаживания 1 ребенка равнялась 56.100 руб.

Анализ течения беременности у 36 матерей умерших детей показал, что более половины из них (20) лечились длительное время по поводу бесплодия различного генеза, у части из них при наступлении индуцированной многоплодной беременности проводилась редукция эмбрионов. Преждевременное излитие вод и истмико-цервикальная недостаточность имели место у 22 (61,1%), другая патология (хориоамнионит, пузырный занос, тяжелый гестоз) диагностированы у 7(19,4%) беременных. Таким образом, течение беременности у данной группы матерей было крайне осложненным.

Дискуссионной проблемой остается вопрос о частоте выживании маловесных детей с экстремально низкой массой тела и состоянии последующего их развития. Анализ показал, что в группе живорожденных, находившихся под наблюдением в ОМН Центра, выжили 34(43,6%) ребенка, из них только 7(20,6%) родились в 26-27 нед., остальные- 27(79,4%) в 28-32 нед. В среднем каждый ребенок имел не менее 5,3 заболеваний. В структуре 196 диагностированных заболеваний новорожденных преобладали замедление роста и недостаточность питания (29,4%), дыхательные нарушения (27%), гематологические нарушения (15,8%), тяжелая и средней тяжести асфиксия в родах (14,3%), внутрижелудочковые кровоизлияния (5,6%), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (5,6%), нарушения церебрального статуса (5,6%). Врожденные аномалии диагностированы у 8(21,6%) детей, из них у 3-х проведено хирургическое лечение по поводу эмбриональной грыжи, порока развития кишечника и гидроцефалии. Среди выживших новорожденных домой были выписаны 7 (20,6%) детей, остальные (79,4%) переведены на 2-ой этап выхаживания, при этом лишь 2 ребенка (5,9%) из выписанных домой родились в 26-27 нед. беременности, остальные-в 29-31 нед.

Средняя продолжительность пребывания одного ребенка в ОМН составила 42,1 дней. Стоимость всех затрат в зависимости от длительности пребывания ребенка в отделении колебалась от 80.180 до 916.677 руб., составляя в среднем 357.850 руб на 1 младенца.

Выводы: Таким образом, уровень выживаемости детей с экстремально низкой массой тела определяется в большей степени их гестационным возрастом нежели массой тела при рождении. В

условиях высококвалифицированного и оснащенного учреждения, каким является ГУ НЦ АПГ РАМН, выживаемость данной когорты новорожденных составляет почти 44%, при этом среди родившихся в 22-27 нед. выживают только дети с гестационным возрастом 26-27 нед.(14,6%). По мере увеличения срока беременности выживаемость новорожденных значительно возрастает, составляя не менее 90% при родах в 28-32 недели. Поэтому усилия службы родовспоможения должны быть направлены главным образом на профилактику преждевременного прерывания беременности с использованием всех имеющихся средств, начиная с подготовки вне беременности.

## ТЕМПЫ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Николаева Е.И., Пугачева Т.Н., Голубев В.А.

ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г.Москва, Россия

Цель исследования: изучить темпы снижения перинатальной смертности в РФ среди доношенных и недоношенных детей за последние 15 лет и оценить влияние уровня кесарева сечения на данные показатели.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ статистических данных о мертворождении и смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде, регистрируемых в отчетной форме № 32 Минздравсоцразвития РФ.

Результаты исследования: На основании анализа статистических данных отчетной формы № 32, отражающей сведения о родовспоможении в стационаре, уровень перинатальной смертности (ПС) в РФ за последние 15 лет (1990-2005гг.) снизился на 45,4%, составив с учетом 5-летнего интервала следующие показатели: 1990г.-17,1‰, 1995г.-14,7‰, 2000г.-12,0‰ и 2005г.-9,3‰.

Снижение ПС обусловлено в большей степени за счет изменения уровня ранней неонатальной смертности (РНС), показатель которой за эти годы снизился на 55,4%(7,9‰-1990г., 3,5‰-2005г.), в то время как показатель мертворождаемости (М) уменьшился на 37,1%, составив 9,2 и 5,8‰ соответственно. При постоянно растущей тенденции к снижению ПС соотношение ее отдельных компонентов (РНС:М) свидетельствует об увеличении разрыва между ними с 1:1,2 в 1990г. до 1:1,6 в 2005г.

Анализ динамики изменения общего показателя ПС за исследуемый временной интервал показал, что темпы снижения ПС среди доношенных несколько опережают уровень среди недоношенных детей. Так, ПС доношенных снизилась в 1,9 раза (9,1‰-1990г., 4,8‰-2005г.), среди недоношенных в 1,7 раза: 147,4 и 84,3‰ соответственно.

Однако анализ отдельных компонентов ПС свидетельствует о том, что показатель РНС среди недоношенных детей за 15 лет уменьшился в 2,5 раза, составив 84,4 и 34,2‰ соответственно, а среди доношенных детей этот показатель снизился в 1,9 раза, составив 3,5 и 1,8‰ соответственно.

Обращает внимание, что в темпах снижения уровня мертворождаемости среди доношенных и недоношенных детей наблюдаются обратные соотношения. Общий уровень мертворождаемости снизился в 1,6 раза, составив 9,2‰-1990 г. и 5,8‰-2005г. Вместе с тем, мертворождаемость доношенных детей снизилась почти в 2 раза (5,6 и 3,04‰), а среди недоношенных только в 1,3 раза, составив 68,8 и 51,9‰ соответственно.

За последние 5 лет среди доношенных детей несколько возросла доля их гибели в антенатальном по сравнению с интранатальным периодом, увеличившись в 2,3 раза в 2005г. против 2,02 в 2000г. Среди недоношенных детей потери в антенатальном периоде в 2005г почти в 10 раз превышали их гибель в родах по сравнению с аналогичным соотношением 6:1 в 2000г. Причины, влияющие на уровень антенатальных потерь, как правило, обусловлены здоровьем матери и плода, в то время как интранатальные потери свидетельствуют о качестве акушерской помощи, в т.ч. оперативной.

Проведенный анализ показал, что темпы снижения ПС в 5-летнем интервале носят неоднозначный характер. Общий показатель ПС в 1995г. по сравнению с 1990г. снизился только на 4,1%, в 2000г по сравнению с предыдущей пятилеткой на 8,4%, а в 2005г снижение достигло 22,1% по сравнению с 2000г. В то же время темп снижения ПС доношенных детей замедлился, составив последовательно по пятилеткам сначала 30,7%, затем 13,7% и 11,6% в 2005г. относительно 2000г. Темп снижения ПС среди недоношенных детей в указанные временные интервалы наоборот возрос с 7,9% до 19,3% и затем до 23,1% в 2005г.

Темпы снижения РНС по пятилеткам среди доношенных детей практически стабильны, составляя 18,2%, 21,5% и 21,7%. Среди недоношенных детей темпы снижения РНС стремительны. По сравнению с 1990г. РНС недоношенных снизилась на 13,1% в 1995г., затем на 28,5% в 2000г. и 34,7% в 2005г. по сравнению с предыдущей пятилеткой.

Безусловно внедрение в службу родовспоможения новых лечебно-диагностических и организационных технологий способствовало в целом постоянно растущей тенденции к снижению ПС. Обращает внимание, что за эти же годы частота кесарева сечения увеличилась в 2,6 раза, составив по пятилеткам с 1990 по 2005гг. 6,9%, 10,1%, 14,3% и 17,9%.

Имеющиеся сведения о влиянии кесарева сечения на показатель ПС отличаются крайней противоречивостью. По мнению многих исследователей увеличение уровня кесарева сечения до 24-30% позволяет значительно снизить ПС. Исследования, проведенные ВОЗ в 2005г. в странах Латинской Америки, показали, что при частоте кесарева сечения 33-51% отмечено увеличение числа детей, требующих интенсивной терапии. Вместе с тем улучшение показателей ПС, по данным зарубежных исследователей, возможно лишь до определенного предела частоты кесарева сечения, составляющего 10-12% и максимум 15% в популяционных группах.

Проведенный нами анализ показал, что между возрастанием частоты кесарева сечения и показателем РНС среди доношенных и недоношенных детей имеется близкая к 100% отрицательная корреляция. Интересно отметить, что отрицательная корреляция между интранатальной гибелью доношенных детей и частотой кесарева сечения составляет 87%, в то время как уровень ее возрастает до 98% при интранатальной гибели недоношенных детей.

Выводы: Таким образом, при постоянной тенденции к уменьшению показателя ПС в РФ за последние 15 лет наиболее активный темп его снижения наблюдается в период 2000-2005гг., при этом уровень снижения ранней неонатальной смертности превышает уровень мертворождаемости и соотношение этих показателей продолжает увеличиваться в сторону последних.

Несмотря на преобладание темпа снижения ПС доношенных детей по сравнению с недоношенными, динамика снижения ранней неонатальной смертности среди недоношенных превышает аналогичный темп снижения среди доношенных новорожденных, особенно в последней пятилетке, что свидетельствует об улучшении перинатальной помощи, направленной в большей степени на выхаживание недоношенных детей. Вместе с тем, темп снижения мертворождаемости доношенных детей выше по сравнению с недоношенными и доля их гибели в интранатальном периоде уменьшается, что обусловлено в значительной степени возрастанием частоты кесарева сечения

Корреляционный анализ свидетельствует о положительном влиянии роста кесарева сечения на уровень ПС, в т.ч. на интранатальные потери доношенных и недоношенных детей.

## СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРЕНАТАЛЬНО ИЛИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Петрова Л.А.**

*Россия, г. Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

Врожденные пороки развития (ВПР) относятся к тем патологическим состояниям, которые в значительной степени определяют перинатальную и раннюю неонатальную смертность и инвалид-

ность с детства. Частота ВПР колеблется в широких пределах – от 7 до 15%. Пороки развития центральной нервной системы (ЦНС) встречаются у 1 из 100 родившихся детей (Ю.И.Барашнев 2001, 2005г и др.) и у каждого 4-го умершего в перинатальный период.

Одной из причин такого положения является сложность точной дифференциальной диагностики некоторых нозологических форм врожденных пороков нервной системы. В настоящее время придается большое значение раннему выявлению ВПР: пренатальной и неонатальной диагностике. При этом появляется реальная возможность активно предупреждать рождение детей с грубой некорректируемой патологией, а также воспользоваться своевременной нейрохирургической коррекцией пороков, совместимых с жизнью.

Нами осуществлен ретроспективный анализ частоты и структуры ВПР центральной нервной системы у детей, рожденных женщинами, беременность у которых относилась к категории высокого перинатального риска.

Анализ, проведенный за последние 5 лет деятельности ГУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, показал, что ВПР ЦНС у плодов и новорожденных встречается чаще, чем предполагалось. В таблице 1 представлены результаты проведенного анализа.

**Таблица 1. Пренатальная и неонатальная диагностика ВПР ЦНС.**

Вид порока	Всего	Пренатальная диагностика	Неонатальная диагностика	Прерывание берем.	Роды	
					Дети умерли	Дети живы
Анэнцефалия	14	14	-	11	3	
Голопрозэнцефалия	6	6	-	6	-	-
Менингомиелоцеле	5	5	-	-	-	5
Spina-bifida	6	4	2	-	-	6
Киари II-III	14	12	2	8	-	6
Денди-Уокер	10	10	-	6	-	4
Агенезия мозолистого тела	16	6	10	3	-	13
Гипоплазия мозжечка	8	3	5	-	1	7
Гидроцефалия (изолированная) (сочетанная)	33 21	17 16	16 5	10 12	- 4	23 5
Патология больших полушарий	16	3	13	-	4	12
МПР ЦНС	5	5	-	2	3	-
Редкие пороки	3	3	-	-	-	3
Опухоли	3	3	-	1	1	1
Аневризма вены. Галены	4	2	2	-	1	3
Итого:	167	109	58	62	17	88

Большинство ВПР ЦНС с высокой точностью диагностируются пренатально в конце I или в начале II триместрах беременности (анэнцефалия, голопрозэнцефалия, менингомиелоцеле, Денди-Уокера и др.) при ультразвуковом скрининге плода. При затруднениях четкой визуализации структурных изменений головного мозга применялся метод магнитно-резонансной томографии.

100%-ые перинатальные потери были характерны для детей с тяжелыми, несовместимыми с жизнью пороками развития ЦНС (62 беременности были прерваны по согласованию с женщиной и 17 детей погибли после рождения). На секции диагноз был подтвержден.

В дальнейшем дети с корректируемыми ВПР ЦНС направлены в нейрохирургические стационары для решения вопроса возможности хирургической терапии.

Таким образом, регулярное наблюдение за развитием плода, использование в диагностике ультразвукового сканирования и магнитно-резонансной томографии обеспечивает постановку своевременного диагноза и наиболее целесообразную врачебную тактику дальнейшего ведения беременности и прогнозирование перинатальных исходов.

# НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННУЮ ПАТОЛОГИЮ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ И СЛУХА

Пономарева Л. П.

Россия, г. Москва, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Частота патологии зрения и слуха не имеет тенденции к уменьшению как среди взрослого, так и среди детского населения. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 150 млн. слепых и слабовидящих людей, из них 1,5 млн. – это дети до 14 лет. Уровень детской инвалидности по зрению в Российской Федерации составляет 5,2 на 10 000 населения соответствующего возраста. Врожденная и ранняя тугоухость занимает одно из ведущих мест в структуре причин психоневрологической инвалидности. У 82% детей с тугоухостью и глухотой эта патология развивается на 1-м году жизни, а у 38,5% из них в перинатальном и неонатальном периоде. В возникновении и развитии врожденной патологии глазного и зрительного анализаторов решающее значение имеют патологические отклонения в течении внутриутробного развития плода, течении родов и раннего неонатального периода. Зрительные и слуховые расстройства перинатального отягощенных детей часто выпадают из круга внимания неонатологов, педиатров, поскольку не имеют выраженных клинических признаков. Задержка начала обследования и лечения патологии глаз и слуха может иметь фатальные последствия для ребенка. В связи с этим большое значение приобретает введение в родовспомогательных учреждениях неонатального скрининга врожденной патологии органов зрения и слуха.

Целью настоящего исследования явилось проведение неонатального скрининга среди доношенных новорожденных в условиях перинатального центра для выявления частоты и характера патологии зрительного и слухового анализаторов.

Материал и методы. Обследовано 700 новорожденных (1400 глаз) и 700 новорожденных по выявлению патологии слуха. Обследование глаз проводилось в первые сутки жизни с использованием современной аппаратуры: бинокулярного офтальмоскопа Скепенса и панорамного офтальмоскопа "Pan Optic" фирмы "Welch Allyn", США, дающего пятикратное увеличение структур глаза. Методом объективного аудиологического скрининга явилась система для регистрации и анализа задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) ПЛО-88/92, производимой фирмой "Otodynamics Ltd", Великобритания. Этапами обследования также являлись: отоскопия и тимпанометрия. На втором этапе скрининга проводилась регистрация коротколатентных вызванных слуховых потенциалов.

Результаты и их обсуждение. Как показали наши исследования, изменения со стороны зрительного анализатора выявлены у 62,4% новорожденных. В 89% случаев они носили транзиторный характер, стойкие структурные изменения выявлены у 11% новорожденных. В группы риска по развитию офтальмопатологии вошли доношенные новорожденные:

- с геморрагическим синдромом;
- с перинатальными поражениями ЦНС;
- с проявлениями внутриутробной инфекции;
- родившиеся путем использования вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО и ПЭ).

Нарушения слуха выявлены у 13% новорожденных. Нарушения стойкого характера встречались в 0,9% случаев у здоровых новорожденных и в 11,3% - среди детей с патологическими состояниями. Изменения транзиторного характера выявлены у 3,2% здоровых новорожденных и у 5,7% детей с перинатальной патологией. Заключение о наличии врожденной или ранней тугоухости рекомендуется делать не ранее двух и не позднее трех месяцев жизни.

Выводы:

- дети, перенесшие патологию перинатального периода, составляют контингент высокого риска возникновения заболеваний глаз и нарушений слуха;
- патология зрительного и слухового анализаторов часто сочетается с патологией центральной нервной системы;

- у детей, перенесших перинатальную патологию нередки случаи снижения зрения вплоть до слабовидения и слепоты, снижения слуховой функции;

- даже если зрение таких детей остается на достаточно высоком уровне, у них страдает оптическая система глаза, что выражается в более высокой частоте близорукости.

## ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ СТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ МРТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Розанов А. В.

г. Москва, Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии РАМН

Актуальность: статистические данные свидетельствуют о том, что ежегодно в Российской Федерации рождается до 50 000 инвалидов с детства. Причем в 70% случаев у инвалидов с поражениями ЦНС, причины поражения связаны с перинатальной патологией. Особо выделяют внутриутробную и интранатальную асфиксию, инфекции, недоношенность и ассоциированные с ними респираторные, сердечно-сосудистые и другие расстройства. Особенно часто, помимо соматических расстройств, у детей обнаруживаются значительные нарушения структуры и функции ЦНС. Однако в неонатальном периоде неврологические расстройства выявляются лишь в 15 – 20%, т.к. в клинической картине на первый план выступают только общемозговые симптомы. Большую помощь в ранней диагностике внутричерепной патологии оказывает нейросонография. Тем не менее, и ее возможности ограничены, в частности не диагностируются наиболее часто встречаемые субарахноидальные кровоизлияния, не представляется возможным оценить степень тяжести атрофических процессов и нарушений миелинизации. Более того, возможности нейросонографии ограничены и временным фактором, она возможна только при открытом родничке. Внедрение в акушерскую и неонатальную практику такой мощной диагностической технологии как магнитно-резонансная томография открывает широкие возможности для более детального исследования мозга в подостром периоде, а также в динамике на протяжении первых лет жизни. Ранняя диагностика и рано начатое лечение способствует минимизации остаточных явлений.

Цель исследования: Разработка системы ранней диагностики структурных и функциональных нарушений головного мозга с использованием современных технологий у новорожденных детей с перинатальной патологией.

Материалы и методы: ной диагностики проведено изучение группы новорожденных детей, указанной выше. Для выявления резервов для более полной своевременности было обследовано 310 детей большей частью раннего возраста, имевших выраженные психоневрологические расстройства, а также 110 новорожденных детей с выраженной неврологической патологией в клинической картине или выявленными пренатально аномалиями развития ЦНС. Для проведения магнитно-резонансной томографии использовалась 1 Тл МРТ-система «Harmony» (Siemens, Германия).

Результаты собственных исследований: патология у 310 детей проявлялась в виде задержки психического и речевого развития (38,8%), двигательных расстройств (гемипарезов, диплегий, тетрапарезов и пр.) в 26%, интеллектуальной недостаточности, судорог (34,3%), внутричерепной гипертензии, нарушений сна и пр. Все эти дети, как правило, наблюдались в районных поликлиниках, реже находились на стационарном лечении. Их состояния расценивались как проявления ДЦП, задержка психоречевого или речевого развития, эписиндром, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, гидроцефалия. Обычно в клинической картине речь шла о сочетании целого ряда симптомов: двигательных расстройств с умственной недостаточностью, судорог с задержкой психомоторного развития, нарушений поведения и



сна с локальной неврологической симптоматикой. Всем детям, как правило, рекомендовались традиционное лечение церебральными стимуляторами, массажем и гимнастикой. В связи с отсутствием эффекта восстановления функции ЦНС родители этих детей постоянно были заняты поиском наиболее эффективной неврологической помощи. В результате этого все 310 детей в целях установления точного диагноза прошли обследование с помощью МРТ в НЦ АГ и П РАМН. Структурная патология была выявлена у 289 детей (93,2%).

В результате на основании данных МРТ, позволяющих предположить генез церебральных изменений, среди них были выделены несколько групп, с наиболее значимыми поражениями ЦНС. Среди них дети с врожденными пороками развития и недоразвитием головного мозга, с гипоксически-ишемическими или гипоксически-геморрагическими поражениями, а также с изменениями структуры головного мозга инфекционно-воспалительного происхождения.

Это свидетельствует о том, что в условиях родильного дома не всегда возможно определить причину расстройств ЦНС у новорожденных (ограниченный срок пребывания ребенка, превалирование в клинической картине грубых, но неспецифических симптомов и недоступность использования высоких диагностических и лечебных технологий). В связи с этим неврологические расстройства у них диагностируются поздно и упускается наиболее перспективное время для компенсаторно-восстановительного лечения.

Собственный опыт убеждает, что выявление причин нарушений ЦНС у новорожденных возможно. Так, при обследовании 98 новорожденных с патологией ЦНС только у 8 (8,2%) при МРТ не было выявлено патологии.

У остальных 90 новорожденных детей (91,8%) обнаруживались различные изменения структуры как со стороны головного, так и спинного мозга. Среди них врожденные пороки развития ЦНС и гипоплазия различных отделов головного мозга у 33 детей (36,7%), гипоксически-геморрагические поражения у 24 детей (26,7%), структурные поражения предположительно инфекционного происхождения у 15 детей (16,7%), МР-симптомы, свидетельствующие только о гипертензионно-гидроцефальных проявлениях – у 14 детей (15,6%).

Заключение: проведенный анализ свидетельствует:

- ВПР головного мозга занимают значительно больший удельный вес в заболеваемости и инвалидности с детства, чем предполагалось ранее. Это связано с тем, что в условиях родильных домов фиксируются лишь видимые глазом ВПР (мозговые грыжи, анэнцефалия, гидроцефалия и пр.) и только на секции умерших новорожденных их частота оказывается значительно выше. Среди детей раннего возраста с тяжелыми недифференцированными инвалидизирующими психоневрологическими расстройствами частота ВПР головного мозга может достигать 37,8%.

- Новорожденные у которых имеются грубые неврологические расстройства в 26,7% обусловлены гипоксически-ишемическими и геморрагическими поражениями ЦНС.

Структурные поражения головного мозга, которые могли быть связаны с внутриутробным инфицированием, составляли более 16%. При этом на МРТ выявляются локальное воспаление оболочек головного мозга, явления вентрикулита, кисты, спайки и др.)

## **ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И КИСЛОРОДНОГО СНАБЖЕНИЯ ТКАНЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ**

**Сидоренко И.А., Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Михеева И.П., Котова С.Ф.**

*Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Орловского государственного университета, г.Орёл*

Осложнённое течение беременности оказывает значительное влияние на адаптационные способности новорожденного в ран-

нем неонатальном периоде. Несмотря на успешное лечение гестоза в последние годы, недостаточно изучена адаптация новорожденных, родившихся от матерей с гестозом в раннем неонатальном периоде. В связи с вышеизложенным нами был проведён анализ данных кинетики кислородного метаболизма у 82 новорожденных, родившихся от матерей с гестозом. I группу составили 35 новорожденных, родившихся от матерей с гестозом лёгкой степени, во II группу были включены 34 ребёнка от матерей с тяжёлым гестозом, и III группу составили 13 новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией. О кислородном снабжении тканей у новорожденных мы судили по показателям транскутанного рО<sub>2</sub>, которое определяли полярографическим методом на аппарате ТСМ – Дания. Данные транскутанного рО<sub>2</sub> в первые, третьи, пятые, седьмые сутки после рождения свидетельствовали о кислородной задолженности тканей. С точки зрения неонатологов 5 сутки жизни являются критическими в плане адаптации к внеутробным условиям. Анализ показателей транскутанного рО<sub>2</sub> выявил, что к 5 суткам жизни исследуемый показатель находился в интервале от 48 мм рт.ст. до 54 мм рт.ст., составляя в среднем 50,6±1,3 мм рт.ст., что значительно ниже (P<0,02), нежели в первые сутки жизни. Наиболее низкие показатели были отмечены у 5 новорожденных, извлечённых путём операции кесарева сечения. У 87% новорожденных, родившихся от матерей с гестозом лёгкой степени, отмечается изменение кинетики кислородного метаболизма тканей. К 7 суткам жизни, по всей видимости, имеет место улучшение состояния местной микроциркуляции. Своевременное применение сурфактанта и ИВЛ у недоношенных новорожденных, извлечённых путём операции кесарева сечения от матерей с преэклампсией, увеличивают шансы ребёнка и способствуют значительному улучшению кислородного снабжения тканей. Определение транскутанного рО<sub>2</sub> может быть использовано в качестве универсального скринингового теста своевременности использования сурфактанта у недоношенных новорожденных.

Наиболее оправданным и, пожалуй, единственно эффективным методом лечения тяжёлого гестоза и преэклампсии является досрочное родоразрешение. Существенный интерес для рассмотрения представляет вопрос о кислородном снабжении тканей новорожденных, родившихся от матерей с тяжёлым гестозом и преэклампсией. Исходные показатели внутритканевого рО<sub>2</sub> в первые сутки жизни у новорожденных, родившихся от матерей с гестозом средней степени тяжести находились в интервале от 42,5 мм рт.ст. до 68,7 мм рт.ст., составляя в среднем 64,8 мм рт.ст., что статистически достоверно (P<0,02) по сравнению с аналогичными данными у новорожденных, родившихся от матерей с гестозом лёгкой степени. Исходные значения транскутанного рО<sub>2</sub> у новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией варьировали от 38,9 мм рт.ст. до 54,5 мм рт.ст., составляя в среднем 52,4 мм рт.ст., что статистически достоверно (P<0,01) по сравнению с аналогичными показателями у новорожденных, родившихся от матерей с гестозом лёгкой степени и тяжёлым гестозом. Данные сатурации кислорода у всех новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией, были низкими и соответствовали показателям транскутанного рО<sub>2</sub>. Общеизвестно, что при ведении беременной с преэклампсией имеются 2 метода: пролонгирование беременности (до 48 часов с целью воздействия кортикостероидов для ускорения созревания лёгочной ткани плода) и немедленное родоразрешение с целью улучшения состояния матери.

Из 12 детей, родившихся от матерей с преэклампсией, 8 были недоношенными. При этом срок гестации варьировал от 30 до 34 недель, 6 новорожденных был введён сурфактант. Несмотря на своевременное введение сурфактанта, состояние детей оставалось тяжёлым. Нами отмечено, что через 4-5 часов после введения сурфактанта было зарегистрировано значительное улучшение кислородного снабжения тканей. При этом значения транскутанного рО<sub>2</sub> в течение суток держались на высоком уровне.

Таким образом, результаты наших наблюдений позволили нам определить, что у новорожденных, родившихся от матерей с тяжёлой формой гестоза и преэклампсией имеется выраженная

кислородная задолженность тканей по сравнению со здоровыми детьми. У недоношенных новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой формой гестоза отмечается выраженная кислородная задолженность тканей. Определение транскутанного рО<sub>2</sub> у недоношенных новорожденных может быть использовано в качестве универсального скрининг-теста своевременности использования сурфактанта у недоношенных новорожденных.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Филоненко Н.Н., Желев В.А., Агаркова Л.А.**

*Россия, г. Томск, ГУ НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии ТНЦ СО РАМН*

Цель исследования - оценить состояние местного звена иммунитета респираторного тракта у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом в неонатальном периоде.

Под нашим наблюдением находились 30 недоношенных новорожденных, из них 15 недоношенных новорожденных со сроком гестации 32 недели и менее, которые имели клинику тяжелой дыхательной недостаточности и требующие применения искусственной вентиляции легких (основная группа).

Группу сравнения составили 15 недоношенных новорожденных со сроком беременности 34-36 недель, с клиникой дыхательных расстройств, в лечении которых использовался кислород через маску.

В группу контроля были включены 20 здоровых новорожденных с группой здоровья I-II A. У матерей во всех группах недоношенных новорожденных отмечался отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, осложненное течение беременности. Роды у матерей родивших недоношенных новорожденных закончились оперативным путем.

Состояние детей основной и группы сравнения при рождении оценивалось как среднее и тяжелое, обусловленное степенью тяжести синдрома дыхательных расстройств (СДР). Диагноз СДР был выставлен на основании данных анамнеза, клинической картины, степени тяжести дыхательной недостаточности по шкале Даунса.

Для изучения местных факторов защиты использовался метод количественного цитологического анализа мазков-отпечатков со слизистой полости носа (Матвеева Л.А., 1983). Процесс повреждения клеток назального секрета оценивали по результатам среднего показателя деструкции клеток (СПД) и индекса деструкции клеток. В мазках - определяли нейтрофилы, клетки цилиндрического и плоского эпителия.

Результаты исследований показали, что во всех группах наблюдения в мазках-отпечатках преобладает плоский эпителий. У недоношенных детей получавших кислород через маску, содержание плоского эпителия к концу раннего неонатального периода не менялось. В то время как у недоношенных новорожденных, находящихся на ИВЛ, эти значения достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличивались по сравнению с первыми сутками жизни и приближались к показателям контрольной групп. При анализе деструкции плоского эпителия отмечалось преобладание клеток с минимальными морфологическими изменениями. Высокое значение СПД в первые сутки было отмечено в группе контроля, что превышает на 1,4 раза показатель группы сравнения и на 1,5 раза - показатель основной группы. Увеличение ИДК было зарегистрировано на десятые сутки в группе контроля и в основной группе.

Цилиндрический эпителий в мазках-отпечатках в наибольшем количестве встречался у доношенных новорожденных. Показатели СПД и ИДК были высокими в первые сутки у контрольной группы, а к десятым суткам наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение этих показателей. В основной группе и группе сравнения пока-

затели ИДК имели тенденцию к увеличению и были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше по сравнению с первым днем жизни. Достоверное повышение индекса СПД выявлено только у недоношенных находившихся на ИВЛ.

В содержание нейтрофилов в мазках-отпечатках во всех группах не выявлено достоверных различий. К концу раннего неонатального периода отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение количества гранулоцитов в мазках у доношенных новорожденных. В то время как у недоношенных детей этого не отмечено. Высокие показатели СПД и ИДК в первые сутки были у доношенных детей. К концу раннего неонатального периода только в группе контроля отмечается достоверное снижение этих показателей. В то время как у недоношенных новорожденных находившихся на ИВЛ показатель СПД был достоверно выше по сравнению с первыми сутками жизни.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что у недоношенных новорожденных, наблюдается более выраженные изменения эпителия верхних дыхательных путей, которые характеризуются увеличением плоского эпителия к концу раннего неонатального периода и отсутствием динамики в показателях цилиндрического эпителия.

Наиболее выраженные изменения эпителия у детей с тяжелым синдромом дыхательных расстройств, указывают на важную роль данных клеток в системе адаптации респираторного тракта.

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ НА ВЕС И ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МОРФОЛОГИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Чарторижская Н.Н., Дейкова Е.З., Белокрыницкая Т.Е.**

*Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия, Читинское областное патологоанатомическое бюро*

Актуальность. Гипоксические поражения плода и новорожденного на протяжении многих лет стойко занимают лидирующие позиции в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Известно, что гипоксия вызывает полиорганные нарушения, однако сведения о морфофункциональном состоянии щитовидной железы (ЩЖ) при этом патологическом состоянии немногочисленны и противоречивы. Между тем, щитовидная железа является важнейшим органом, обеспечивающим постнатальную адаптацию младенцев, и вносит существенную лепту в танатогенез при гипоксии (Хмельницкий О.К., 1997).

Цель. Изучить вес и функциональную морфологию щитовидной железы новорожденных, умерших от асфиксии.

Материалы и методы. Исследованы щитовидные железы 40 доношенных новорожденных - мертворожденных или умерших в течение первых 36 часов постнатального периода по причине асфиксии. Среди них мальчиков было 20, девочек 20. Все матери не имели заболеваний щитовидной железы и были постоянными жительницами Читинской области, которая является йододефицитным регионом.

Биоптаты щитовидной железы для светооптического исследования фиксировали в 10% нейтральном формалине, обезжировали в этаноле и заливали в парафин. Микропрепараты окрашивали гематоксилином и эозином, микрофуксином по ван Гизону, дополнительно использовали реакцию на нейтральные и кислые мукополисахариды (ШИК-реакция), окраску азур-эозином. Учитывая большую информативность количественных методов исследования в патологической морфологии (Автандилов Г.Г., 1984), в том числе, для изучения ЩЖ (Крейчман Г.С., 1985; Хмельницкий О.К., Быков В.Л., 1980), обзорную микроскопию дополняли морфометрическими методами в соответствии с рекомендациями О.К. Хмельницкого, В.Л. Быкова (1997). Результаты исследования систематизировали по классификации, разработанной Я.И. Лашене и Е.И. Сталиорайтите (1969) и модифицированной О.К.Хмельницким (1997).

Исключив вероятность влияния на величину резуль­тативного признака различных факторов, мы оценивали полученные сведения путем сравнения их с данными тех географических областей, где биохимическая характеристика была близка или идентична нашему региону.

Результаты исследования. Вес щитовидной железы доношенных плодов и новорожденных составил  $2,32 \pm 0,138$  гр., что больше, чем у новорожденных, погибших от других причин, в Забайкалье и других районах, относящихся к числу эндемических местностей: Забайкалье –  $1,34 \pm 0,26$  (Айнгорн Н.М., 1964); Красноярск – 1,4 (Веселов Н.И., 1971), Челябинск – 1,2 (Ковалев М.М., 1965); Архангельск –  $1,192 \pm 0,94$  гр. (Хлыстова З.С., 1997). Показатели массы щитовидной железы у новорожденных, погибших от асфиксии представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Масса щитовидной железы у новорожденных, погибших от асфиксии**

Пол	Кол-во случаев	Минимальная масса ЩЖ	Максимальная масса ЩЖ	Среднее массы ЩЖ	Ошибка	Отклонение
Девочки	20	1,09000	4,150000	2,310000	0,137034	0,612836
Мальчики	20	1,35000	4,190000	2,345500	0,121342	0,542659

Среди ЩЖ новорожденных были выявлены все три существующих структурных типа: 1) коллоидный; 2) десквамативный и 3) переходный. Микроструктура желез соответствовала десквамативному типу в  $43,3 \pm 3,2\%$ ; переходному – в  $11,2 \pm 3,0\%$ , коллоидному (обычная структура железы взрослого человека) – в  $45,5 \pm 3,2\%$ .

Железам новорожденных с явлениями десквамации тиреоидного эпителия были присущи все морфологические показатели усиленной активности ЩЖ: полиморфизм фолликулов, полнокровие перифолликулярных капилляров, PAS-положительный коллоид. Не возникает сомнения, что ЩЖ младенцев перинатального периода вполне дифференцированы и совершенно зрелы, а в функциональном отношении – активны. Структурные типы (десквамативный, переходный и коллоидный) выражают, подобно разнообразию структуры ЩЖ взрослых, – динамику ее функционального состояния. При этом, переходный и десквамативный типы отражают соответственно повышенную и наивысшую степень функционального напряжения таких желез. Следовательно, упомянутую микроструктуру ЩЖ новорожденных нет основания считать морфологическим показателем наличия и тяжести зубной эндемии, как считалось ранее (Айнгорн Н.М., 1964).

Вследствие действия различных стрессоров в перинатальном периоде требования к тиреоидным гормонам еще более возрастают. Наличие, интенсивность и продолжительность действия гипоксии в перинатальном периоде в качестве одного из стрессоров, по-видимому, и определяют различную степень функциональной активности, и, в результате, – разнообразие структуры ЩЖ.

Преобладание гипоксии в качестве основного повреждающего фактора перинатального периода позволило рассматривать функциональную морфологию щитовидной железы в зависимости от механизма, продолжительности и интенсивности гипоксического воздействия. Общим для всех желез явилась структурная и функциональная дифференцировка. Все железы имели фолликулярный тип строения. Форма просветов, характер очертаний фолликулов, степень и характер их наполнения чрезвычайно вариабельны и встретились в разных железах в многообразных сочетаниях. С-клетки встретились в 11% исследованных желез, располагаясь то поодиночке, то небольшими группами у основания фолликулов. Клеток Ашкинази («Б», онкоцитов) мы не наблюдали. Это связано, по-видимому, с тем, что они появляются лишь в периоде полового созревания (Смирнова Е.А., 1973).

В 64% желез тиреоидный эпителий пролиферирует в виде образования сандерсоновских подушечек, скопления тиреоцитов у полюсов или по всему периметру фолликулов. Это позволяет утверждать, что пролиферация тиреоцитов присуща не только щитовидной железе перинатального периода, но и отмечается здесь в тех же вариантах, что и у взрослых. В 44% желез преобладали фолликулы, лишенные коллоида и заполненные десквамированным эпителием; в 14,5% наблюдений было трудно отдать предпочтение тому или иному типу фолликулов и только в 41,5% явно превалировали коллоидосодержащие фолликулы.

Не менее характерным и постоянно сопутствующим десквамации тиреоцитов процессом являлась резорбция коллоида, выражающаяся его разжижением, вакуолизацией, резким уменьшением количества вплоть до полного исчезновения.

Заключение. Таким образом, вес щитовидной железы плодов и новорожденных, погибших вследствие гипоксии, превышает аналогичные популяционные показатели. Основной микроскопической характеристикой щитовидной железы новорожденных является фолликулярный тип строения. В зависимости от длительности действия гипоксии отмечались некоторые различия, обусловленные изменениями величины и формы фолликулов, количества и качества внутрифолликулярного коллоида; степенью десквамации тиреоцитов.

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

## ИНИЦИАТИВА ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Абольян Л.В., Кулавский В.А., Даутова Л.А.,  
Мустафин Р.М., Мукминов А.С.**

*Россия, г. Москва, ГОУВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова; Россия, Уфа, ГОУВПО Башкирский государственный медицинский университет*

Проблема внедрения современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания в практику медицинских учреждений становится особенно актуальной в условиях значительного снижения уровня грудного вскармливания, которое отмечается в нашей стране. В основе осуществляемой в настоящее время в России стратегии охраны и поддержки грудного вскармливания лежат современные рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), представленные в Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989), Инночентийской Декларации (1990) и Глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста (2002). Первостепенное значение в этих документах придается изменению практики учреждений родовспоможения и развитию Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР). В основе Инициативы БДР лежат десять принципов успешного грудного вскармливания: выработка политики учреждения по охране и поддержке грудного вскармливания; обучение медицинского персонала современным принципам охраны и поддержки грудного вскармливания; подготовка беременных женщин к кормлению грудью; раннее прикладывание к груди новорожденного в родильном зале; совместное пребывание матери и ребенка; кормление младенца только молоком матери за все время пребывания в акушерском стационаре (за исключением единичных случаев, связанных с медицинскими показаниями); отказ от использования сосок, пустышек и бутылочек; помощь матерям в сохранении грудного вскармливания в случае болезни матери или ребенка; поддержка матерей после выписки.

Как показывают исследования, нехватка молока у современных женщин носит, главным образом, приобретенный характер, связанный с нерациональной в этом вопросе практикой учреждений родовспоможения и детства и низкой информированностью матерей и медицинского персонала о принципах сохранения лактации.

Экспертная оценка практики грудного вскармливания, проведенная нами в 185 городских и сельских учреждениях родовспоможения за период с 1997-2001 гг., показала, что имеет место значительное отклонение существующей практики от современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания: ограничение частоты и длительности грудного вскармливания (40-50%), допаивание младенцев водой или раствором глюкозы (60-80%), докармливание смесями (35-70%), использование бутылочек и сосок (60-70%) и др. Часто отсутствует преемственность в работе женской консультации, акушерского отделения и детской поликлиники. Однако в последние годы начали внедряться отдельные элементы современных перинатальных технологий: ранний кожный контакт матери и новорожденного и начало кормления грудью в родильном зале (30-40%), совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении (40-50%) и т.д.

В 1998 году вышло Положение Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку».

С целью координации этой работы, подготовки медицинских кадров и их методического обеспечения приказом Министерства здравоохранения был создан Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания (1997).

На 1 января 2007 года 242 акушерских стационара (перинатальные центры, родильные дома и акушерские отделения) в 43 субъектах Российской Федерации удостоены звания «Больница, доброжелательная к ребенку». Количество родов, принятых в этих стационарах, увеличилось с 0,1% в 1996 г. до 21% в 2006 г. В ряде субъектов внедрили принципы Инициативы и прошли аттестацию практически все учреждения родовспоможения и, в первую очередь, крупные республиканские, областные, краевые, межтерриториальные стационары, в том числе, и перинатальные центры. К ним относятся Республики Башкирия, Калмыкия, Коми и Мордовия; Архангельская, Астраханская, Волгоградская, Мурманская и Смоленская области; Санкт-Петербург. Самые высокие показатели грудного вскармливания, по данным 2005 года, отмечались в Республиках Калмыкии (78,1%), Башкирии (74,5%) и Коми (62,9%), Волгоградской области (66,2%).

В Приволжском Федеральном округе из 15 субъектов Российской Федерации, входящих в его состав, 8 принимают участие в Инициативе БДР: Республики Башкирия, Марий-Эл, Мордовия, Удмуртия и Чувашия, а также Пермская, Самарская, и Ульяновская области. Всего в округе 40 акушерских стационаров удостоено международного звания «Больница, доброжелательная к ребенку».

Результаты исследований по оценке клинических показателей работы акушерских стационаров, имеющих звание БДР, показали, что внедрение современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания приводит к повышению уровня исключительно грудного вскармливания; снижению частоты гнойно-септических инфекций новорожденных и родильниц; снижению частоты физиологических желтух и уменьшению физиологической потери массы тела новорожденных. Сокращаются закупки молочных смесей стационарами. Уровень грудного вскармливания на момент выписки из акушерского стационара составляет 94-100%, причем уровень исключительно грудного вскармливания с рождения до выписки колеблется от 80% до 100%.

Сравнительный анализ практики родильных домов, имеющих звание БДР и не имеющих этого звания (НБДР), проведенный на примере медицинских учреждений Московской области, позволил выявить существенную разницу в практике родильных домов БДР и НБДР по охране и поддержке грудного вскармливания. Однако, несмотря на то, что родильные стационары БДР более четко следовали принципам Инициативы, тем не менее, к недостаткам в их работе можно отнести следующее: относительно невысокий процент выкладывания новорожденных на живот матери для осуществления кожного контакта длительностью не менее 30 мин. - 34%, у 25% родильниц первое кормление откладывалось более чем на 6 часов, имело место использование сосок для докармливания и допаивания младенцев - 7% и пустышек - 4%. Результаты исследований показали, что необходим постоянный контроль за четким выполнением принципов охраны и поддержки грудного вскармливания. В связи с этим с 2002 года в России осуществляется переемственность акушерских стационаров, удостоенных звания БДР.

Число матерей, положительно оценивающих новые технологии, направленные на охрану и поддержку грудного вскармливания, было больше среди родильниц в БДР. Позитивное отношение родильниц и членов их семей к новым родовспомогательным технологиям возрастает по мере внедрения их в практику акушерских стационаров и проведения соответствующей разъяснительной работы среди населения. С точки зрения качества оказания медицинской помощи родильницам акушерские стационары, внедрив-

шие современные перинатальные технологии, наиболее полно удовлетворяют потребности пациента во внимании, заботе, одобрении, уважении и получении необходимой информации.

Таким образом, внедрение современных организационных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах улучшает качество оказываемой медицинской помощи, повышает информированность медицинских работников и матерей по вопросам грудного вскармливания, способствует повышению уровня грудного вскармливания, положительно влияет на здоровье родильницы и новорожденного, экономит значительные средства стационаров на приобретение и приготовление молочных смесей. Внедрение современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания, а также Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» закреплено в Национальной научно-практической программе «Питание детей грудного возраста на 2006-2010 гг.».

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ С ПОЗИЦИЙ ВЫХАЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Байбарина Е. Н.**

*Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*

Развитие акушерства и интенсивно-реанимационной помощи новорожденным ставит перед неонатологами новую труднейшую задачу - успешного выхаживания детей с экстремально низкой массой тела с обеспечением не только их выживания, но и удовлетворительного качества дальнейшей жизни, отсутствия инвалидности. Анатомо-физиологические особенности ребенка с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) таковы, что благоприятный исход может обеспечить лишь применение с первых минут жизни высокотехнологичных методов обследования и лечения наряду с самым тщательным и умелым, квалифицированным уходом. Выхаживание детей с ЭНМТ является чрезвычайно затратным и требует определенной ревизии тех подходов, которые используются при оказании помощи новорожденным, относящимся к большей весовой категории.

Для детей с ЭНМТ характерна сочетанная тяжелая патология практически всех органов и систем: респираторный дистресс-синдром, открытый артериальный проток с развитием сердечной недостаточности, внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция, электролитный дисбаланс и почечная недостаточность, некротизирующий энтероколит, холестатическая гипербилирубинемия. Указанные процессы часто развиваются на фоне интолерантности к парентеральному и энтеральному питанию и резкого снижения инфекционной защиты. Основными причинами инвалидности становятся церебральные нарушения, бронхо-легочная дисплазия и ретинопатия недоношенных.

Высокотехнологичную помощь ребенку с ЭНМТ, находящемуся в критическом состоянии, можно оказать лишь в крупном лечебно-профилактическом учреждении, которое не просто хорошо оснащено медицинским оборудованием, но имеет мощную лабораторно-диагностическую службу и высококвалифицированный медицинский персонал. В свою очередь, квалификация медицинского персонала должна поддерживаться большим потоком профильных пациентов и регулярными тренингами.

Основные усилия по совершенствованию организации территориальной перинатальной службы с позиций выхаживания детей с ЭНМТ должны быть направлены на следующие моменты:

- Создание в территории трехуровневой системы оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным, во главе которой стоит перинатальный центр. Последнее учреждение должно иметь в своем составе отделение реанимации новорожденных высокой мощностью не менее 18 коек.
- В случаях угрозы прерывания беременности или при развитии родовой деятельности при сроке 22 – 32 недели необходимо обеспечить преимущественную госпитализацию женщин в перинатальный центр.

- Внедрение современных технологий, к которым относятся: уход с использованием современного одноразового инвентаря, профилактика боли и стресса; управление гемодинамикой на основе комплексного изучения кровотока в магистральных артериях; искусственная вентиляция легких (традиционная, триггерная, неинвазивная и др.) на фоне введения сурфактанта, под контролем газов крови и рентгеновского исследования; парентеральное и энтеральное питание с учетом биохимического статуса и функции ЖКТ; антибактериальная и иммунотерапия на основе микробиологической и иммунологического мониторинга.

- В случаях рождения ребенка с ЭНМТ вне перинатального центра, следует обеспечить неотложный перевод в отделение реанимации новорожденных перинатального центра или детской больницы. Транспортировку следует проводить с предшествующей подготовкой и стабилизацией состояния ребенка (не более 2-4 часов) при условии возможности продолжения искусственной вентиляции легких, мониторингового контроля и инфузионной терапии.

- Обеспечение катamnестического наблюдения за детьми, родившимися с ЭНМТ и их реабилитации с полным сохранением преемственности между перинатальным центром, амбулаторным звеном и педиатрическими стационарами.

Современные технологии позволяют не только резко повысить выживаемость детей с ЭНМТ, но и существенно снизить инвалидность среди выживших.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И АКТУАЛЬНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГИНЕКОЛОГА-ЭНДОКРИНОЛОГА В ЦЕНТРАХ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ «ТВОЙ МИР.RU», СОЗДАННОЙ НА БАЗЕ ПОЛИКЛИНИКИ ТВЕРСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

**Болезнова Е. В.**

*Россия, г. Тверь, ГУЗ Тверской областной кожно-венерологический диспансер*

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

За последнее десятилетие отмечены негативные сдвиги в здоровье подрастающего поколения, в т. ч. и репродуктивного здоровья подростков, что в будущем, м. б. одной из важнейших причин сохранения низкого уровня рождаемости, высоких показателей младенческой смертности, патологии беременности и родов.

Значительная часть факторов риска снижения репродуктивного потенциала сегодняшних подростков объясняется низким уровнем информированности молодёжи о последствиях рискованного поведения, несформированностью репродуктивных установок, а также недостатками медико-социального сопровождения в лечебно-профилактических учреждениях.

Необходимость и целесообразность создания специальных служб или, по международной классификации, «клиник, дружественных к молодёжи» (КДМ), доказана опытом уже более десяти лет действующих подростковых центров в Санкт-Петербурге и Новосибирске и целого ряда молодёжных консультаций в других регионах и отражена в информационных письмах МЗ РФ и приказе № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Наш центр («ТМ.гу») организован 1.10.2006 на основании приказа департамента здравоохранения на базе поликлиники ГУЗ Тверской ОКВД при поддержке детского фонда ООН ЮНИСЕФ.

Цель центра: сохранение репродуктивного здоровья и обеспечение благоприятных условий для социализации подростков и молодежи.

Центр работает по 4-м основным направлениям: лечебное, профилактическое, учебно-методическое и социальное.

В центре осуществляется:

1) профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, а также инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, у молодых людей от 15 до 24 лет;

2) оказание специализированной лечебно-диагностической помощи лицам данной возрастной категории с патологией репродуктивной системы;

3) работа по пропаганде здорового образа жизни, половому воспитанию и просвещению;

4) профилактика нежелательной беременности у юных женщин, обучение современным методам контрацепции, индивидуальный подбор контрацептивов;

5) диагностика и лечение различных нарушений менструального цикла у девушек 15-24 лет;

6) психокоррекция поведения подростков; формирование установки на здоровый образ жизни; первичная профилактика наркомании, алкоголизма и т. д.;

7) обучение и информирование по данным вопросам медицинских работников, педагогов, представителей общественных и молодежных организаций, средств массовой информации.

В центре ведут приём следующие специалисты :

- дерматовенеролог
- гинеколог-эндокринолог
- уролог-андролог
- психологи
- сексолог

Среди специалистов, консультирующих в нашем центре актуальной является деятельность врача гинеколога-эндокринолога. Показатель заболеваемости у девочек-подростков на 10-15 % выше чем у юношей.

У 75 % девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15 % гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность. Частота гинекологических заболеваний у девушек за последние пять лет возросла в три раза.

С возрастом распространённость гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза – с 116,2 в 14 лет, до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет.

За несколько месяцев работы нашего центра, только за гинекологической помощью обратилось более 300 человек, основную массу из которых составили девушки с различными нарушениями менструального цикла, при более углубленном обследовании которых была выявлена та или иная патология эндокринной системы, а конкретно:

- НМЦ на фоне нарушений регуляции гипоталамо-гипофизарной системы у 35 пациенток ( 11,1% );
- дисменорея у 60 пациенток ( 19% );
- СПЯ у 45 пациенток ( 14,3% ).

Кроме того у 85 пациенток ( 27% ) в качестве сопутствующих был выявлен ряд дерматологических заболеваний, таких как

- угревая болезнь у 35 пациенток ( 41% );
- дерматиты у 15 пациенток ( 17,6% );
- чесотка у 10 пациенток ( 11,7% );
- отрубевидный лишай у 5 пациенток ( 5,8% );
- другое у 20 пациенток ( 23,5% ).

и ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, генитальный герпес и др. ) у 35 пациенток ( 11,6% ).

По данным статистики по Тверской области регистрируется большой процент гинекологических заболеваний, в т.ч. связанных с эндокринологической патологией, а врачей с необходимой специализацией в районах нет.

Нелеченные вовремя заболевания репродуктивной системы приводят как к мужскому так и к женскому бесплодию.

Т. о. создание подобных центров в областных учреждениях, а в частности на базе кожно-венерологического диспансера вносит значительный вклад в сохранение репродуктивного здоровья современной молодежи.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК ШКОЛЬНИЦ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Гаджиева А.Б., Хархаров А.Г.

Республиканский центр планирования семьи и репродукции г.Махачкала, Россия

Несмотря на сохраняющийся из года в год положительный прирост населения (+ 11,1), в республике все же отмечается тенденция снижения рождаемости. За 2005г. в республике родилось 40867 младенцев, что на 2,3 тысячи меньше, чем в 2000 году. Причем наибольшее снижение числа родившихся произошло в сельской местности. И все же, на фоне падения рождаемости – Дагестан пока еще сохраняет лидирующее положение по Российской Федерации.

С целью изучения репродуктивных установок, информированности и уровня знаний девушек-подростков в вопросах репродуктивного здоровья проведено анкетирование по специально разработанной в Республиканском центре планирования семьи и репродукции г. Махачкалы (РЦ ПСиР) анкете. Нашими респондентами стали 802 школьницы 9-11 классов сельских школ Буйнакского, Табасаранского районов и 618 учащихся г. Махачкалы.

Анкета включала в себя вопросы, отражающие отношение девушек к половой жизни, предупреждению нежелательной беременности, абортам, замужеству, рождению детей. Предпринята попытка узнать отношение девушек к введению в школе специального информативного курса по проблемам полового воспитания, репродуктивного здоровья, семейной жизни.

Благоприятным возрастом для замужества большинство опрошенных городских школьниц – 67% назвали интервал с 20 до 23 лет. Сельские школьницы приоритет отдали более раннему возрасту – 18-20 лет, таких – 56%. Отрицательное отношение к ранней половой жизни выявлено у 78,2% городских девушек и 82,4% сельских. Подавляющее большинство опрошенных (91,5%) считают, что половая жизнь должна быть начата со вступлением в брак.

Разделилось мнение опрошенных о количестве желаемых детей. Если в районе большинство – 93% указало – 3 детей, то в городе количество равномерно распределилось между 1, 2 и 3 детьми (соответственно 35%, 34% и 27%). Оптимальным интервалом между родами назвали срок в 3 года 44,8% сельских и 47,7% городских девушек. У 80% городских и 74% сельских девочек отмечено отрицательное отношение к абортам. Основным условием определяющим количество желаемых детей 73% школьниц городской местности и 56% сельской определили уровень материального состояния, и только 12% школьниц городской местности и 8% сельской отметили состояние здоровья.

Недостаточная осведомленность наблюдается у девушек о методах контрацепции. 61,6% сельских девочек знают о ВМС, всего 7,4% упомянули как метод контрацепции гормональную контрацепцию, 12,7% – спринцевание, 13,1% – презервативы. В школах г. Махачкалы несколько иная раскладка: о презервативах знают 86,1%, о ВМС – 44,8%, о гормональных таблетках – 27,5%

Также недостаточны знания девушек о заболеваниях, передающихся половым путем. Среди вышеуказанных инфекций в основном респондентки называют сифилис, СПИД и гонорею. О таких заболеваниях как хламидиоз, трихомоноз, урогенитальный герпес и их осложнениях девушки не знают.

Большинство респондентов, 86% сельских и 77% городских ответили положительно на вопрос о введении в школах специального курса для подростков по вопросам полового воспитания, основ семейной жизни. Разделилось мнение о том, в каких классах более целесообразно проводить данные занятия. 59,1% районных школьниц и 54,2% городских считают, что данный курс необходимо проводить в 10-11 классах, соответственно 39% и 44% указывают на более ранний срок – 8-9 классы.

Проведенное анкетирование позволяет считать, что в целях овладения девушками-школьницами старших классов знаниями в вопросах сохранения репродуктивного здоровья и полового воспитания необходима организация в школах специального курса.

Целесообразно привлечение к проведению занятий специалистов медицинских учреждений, в частности работников службы планирования семьи.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Евтушенко И.Д., Добрянская Р.Г., Залевский Г.В.,  
Заева И.Г., Растохина Т.Я.

Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

Проблема снижения перинатальной младенческой смертности является одной из актуальных проблем при организации акушерской помощи. Исходя из того, что на состояние репродуктивной функции существенное влияние оказывает не только соматическое здоровье, но и психологические особенности беременной женщины, в последние годы уделяется внимание разработке методов диагностики групп риска для оказания дифференциальной медико-психологической помощи.

Психосоматический подход к акушерским проблемам в медицине допускает возможность того, что психологические особенности личности беременной женщины, а именно, неадекватные механизмы преодоления стресса («копинг») могут влиять на течение беременности, родов и послеродового периода. В контексте когнитивной теории «копинг» рассматривается как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования.

Цель исследования: обоснование клинического подхода психологической подготовки к родам и материнству, что предполагает дифференциальную медико-психологическую помощь беременной женщине с учетом ее психологических особенностей и ресурсных возможностей для формирования адаптивного поведения во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

В процессе решения поставленной цели на первом этапе исследования был создан диагностический психологический инструментарий, позволяющий своевременно выявлять группы риска, требующие коррекции. В ходе эмпирического исследования проведено психологическое тестирование 1160 женщинам, планировавшим первые роды, вставшие на учет в первом триместре беременности. На основе перечисленных стратегий, относящихся к эмоциональной сфере «Опросника для изучения копинг поведения» (Heim E, 1988), испытуемым предлагалось создать модель выхода из сложных жизненных ситуаций, опираясь на свой прошлый опыт. В зависимости от предпочитаемых стратегий выделены три группы:

1. «пессимисты» – 560 (48,3%) беременных женщин, не выбравших первым выбором конструктивную стратегию «оптимизм».

2. «оптимисты» – 316 (26,5%) беременных женщин, которые после утверждения «я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации», предпочли конструктивную стратегию «протест» («конструктивные оптимисты») либо неконструктивную стратегию «подавление эмоций» («позитивисты»).

3. «оптимисты необоснованные» – 284 (25,2%) беременных женщин, которые предпочли вторым выбором неконструктивные («самообвинение», «покорность») или неопределенные («пассивная кооперация») стратегии, не способствующие полноценной адаптации.

Лонгитюдное наблюдение подтвердило обоснованность выделенных групп (табл.1), так в группе «пессимистов» чаще ( $p < 0,01$ ) чем у «оптимистов» беременность завершилась самопроизвольным

выкидышем (3,2% и 0,3%) и преждевременными родами (7,1% и 0,6%). Перинатальная смертность в группе «пессимистов» (12,5%) оказалась выше ( $p < 0,01$ ), чем в группе «оптимистов» (3,1%) и «оптимистов необоснованных» (3,5%). Оперативное родоразрешение проведено 111 (39,1%) «оптимистам необоснованным», тогда как в группах «оптимистов» и «пессимистов» этот показатель достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже 48 (15,2%) и 108 (19,3%).

Исходя из того, что системный структурно-уровневый подход к психике – личности и ее поведению, положенный в основании акционпсихотерапии (Залевский Г.В., 2004), предполагает, что цель психотерапии в осуществлении изменений, поэтому на втором этапе исследования на основе намеченных «мишенях изменения» разработана программа дородовой подготовки, включающая:

- достижение положительного эмоционального фона в последнем триместре посредством насыщения когнитивной сферы адекватной информацией, уменьшающей страхи перед родами и будущими материнскими функциями (технологии когнитивной психотерапии «обременяющих мыслей», развитие оптимизма как «прививки» против стресса), что увеличивает порог болевой чувствительности;

- переформирование понятия «роды» в понятие «день рождения моего ребенка» (прием «позитивного истолкования» неприятного, изготовление развивающих игрушек для будущего ребенка);

двухчасовые телесно-ориентированные тренинги с частотой два раза в неделю, в течение трех месяцев (гимнастика в медленном релаксирующем темпе для достижения плавности движений и расслабления, в которую включены движения и установки, формирующие привязанность к будущему ребенку);

- телесно-ориентированные тренинги для супружеских пар, планирующих партнерские роды (изучение ресурсных возможностей партнера, проведение коррекции, при необходимости психологическое сопровождение пары в родах);

- осознание особенностей мироощущения, переживаний беременной женщиной своего образа «Я» с помощью рисуночного теста «Автопортрет» (при индивидуальной психотерапии предлагалось рассказать, кто изображен на рисунке, что чувствует каждый из персонажей, где сама женщина на этом рисунке, что можно изменить для улучшения самочувствия);

- обучение навыкам осознанного самоконтроля над ситуацией на примере обучения навыкам рационального питания с учетом триместра беременности (групповая сюжетно-ролевая игра, ведение дневника наблюдения за динамикой массы тела в зависимости от характера питания, составление индивидуального рациона).

В результате изучения эффективности дородовой подготовки у 228 беременных замужних женщин, отличающихся стратегиями копинг поведения (88 «пессимисты», 72 «оптимисты», 68 «оптимисты необоснованные»), установлено, что дородовая подготовка существенно не влияет на течение родов у женщин «оптимистов». Но регулярные занятия в группе улучшают эмоциональное самочувствие у женщин из коррекционной группы, они более активны в родах и послеродовом периоде адекватно выполняют материнские функции. Тогда как в группе «пессимистов» в коррекционной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) реже произошли преждевременные роды (1,1%), чем в контрольной группе (8,3%). Все дети от матерей «пессимистов», прошедших психологическую коррекцию родились живыми, а в группе контроля ( $n=162$ ) перинатальная смертность составила 12,4%. В группе «оптимистов необоснованных» кому была оказана дифференциальная медико-психологическая помощь во время беременности, достоверно ( $p < 0,01$ ) реже возникла необходимость в проведении кесарева сечения (5,6%), чем в группе контроля (39,1%).

Таким образом, интенсивно меняющиеся условия жизни в современном обществе создали необходимость совместной работы психотерапевта и акушера-гинеколога. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в оказание психологической помощи нуждаются 73,5% женщин, состоящих на учете по поводу беременности. Своевременное проведение дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам улучшает течение беременности, результаты родов, положительно влияет на показатели здоровья новорожденных.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Кириченко М.Н., Гавриков Л.К., Анищенко В.В.,  
Коловоротная Р.Ф.

Россия, г. Волгоград, ГУЗ «Областной клинический перинатальный центр»

Процесс депопуляции населения, который начался в РФ в начале 90-х годов прошлого столетия устойчиво сохраняется и в начале текущего века, что ведет, в первую очередь, к сокращению численности населения страны. По демографическим прогнозам подобные тенденции приведут к сокращению населения РФ к середине 21 столетия на одну треть, т.е. россиян к 50-м годам текущего века станет менее 100 млн. человек.

Статистические данные свидетельствуют о схожести общероссийских негативных демографических тенденций с процессами, происходящими в Волгоградской области. Прежде всего, это относится к стойкому отрицательному естественному приросту населения (суженному воспроизводству) причинами которого, с одной стороны, является стабильно низкий уровень рождаемости, с другой – увеличение общего показателя смертности населения.

Следовательно, разработка и внедрение в практическое здравоохранение новых технологий, направленных на профилактику, диагностику и коррекцию перинатальной, младенческой, детской заболеваемости и смертности является не только стратегическим направлением современной медицины, но и безусловно имеет важное социальное значение.

В соответствии с этим, был проведен углубленный анализ причин заболеваемости и смертности новорожденных детей в Волгоградской области за прошедшее пятилетие, что позволило выявить ряд закономерностей, адекватная борьба с которыми является важнейшим направлением разработки и внедрения в региональное здравоохранение новых технологий перинатального обеспечения, а именно:

- определена негативная тенденция к увеличению количества детей с явлениями пренатальной гипотрофии и задержкой внутриутробного развития (произошло увеличение на 33 %);

- значительно повысился индекс перинатальной инфекционной патологии (соответственно на 44%), которая является ведущим фактором формирования дезадапционного синдрома у детей раннего возраста;

- отмечается устойчивая тенденция увеличения различных проявлений респираторных нарушений у новорожденных (на 51%), что приводит не только к повышению общей заболеваемости детей раннего возраста, но и во многом определяет формирование инвалидизации детей;

- стабильно высокими представляются показатели рождения детей с врожденными аномалиями развития (в 2001 г. – 1,84% от общего количества новорожденных и в 2005г. соответственно 1,76%) многие из которых являются относительно совместимыми или несовместимыми с жизнью ребенка;

- весьма позитивным является устойчивая тенденция к снижению родового травматизма (за пятилетие на 21%), что в первую очередь, связано с внедрением в области оптимальных технологий родоразрешения и использования принципов гуманизации родов

- рассматривая гибель детей в неонатальном периоде, выявлено, что доминирующее количество новорожденных умерло в раннем неонатальном периоде (соответственно 166 детей или 87,4 % в 2001г, и 92 ребенка - 82,1% в 2005г.). Причем, структура причин ранней неонатальной смертности во многом сходна с подобными данными по неонатальной смертности в целом,

Таким образом, в результате проведенного анализа были исследованы динамические особенности факторов, определяющих заболеваемости и смертности новорожденных детей. Это явилось побудительным мотивом к разработке и внедрению в деятельность «Областного клинического перинатального центра» новых тех-

нологий перинатального обеспечения, направленных на лечение осложнений у беременных, плода, коррекцию ФПН, т.е. на профилактику перинатальных потерь:

Технология предоставления этапной специализированной помощи беременным, имеющим высокий риск формирования перинатальной патологии.

Использование современных методов объективизации состояния фето-плацентарного комплекса, своевременное выявление угрозыметрических признаков нарушений развития плода, проведение адекватных мероприятий по их коррекции.

Внедрение новых технологий эффективных, эфферентных методов детоксикации, направленных на снижение осложнений беременности и профилактики заболеваний плода.

Разработка стратегии оптимального в интересах жизни и здоровья женщины-матери и ее ребенка метода родоразрешения, основанного на принципах индивидуализации и гуманизации родов.

Профилактика и борьба с развитием дезадапционного синдрома у новорожденных детей, что предопределяет необходимость, в первую очередь, раннюю диагностику и комплексную терапию специфических и неспецифических перинатальных инфекций, а также адекватную респираторную поддержку при наличии у новорожденных явлений синдрома дыхательных расстройств, в том числе, с использованием заместительной сурфактантной терапии.

Проведение превентивных мероприятий по формированию инвалидизации детей с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов борьбы с дезадапционным синдромом.

Таким образом, проведенный анализ позволяет, с одной стороны, объективно определить основные причины детской заболеваемости и смертности, с другой - определить основные направления развития службы охраны здоровья женщин и детей, разработать и внедрить в практическое здравоохранения новые технологии перинатального обеспечения, что позволит реально улучшить качество оказания медицинской помощи населению региона и позитивно изменит неблагоприятную демографическую ситуацию.

## ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Кулавский В.А., Хайруллина Ф.Л., Архипов В.В.,  
Насырова С.Ф., Радутный В.Н., Минкин Р.И.

Россия, г.Уфа, Башкирский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования

Современная система повышения квалификации врачей предусматривает непрерывное медицинское образование, в процессе которого врач приобретает умение самостоятельно учиться использовать знания в практической деятельности. Профессиональное совершенствование предполагает внедрение в практику здравоохранения современных технологий. В план работы кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ включены циклы общего и тематического усовершенствования, сертификационные циклы.

Критериями оценки подготовки врача на цикле являются теоретические знания, практические умения и навыки, профессиональная деятельность. Усвоение теоретических знаний предполагает способность врача понять и правильно истолковать полученную информацию, оценить ситуацию и провести анализ полученных данных. Практические умения и навыки – умение оценить состояние больных, провести общее и специальное обследования, выполнить все лечебные процедуры, в том числе оперативное вмешательство, особенно при неотложных состояниях. Профессиональная деятельность предусматривает готовность взять на себя ответственность за больных, потребность в систематическом повышении квалификации.

Условиями, определяющими успех обучения врачей является наличие мотивации, ясность цели обучения, максимальное приближение обучения к реальной, профессиональной ситуации для акушера-



гинеколога, управляемость процесса обучения, критерии и контроль эффективности обучения. Основным критерием эффективности обучения является количество подготовленных квалифицированных специалистов. В связи с этим особое внимание уделяется самостоятельной работе курсантов. Важным преимуществом самостоятельной работы является выполнение задания без посторонней помощи в индивидуальном темпе. При этом используются базовые знания, опыт работы, собственные аргументы, методические рекомендации. Основой обучения является образовательный стандарт, который дополняется нормативными документами, приказами МЗ РФ, МЗ РБ.

Одна из форм управления процессом обучения – организация контроля знаний курсантов в виде компьютерного тестового контроля исходных, рубежных и итоговых знаний. На кафедре применяется система поэтапной оценки знаний и умений курсантов. Итоговая оценка знаний курсантов включает в себя тестовый контроль, практический экзамен у постели больной, собеседование, при котором оценивается способность специалиста к решению задач с учетом конкретного места его работы.

Наиболее полное представление о требованиях, предъявляемых к специалисту, дает определение модели специалиста. Важнейшим элементом ее являются профессионально-должностные требования. В систему повышения квалификации акушеров-гинекологов внедряются принципы формирования проблемной ситуации, методические подходы к организации деловых игр как варианта проблемного обучения представляющего активную форму организации учебной работы, при этом знания, умения и навыки приобретаются путем самостоятельного решения учебных проблем.

На кафедре постоянно проводится работа по совершенствованию лекций, семинаров, практических занятий. Внедрены мультимедийные лекции, задачи и семинары, телеконференции. Наиболее эффективным видом учебного процесса является семинар, который способствует более детальному и углубленному усвоению предмета, навыков самостоятельной работы с литературой, экспертизы медицинской документации по случаям тяжелой акушерской и гинекологической патологии. Семинар с активным участием курсантов способствует развитию клинического мышления и умения обобщать полученные знания на практике. Проводятся интерактивные семинары в режиме малых групп, когда каждая группа логически доказывает правильность тактики оказания медицинской помощи, алгоритма необходимых методов диагностики. Задача преподавателя при этом – вовлечь в дискуссию всех курсантов, обсудить спорные вопросы, выработать единую тактику ведения больной при данной патологии.

Подготовка грамотного квалифицированного акушера-гинеколога требует постоянного совершенствования учебных технологий, представляет сложную многоплановую задачу, выполнение которой позволит улучшить качество оказания акушерско-гинекологической помощи.

## **ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «УЯЗВИМЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ» В Г.КАЗАНИ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ** **Минуллин И.К., Вафина Г.Г.**

По данным Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института МЗ РФ заболеваемость урогенитальными инфекциями женщин, оказывающих секс-услуги за деньги (КСР) превышает общую заболеваемость в России почти в 40 раз, в том числе сифилисом – в 113 раз, гонореей в 71 раз, хламидиозом – в 155 раз.

На сегодняшний день ситуацию в «секс-бизнесе» можно обрисовать следующим образом. По оценкам экспертов, в городе насчитывается 1000-1500 человек, занимающихся сексом на коммерческой основе. Каждая из них обслуживает до 10-12 половых партнеров в день. Настораживает омоложение контингента женщин, задействованных в сфере секс-бизнеса. Проблема наркомании среди женщин тесно связана с проституцией как источника средств на наркотики.

В последние десятилетия на фоне сложной эпидемиологической ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем и ВИЧ-инфекцией, во всем мире остро встал вопрос пересмотра методов лечебно-профилактических вмешательств, особенно в так называемых «группах риска». Казанским кожно-венерологическим диспансером разработан проект аут-рич работы среди женщин, вовлеченных в уличный секс-бизнес, нашедший отражение в соответствующем приказе Управления здравоохранения. Во исполнение этого приказа на базе Казанского КВД организована мобильная оперативная группа, состоящая из квалифицированного врача-дерматовенеролога и медицинской сестры, владеющих навыками консультирования и психологии. Бригада в фиксированные дни выезжает в места скопления секс-работниц, осматривает их на предмет заразных кожных заболеваний и производит забор крови на сифилис и ВИЧ-инфекцию; после установления диагноза сифилис проводится лечение пролонгированными препаратами по принципу «лечение-минута».

Учитывая тот факт, что квалифицированная медицинская помощь мало доступна для этих женщин вследствие их социальной и правовой незащищенности, отсутствия денег и документов, социопатических особенностей данного контингента женщин, назрело создание Центра, где эти проблемы можно было бы решить. В рамках проекта ГЛОБУС Казанский кожно-венерологический диспансер выиграл в конкурсе на право создания такого Центра.

В 2006г. на базе диспансера в рамках пилотного проекта открыт Центр дозорного эпиднадзора за социально-обусловленными инфекциями среди коммерческих секс-работниц в городе. Цель проекта: предупреждение распространения ИППП, ВИЧ-инфекцией среди КСР, их половых партнеров, изменение модели поведения работниц секс-индустрии на более безопасные.

Основной принцип работы специалистов Центра – бесплатность и анонимность. В перечень услуг, предоставляемых в Центре входят: консультация дерматовенеролога, осмотр, лабораторные тесты (диагностика сифилиса, ВИЧ-инфекции, гепатитов, инфекций, передающихся половым путем), лечение, консультация психолога, юриста, помощь социального работника. Кроме того, с женщинами проводится разъяснительная работа, до и посттестовое консультирование, тренинги, пропагандируются менее безопасные виды секса, средства защиты, в том числе от нежелательной беременности, демонстрируются видеофильмы, раздаются памятки и буклеты.

Всего в 2006г. количество первичных обращений в Центр составило 225 человек, из них 63 мужчин и 162 женщины, посещений – 400.

Из них выявлено: сифилис-6 сл., ВИЧ-инфекция -8 сл., носителей вируса гепатита С – 89 чел., гонорея- 7 сл., трихомониаз- 16 сл., аногенитальные бородавки- 25 сл., хламидиоз- 1 сл., урогенитальный кандидоз зарегистрирован у 12 чел, бактериальный вагиноз у 62 чел, микоплазмоз у 5 КСР, 5 случаев заразных кожных заболеваний.. Каждая четвертая КСР больна одной из инфекций, передаваемых половым путем. КСР активно приводят своих половых партнеров, что говорит о доверии к сотрудникам Центра.

Особенностью современного течения ИППП у КСР является осложненное течение инфекций и микст-инфекции, когда одновременно обнаруживаются 3-4-5 инфекций. 60% КСР отмечают раннее начало половой жизни в возрасте от 14 до 17 лет. Большинство КСР предпочитают вагинально-оральные контакты, около 15% вагинально-орально-анальные контакты, 10% имеют групповой секс. Используют презерватив 46% опрошенных женщин, из них в половине случаев 20%, всегда- 45%.

При выявлении гинекологической патологии, беременности, женщины направляются к доверенному врачу - акушеру-гинекологу. Всего проконсультировано акушером-гинекологом 24 КСР, число КСР с установленной беременностью 18, из них на сроке беременности до 12 недель-16, от 12 до 28 недель-2 чел. Количество направленных на прерывание беременности 16 чел.

Важным моментом деятельности Центра является профилактика врожденного сифилиса среди этой группы женщин повышенного риска, так как в большинстве своем случаи врожденного сифилиса в г. Казани – дети, рожденные женщинами, страдающими алкоголизмом, наркоманией, КСР.

Ведущую роль в предупреждении нежелательной беременности и абортов играет экстренная контрацепция, которой также уделяется внимание при санитарно-просветительной работе с женщинами. К группе риска по незапланированной беременности относятся КСР. Опрос клиентов Центра свидетельствует о крайне низком уровне знаний о методах контрацепции. Решающую роль в снижении числа беременностей у женщин, особенно у КСР, играют два фактора: наличие информации о методах экстренной контрацепции (ЭК) и свободный доступ к медицинским службам, обеспечивающим грамотное консультирование по вопросам контрацепции.

Важно, чтобы врач или средний медицинский работник помогли сформировать ответственное отношение женщины к репродуктивному здоровью, так как печальный опыт, который женщина приобретает после аборта, никогда не заменит своевременного предварительного разъяснения преимуществ ЭК. КСР относятся к разряду женщин, которые требуют особого внимания при проведении консультирования, так как у них возможны ошибки и недооценка правил применения метода ЭК.

При необходимости женщины направляются на консультацию к доверенному врачу- наркологу. Всего проконсультировано наркологом 16 КСР.

Одной из задач Центра является создание обучающих программ в области профилактики ВИЧ/ИППП/наркомании/алкоголизма для специалистов, проведение тренингов для специалистов из различных регионов России на базе Центра с целью повышения уровня знаний и навыков при работе с женщинами секс-бизнеса.

В 2006г. состоялся ознакомительный визит руководителей государственных и общественных организаций, медицинских специалистов, менеджеров проектов из 10 регионов Российской Федерации, в рамках которого прошли круглые столы, тренинги и семинары.

Выводы: 1. Подобные центры, базирующиеся при специализированных государственных кожно-венерологических диспансерах, координирующие деятельность специалистов дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, наркологов, врачей общей лечебной сети, социальных работников, юристов, психологов - востребованы, актуальны.

2. Сотрудники Центра специально подготовлены к работе с «уязвимыми группами населения».

3. Основные принципы работы Центра: доступно, бесплатно, конфиденциально, срочное обследование и лечение пролонгированными препаратами.

Целостная государственная концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП, нежелательной беременности необходима сейчас как никогда, потому что от этого зависит будущее наших детей и страны.

Каждый гражданин имеет право на своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи.

## **ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ В ГОРОДЕ КАЗАНИ С 2003Г ПО 2007**

**Нестерова Д. Ф.**  
*г. Казань*

Заболеваемость женщин фертильного возраста ВИЧ-инфекцией в г.Казани с 2001г. имеет тенденцию к росту. Если в начале указанного периода ВИЧ-инфекция распространялась среди наркопотребителей, подавляющее большинство которых были мужчины в возрасте от 19 до 29 лет, в дальнейшем наметился рост полового пути передачи ВИЧ-инфекции, который на сегодня достиг 17%. В настоящее время женщины составляют четверть от общего количества выявленных больных. Соответственно увеличивается коли-

чество детей, рожденных этими женщинами. Поскольку половина женщин нигде не работает, 12% из них являются учащимися различных учебных заведений и не имеют средств на содержание ребенка, появляются дети, лишенные попечения родителей. На данный момент из 255 родившихся детей 10 лишены попечения родителей. Кроме того, из-за асоциальности часть наших пациенток поздно встают на учет по беременности и получают химиопрофилактику не в полном объеме, в связи с чем возрастает риск перинатального заражения детей ВИЧ-инфекцией. В настоящее время у 17 детей из числа рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в г.Казани установлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Исходя из эпидемиологических предпосылок, можно сделать вывод о необходимости планирования беременности у женщин с ВИЧ-позитивным статусом.

За период с 2003г. по настоящее время Центр по профилактике и борьбе со СПИД совместно с главным акушером-гинекологом Управления здравоохранения исполкома муниципального образования г.Казани Н.А.Князевой и сотрудниками кожно-венерологического диспансера проводится поиск и оказывается помощь по планированию беременности и предохранению от нежелательной беременности среди женщин, состоящих на диспансерном учете в Центре СПИД. Она включает в себя разъяснительную работу по информированию в детских поликлиниках и женских консультациях, а также в Центре планирования семьи, консультации пациенток психотерапевтами и специалистом по социальной работе Центра СПИД, раздачу специализированных буклетов «ВИЧ и беременность», рассчитанных на данную аудиторию, выступления в средствах массовой информации, благотворительные акции для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и лишенных попечения родителей.

Действенными мерами, направленными на решение задачи профилактики социального сиротства являются обязательное тестирование на беременность всех женщин, приходящих на диспансерный прием и женщин из дискордантных пар, безвозмездное обеспечение пероральными контрацептивами и внутриматочными средствами контрацепции наших пациенток. Раздача контрацептивов проводится с 2003г. через женские консультации по месту жительства.

Наряду с профилактикой нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин необходимо проведение профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Актуальность приобрела экстренная постконтактная профилактика всех нежелательных последствий рискованного поведения, которое, к сожалению, зачастую демонстрируют наши пациентки. Девушки-подростки с ВИЧ+ статусом наиболее уязвимы, так как составляют группу риска по возникновению нежелательной беременности. Специалисты всех профилей, работающие с данным контингентом, призваны формировать у подростков ответственное отношение к репродуктивному здоровью, одновременно предлагая экстренную контрацепцию, для применения которой нет абсолютных противопоказаний.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН**

**Сибикова Т.В., Эльгаров А.А.**

*Россия, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет им.  
Х.Х.Бербекова*

Основные сердечно-сосудистые заболевания (ОССЗ) – ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) являются ведущими причинами утраты работоспособности (инвалидности) и смертности в экономически развитых странах. В этой связи актуально изучение сердечно-сосудистого риска среди работающих женщин. С целью определения частоты ИБС, АГ и других факторов риска (ФР) атеросклероза (АС) осуществлен скрининг 391 женщины 18-59 лет. В связи с различиями в характере трудовой деятельности были сформированы 3 группы: I-я (физического труда) –

176 чел., животноводы; II-я (умственного труда) - 123 чел., педагоги, экономисты, медицинские и социальные работники, служащие; III-я (работа сопряженная с систематическим стрессом и гиподинамией) - 92 чел., водители такси (32), легковых (32) автомобилей и троллейбусов (28). Кроме этого, в течение 12 месяцев наблюдались 98 женщин с ИБС (19 чел.), АГ 43) и другими ФР АС (36) в рамках лечения и медицинского образования в «Школе здоровья».

Результаты. Установлена частота ИБС (15,0%), АГ (22,5%), НФА (71,1%), ИМТ (36,8%) и ДЛП (34,0%), а также недостаточная информированность о гипертензии (19,7%) среди всех женщин 18-59 лет. Сравнение результатов исследования с учетом характера трудового процесса обнаружило различия в распространенности ИБС и её ФР. В частности, ИБС и АГ наблюдались в 1-й группе у 20,5 и 7,3% соответственно, во 2-й - у 21,1 и 19,5% и в 3-й - 31,5 и 23,9%, что подчеркивает роль производственных факторов в развитии ОССЗ. Отмеченная также строгая тенденция к росту уровней низкой физической активности (НФА: 63,1 - 69,1 - 89,1%), избыточной массы тела (ИМТ: 31,3 - 39,8 - 43,5%), дислиппротеидемий (ДЛП: 27,3 - 39,0 - 40,2%) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ: 18,2 - 25,2 - 38,4%) в 1, 2 и 3-й группах подтверждает влияние условий трудовой деятельности на эпидемиологическую ситуацию в отношении ИБС и АГ. При этом, курение (К) среди животноводов регистрировалось чаще (38,6%), чем среди лиц умственного труда (17,1%) и водителей (13,0%), а употребление алкоголя (А), наоборот, - у последних (77,1%) при сравнении с женщинами умственного (76,4%) и физического (71,0%) труда. Как в целом, так и по профессиональным группам в младшей возрастной группе (до 39 лет) ИБС и её ФР регистрировались достоверно ( $p < 0,05$ ) реже, чем в старшей (40-59 лет). Необходимо подчеркнуть, что основной причиной этому надо считать обнаружение в 55-60% случаев симптомов климактерического синдрома (КС) разной степени выраженности. Средний возраст женщин с КС составил в 1-й группе 55,9±2,7 лет, во 2-й - 54,3±3,1 и в 3-й 54,1±2,8. Особого внимания заслуживает наряду с частотой АГ, уровень осведомленности о гипертензии, а также процент леченных и с желаемым результатом. Среди женщин-животноводов знали о гипертензии лишь 19,4%, из которых лечились только 13,9% и эффективно 20,0%; среди лиц умственного труда - 21,1 - 76,9 - 61,5% и, наконец, что настораживает - среди водителей осведомлены о болезни менее четверти (22,2%), лечились 25% и с необходимым результатом 37,8%. Эти сведения характеризуют явно недостаточный контроль АГ в женской популяции, обусловленный низким охватом работающих женщин медицинским просвещением и образованием. Кроме угрозы развития различных осложнений вследствие ОССЗ, что имеет большое медицинское значение, женщины-водители с ИБС и АГ из-за снижения качества управления транспортом рискуют совершить дорожно-транспортные происшествия (наличие ОССЗ - угроза внезапных осложнений).

В течение первых трех месяцев по различным причинам отказались от участия в образовательном проекте 16 женщин: соответственно 7 водителей, 5 животноводов и 4 из группы умственного труда. Активное участие в «Школе здоровья» и благодаря мониторингу у оставшихся 82 женщин через 12 месяцев зарегистрировано выполнение врачебных рекомендаций (лекарственных и нелекарственных - коррекция привычек питания, движения и эмоционального реагирования) в полном объеме всеми лицами. Наряду с улучшением общесоматического статуса среди лиц с АГ отмечено снижение систолического (с 148,9±4,6 до 128,3±4,5 мм рт.ст.) и диастолического (с 97,2±3,8 до 81,3±3,6 мм рт.ст.) артериального давления, числа обращений за неотложной помощью (на 39,5%), декомпенсаций и госпитализаций (на 64,5%); частота приема нитроглицерина пациентами с ИБС сократилась в 1,8 раза, а потребность в стационарном лечении - в 2 раза. Вместе с тем, отмечена динамика распространенности ФР АС: частота НФА уменьшилась на 36,5%, ИМТ - 33,5%, ДЛП - 30,5%, а число регулярно куривших и употреблявших алкоголь - на 75%, что свидетельствует о роли медицинского образования в формировании устойчивой психологической мотивации выполнять лечебно-оздоровительные рекомендации специалистов (кардиолога, психолога, диетолога и методиста по ЛФК).

Заключение. Представленные результаты указывают на реальную частоту ИБС и АГ, отдельных ФР АС среди работающих женщин, которая зависела не только от возраста, но и особенностей трудовой деятельности. Сердечно-сосудистый риск оказался достаточно высоким в группе водителей, несколько реже - у лиц умственного и физического труда. Образовательная программа («Школа здоровья») усиливает эффективность мониторинга женщин с ОССЗ.

## ЗАДАЧИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Скрипник Е.В.

Россия, г. Москва, Женская консультация 121 диагностического центра

Цель: представить задачи женской консультации по охране здоровья беременных женщин в современных условиях.

Материал и методы: анализ нормативно-правовых актов последних лет.

Результаты. Концепция безопасного материнства сформулирована в 80-х годах ВОЗ как совокупность социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщин, сохраняющих их жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, семейных, домашних обязанностей и трудовой деятельности.

Благополучное материнство - это не только предотвращение смерти; это понятие включает многочисленные аспекты здоровья как матери, так и ребенка, в том числе физические, психологические и социальные факторы благополучия беременной женщины до родов, во время родов и в послеродовом периоде, а также благополучное рождение ребенка, готового к здоровому детству.

Базовой основой для успешной реализации этих установок является доступность и высокий уровень акушерской помощи, участие в решении проблем безопасного материнства, первичной медицинской помощи.

Женская консультация - ключевое звено амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.

Деятельность женской консультации регламентирована приказом Минздравсоцразвития РФ № 223 от 30 марта 2006 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации».

В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортот, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение беременных, в т.ч. выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;
- проведение патронажа беременных и родильниц;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применения современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

• обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

• диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;

• установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

• осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т.д.);

• обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т.д.), территориальным фондом обязательного медицинского страхования и Российской Федерации;

• проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

• проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

• оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;

• повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

• внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

• выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;

• проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ-инфекции;

• проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Выводы. Выполнение указанных функций позволит не только сохранить здоровье беременных женщин, но и провести систему мер по охране репродуктивного здоровья.

## ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Суханова Л. П., Цыбульская И. С.

Россия, г. Москва, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения  
Росздрава

Актуальность проблемы перинатальной смертности (ПС) определяется сохраняющейся в России депопуляцией, а также ухудшением здоровья детей. Уровень и структура перинатальных потерь является одним из основных демографических показателей и в то же время отражает качество акушерской и неонатальной помощи в стране.

Уровень перинатальной смертности в России в течение последних лет характеризуется устойчивым снижением - с 17,9% в 1991 г. до 10,2% в 2005 г., или на 43,0% (по данным Росстата). Снижение перинатальной смертности достигнуто преимущественно за счет уменьшения ранней неонатальной смертности с 8,9% до 4,49% (или на 49,6%) и в меньшей степени - за счет мертворождаемости - с 9,1% до 5,68% (или на 37,6%) за те же годы. При этом уменьшение смертности детей первой недели жизни обусловило положительную динамику младенческой смертности в стране.

Проведенное на популяционном уровне сплошное исследование статистических перинатальных показателей в России и ее регионах в 1991-2005 гг. (20.806.535 родившихся живыми и мертвыми) выявило, что регистрируемое снижение уровня ПС сопровождается неблагоприятным изменением ее структуры - увеличением доли антенатальной мертворождаемости - до 80,3% от числа мертворождений, а также удельного веса доношенных детей - до 48,6% среди всех перинатальных потерь в 2005 г.

Устойчивый рост доли антенатальной мертворождаемости (с 34,5% от числа всех погибших в перинатальном периоде в 1991 г. до 50,1% в 2005 г.) обусловлен опережающими темпами снижения интранатальной мертворождаемости (с 3,13% до 1,14%, или на 63,6% за те же годы) и ранней неонатальной смертности в акушерском стационаре (с 7,69% до 3,53%, или на 64,1%). Снижение антенатальных потерь произошло за этот период лишь на 17,6% - с 5,67% до 4,67%, при том, что в 1997-1999 гг. показатель дородовой гибели плода достигал 6,0-5,8% (!). При этом особенно важным является то, что, как показал анализ свидетельств о перинатальной смерти по шести регионам России, в 87,5% дородовая гибель плода происходит в условиях акушерского стационара.

Изменение структуры перинатальных потерь в сторону преобладания антенатальной мертворождаемости, преимущественно в стационаре, свидетельствует об ухудшении качества акушерской помощи на пренатальном этапе, в частности в отделениях патологии беременности.

О недостаточной эффективности пренатальной диагностики патологии плода свидетельствует также продолжающийся рост частоты врожденных аномалий у новорожденных (с 18,8% в 1991 г. до 33,1% в 2005 г.), в связи с чем очевидна необходимость повышения эффективности ультразвукового обследования и медико-генетического консультирования беременных с учетом числа выявленных (а также невыявленных) пороков развития плода на этапе пренатального обследования.

Второй особенностью отечественной перинатологии в современных условиях является парадоксальная динамика перинатальных потерь доношенных и недоношенных плодов и детей. На фоне устойчивого снижения перинатальной смертности недоношенных (с 200,6% в 1991 г. до 84,3% в 2005 г., или в 2,4 раза - в большей степени за счет уменьшения ранней неонатальной смертности - с 93,2% до 34,2%, или в 2,7 раза, и в меньшей - за счет мертворождаемости - с 118,4% до 51,9%, или в 2,3 раза за те же годы), перинатальная смертность доношенных детей увеличилась с 1991 г. по 2005 г. на 15,1% - с 4,16% до 4,80%, причем мертворождаемость доношенных плодов за анализируемые 15 лет выросла в два раза - с 1,50% до 3,04%, и практически не имеет тенденции к снижению (3,07%-3,08%-3,02%-3,04% в 2002-2005 гг.). Ранняя неонатальная смертность доношенных детей уменьшилась за 15 лет лишь на 33,4% (с 2,66% до 1,77%). Максимальные значения перинатальных потерь доношенных были отмечены в 1995-1997 гг. (6,29-6,53-6,55%).

Закономерным результатом дискоординированного изменения уровня ПС недоношенных и доношенных детей явилось двукратное увеличение последних в структуре перинатальной смертности - в структуре мертворождаемости - до 49,3% в 2005 г., а среди умерших на первой неделе жизни - до 47,5%. Следовательно, каждый второй погибший в перинатальном периоде российский ребенок является доношенным. При оценке динамики изучаемого процесса чрезвычайно тревожным является продолжающийся устойчивый рост доли доношенных детей в структуре перинатальных потерь в 2000-х годах.

Парадоксальная динамика перинатальных потерь доношенных и недоношенных детей отражает существующий диссонанс в организации перинатальной службы - ухудшение качества акушерской и неонатальной помощи в общей сети родовспоможения, где рождается подавляющее большинство доношенных детей (физиологических родильных домах и районных больницах, не имеющих необходимого ресурсного обеспечения для предупреждения и устранения перинатальных осложнений), при высокой концентрации ресурсов здравоохранения на невынашивании беременности и недоношенных детях. В то же время в нашей стране число коек в родильных домах составляет 46,8%, и в центральных районных больницах - 31,0% от общего числа акушерских коек. Соответственно именно в этих ЛПУ рождается большинство доношенных детей, и в этих же стационарах 1-2 уровня ПС выше в 1,2-1,4 раза, чем в областных (краевых) стационарах и перинатальных центрах. Характерно, что уровень перинатальной смертности находится в обратной корреляционной связи с показателем оборота акушерской койки. Максимальные значения показателей отмечены в Ингушской Республике (ПС-27,6% и оборот койки за 2004 г. - 45,6 при соответствующих показателях в России - 10,6% и 17,4 за год).

Максимальный уровень перинатальных потерь доношенных детей в 2005 г. отмечен в Южном ФО (5,61%), причем в сравнении с 2004 г. произошел рост показателя (с 5,50%).

Одной из важнейших проблем отечественной перинатологии является качество регистрации перинатальных потерь, прежде всего среди маловесных детей, и соответственно достоверность показателя ПС. Анализ динамики перинатальных потерь по сроку гестации, массе тела родившихся и погибших детей, сопоставление перинатальных исходов и числа родившихся «плодов» менее 1000 г и детей «очень низкой массы тела при рождении» (1000-1499 г) позволяет сделать вывод о недорегистрации погибших недоношенных детей, прежде всего очень низкой массы тела, как в целом по России, так и по отдельным регионам. Очевидно, что недорегистрация маловесных умерших детей способствует отсутствию в отечественной государственной статистике официального учета родившихся плодов 22-27 недель, вопреки рекомендациям ВОЗ регистрировать перинатальную смертность с 22 недель беременности и массы тела 500 г (параметры жизнеспособного плода).

Недорегистрация маловесных умерших недоношенных вызывает не только рост доли доношенных при снижении недоношенных, но и искажение возрастной структуры младенческой смертности - необоснованное увеличение удельного веса постнеонатальной смертности (с 36,2% до 41,2%) из-за непропорционального снижения доли умерших на первой неделе жизни (с 51,1% до 41,8% за анализируемые 15 лет).

Учитывая сказанное, наиболее достоверным критерием качества акушерской и неонатальной помощи в стране и в регионах следует считать перинатальные исходы у доношенных детей. Данные об антенатальной мертворождаемости необходимо анализировать отдельно по женской консультации и родильному дому. Учет данных факторов повысит ответственность персонала родильных домов за неблагоприятные перинатальные исходы, а также позволит руководству службы наиболее объективно оценивать уровень перинатальной помощи и оперативно устранять ее дефекты. Основным резервом службы в настоящее время является улучшение пренатального обследования плода, а также улучшение качества перинатальной помощи на популяционном уровне - в широкой сети родовспоможения - во всех акушерских стационарах, а не только в ПЦ.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОПАГАНДЫ И ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В СТРУКТУРАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ (КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИИ)

Туленикова Т.Е.

ГУ «Центр «Семья», г. Реутов, Московская область

Ещё в начале XX известный русский педиатр Н. Н. Гундобин говорил: «Задача современной медицины, в широком значении этого слова, - предупредить развитие болезни. К кому же, как не к детям, она должна быть применена, к детям - будущим членам общества» (1919).

Здоровье человека закладывается в раннем детстве и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него условий окружающей среды.

Под окружающей средой понимают целостную систему взаимосвязанных биологических факторов и социальных явлений, влияющих на состояние здоровья ребёнка: здоровье родителей, особенности течения беременности и родов, раннее развитие, домашние условия, психологический микроклимат семьи, условия общественного воспитания и обучения, организация занятий и отдыха, гигиенические условия.

Важной особенностью социального плана является ведущая роль взрослого в обеспечении нормального физического и психического развития детей и состояния их здоровья[1].

В современной перинатальной медицине и психологии в качестве одного из главных факторов здоровья ребёнка и гармоничного развития детско-родительских отношений, зависящего зачастую лишь от воли и желания родителей (в основном, конечно, матери), рассматривается естественное, или грудное, вскармливание.

Общественное и профессиональное движение в поддержку грудного вскармливания начато Всемирной Организацией Здравоохранения около 10-12 лет назад, что было обусловлено тревожной медико-демографической ситуацией в Западной Европе.

Несмотря на улучшение условий жизни и медицинской помощи населению, в развитых странах отмечалась чрезвычайно высокая заболеваемость детей раннего возраста. Наиболее распространёнными заболеваниями среди детей до сих пор остаются пищевые аллергии, дисбактериозы, респираторно-вирусные инфекции, свидетельствующие об ослаблении защитных сил организма и иммунодефиците[2].

В нашей стране проблема грудного вскармливания приобрела национальный масштаб. Но в целом по РФ наметилась тенденция к улучшению показателей официальной статистики по грудному вскармливанию: за последние пять лет увеличилась доля детей, получавших молоко матери в течение 6-12 месяцев, с 28,0% в 1999 г. до 35,0% в 2004 г. [3].

По Московской области данный показатель на период 2004 г. составляет 42,1%. Недостаток молока, а то и полное его отсутствие сразу после родов - реальная действительность современных молодых матерей. Методы профилактики и борьбы с гипогалактией действительны лишь при огромном желании матери кормить ребёнка грудью. Сейчас женщины слишком легко сдаются и отказываются от естественного вскармливания по причине обилия в продаже различных искусственных смесей, которые неправильно называются «заменителями грудного молока». Замена грудному молоку не существует, т.к. оно по своему химическому составу схоже с тканями организма ребёнка. А искусственной замены тканям человеческого организма ещё не придумали. Но смеси - это искушение! И нет прощения коммерсантам, бесстыдно рекламирующим и навязывающим детские искусственные смеси, вводя в заблуждение молодых и неопытных матерей. В настоящее время прослеживается ещё несколько негативных причин, приводящих к добровольному отказу кормить грудью. Это - ложные жизненные ценности, к которым относятся следующие позиции:

- необходимость продолжения трудовой деятельности (к сожалению, сейчас эта социальная причина очень актуальна);

- желание скорейшего выхода на работу, связанное с перспективой карьерного роста;

- страх потерять внешнюю привлекательность;

- ложное мнение, что искусственная смесь – «питательнее» и «чище», чем собственное молоко.

*О ранней профилактике проблем становления лактации и гипогалактии.*

Вопросы правильного и здорового становления лактации, а в дальнейшем – гарантий её сохранения, решаются слишком запоздало.

Воспитание и обучение материнству, а следовательно, физическую и психологическую подготовку женщин к реализации наиважнейшей функции организма – вскармливать ребёнка грудью следует начинать с самого раннего возраста девочки – будущей матери.

Современную девочку воспитывают, кем угодно: послушным ребёнком, примерной ученицей, кокеткой... Но не матерью! Её не готовят к будущему материнству и к семейной жизни с детства. У неё формируется привязанность к ложным и чуждым жизненным ценностям, потребительское отношение к миру, а к жизни – как к цепи удовольствий, плотских радостей и развлечений. Чтобы заполнить внутреннюю пустоту, девочки больше внимания уделяют своей наружности, иногда доходя до абсурда. Уже младшие школьницы(!) приходят на уроки с ярко накрашенными ногтями, неестественным цветом волос и помадой на губах. При этом они забывают почистить зубы, причесаться, умыться и вообще – сделать уроки!

Необходимо уделять внимание физическому и духовно-нравственному воспитанию девочки как будущей матери непосредственно в семье и всячески способствовать именно женским видам её игр, развлечений, спортивных занятий. Невольное воспитание материнского начала в женщине с детства происходит лишь в семьях, где девочка является старшим ребёнком. Здесь она «живую» знакомится с заботой матери о младших детях, участвуя в воспитании и выполняя поручения по уходу за своими братьями и сёстрами. А семьи, где девочка является единственным ребёнком, должны потрудиться воспитать её так, чтобы дочь росла с мыслью о том, что она – будущая мать и хозяйка.

Кроме духовно-нравственного аспекта воспитания материнского начала должно включать заботу о правильном физическом развитии женского организма с самого раннего детства. Неправильные и неграмотные уход и гигиена – причина заболеваний женской репродуктивной сферы с самого рождения, хранящие патологические процессы, образованию стойких и необратимых состояний, неподдающихся лечению и влияющих на детородную функцию будущей женщины. Пограничное состояние несовершенных «нагрубание молочных желёз» при определённых условиях (активном процессе, недостаточном уходе, вторичным наслоением инфекции) может осложниться маститом новорождённых, что чревато нарушением структуры ткани молочной железы и перспективой их функциональной недостаточности.

Занятия не всеми видами спорта рекомендуются девочке в период полового созревания. В круг спортивных девичьих интересов прочно входят «женский футбол», «женский бокс», восточные единоборства, горные лыжи, занятия в тренажёрном зале и т. д. Эти виды спорта требуют огромной выносливости, физической силы, резких движений в то время, когда необходимо обратить внимание на правильное формирование осанки, походки, пластики движений, хорошее развитие мышц плечевого пояса и грудных мышц, способствующее формированию ткани молочных желёз с последующим становлением их функций.

Назрела необходимость создания и активного внедрения в программу спортивных занятий девочек-подростков специального комплекса упражнений, в т.ч. и с элементами дыхательной гимнастики, направленное на правильное формирование репродуктивной системы женского организма, в т.ч. на здоровое развитие молочных желёз («гимнастика для девочек»).

Современная мода не призвана сохранять и укреплять здоровье будущей матери. Обнажённые животы и спины, короткие юбки и тонкие колготы, минимальная защита нижним бельём верхнего плечевого пояса и области ягодиц – увеличивают вероятность

воспалительных заболеваний репродуктивной системы девочки – будущей матери. А модный загар «без верха», в т.ч. приобретённый в солярии, может привести к поражению ткани молочных желёз, что способствует нарушению их функционирования (лактация), а также развитию онкологических заболеваний.

Ранняя половая связь как результат половой распущенности современной молодёжи, приводящая к аборту как «ошибке молодости», также способствует развитию патологических процессов в ткани молочных желёз, что создаёт препятствия для их успешной лактации в будущем.

Большое значение для правильного физического развития девочки, а, как следствие, и для развития молочных желёз, имеет питание. Современный культ худобы и стройности фигуры призывает девочек-подростков и молодых женщин всеми способами добиваться желанных модных контуров. Однако женщина должна иметь жировой запас в организме для безопасного и полноценного развития плода. Сбитое тело, округлые формы – признак гормональной насыщенности и физической готовности организма женщины к материнству, а значит, и к полноценной лактации. Девочке следует прививать вкус к «простой и натуральной» пище, исключая или сводящей к минимуму приём чипсов, газированных напитков, конфет, крекеров и прочих представителей нездорового питания.

Девочке необходимо объяснять, что от особенностей формирования её здоровья теснейшим образом зависит состоятельность её репродуктивной функции в будущем: способность к вынашиванию, рождению и вскармливанию здорового ребёнка.

Такая многолетняя работа над формированием репродуктивного здоровья девочки с рождения и до состояния половой зрелости, направленная на подготовку её организма к взаимосвязанным и взаимозависимым процессам, включающим зачатие, вынашивание, рождение и естественное вскармливание будущего ребёнка – ложится на плечи семьи и в большей степени – матери. Поэтому матери, имеющие дочерей, должны быть грамотны в вопросах становления репродуктивного здоровья на разных этапах развития женского организма, т.к. в течение многих лет именно на них возлагается ответственность и ведущая роль в формировании здоровья дочери, а значит, и собственных будущих внуков.

В современных условиях отсутствует звено, отвечающее за образование матерей в вопросах становления и развития женской репродуктивной сферы с целью полноценного формирования здоровья их дочерей, направленное на подготовку к зачатию, вынашиванию, рождению и естественному вскармливанию будущего ребёнка, т.к. этот процесс начинается с самого рождения девочки, а мероприятия по уходу и ранней диагностике патологических состояний репродуктивной сферы находится под контролем и ответственностью молодой мамы.

Знания по данной теме в основном приобретаются путём самообразования, противоречивых и зачастую несоответствующих научным взглядам источников, как правило, в виде газетных и журнальных статей.

*О современных формах помощи по поддержке грудного вскармливания.*

На этапах дородовой и послеродовой профилактики нарушений грудного вскармливания в периоды планирования семьи и беременности, а также в периоды становления лактации и её поддержания в работу по пропаганде грудного вскармливания и помощи в его сохранении и преодолении затруднений включаются в основном врачи акушеры-гинекологи и педиатры различных звеньев системы охраны материнства и детства (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника).

Лекции врача-гинеколога в женской консультации о пользе грудного вскармливания, помощь в роддоме в прикладывании новорождённого к груди и борьбе с лактостазом или гипогалактией, советы участкового педиатра по стимуляции лактации и выписки рецепта – вот и весь скудный, но зато бесплатный и доступный, объём помощи будущей и молодой маме. Практикуемые врачами образовательные мероприятия позволяют поднять уровень распространённости грудного вскармливания в течение первых 3-х

месяцев после рождения ребёнка до 80%-90% по сравнению с 40-45% в группах, где такая работа не ведётся. Но к 4-5 месяцам распространённость грудного вскармливания резко падает, составляя 30-35%, а в дальнейшем с каждым месяцем этот показатель продолжает снижаться. Это позволяет говорить о недостаточной поддержке грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения и ограниченных возможностях «медицинских» методов работы с кормящими матерями [4].

Большие резервы в поддержании грудного вскармливания кроются в использовании психогигиенического подхода, основанного на знаниях и достижениях перинатальной психологии. Но врачи, к сожалению, не обладают достаточными знаниями в этой области, а психологи, применяющие техники и методики данной науки, не имеют высшего медицинского образования.

Бедой нашего времени стало создание центров, групп, клубов... поддержки грудного вскармливания, осуществляющих свою деятельность на коммерческой основе. Практикующие этими структурами консультации по телефону не дают женщине, имеющей проблемы с грудным вскармливанием, исчерпывающей информации, оказывающей реальную помощь. А выезды специалистов на дом для оказания молодой матери помощи в налаживании естественного вскармливания и преодолении затруднений по его осуществлению (лактостазы, гипогалактия, нарушение пищевого поведения ребёнка) стоят баснословных сумм, зачастую являющихся нереальными для обычной российской семьи. В последнее время отмечаются случаи преступно необоснованных предложений такими нерадивыми «консультантами» прекратить лактацию, «чтобы больше не мучиться с грудью». Такая услуга, разумеется, также является платной, а оказание её в корыстных целях не делает чести такому «специалисту».

Сегодня становятся популярными «группы поддержки грудного вскармливания», где молодые матери делятся опытом по сохранению и восстановлению лактации, оказывают друг другу психологическую поддержку и формируют настрой женщины на грудное вскармливание. Но такие группы матерей повсеместно не распространены, и поэтому не являются доступными для всех нуждающихся в такой поддержке.

Различные организационные формы и современные технологии охраны и поддержки грудного вскармливания (внедрение в работу акушерских стационаров принципов поддержки грудного вскармливания, изложенных в Инициативе «Больница, доброжелательная к ребёнку»; создание комнат молодой матери, кабинетов здоровья ребёнка, методических кабинетов по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания в детских поликлиниках) особенно актуальны в условиях снижения уровня грудного вскармливания на протяжении последних десятилетий. Но, к сожалению, такая поддержка кормящей женщины является недостаточной как со стороны медицинских учреждений, так и со стороны общества и семьи. Облегчить быт молодой маме, настоять на сохранении лактации и упорной борьбе с гипогалактией, подсказать методы и обучить женщину профилактическим мерам по поддержанию успешного естественного вскармливания – вот основная роль семьи, специалистов и общества, проявляющих заботу о матери и ребёнке в период кормления грудью[5].

*О создании и функционировании Кабинета поддержки грудного вскармливания*

(в системе учреждения медико-социального профиля)

На базе отдела медико-социальной помощи ГУ «Центр «Семья» (г. Реутов, Московской области) в рамках работы Школы для родителей «Здоровый ребёнок», осуществляющей свою деятельность в соответствии с программой «Семейное здоровье» создан и успешно функционирует Кабинет поддержки грудного вскармливания.

Целью его работы является пропаганда и поддержка естественного вскармливания на всех этапах формирования репродуктивной функции женского организма.

*Ранняя профилактика проблем репродуктивного здоровья, влияющих на лактацию:*

На семинарах «Уроки материнства» беременные женщины получают информацию на длительную перспективу о становлении

репродуктивной сферы с момента зачатия ребёнка женского пола. Рассматриваются вопросы ухода за половыми органами новорождённой девочки, помощь при осложнённом течении пограничных состояний, влияющих на развитие и последующие функции органов деторождения (половой криз: нагрубание молочных желёз, мастит, вульвовагинит, влагалищные кровотечения).

На таких занятиях будущим матерям предоставляется информационно-методический материал по психофизическим особенностям полового созревания в подростковом периоде девочки, а также рекомендации по правильному формированию общего здоровья девочки – будущей матери и по ранней профилактике проблем становления лактации.

2) На базе одного из оздоровительных центров города проводится комплекс «гимнастики для девочек».

3) Слушатели обеспечиваются тематическими информационно-методическими материалами.

4) Проводится тестирование слушателей, решение ситуационных задач.

*Дородовая профилактика нарушений становления лактации и гипогалактии*

1) На семинарах «Уроки материнства» в группах будущих матерей рассматриваются вопросы подготовки молочных желёз к кормлению, а также даются современные рекомендации по образу жизни и питанию кормящей матери, технике кормления грудью, профилактике затруднений при кормлении ребёнка, о методах самопомощи при возможных осложнениях естественного вскармливания, уходу за грудью в период лактации, методах стимуляции лактации и профилактике нарушений пищевого поведения ребёнка в период лактационных кризисов[4].

В процессе занятий демонстрируются наглядные пособия и видеоматериалы, используются информационно-методические материалы с рекомендациями и рецептурой по сохранению, стимуляции и восстановлению лактации. На практических занятиях будущие мамы осваивают технику специальных физических упражнений, методику дыхательной гимнастики и точечного массажа для стимуляции лактации.

В процесс обучения активно включаются заинтересованные в грамотном подходе к уходу и воспитанию ребёнка будущие отцы, осваивающие материал, содержащий информацию о пользе естественного вскармливания и методах его поддержки в условиях семьи.

Традиционно проводится тестирование слушателей и решение ситуационных задач.

По отзывам молодых матерей, такие занятия, обеспечивающие их необходимыми знаниями ещё в период беременности, имеют неограниченное значение на протяжении всего времени лактации, помогая кормящей женщине принять быстрое и грамотное решение при возникновении какой-либо проблемы в процессе естественного вскармливания ребёнка, а также быть психологически готовой к длительной лактации.

2) В послеродовом периоде кормящая мать имеет возможность обратиться к врачу-неонатологу Кабинета поддержки грудного вскармливания для решения проблем питания ребёнка. Решение вопросов техники и режима вскармливания, затруднений при кормлении и гипогалактии, нарушения пищевого поведения и проблем здоровья ребёнка, связанных с его питанием и питанием кормящей матери (аллергии, нарушения состояния пищеварительной системы – срыгивания, патологический стул, постнатальные гипо- и паратрофии и др.) – вот объём профессиональной помощи врача-неонатолога Кабинета поддержки грудного вскармливания. В реальных пределах помощь по данным вопросам оказывается также по телефону «горячей линии».

3) На семинарах «Уроки материнства» будущие матери учатся справляться с лактостазом, поэтому в послеродовом периоде обычно данную проблему им удаётся решить самостоятельно. Но в сложных случаях молодые матери имеют возможность получить медицинскую помощь в виде расцеживания груди и массажа молочных желёз, оказываемую специалистами родильного отделения ЦГБ. Такая слаженная работа специалистов демонстрирует

элемент межведомственного взаимодействия, направленного на решение одного, но такого важного вопроса как поддержка грудного вскармливания.

4) На дальнейших этапах программы медико-социального сопровождения раннего материнства в течение трёх лет молодые матери посещают группы здоровья «Крепыш», а затем – Детскую мини-студию раннего гармоничного развития «Солнышко». Несмотря на то, что целью данных методических занятий является своевременное развитие детской нервно-психической сферы и формирование возрастных навыков и умений, здесь в результате общения молодые мамы оказывают друг другу психологическую поддержку в сохранении и восстановлении лактации. Поэтому такая форма работы несёт также и функции «групп поддержки грудного вскармливания».

*Результаты деятельности Кабинета поддержки грудного вскармливания*

Деятельность Кабинета поддержки грудного вскармливания проанализирована на примере 250 пар «мать-дитя» за период 2004-2006 г.г., в результате чего получены следующие данные:

1) Методика работы с будущими и молодыми матерями по пропаганде и поддержке грудного вскармливания, разработанная в рамках проекта «Семейное здоровье» и реализованная Школой для родителей «Здоровый ребёнок»:

- способствует формированию устойчивой лактационной доминанты у будущих матерей не только в период беременности, но и в послеродовой период;

- обеспечивает объём знаний по становлению, стимуляции и сохранению лактации, необходимых каждой кормящей матери в послеродовой период.

2) Известно, что длительное грудное вскармливание оказывает позитивное отдалённое влияние на нервно-психическое развитие детей. Причинами выявленных положительных последствий являются не только нутриенты материнского молока, но и стимуляция развития, обусловленная всей совокупностью факторов общения и взаимодействия матери и ребёнка в процессе прикладывания к груди[6]. Можно также предположить, что причиной лучшего нервно-психического и интеллектуального развития ребёнка, находящегося на естественном вскармливании, является усиленное кровоснабжение головного мозга в процессе сосания, что оказывает положительное влияние на анатомо-физиологические характеристики ЦНС.

Длительное наблюдение детского невролога детей, посещавших Школу «Здоровый ребёнок», включая этап периода беременности матерей, выявило следующие тенденции в их нервно-психическом развитии:

- нормальные показатели развития – 72,7%;
- проявления гиперактивности - 9,1%;
- задержка речевого развития – 18,2%.

Данные показатели в 2-3 раза отличались в положительную сторону от тех же показателей у детей контрольной группы в составе 30 человек, не посещавших Школу «Здоровый ребёнок»:

- нормальные показатели развития – 34,8%
- проявления гиперактивности - 15,2%;
- задержка речевого развития – 50%.

Данные различия определяются в том числе и длительным грудным вскармливанием, на котором находились младенцы от матерей, посещавших Школу для родителей «Здоровый ребёнок».

3) Основным результатом работы Кабинета поддержки грудного вскармливания являются 92,5% детей, находящихся на длительном грудном вскармливании до 1 – 1,5 лет, рождённых от женщин, прошедших все этапы подготовки к материнству в Школе для родителей «Здоровый ребёнок». При начальном анкетировании беременных женщин, проводимом при первом посещении цикла семинаров «Уроки материнства» (1-й этап программы сопровождения семьи в периоды ожидания, рождения ребёнка и раннего материнства) определялось отношение женщины к вопросу естественного вскармливания.

Выявлено, что на обязательное грудное вскармливание настроены - 81% беременных женщин, на возможность отказа от кормления будущего ребёнка грудью по различным причинам – 19%. Категорического неприятия грудного вскармливания не выявлено.

В результате описанных выше форм работы по пропаганде и поддержке грудного вскармливания меняется не только отношение женщин к вопросу о безусловном преимуществе грудного вскармливания, но и удаётся добиться высоких показателей в отношении длительности этого процесса. Необходимо уточнить, что в нашем случае понятие «длительное грудное вскармливание» не определяет материнское молоко как единственный вид пищи ребёнка раннего возраста.

При длительном сохранении лактации ребёнок получает женское молоко в следующих случаях:

- первое и последнее кормление, особенно при склонности к аллергическим проявлениям;

- при необходимости ночного кормления;

- в конце прикорма как завершающий кормление элемент при желании ребёнка сосать грудь;

- в промежутках между кормлениями при ощущении ребёнком чувства голода;

- кормление грудью как метод обеспечения психологического комфорта при плаче или беспокойстве ребёнка.

Методика работы по пропаганде естественного вскармливания, становлению и сохранению лактации в условиях функционирования Кабинета поддержки грудного вскармливания, осуществляющего свою деятельность в рамках Школы для родителей «Здоровый ребёнок», способствует реальной медико-социальной помощи семье и детям, бесплатно предоставляемой в учреждении социального обслуживания семьи и детей (ГУ «Центр «Семья») и направленной на решение вопросов охраны материнства и детства.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЕЕ РАЗВИТИЯ (пути преодоления тенденции депопуляции: опыт медико-социальной работы Школы для родителей «Здоровый ребёнок»)**

**Туленкова Т.Е.**

*ГУ «Центр «Семья», г. Реутов, Московская область*

Работа о здоровье своей семьи должна начинаться задолго до решения будущих супругов вступить в брак и реализовать такую важную функцию, как репродуктивная. Многие медико-социальные факторы оказывают влияние на формирование семейного здоровья и здоровья рождённых детей ещё в периоды детства и отрочества будущих родителей.

Различают ряд наиболее ответственных этапов в жизни семьи, формирующих её здоровьесберегающую функцию. Но прежде необходимо отметить, что здоровье каждого человека, в будущем становящемся супругом и родителем, дающим жизнь следующим поколениям, в том числе, зависит и от периода его собственного внутриутробного развития. Поэтому процесс формирования здоровья семьи носит циклический, повторяющийся из поколения в поколение характер: «плод – ребёнок – подросток – юноша (девушка) - их семья в период планирования беременности – семья в период беременности – семья в период рождения ребёнка – семья в период воспитания ребёнка раннего возраста - семья в период воспитания ребёнка различных возрастных категорий – подросток и т.д.» (и цикл повторяется). На данных этапах происходит становление физического, нервно-психического, репродуктивного, нравственного и, как следствие, социального здоровья каждого члена нашего общества. Это определяет уровень здоровья каждого члена семьи и оказывает влияние на развитие будущего ребёнка.

В подростковом периоде воспитание таких жизненных основных ценностей как здоровье, семья, дети, любовь, имеют большое значение для последующей мотивации молодёжи на создание здоровой семьи и рождение здорового ребёнка. В современных условиях ценностные ориентации у школьников другие, причём одинаковые как у мальчиков, так и у девочек: деловые качества, материальные ценности, познание, нравственность, труд, патрио-



тизм (перечислено в порядке убывания значимости). В то же время известно, что семейное благополучие в первую очередь обеспечивают другие медико-социальные, социально-экономические и духовно-нравственные факторы, проранжированные в следующем порядке: любовь друг к другу, физическое и психическое здоровье, доступное образование, прочные морально-нравственные устои, материальная обеспеченность, социальная защищённость, достойное жильё, полноценный отдых, стабильность и уверенность в завтрашнем дне, национальная гордость и патриотизм, социальная активность, верность традициям и уважение к предкам [1].

Духовно-нравственное развитие как наиважнейший фактор формирования здоровья членов нашего общества немаловажен. Эгоизм, поразивший все слои общества, появление в обществе и рост количества асоциальных групп не оказывают позитивного влияния на социальное здоровье и не обеспечивают формирования здоровьесберегающей функции семьи.

На этапе подготовки подростков к семейной жизни следует в них воспитать ценность семьи и заложить идею необходимости создания семьи как оптимальной среды для развития будущего ребёнка. Особенно актуальность этого вопроса возрастает в современных условиях, т.к. сейчас 20% детей воспитывается в неполных семьях, впитывая негативный опыт семьи.

Состояние здоровья подростка оказывает огромное влияние на его репродуктивную функцию и возможность в дальнейшем произвести здоровое потомство. Причём следует помнить, что состояние соматического и нервно-психического здоровья имеет тесную связь с репродуктивной функцией организма. По данным последней диспансеризации лишь 31,2% детей являются здоровыми. В настоящее время отмечается ухудшение физического развития школьников в основном за счёт дефицита массы тела: у 14% мальчиков и у 16% девочек. По прогнозам к 2015 г. доля здоровых детей составит 15-20%. Дети-инвалиды составляют 4,5% от количества детей, проживающих в стране (по Московской области -0,21%). Основной причиной инвалидности является ДЦП. Вопросы ранней детской инвалидности являются наиболее актуальными в научных исследованиях специалистов перинатальной медицины и имеют огромное медико-социальное значение.

Негативное влияние на здоровье детей и подростков оказывает распространённость в их среде вредных привычек: употребляет алкоголь старшеклассники (в основном за счёт пива), курит 1/3 старшеклассников. Наркологическая заболеваемость среди детей по Московской области возросла на 30%.

В последнее время отмечается лавинообразное нарастание астенических, астено-невротических, невротических, неврастенических реакций у старшеклассников в основном за счёт высокого психоэмоционального напряжения, повышения учебных нагрузок, недостаточной продолжительности ночного сна, выраженной гиподинамии, неправильного питания, вредных привычек [1]. В настоящее время в период подросткового возраста входят «дети перестройки и социально-экономического кризиса 90-х годов прошлого века». На фоне резкого снижения рождаемости в период социально-экономического благополучия в стране в 1992-1993 гг. возросло количество детей преждевременно рождённых, маловесных, увеличилось количество патологических состояний у доношенных детей, а также случаев рождения детей с синдромом морфофункциональной незрелости. Все эти состояния в дальнейшем способствовали ухудшению физического, психического и репродуктивного здоровья детей, в настоящее время вступающих в период фертильного возраста.

Сегодня, к сожалению, приходится констатировать, что достижения перинатальной медицины, направленные на сохранение жизни детей, ранее считавшихся некурабельными, являются фактором, обеспечивающим в основном лишь количество новорождённых, а не качество их здоровья. Снижение перинатальной и младенческой смертности в результате пролонгирования беременности в ряде ранее невозможных случаев, высокий профессионализм медиков, проводящих реанимационные мероприятия и выхаживание новорождённых с той или иной патологией, выхаживающих недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой, тела

привело к достаточно неблагоприятным отдалённым последствиям в состоянии здоровья этого контингента детской популяции.

В то же время существуют факторы, предопределяющие неблагоприятный отдалённый прогноз развития детей перечисленного контингента:

1) прогрессивное ухудшение состояния здоровья беременных, что увеличивает число детей с врождённой патологией и осложнениями течения периода постнатальной адаптации;

2) широкое использование методов реанимации и интенсивной терапии новорождённых на фоне несовершенных технологий их проведения и слабой материально-технической оснащённости учреждений родовспоможения и педиатрических стационаров;

3) неотработанная система динамического наблюдения и реабилитационных (абилитационных) мероприятий для детей раннего возраста с перинатальной патологией [2].

4) реабилитационные программы для детей с перинатальной патологией, требующие огромных материальных затрат, самоотверженности, физического и психического напряжения родителей, что становится нереальным для большинства российских семей.

Все эти медико-социальные и социально-экономические факторы осложняют течение адаптационного периода у новорождённых, приводят к перинатальным поражениям центральной нервной системы, формируя отдалённые последствия и вызывая ухудшение физического, нервно-психического, а также репродуктивного здоровья подростковой популяции.

Репродуктивное здоровье групп населения фертильного возраста катастрофически ухудшается из года в год. На фоне уменьшения использования контрацептивных средств и снижения уровня производимых абортс демографическая ситуация, связанная с недостаточным уровнем рождаемости, не имеет тенденции к положительной динамике. Напрашивается неутешительный вывод о продолжающемся нарастании количества семей, страдающих той или иной формой бесплодия. В настоящее время, кроме традиционных причин, приводящих к бесплодию, выступают проблемы репродуктивного здоровья, связанные с использованием гормональных средств для предотвращения зачатия, пролонгирования беременности, а также лечения бесплодия. Раннее начало половой жизни зачастую является причиной инфицирования мочеполовой сферы, а также подросткового аборта как метода решения вопроса о нежелательной беременности. Сейчас каждый 10-й аборт является подростковым. Поэтому вопрос раннего начала половой жизни должен рассматриваться не только как одно из проявлений сексуальной распушенности в нашем современном обществе и причина социального сиротства, но и как фактор, приводящий к будущему бесплодию, усугубляющий и без того критическую демографическую ситуацию в стране, угрожая национальной безопасности.

Вопросы репродуктивного здоровья остаются актуальными и в следующих возрастных категориях, на этапе создания семьи и планирования беременности. В настоящее время, несмотря на активную пропаганду программы планирования семьи в рамках подготовки супругов к зачатию минимум за 6 месяцев до начала предполагаемой беременности, включающую медицинские и психологические аспекты (медицинские обследования, оздоровление организмов будущих родителей, прививки, витаминизация, здоровый образ жизни, здоровое питание, формирование психологической готовности семьи к беременности и родам и т.д.), как и в прежние времена, большинство беременностей являются «случайными». В современных условиях такой подход к данному вопросу недопустим по причинам ухудшения здоровья лиц фертильного возраста и снижения количества рождаемых детей в семьях, что явно отличается от тех же показателей в популяции 15-20 лет назад, и приводит к ухудшению детского здоровья на фоне отрицательной динамики демографических показателей в Российской Федерации.

Стоит отметить отрицательное воздействие на состояние репродуктивного здоровья населения и современной моды, навязанной нам без учёта климата России и менталитета населения страны. Брюки «на бёдрах», обнажённые животы и спины, глубокие декольте, нижнее бельё, минимально прикрывающее тело, являю-

щиеся причиной общих простудных заболеваний и восходящих инфекций мочеполовой сферы, но пользующиеся популярностью в молодёжной среде, не могут считаться адекватной формой одежды для женщины, планирующей материнство.

За последние 15 лет, связанные с изменениями социально-экономических условий в стране, отмечается повышенный интерес женщин к своему внешнему виду, развитие форм и методов его поддержания, процветания «индустрии красоты». На потребительском рынке произошло перепроизводство средств и услуг, обеспечивающее обилие зачастую некачественных товаров, предлагаемых женщинам. Но и некоторые ингредиенты качественных средств в виде гормональных и биологически активных добавок, определённых витаминов и растительных вытяжек, окраска волос ненатуральными средствами, а также процедуры, проводимые в обычных условиях (тепловые и физиотерапевтические процедуры), противопоказаны во время беременности. Здесь коммерческие интересы некоторых медиков, преобладающие над их профессиональной честью, вносят значительный «вклад» в разрушение соматического, репродуктивного и детского здоровья населения России.

Немаловажную роль играют условия труда женщин вообще и беременных в частности. Вопрос о нарушении работодателями санитарно-гигиенических норм, относящихся к данным категориям, остаётся риторическим. Скорее женщине предложат уволиться, чем улучшат условия её труда или переведут на более безопасный для будущего материнства фронт работ.

Вопросы подготовки к родам, перинатального воспитания и формирование сознательного родительства, являются сейчас как никогда актуальными. Но с одной стороны создание таких программ определяется веянием времени как необходимость подобных форм работы с семьёй, а с другой стороны - коммерческими интересами их создателей. Программы дородовой подготовки (подготовки к родам, родительство, материнству - названия и суть деятельности однотипны), созданные как форма санитарно-просветительской работы с беременными в женских консультациях, ограничиваются кратким, длиною в несколько лекций, описанием образа жизни женщины во время беременности, поведением роженицы в родах, пользы грудного вскармливания. А оздоровительные и практические занятия включают в себя обучение будущих матерей приёмам релаксации, дыхательной гимнастики и проведение лечебной физкультуры. Но поскольку отсутствует общепринятая, государственная, чётко сформулированная программа по подготовке к материнству, включающая в себя работу междисциплинарной команды специалистов (врачей, психологов, педагогов, юристов и т.д.), на беременных женщин обрушивается поток разноречивой и не всегда полезной информации, приводящей к неадекватному восприятию беременности и родов. Разумеется, дородовая подготовка должна включать информацию из различных научных дисциплин, занимающихся вопросами охраны материнства и детства, но ведущим блоком дородовой подготовки должен быть медицинский, включающий работу врачей акушеров-гинекологов и педиатров (желательно, неонатологов). Тематика занятий должна быть подготовлена с акцентом на ценность жизни и здоровья ребёнка. Только эти специалисты способны донести до женщины, что будет происходить с ней в стационаре, какие требования будут к ней предъявляться медперсоналом, как правильно вести себя в родах, с какими состояниями новорождённого молодая мама столкнётся в роддоме и дома, каковы современные тенденции ухода, питания, оздоровления, доврачебной помощи при заболеваниях и в экстремальных ситуациях, как наблюдать и непосредственно участвовать в развитии ребёнка раннего возраста, внося свой вклад в профилактику инвалидности и заболеваемости малыша, т.е. в охрану его здоровья.

В последнее время на курсах и в центрах подготовки к родам практикуется навязывание нетрадиционных способов проведения родов: «мягкие роды», роды в воде, в море, роды на природе, дома, и т.д. Настраивая женщину на выбор того или иного метода родоразрешения, авторы таких методик не учитывают характер возможной акушерской ситуации – urgentный, непредсказуемый, а порой и неуправляемый. Такие «преподаватели» обычно не имеют меди-

цинского образования, роды считают исключительно физиологическим актом, а медиков - буквально врагами матери и ребёнка. Необходимо учитывать, что большинству будущих матерей России недоступны родовспомогательные учреждения с нетрадиционным ведением родов. Поэтому программу обучения материнской грамотности следует строить на принципах родовспоможения обычного районного родильного дома.

В настоящее время в работу с беременными активно включились специалисты по перинатальной психологии, развивающие свою деятельность даже в женских консультациях, на базе государственных ЛПУ. Особенно бурной ощущается их деятельность в коммерческих центрах (сознательного родительства, родительской культуры, перинатального воспитания). Использование в работе с беременными и молодыми семьями лишь методик, разработанных благодаря новому научному направлению – перинатальной психологии, крайне недостаточно и ошибочно. Возможно, такое одностороннее развитие и внедрение в практику данные методики получили по причине не только волнующей умы учёных и практиков проблемы профилактической работы, но и лавинообразного внедрения во все сферы трудовой деятельности таких специалистов как психологи, в чьей специальности сегодня отмечается явное перепроизводство. Более того, к работе с беременными допускаются психологи, не только не имеющие высшего медицинского образования, но и также являющиеся недостаточно квалифицированными и опытными специалистами. Среди них встречаются приверженцы ненаучных взглядов по вопросам психологии беременности и родов, а их деятельность сродни практике целителей и экстрасенсов.

В то же время, врачи, связанные профессионально с рассматриваемой проблемой, не придают должного значения профилактической работе в виде санитарно-гигиенического обучения будущих и молодых родителей, а также не имеют для неё дополнительного времени. Существенным разделом родительских знаний являются медико-педагогические аспекты воспитания ребёнка раннего возраста, обеспечивающие в дальнейшем своевременное нервно-психическое развитие ребёнка, становление навыков и умений, что говорит о необходимости подключения к процессу дородовой подготовки такого специалиста как педагог. Вопросы социальной защиты женщины-матери, её права и льготы находятся в компетенции юриста, в силу этого необходимость подключения такого специалиста к работе не подлежит сомнению. Все вышеизложенные положения определяют необходимость более серьёзного отношения к проблеме и создания единой государственной образовательной программы подготовки супругов к родителству, обеспечивающей повышение их медико-психолого-педагогической грамотности и активности. Наиболее целесообразным представляется перенос такого рода деятельности как консультативно-просветительская и оздоровительно-профилактическая работа с семьёй в учреждения немедицинского профиля (например, в центры социальной помощи семье и детям), где возможна деятельность междисциплинарной команды специалистов, необходимых для такой работы. Интеграция смежных сфер деятельности для решения одной, но многогранной проблемы - охраны материнства и детства, обеспечит наиболее плодотворную работу специалистов и приведёт к более значительным результатам.

Следует отметить, что программы подготовки к родам, проводимые вне государственных ЛПУ (исключением становятся центры помощи семье и детям «Семья», относящиеся к системе социальной защиты населения), предлагаются будущим родителям исключительно на платной основе, что делает их недоступными для семьи даже со средним материальным достатком. Создание единой образовательной программы подготовки семьи к рождению ребёнка и внедрение её на базе государственного учреждения системы здравоохранения (например, центры медицинской профилактики) или социальной защиты (например, центры помощи семье и детям «Семья»), обеспечив её реализацию силами специалистов разных ведомств, дополнив её оздоровительно-профилактическими мероприятиями, сделав её прохождением обязательным для каждой беременной женщины и совершенно бесплатным, внесёт неоценимый вклад в дело охраны здоровья матери и ребёнка.

Учреждения родовспоможения безусловно несут определённую нагрузку по проведению просветительской санитарно-гигиенической работы с молодыми матерями.

Но эта деятельность всё же характеризуется как недостаточная. Акушер-гинеколог, расценивая состояние роженицы и возможные проблемы здоровья, даёт определённые рекомендации и советы на будущее. Педиатр-неонатолог проводит лекции и индивидуальные беседы с женщинами по методам ухода за новорождённым и о пользе грудного вскармливания. Но в таких ограниченных по времени и задачам беседах нереально охватить все возможные проблемы в состоянии здоровья новорождённого, связанные с заболеваниями или дефектами ухода, порекомендовать алгоритм оказания первой помощи ребёнку в экстремальных ситуациях, дать советы по проведению профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставить информацию по становлению и сохранению лактации. Как правило, женщина с новорождённым ребёнком выписывается домой из роддома растерянной и неуверенной в себе, что приводит к ухудшению её психофизического статуса, вызывая послеродовую депрессию, гипогалактию и семейные конфликты.

В детской поликлинике профилактическая санитарно-гигиеническая работа врачей-педиатров и детских медсестёр заключается в кратких беседах с молодой мамой в процессе проведения патронажа новорождённого. В течение ежемесячных профилактических осмотров ребёнка грудного возраста врач на приёме лишь успевает оценить физическое и нервно-психическое развитие, порекомендовать питание, направить на прививку, назначить лечение ребёнку «группы риска» или «реконвалесценту». Таким образом, можно утверждать, что профилактическая работа на педиатрическом участке ведётся недостаточно, и лишь врачи-энтузиасты остаются верны такой форме работы с молодыми матерями.

Актуальность данного вопроса возрастает в связи с перспективой реализации программы реформирования первичного звена здравоохранения, когда педиатрическая помощь в полном объёме станет семье недоступной, а лечебная и даже санитарно-просветительская работа семейного врача - недостаточно квалифицированной.

Формированием здоровьесберегающей функции семьи на протяжении длительного времени занимаются различные специалисты-профессионалы, владеющие не только медицинскими знаниями. Здоровье семьи зависит от очень многих факторов и обстоятельств, знание о которых помогает её членам сформировать, сохранить и укрепить здоровье следующих поколений.

Учитывая вышеизложенные положения, соответствующие существующей реальности, на базе ГУ «Центр «Семья» создана новая организационно-функциональная структура - «Школа для родителей «Здоровый ребёнок», являющаяся основой работы отдела медико-социальной помощи.

Основной задачей Школы является формирование здоровья семьи на ранних этапах её развития.

Организацию и поэтапное содержание работы Школы «Здоровый ребёнок» можно представить следующим образом:

Первый этап – Подготовка организмов супругов к зачатию в виде беседы врача с будущими родителями, планируемыми беременностью. Проводится информирование супружеской пары о специфике питания будущих родителей на этапах планирования и ранних сроках беременности, о проведении профилактических прививок, медицинских обследований и предварительного лечения заболеваний, особенностях образа жизни, профессиональных вредностей, отдыха супругов. Большое внимание уделяется вопросам вреда и профилактики абортов.

Второй этап -- Семинары «Уроки материнства» для будущих матерей и отцов, включают теоретические занятия по подготовке семьи к родам, поведению женщины в родах, уходу, питанию, формированию, охране и развитию первичного здоровья ребёнка; практические занятия по освоению навыков ухода за здоровым и больным ребёнком, оказанию доврачебной неотложной помощи, оценке нервно-психического развития ребёнка младенческого возраста, проведению оздоровительных процедур. В программу семинаров включено посещение акушерского стационара. Рассматриваются

вопросы социальной защиты материнства и детства.

Третий этап – Группы здоровья «Крепыш» созданы для проведения методических занятий в группах молодых матерей, имеющих детей первого года жизни, и заключаются в проведении оздоровительных процедур в виде массажа и гимнастики, стимуляции формирования навыков и умений; оказывается помощь в оценке и коррекции нервно-психического развития ребёнка. Помощь в становлении и сохранении лактации оказывает кабинет пропаганды и поддержки грудного вскармливания.

Работает кабинет абилитации. Здесь производится индивидуальная оценка физического и нервно-психического развития младенцев, выделение «групп риска» по ранней детской инвалидизации, даются рекомендации по питанию и уходу за ребёнком с учётом особенностей пре-интра- и постнатального периода его жизни.

Четвёртый этап – Студия раннего гармоничного развития «Солнышко» организована для осуществления методических занятий в группах матерей, имеющих детей от 1 года до 3-х лет. Её деятельность направлена на вовлечение родителей в формирование возрастных навыков и умений, развитие мелкой моторики и стимуляцию нейро-сенсорного развития ребёнка раннего возраста.

Специалистами междисциплинарной команды, обеспечивающей работу Школы, являются: врачи (неонатолог, акушер-гинеколог, детский невролог), семейный психотерапевт, перинатальный психолог, педагог-абилитолог, юрист, социальный педагог.

За время существования Школы проведён анализ её деятельности и получены следующие данные:

92% детей, рожденных матерями, посещающими Школу, находятся на длительном грудном вскармливании (до 1,5 лет).

Все дети, посещающие группы здоровья «Крепыш», опережают своих сверстников в психомоторном развитии на 1-1,5 месяца.

Дети «групп риска», получающие специфический уход и заботу по разработанной профилактической программе, практически не реализуют ожидаемых заболеваний.

Дети, посещающие Студию раннего гармоничного развития «Солнышко», значительно реже имеют задержку нервно-психического и речевого развития, а также меньше страдают гиперактивностью.

Не зарегистрировано ни одного случая установления инвалидности у детей первого года жизни, несмотря на наличие «состояний-предшественников» ДЦП и неблагоприятного репродуктивного анамнеза их матерей (экстракорпоральное оплодотворение, хроническая внутриутробная гипоксия, внутриутробное инфицирование, асфиксия в родах, преждевременные роды и т.д.).

Не отмечалось ни одного случая отказа от ребёнка среди женщин, посещавших Школу, чья беременность не являлась запланированной.

Активное вовлечение отцов в проблемы ухода и воспитания детей обеспечивает повышение родительской ответственности за жизнь и здоровье ребёнка, а также укрепляет социальную роль отцовства, что значительно улучшает внутрисемейные отношения.

Реализована возможность организации междисциплинарной формы работы с семьёй, способствующей формированию её здоровьесберегающей функции и психологического климата в один из кризисных периодов, связанный с рождением ребёнка, на базе учреждения социального обслуживания семьи и детей.

Немедицинский характер деятельности учреждения способствует интеграции различных специалистов для работы в одной команде и обеспечивает межведомственное взаимодействие в вопросах профилактики и преодоления семейного неблагополучия, а также охраны здоровья матери и ребёнка.

Вывод. Система комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения семьи с преемственностью на всех этапах охраны здоровья и воспитания ребёнка повышает уровень специальных знаний родителей, формирует положительный настрой на участие в процессах роста и развития ребёнка и тем самым становится фундаментом для профилактической работы с целью снижения детской заболеваемости, инвалидности и смертности. Социальная значимость проведённой работы заключается в разработанной системе медико-социальной профилактики семейного неблагополучия. Направленная на здоровую и благополучную семью система

медико-психолого-педагогической поддержки обеспечивает «культивирование» и приумножение в обществе данных социальных групп, способствующих оздоровлению нашего социума в целом и улучшению качественных характеристик популяции.

## ПОЗДНЯЯ МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ

Тутынина О.В., Егорова А.Т.

Россия, г.Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования

**Актуальность.** В рамках Национального проекта «Здоровье» одним из приоритетных направлений является улучшение демографических показателей. Репродуктивное здоровье женщин выделяется особой значимостью, так как оно связано со здоровьем детей, а, следовательно, с будущим государства и нации. Проблема материнской заболеваемости и смертности продолжает сохранять свою актуальность, в то время как современные достижения медицинской науки, новейшие технологии вполне достаточны для того, чтобы не допустить ни одного случая смерти женщин от класса причин «Осложнения беременности, родов и послеродового периода».

Послеродовой период - заключительная стадия гестационного процесса, который можно достоверно отнести к «критическому» на основании колоссальных перестроек в организме родильницы. Временной промежуток 42 дня после родов - срок, которым ограничивается этот период при статистической обработке материнской смертности. Однако известно немало случаев, когда смерть женщин наступила позже 42 дней после родов от причин, прямо или косвенно связанных с беременностью. В этой связи 43-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 году приняла решение, в соответствии с которым страны должны рассмотреть вопрос о включении в свидетельство о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и состояния здоровья в течение 1 года после ее прекращения, и принять термин «поздняя материнская смертность».

При обзоре отечественной литературы стало очевидным, что в России, при значительном количестве работ, посвященных проблеме материнской смертности, отсутствуют исследования по изучению поздней материнской смертности. По данным исследований зарубежных авторов, период с 43 дня до 1 года после родов является «ключевым резервом» при разработке мер профилактики материнской смертности.

**Цель.** Разработать систему мероприятий по профилактике и снижению материнской смертности на основе количественного определения случаев поздней материнской смертности, детального исследования причин, приведших к летальным исходам, и изучения медико-организационных и социальных факторов риска.

**Материалы исследования.** Проведен экспертный анализ 15 случаев поздней материнской смертности по данным первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной, история родов, медицинская карта стационарного больного, протокол судебно-медицинского исследования, свидетельство о смерти) на основании базы данных пролеченных больных в медицинских учреждениях Красноярского края за 2000-2005 гг.

**Методы исследования.** Ретроспективное исследование случаев поздней материнской смертности, включающее выкопировку данных, клинико-экспертный анализ, статистическую обработку.

**Полученные результаты.** Смертность в раннем репродуктивном возрасте составила 73,3% (11), в позднем - 26,7% (4). Городскими жительницами были 60% (9), сельскими - 40% (6). Среднее образование имели 87,6% (13), высшее - 13,3% (2). Женщины, состоящие в браке, составили 66,7% (10); в 13,3% (2) - брак не был зарегистрирован; 20% (3) - незамужние. На безработных пришлось 33,3% (5), работали - 53,3% (8), 13,3% (2) - учащиеся. Первородящих было 46,7% (7), повторнородящих - 53,3% (8), из которых много-рожавшие составили 13,3% (2). Родились живые дети в 66,7% (10) случаях, в 33,3% (5) - беременность закончилась прерыванием до 28 недель.

Лидирующей причиной поздней материнской смертности являлись септические осложнения - 46,7% (7) случаев. Сепсис вследствие криминального аборта - в 6,7% (1), после кесарева сечения - в 13,3% (2), сепсис как следствие послеродового метроэндометрита - в 13,4% (2), язвенно-некротический колит - в 13,3% (2).

Второе место в структуре поздней материнской смертности заняла онкопатология репродуктивной системы (рак шейки матки - 20% (3), рак яичников - 6,7% (1) и 13,3% (2) - рак молочной железы) - 40% (6) случаев. Беременность закончилась прерыванием в 50% (3), в 50% (3) случаев - родились живые дети. Несмотря на то, что беременные наблюдались в женской консультации и являлись городскими жительницами, во всех случаях имела место поздняя диагностика злокачественного процесса.

Гестоз как причина поздней материнской смертности отмечался в 13,3% (2) случаях, произошедших вследствие постэклампсической комы.

Большинство летальных исходов - 66,7% (10) - произошло в первые три месяца после родов, остальные 33,3% (5) - в течение года после родоразрешения.

Нами выявлено низкое качество наблюдения на этапе амбулаторной помощи. На учет по беременности до 12 недель встали 66,7% (10) женщин, не состояли на учете - 13,3% (2). Недостаточный объем обследования имел место в 40% (6) случаев, недооценка факторов риска - в 26,7% (4), неадекватный объем лечения - в 13,3% (2).

На стационарном уровне медицинской помощи неадекватная или поздняя диагностика осложнений имела место в 20% (3) случаев, несвоевременное родоразрешение - в 20% (3), недостаточная квалификация специалистов - в 6,7% (1), отсутствие оборудования для диагностики и лечения - в 26,7% (4), поздний перевод в профильный стационар - в 26,7% (4).

**Выводы.** Введение категории «поздняя материнская смертность» в МКБ - X, относящейся к классу «Осложнения беременности, родов и послеродового периода», - это шаг, хотя еще достаточно робкий, к более детальному изучению уровня и причин материнских потерь в течение 1 года после родов, который должен привести к новому пониманию проблемы материнской смертности и резервов ее снижения. Солидарно с Национальным проектом «Здоровье» новые тенденции требуют своего развития.

Мониторинг учета случаев поздней материнской смертности должен начинаться с точного, рутинного учета смертей, связанных с беременностью и родами. Эта проблема тесно связана с правильностью заполнения свидетельства о смерти как патологоанатомами, так и акушерами-гинекологами, что затрудняет полноту учета и единообразие кодировки причин материнской смертности.

Лечебно-диагностические и организационно-тактические ошибки при оказании медицинской помощи беременным, роже-ницам и родильницам, умершим вследствие причин, прямо или косвенно связанных с беременностью, являются основными факторами, влияющими на материнскую летальность и составляющими понятие качества оказания медицинской помощи.

Необходимо изменить отношение женщины к себе, своему здоровью и образу жизни - это задача гендерной политики, активное развитие которой крайне необходимо в сегодняшней России, где отношение к женщине формируется в условиях политической нестабильности, экономического кризиса и национальных конфликтов.

Каждый новорожденный должен иметь мать, которая дала ему жизнь и осталась в живых, чтобы его воспитать.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ Эльгарова Л.В.

Кабардино-Балкарская республика, г.Нальчик, КБГУ

В настоящее время в стране в связи с затянувшимися социально-экономическими реформами наблюдается рост заболеваемости и смертности россиян. Неблагоприятные тенденции прослеживаются и в состоянии здоровья женского населения, в т.ч. и молодого

возраста. В этой связи особое значение приобретает реализация массовых профилактических мероприятий для организации комплексных лечебно-оздоровительных мероприятий по предупреждению хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и коррекции отягощенного стиля жизни современных молодых людей.

Цель исследования – изучить частоту ХНИЗ и их факторов риска (ФР) в женской студенческой среде, сформировать профилактические программы, обеспечивающие формирование здорового образа жизни.

Материал и методы. Стандартизованными методами (ГНИЦ ПМ МЗиСР) охвачены 504 студентки университета и сельхозакадемии в возрасте 18-22 лет для определения распространенности основных ХНИЗ, их ФР – низкой физической активности (НФА), избыточной массы тела (ИМТ), артериальной гипертензии (АГ), курения (К), употребления алкогольных напитков и наркотических веществ.

Результаты эпидемиологического обследования свидетельствуют о достаточно высокой частоте ХНИЗ и их ФР. В структуре заболеваемости преобладали эндокринопатии – 65,0%. Хронические неспецифические заболевания легких выявлены у 35,6%, патология желудочно-кишечного тракта – у 32,2%, болезни почек – у 20,5 %, сердечно-сосудистые заболевания – у 4,8%, нейроциркуляторная дистония – у 15,1% обследованных. При этом, только 12,8% девушек состояло на диспансерном учете, а у 42,2% - заболевания были выявлены впервые во время профилактического осмотра. Закрытые черепно-мозговые травмы в анамнезе зафиксированы у 5,5% девушек. Нуждаются в консультации невропатолога 50% девушек, предъявляющие жалобы на еженедельные головные боли, головокружение, ухудшение памяти. Следует подчеркнуть, что у 36,0% обследованных девушек выявлено сочетание нескольких заболеваний.

ФР ХНИЗ зарегистрированы у абсолютного большинства обследованных (91,8%). В 51,3% случаев установлено сочетание нескольких ФР – ИМТ и НФА, ИМТ и АГ, АГ и НФА, курение и АГ. Частота последней составила 2,2%, высокое артериальное давление – 2,8%, т.е. соотношение частоты АГ и верхнего нормального АД (ВНАД) среди девушек составило 34,5%. Большая часть студенток (76,9%) имела нормальную массу тела, у 8,0% обследованных выявлена ИМТ, у 0,9% - ожирение. Обращает на себя внимание высокий процент девушек с дефицитом массы тела – 14,3. НФА зафиксирована у 86,6% студенток. Ежедневной утренней гимнастикой занимаются лишь 17,4%, вовлечены в регулярные занятия спортом 13,6% опрошенных. В среднем на занятия спортом уходит  $4,8 \pm 3,2$  часа в неделю. Продолжительность сна составляет  $7,6 \pm 1,4$  часа. 12,3% девушек подвержены табакокурению. В прошлом курили 4,3%. За последние 10 лет распространенность курения среди девушек выросла в 3,4 раза. Подавляющее большинство студенток (87,5%) выкуривают 1-2 сигареты в день. Средний возраст приобщения к курению составил  $13,0 \pm 5,0$  лет. Периодически употребляют алкогольные напитки 48,9% девушек, из них ежедневно – 2,4%, 3-4 раза в неделю – 1,2%, 1-2 раза в неделю – 0,8%, 1-2 раза в месяц – 15,8% и реже, чем 1 раз в месяц – 80,6%. 0,9% девушек признались в том, что пробовали наркотические вещества.

Полученные результаты клинико-эпидемиологического обследования студенток являются фрагментом проекта «Здоровье студенток Кабардино-Балкарии», в рамках которого осуществляется мониторинг состояния здоровья и вредных привычек студенческой молодежи на протяжении последних 10 лет. Предложен авторский образовательный проект в виде элективного курса «Формирование здорового образа жизни студенток». Кроме того, широко используются возможности студенческой поликлиники и вузовских санаторно-оздоровительных баз в Нальчике, Приэльбрусье и Новом Афоне. Предварительные данные комплексного наблюдения 135 студенток демонстрируют перспективность медико-образовательной комплексной программы охраны здоровья обучающихся, осуществляемой в ВУЗах республики.

## **ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ В Г. КАЗАНИ С 2003Г. ПО 2007Г.**

**Нестеровой Д.Ф.**

*ГУЗ, Городской центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями*

Заболеваемость женщин фертильного возраста ВИЧ-инфекцией в г.Казани с 2001г. имеет тенденцию к росту. Если в начале указанного периода ВИЧ-инфекция распространялась среди наркопотребителей, подавляющее большинство которых были мужчины в возрасте от 19 до 29 лет, в дальнейшем наметился рост половых путей передачи ВИЧ-инфекции, который на сегодня достиг 17%. В настоящее время женщины составляют четверть от общего количества выявленных больных. Соответственно увеличивается количество детей, рожденных этими женщинами. Поскольку половина женщин нигде не работает, 12% из них являются учащимися различных учебных заведений и не имеют средств на содержание ребенка, появляются дети, лишенные попечения родителей. На данный момент из 255 родившихся детей 10 лишены попечения родителей. Кроме того, из-за асоциальности часть наших пациенток поздно встают на учет по беременности и получают химиопрофилактику не в полном объеме, в связи с чем возрастает риск перинатального заражения детей ВИЧ-инфекцией. В настоящее время у 17 детей из числа рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в г.Казани установлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Исходя из эпидемиологических предпосылок, можно сделать вывод о необходимости планирования беременности у женщин с ВИЧ-положительным статусом.

За период с 2003г. по настоящее время Центр по профилактике и борьбе со СПИД совместно с главным акушером-гинекологом Управления здравоохранения исполкома муниципального образования г.Казани Н.А.Князевой и сотрудниками кожно-венерологического диспансера проводится поиск и оказывается помощь по планированию беременности и предохранению от нежелательной беременности среди женщин, состоящих на диспансерном учете в Центре СПИД. Она включает в себя разъяснительную работу по информированию в детских поликлиниках и женских консультациях, а также в Центре планирования семьи, консультации пациенток психотерапевтами и специалистом по социальной работе Центра СПИД, раздачу специализированных буклетов «ВИЧ и беременность», рассчитанных на данную аудиторию, выступления в средствах массовой информации, благотворительные акции для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и лишенных попечения родителей.

Действенными мерами, направленными на решение задачи профилактики социального сиротства являются обязательное тестирование на беременность всех женщин, приходящих на диспансерный прием и женщин из дискордантных пар, безвозмездное обеспечение пероральными контрацептивами и внутриматочными средствами контрацепции наших пациенток. Раздача контрацептивов проводится с 2003г. через женские консультации по месту жительства.

Наряду с профилактикой нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин необходимо проведение профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Актуальность приобрела экстренная постконтактная профилактика всех нежелательных последствий рискованного поведения, которое, к сожалению, зачастую демонстрируют наши пациентки. Девушки-подростки с ВИЧ+ статусом наиболее уязвимы, так как составляют группу риска по возникновению нежелательной беременности. Специалисты всех профилей, работающие с данным контингентом, призваны формировать у подростков ответственное отношение к репродуктивному здоровью, одновременно предлагая экстренную контрацепцию, для применения которой нет абсолютных противопоказаний.

## СОДЕРЖАНИЕ

### АКУШЕРСТВО

- ПРОФИЛАКТИКА ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ..... 3  
Абдурахманова Р.А.
- КОНЦЕНТРАЦИОННО-ЗАВИСИМОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕКСЭСТРОЛА НА СОКРАЩЕНИЯ МИОМЕТРИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ АТФ..... 3  
Аблаева Д.Н., Хасанов А.А., Зиганшин А.У., Шакирова Ф.К., Янкович В.А., Аблаева С.И.
- АНТИОКСИДАНТЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ..... 4  
Абрамян Л.Р., Абрамченко В.В.
- УСИЛЕНИЕ ПРОДУКЦИИ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В I ТРИМЕСТРЕ – КРИТЕРИЙ МАНИФЕСТАЦИИ ГЕСТОЗА В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ.....5  
Авруцкая В.В.
- МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ..... 6  
Агаркова Л.А., Желев В.А., Белова Н.Г.
- НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ.....6  
Агаркова Е.Ю., Чернявский И.Я., Гюнтер В.Э., Чернявская О.В., Михайлов В.Д.
- СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....7  
Алигаджиев М., Бегова С.В., Омаров Н.С-М.
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ РОДОВ..... 8  
Алиева Э.А., Тамазаева Х.Н., Багрий Е.Г.
- КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.....9  
Аллахкулиева С.З., Хашаева Т.Х., Одаманова М.А., Алиева С.А.
- РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ В НАРУШЕНИИ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....9  
Алябьева Е. А.
- ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ... 10  
Ананьев В.А., Захарова О.В., Твалчрелидзе М.Ю., Демочкина Ю.Н., Морозова Е.Д.
- К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.....11  
Апандиева М.М., Омаров Н.С-М.
- КВЧ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....12  
Арсеньева А.А., Агаркова Л.А., Дикке Г.Б., Воробьев Ю.О. \*
- ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ..... 13  
Артюх Ю.А.
- ГЕСТОЗЫ У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАВШИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ..... 13  
Арутюнян А.М., Мищенко А.Л., Казакова Л.А..
- ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ.....14  
Архипов В.В., Хайруллина Ф.Л., Радутный В.Н.
- ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ..... 14  
Ахвледиани К.Н., Шидловская Н.В., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Капустина М.В.
- ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТАХ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ.....15  
Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Чарторижская Н.Н., Тиханова Л.А.
- ОСОБЕННОСТИ ВОСХОДЯЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ..... 16  
Белоусова Н. А., Просветов А. В., Рец Ю.В. Глуховец И.Б., Жидкова М.Л.
- ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....17  
Беляева Е.Д., Тетелютина Ф.К.
- РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРОМЕЖНОСТИ В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА.17  
Бова О.С., Новикова О.Н., Полторацкая Л.П., Силиванова Н.Б.
- ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....18  
Боголюбская А.Л.
- ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ.....19  
Борисова Н.И., Ботвин М.А., Демочкина Ю.Н., Россейкина М.Г.
- ВЛИЯНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.....20  
Боровкова Л.В., Колобова С.О.
- СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ... 20  
Брагина Л. Б.

О ВАРИАНТАХ ВОСХОДЯЩЕГО ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ..... 21 Бубнова Н.И.	БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННО- СТИ, ЕЁ ИСХОДЫ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД.....30 Гайсина Ю.Р., Бондаренко К.Р., Гараева Л.Н., Хасанова С.Г., Хасанова Г.Ф., Мавзютов А.Р.
МАТЕРИНСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ..... 22 Буданов П.В., Стрижакова М.А., Рыбин М.В., Асланов А.Г.	АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ РОЖДЕНИИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ.....31 Галимова И. Р.
СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОДЕЛИНА В ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ТКАНИ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ НА ПРОТЯЖЕНИИ I ТРИМЕСТРА.....23 Буштырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В.	ПСЕВДОДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ..... 31 Галкина О.А., Охотина Т.Н., Мадянов И.В., Кичигин В.А.
УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ГЛИКОДЕЛИНА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП..... 23 Буштырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В., Осипова В.Я.	АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ДАННЫХ УЗИ ИКАРДИОТО- КОГРАФИИ ПЛОДА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА.....32 Галкина О.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРОВ ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННЫХ КРАХМАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....24 Быстрицкая Н.Ю., Ишметова В.В.	СОСТОЯНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТЕОПЕНИЕЙ.....33 Гаспарян Н.Д., Григорьева Д.В., Демина Е.Б., Лебедева Е.А.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ.....24 Валиуллина Н.З., Кульмухаметова Н.Г., Попова Е.М.	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП И СОМАТОТИПОВ.....34 Гладкая В.С., Егорова А.Т.
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПО КАЛЬФ-КАЛИФУ И РН МЕТРИИ МЕТРОАСПИРАТА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА.....25 Вартанян С.М., Федорович О.К.	ВЛИЯНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ НА МАТОЧНУЮ АКТИВНОСТЬ..... 35 Голубева О.В.
ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА..... 26 Вартанян С.М., Федорович О.К.	ВЛИЯЕТ ЛИ КОЛИЧЕСТВО КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ В АНАМНЕЗЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОПЕРАЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА?.....35 Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОЛОГИИ МЕТРОАСПИРАТА И С- РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПУЭРПЕРИЯ.....27 Вартанян С.М., Федорович О.К.	ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ- ИНФЕКЦИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ.....36 Гурьянова М.В.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН..... 28 Верещагина Н.В., Сандакова Е.А.	ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ..... 37 Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Грибко Т.В., Щербакова О.Л., Болвачева Е.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГИДРОНЕФРОЗОМ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ.....29 Верзакова И.В., Сетоян М.А.	ИСТЕРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА.... 38 Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э., Габитова Н. А., Мороз Н.Н., Бухарина И.Ю.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ... 29 Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю.	ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА.... 38 Даутова Л.А, Ящук А.Г., Магафуров Р.Ф., Шевченко Я.Р., Валиева Э.Р., Рябошапкина О.В., Мохова М.А., Искандерова А.Р.
	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МАКМИРОР- КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВА- ГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ.... 39 Дзагоева Ф.Б., Цаллагова Л.В., Гасиева М.А., Тедеева Д.А., Гокоева Л.К.

КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ.....40 Диш О.Г., Габитова Н.А., Агаркова Л.А., Логвинов С.В., Дикке Г.Б.	АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПОСЛЕ РОДОВ..... 51 Жданова В.Ю., Михеев А.П.
ФАКТОРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ: ГОМОЦИСТЕИН И ОКСИД АЗОТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....41 Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Алиева Д.Н., Степанян А.В.	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ..... 52 Замалева Р.С., Черепанова Н. А.
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ГЕСТОЗЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....42 Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Степанян А.В.	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ.....52 Захарова Л. В., Нимаева С. Ц.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ..... 43 Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Степанян А.В.	СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....53 Зефирова Т.П.
ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ..... 43 Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Филатова Л.А., Дзейгова Э.А., Артизанова Д.П.	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА..... 54 Зиганшин А.М., Кулавский В.А.
ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЕЙ..... 44 Донина Е.В., Макацария А.Д.	НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В РОДАХ.....54 Ибрагимов Б.Р., Багомедов Р.Г., Эсетов А.М., Нураева Т.Ш., Хизроева О.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....45 Евтушенко И.Д., Добрянская Р.Г., Залевский Г.В., Заева И.Г., Растохина Т.Я.	ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ ПЛОДА И РОЖЕНИЦ С НЕФРОПАТИЕЙ ИЛИ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....55 Иванова Т.А., Доброхотова Ю.Э., Онуфриев М.В., Лазарева Н.А., Перегуд Д.И., Гехт А.Б., Локшина О.Б.
МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГЕСТОЗОВ.....46 Егорова А. Т.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЯХ ПЛОДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....55 Игнатко И.В., Калинина Е.М.
КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО–СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... 47 Егорова А.Т., Стрижак Н.В.	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА У ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РОСТА.....56 Игнатьева А.А., Пучко Т.К., Волобуев А.И., Куринов С.Б.
ПОРОГ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ХЛОРИДУ НАТРИЯ КАК НОВЫЙ ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....47 Егорова И.В., Стольников И.И.	ВОЗРАСТ СТАРШЕ 35 ЛЕТ И ТРОМБОФИЛИЯ СОСТОЯНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ..... 57 Идрисова М.Я.
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....48 Енгибарян Д.А., Котова Ю.С., Константинова О.Д.	РОЛЬ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АФС.....58 Ижедерова И.Р., Охотина Т.Н., Голубцова Н.Н.
АНАЛИЗ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО АКУШЕРСКОМУ ОБСЕРВАЦИОННОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ЗА 10 ЛЕТ.....49 Жданова В. Ю., Тетерина Н.Г., Князева Г.М., Цилицкий Э.Г.	МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ПЛОДА С УЧЕТОМ ЕГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ..... 59 Ишпахтин Г.Ю., Олексенко О.М.
РОДОВАЯ ТРАВМА: АКУШЕРСКИЕ ПРИЧИНЫ?.....50 Жданова В.Ю., Галкина О.Н., Измайлова Ф.А., Маршанина Л.С.	РАЗВИТИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДЛЕЖАНИЯ.....59 Ишпахтин Г.Ю., Олексенко О.М.



ГИПОГАЛАКТИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ КОРОТКОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ.....	59	БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ.....	69
Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ананьев В.А., Захарова О.В., Долгушина Л.М		Киселева О.Ю., Добрынина М.Л., Керимкулова Н.В.	
АНТИБИОТИКИ И КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ЗА И ПРОТИВ.....	60	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИМОРФИЗМА ХРОМОСОМ У ПЛОДА.....	69
Каган В.В., Брюхина Е.В., Нужнов С.Г.		Ковалев В.В., Добрынина Н.В.	
НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ.....	61	ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ.....	70
Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л.		Клементе Апумайта Х.М., Побединский Н.М., Ищенко А.И., Зуев В.М., Лукич В.Л., Ковалев М.И.	
СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА КАРДИОАКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	62	ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	71
Камалов Э.М., Хамадьянов У.Р., Утяшева Р.А.		Козина О.В., Вартанова О.А.	
Россия, Уфа, Перинатальный Центр.....	62	НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	72
ВЛИЯНИЕ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA НА МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.....	63	Козина О.В.	
Кан Н.И., Ванина Л.Н., Николаева-Балл Д.Р.		ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА.....	72
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	63	Козина О.В.	
Капизова О.В., Сандакова Е.А., Шарипова И.С.		МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	73
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОК С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	64	Козина О.В., Долгушина Л.М., Россейкина М.Г.	
Капительный В.А.		РОЛЬ TGF В ПРОЦЕССАХ АНГИОГЕНЕЗА ПЛАЦЕНТЫ В НОРМЕ И ПРИ ГЕСТОЗЕ.....	74
БЕТА–АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	64	Колобов А.В., Соколов Д.И., Лесничия М.В., Крамарева Н.Л., Мозговая Е.В., Кветной И.М., Аржанова О.Н., Сельков С.А.	
Карагулян О.Р., Карагулян Р.Р., Абрамченко В.В., Григорян Р.С..		ПУТИ СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.....	74
АДРЕНЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	65	Кононова И.Н., Прохоров В.Н., Коротовских Л.И., Сысоев Д.А.	
Карагулян Р.Р., Абрамченко В.В.		СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЬНИЦ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	75
ФАРМАКОЛАЗЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПРОТЕКЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	66	Константинова О.Д., Пиманов С.Ф.	
Картелишев А.В., Коколина В.Ф., Васильева О.А., Румянцев А.Г.		ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ.....	76
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РОЖЕНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕСТОЗ.....	67	Коротких И.Н., Ходасевич Э.В., Щетинкина Е.С., Юрченко Т.В.	
Каюмова Л.Х.		ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШАХ.....	76
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	67	Кравченко П.Б., Новиков Е.И., Глуховец Б.И.	
Кварацхелия Е.Е.			
К ВОПРОСУ О ПОСЛЕРОДОВОМ ОПОРОЖНЕНИИ МАТКИ.....	68		
Киселева Э.Я., Журавлева В.И.			

ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТОЗОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	77	ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....	89
Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Ржевская Н.В., Бурлакова О.А.		Лазарева Н.В., Ильяшевская Р.Я., Нестеренко С.А., Попова М.Г., Родионова Н.А., Слободина В.А.	
ХОФИТОЛ В ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗОВ.....	77	НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ. ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ».....	90
Крамарский В.А., Ржевская Н.В., В.Н.Дудакова.		Ландеховский Ю.Д., Комисарова Л.М., Фролова О.Г., Николаева Е.И.	
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ — БЕРЕЖНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ИЛИ АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ..	78	ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ.....	91
Краснопольский В.И., Логутова Л.С.		Лапицкий Д.А., Горин В.С., Серебренникова Е.С., Рудыка В.Н.	
КРОВООБРАЩЕНИЕ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ «МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД» ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	79	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭКТРОПИОНА.....	92
Кривцова Е.И., Матвеева В.С., Павлова Н.Г.		Ли Б., Иванова М.Н., Минаев Н.Н.	
ПРОЦЕССЫ РЕЦЕПЦИИ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ПЛАЦЕНТЕ, ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧКАХ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	80	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	93
Крукиер И.И., Погорелова Т.Н., Авруцкая В.В.		Ли О.А., Ниаури Д.А.	
УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КТГ МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ.....	81	БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА.....	93
Кузин В.Ф.		Липман А.Д., Козина О.В., Мельник Е.В.	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ..	82	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА.....	94
Кузнецова А.В.		Логутова Л.С., Петрухин В.А., Гурьева В.М., Бурумкулова Ф.Ф., Капустина М.В. Цивцивадзе Е.Б.,	
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	82	СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РОДОРАЗРЕШЕНИИ..	95
Кузнецова А.В.		Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н.	
СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ ЛЕГКИХ ПЛОДА ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА СРОКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	83	ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОПРОТЕКТОРОВ В АКУШЕРСТВЕ.....	96
Кузьмина Т.Е.		Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н., Петрухин В.А., Пырскова Ж.Ю., Витушко С.А.,	
АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ.....	84	СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С МАНИФЕСТАЦИЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЛИЯНИЕ НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ).....	97
Кулавский В.А., Сыртланов И.Р.		Магомедова З.А., Хашаева Т.Х.-М.	
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....	85	ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА.....	98
Кулаков В.И., Чернуха Е.А.		Магомедова И.А., Омаров Н.С.-М.	
МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС И ЙОДНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.....	88	ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ.....	99
Курмачева Н. А., Борисова Н. В., Аккузина О. П.		Майсурадзе Л.В., Цаллагова Л.В., Кабулова И.В.	
НЕОБХОДИМОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ.....	89	ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ.....	99
Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Нестеренко С.А., Мариенко Т.Ф., Кондратьева Н.Я., Кияшко И.С.		Макаев Р.С., Абрамченко В.В.	
		АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РОДАХ.....	100
		Макаев Р.С., Абрамченко В.В.	

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ (ТАЗЕ-ПАМА) ПРИ ОКАЗАНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В РОДАХ.....101 Макаев Р.С., Абрамченко В.В.	СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ИМ. ПРОФ. В.С. ГРУЗДЕВА.....108 Нигматулина Н.А., Янкович В.А.
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..101 Макаров О.В., Волкова Е.В., Корниенко Г.А.	ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ.....108 Нураева Т.Ш., Хашаева Т. Х-М., Ибрагимов Б.Р., Магомедова М.А.
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....102 Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Ганковская О.А.	ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМАТОМ.....109 Нуруллина Д.В., Еремкина В.И., Вахитов Р.А.
ТРОМБОФИЛИИ И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.....102 Макария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В.	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....110 Овчинников В.В., Дворянский С.А., Ворожцова С.И., Ивашкина Е.П.
АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ФИБРОМИОМЕ МАТКИ.....103 Маринкин И.О., Пушкарев Г.А.	ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....111 Озолия Л. А., Шайкова Д. А., Кашежева А. З.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДА.....104 Мельникова С.Е., Орлов В.М., Гаджиева Т.С.	СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ.....112 Омарова Х.М.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....104 Миляева Н. М., Кузнецов Н. Н., Ковалев В.В., Вершинина Г. А., Колесникова Т. Н.	ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРУКАЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПОГАЛАКТИИ У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ.....112 Омарова Х.М.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛОГО ГЕСТОЗА В ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....105 Миляева Н.М., Ковалев В.В., Кузнецов Н.Н., Вершинина Г.А., Шершнёв В.Н.	ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ...112 Омарова Х. М.
РОЛЬ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ В ПОДГОТОВКЕ РОДОВЫХ ПУТЕЙ К РОДАМ.....105 Михельсон А.А., Орлов А.В., Орлов В.И., Михельсон А.Ф.	ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА У МНОГОРОЖАВШИХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ.....113 Омарова Х.М.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....106 Модина М.А., Чотчаева М.Н., Лифенко Р.А., Гаспарян С.А., Савушкин А.В., Василенко И.А.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕФИЦИТЕ ЙОДА И ЖЕЛЕЗА...114 Омарова М.Ш., Хашаева Т.Х-М., Омаров Н.С-М.
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....106 Назарова Л.А., Базиян Е.В., Прокопенко В.М., Опарина Т.И., Константинова Н.Н., Павлова Н.Г.	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАНИЕМ ЖДА И ОЖИРЕНИЯ.....115 Омарова П.М., Казиева С.Э., Магомедова Д.М., Нурмагомедова С.С.
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У МНОГОРОЖАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ.....107 Негодова О.А., Бегова С.В., Омаров Н. С-М.	ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ЖЕНЩИН И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....115 Онищенко В.И., Долгов Г.В.
	ПЕРЕНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ...116 Орлов В.И., Авруцкая В.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ....117 Остроменский В.В., Абашин В.Г., Долгов Г.В., Атласов В.О.	К ВОПРОСУ О ПОИСКЕ ДОСТОВЕРНЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА. . . . .127 Поздняков И.М., Пекарев О.Г., Шубина В.И., Лузан О.Д.
ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ. ....118 Павлова Т.В., Малютина Е.С., Степаненко Т.А.	ВЛИЯНИЕ СИФИЛИСА НА БЕРЕМЕННОСТЬ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ. ....128 Полянская Р.Т., Степаненко О.В., Руппель Н.И., Дудина А.Ю., Панова Г.В., Шпакова Е.А.
ОСОБЕННОСТИ КИНЕТИКИ КИСЛОРОДНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ. ....119 Пальчик Е.А., Сидоренко И.А., Шустова О.Л., Дуянова О.П., Котова С.Ф., Гринблат Г.Б.	КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯВШИМСЯ АБОРТОМ. ....129 Попова Е.М., Ящук А.Г.
СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ....119 Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Сидоренко И.А., Михеева И.П., Котова С.Ф.	СОДЕРЖАНИЕ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ В ПЛАЦЕНТЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ. ....130 Прокопенко В.М., Алешина Г. М.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕ 30 ЛЕТ. ....120 Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Колбая Т.А.	ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНЗАВИСИМОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ПРОГНОЗА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ....130 Прокопенко В.М., Павлова Н.Г., Парцалис Г.К.
СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. ....120 Парада Н.С. Орлов В.И.	ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДИИ. .131 Прохорова В.С., Павлова Н.Г., Алексеева К.Е., Соловьева О.А.
ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НА ТЕРРИТОРИИ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ. ....121 Патрушев А.В.	К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. . . . .132 Пюрбеева Е.Н., Зайнулина М.С., Зубжицкая Л.Б.
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ. .122 Пашукова Е.А., Поздеева Э.Х., Сушенцова Т.В.	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ ПАНАВИР У БЕРЕМЕННЫХ. ....133 Рева Н.Л., Лekomцева В.А.
ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ТРОМБОФИЛИЕЙ. ....123 Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б., Макацария А.Д.	ОСНОВНЫЕ ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА. ....134 Рудаева Е.В.
ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА. ....124 Петрухин В.А., Мравян С.Р.	КАРДИОТОКОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ ПРИ НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ. ....134 Рудыка В.Н., Горин В.С., Лапицкий Д.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЮ ПЛОДА. ....125 Петрухин В.А., Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н., Мельников А.П., Капустина М.В., Коваленко Т.С., Магилевская Е.В., Реброва Т.В.,	КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ. . . .135 Савельева Г.М., Панина О.Б.
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ РОДИЛЬНИЦ СО СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕСТОЗА. ....126 Пицхелаури Е.Г.	ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА. ....136 Салий М.Г., Логинова Н.Ф., Селина Е.Г..
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ И ФАКТОРАМИ РИСКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ. ....127 Плужникова Т.А., Шляхтенко Т.Н., Алябьева Е.А.	КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ. ....137 Самородинова Л.А., Яцухно Л.В., Уквальберг М.Е., Вальдман С.Ф., Носова Г.С.
	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ....138 Сатышева И.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОКОЛЬПОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....139 Свердлова Е.С., Кулинич С.И., Черкашин В.Н.	ЗНАЧЕНИЕ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГЕМОДИНАМИКИ В СОСУДАХ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ОТЯГОЩЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ВЫБОРЕ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ.....148 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Гасангаджиева Г.А., Ефимов М.С., Ватолин К.В., Кунешко Н.
ВАГИНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....140 Себастьян Кен-Амоа	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....149 Субботина О.Ю., Абрамченко В.В., Панкратова В.В.
УРОВЕНЬ ЭНДОТОКСИНА И ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У РОДИЛЬНИЦ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.....140 Селихова М.С.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЖЕЛЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА ХОФИТОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ.....150 Субханкулова С.Ф., Габидуллина Р.И., Субханкулова А.Ф.
НОВЫЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ГИПОЛАКТИИ У РОДИЛЬНИЦ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.....141 Селихова М.С., Костенко Т.И.	НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПОТЕНИЧЕСКОМУ ТИПУ.....151 Сысоев Д.А., Прохоров В.Н., Кононова И.Н. Коротовских Л.И.
ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ.....142 Сельский А.С., Агаркова Л.А., Куприянова И.Е., Габитова Н.А.	РОЛЬ СКРЫТЫХ ФОРМ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....152 Таджиева В.Д., Тетерина Н.Г., Измайлова Ф.А., Ниязмухамедова М.Б, Албутова М.Л.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ.....142 Силиванова Н.Б., Ермоленко Л.Л., Бова О.С., Новикова О.Н.	ВЛИЯНИЯ ПЕРФТОРАНА НА ГАЗОТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ У РОДИЛЬНИЦ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ.....152 Тажиудинова Р.И., Нурмагомедова С.С.
НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ.....143 Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Конопляников А.Г., Найденова И.Е., Евтеев В.Б.	ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ.....153 Тажиудинова Р.И., Нурмагомедова С.С.
СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ В ПРОГНОЗЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....143 Сонголова Е.Н., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Коваленко А.Е.	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....153 Тамазаева Х.Н.
ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....144 Старцева Н.В., Нургалева И.В., Майтесян К.Ю.	ВЕССЕЛ ДУЭ Ф В КОРРЕКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСОКОГО РИСКА.....154 Тараленко С.В., Агаркова Л.А., Дикке Г.Б., Белова Н.Г., Федоренко О.А., Габитова Н.А., Холопов А.В., Холопова Т.С., Григоренко О.И.
ВОЗМОЖНОСТИ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....145 Стольников И.И., Каргаполов А.В., Егорова И.В.	КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН...155 Тарасова Н.С.
ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....146 Стрижаков А.Н., Малиновская В.В., Буданов П.В., Асланов А.Г.	ОЦЕНКА ПРИЧИН И ТЕЧЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....156 Тетелютина Ф.К., Уракова Н.А., Газизова А.С.
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕСТОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....146 Стрижаков А.Н., Мусаев З.М.	ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....156 Ткаченко Л.В., Пугачева Т.К.
ДИНАМИКА ПОКАЗАНИЙ И ЧАСТОТА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.....147 Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Тимохина Т.Ф., Рыбин М.В., Мартиросова А.Л.	

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА АГРЕГАЦИЮ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ.....157 Трошкина Н.А., Циркин В.И., Дворянский С.А., Ивашкина Е.П.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ ФОРМУЛЫ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДАТЫ РОДОВ, УЧИТЫВАЮЩЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЖЕНЩИНЫ В СРАВНЕНИИ С ФОРМУЛОЙ НЕГЕЛЕ....167 Федорович О.К., Ичмялян А.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА.....158 Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Красникова М.Б., Михайлова Г.Н.	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....168 Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.
ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....159 Трубникова Л.И., Киселева Л.М., Иглина М.А., Ибрагимова Л.Э.	ДИНАМИКА СЛУЧАЕВ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....169 Фролов А.Л., Сыртланов И.Р., Фролова Е.В.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННОСТИ.....160 Трубникова Л.И., Корнилова Т.Ю.	ПРИЧИНЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ.....169 Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Жукова К. Ю., Ивандеева О.И.
ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА.....160 Тютюнник В.Л.	РОЛЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ МОЗГА В ПРОРЫВЕ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....170 Хайруллина Г.Р., Габидуллина Р.И.
РОЛЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....161 Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Майсурадзе В.М.	МЕСТО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОТБОРЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕФЕКТНЫХ ПЛОДОВ.....171 Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б., Эсетов А.М.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗА.....162 Уразаева Ф.А., Хамадянов У.Р.	ЗНАЧЕНИЕ САМПУЛОВАСТЕР FETUS В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.....171 Хасанов А.А., Минуллина Н.К., Федорова Ж.П.
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ...163 Усанов В.Д., Архипова Т. В.	РОЛЬ КАМПИЛОБАКТЕР В ГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....172 Хасанов А.А., Миннуллина Н.К., Ибрагимова А.А.
КОРТИКО-КАТЕХОЛАМИНОВЫЕ ГОРМОНЫ ПЛОДА В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....164 Ушакова Г.А., Рец Ю.В., Шрайбер С.А.	ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....172 Холопов А.В., Агаркова Л.А., Гнедько О.В.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....165 Фадеев С.В.	ПРИЧИНЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА №2.....173 Цаллагова Л.В., Попова Л.С., Гасиева М.А.
ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ.....165 Фаткуллин И.Ф.	ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ.....174 Цхай В.Б., Костарева О.В., Ильина М.Г., Гацких И.В., Артюхов И.П.
К ВОПРОСУ О МОНИТОРИНГЕ ГЕМОДИНАМИКИ БЕРЕМЕННЫХ И ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА.....166 Фаткуллин И.Ф., Юпатов Е.Ю.	СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....174 Чарторижская Н.Н., Дейкова Е.З., Белокриницкая Т.Е.
К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.....167 Фаткуллин Ф.И.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАЦЕРВИКАЛЬНОГО ГЕЛЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....175 Шамсутдинова Л. Г.

ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ С НЕДОСТАТОЧНЫМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ.....176 Шахмаева А.Б., Низамова А.Ф., Глебова Н.Н., Трубина Т.Б.	ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПОСЛЕ РОДОВ.....185 Шмаков Р.Г., Кузнецов С.Ю.
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ И КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....176 Шацкая О.Ю., Гурьев Д.Л.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....186 Шмаков Р.Г., Демина Е.А.
ВОЗМОЖНОСТИ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА.....177 Шевелёва Т.В., Скворцова М.Ю.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....186 Штепо М.В., Огуль Л.А., Гужвина Е.Н., Бахмутова Л.А.
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ РЕДУКЦИИ ЧИСЛА ПЛОДОВ.....178 Шелаева Е.В., Павлова Н.Г., Тышкевич О.Л.	ЭРИТРОПОЭТИН И ВОЗМОЖНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ.....187 Щербиков В.И., Поздняков И.М., Еремеева Л.И.
Перинатальные исходы после ВНУТРИУТРОБНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АНЕМИИ ПЛОДА ПРИ RH-АЛЛОИММУНИЗАЦИИ.....179 Шелаева Е.В., Павлова Н.Н., Константинова Н.Н.	КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....187 Эгамбердиева Л.Д., Хамитова Г.В.
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С «СОМНИТЕЛЬНОЙ» ФОРМОЙ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА.....180 Шелковникова В.В.	СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В СЛУЧАЯХ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ.....188 Эсетов А.М., Бекеладзе Г.М., Эсетов М.А.
НЕЙРОАНТИТЕЛА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА.....181 Шеманаева Т.В.Сидорова И.С., Никитина Н.А.	К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ.....189 Эфендиева Д., Бегова С.В., Омаров Н.С.М.
ПРЕНАТАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....182 Шигабутдинова Т.Н., Хасанов А.А., Шакирова Ф.К.	СИНДРОМЫ МАРФАНА, ЭЛЕРСА-ДАНЛО, РЕНДЮ-ОСЛЕРА И БЕРЕМЕННОСТЬ.....189 Юдаева Л.С., Макацария А.Д.
РОЛЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.....182 Шигабутдинова Т.Н., Хасанов А.А., Полякова Н.С.	РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОВЕЗИКУЛЯЦИИ КЛЕТОК КРОВИ В ОЦЕНКЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ.....190 Яковлев Н.В., Зубаирова Л.Д., Абдулхаев Ф.А.
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ДИФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ.....183 Шидловская Н.В., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Башакин Н.Ф.	<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b>
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....184 Шиляева Е.Г.	АНТИОВАРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕЛИАКИЕЙ.....192 Абдул-заде И.Э., Новикова В.П., Гуркин Ю.А.
ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ГИСТЕРОМЕТРИИ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОХИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПУЭРПЕРАЛЬНОГО ЭНДОМИОМЕТРИТА.....184 Шляпников М.Е., Жестков А.В., Решетникова В.П., Арутюнян К. Н., Меркулова В.И., Афанасьева Л.В., Вырыпаева Л.А., Данилов В.Д.	КОНЦЕНТРАЦИОННО-ЗАВИСИМОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕКСЭСТРОЛА НА СОКРАЩЕНИЯ МИОМЕТРИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ АТФ.....192 Аблаева Д.Н., Хасанов А.А., Зиганшин А.У., Шакирова Ф.К., Янкович В.А., Аблаева С.И.
	ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.....192 Авксенова М.Н., Сандакова Е. А., Терещенко И. В.
	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ.....193 Адамян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Гусаева Х.З., Василенко И.А.

ГЕН КАТАЛИТИЧЕСКОЙ СУБЪЕДИНИЦЫ ТЕЛОМЕРАЗЫ (hTERT) ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....194 Адамьян Л.В., Гусаева Х.З., Марченко И. А., Коваленко Н.А.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ. ....201 Баженова Л.Г.
ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....195 Айвазова Д.С., Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Котова С.Ф., Тарасова Н.А.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГРАМАХ ЭКО И ПЭ ПРИ ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ БЕСПЛОДИЯ.....203 Базина М.И., Игошина С.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ.....195 Александров М.Т., Зуев В.М., Нисимова И.С., Джигладзе Т.А.	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИРУНИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА.....203 Байрамова Г.Р., Быковская О.В.
ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА В ЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ ЖЕНЩИН В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ.....196 Алиева С.Н., Алиева П.М., Бочарова Е.Н., Масюкова С.А., Брагина Е.Е.	ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ.....204 Белякина И.В., Кира Е.Ф.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ КЕТОКОНАЗОЛОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА.....196 Алиханова Э.М., Каллаева А.Х.	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....204 Бондаренко К.Р., Гараева Л.Н., Гайсина Ю.Р., Хасанова С.Г., Хасанова Г.Ф., Акбашева А.О., Мавзютов А.Р.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕГОРМОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ.....197 Андреева М.В., Гладкова Н.А., Андреев В.А.	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ (РОССИЯ).....205 Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И., Холина Л.А., Закиева В.А.
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИОННОГО СПЕКТРА ЛИМФОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....198 Андреева Н.Н.	КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН.....206 Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е. И., Холина Л.А., Селезнева Е. Э.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....198 Андрянова Г.А.	ИНФРАКРАСНАЯ ФУРЬЕ СПЕКТРОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....207 Боровикова Л.В., Першин Д.В., Игнатъев А.А., Насонов С.В., Буланов Г.А., Загрядская Л.П., Ершова В.О.
УРОГЕНИТАЛЬНОЕ СТАРЕНИЕ У ЖЕНЩИН - ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ.....199 Антропова М.Ц., Звычайный М.А., Воронцова А.В.	ВЛИЯНИЕ АНТРОПОТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ РЕСУРСОДОБЫВАЮЩЕГО РЕГИОНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....208 Бочарова Г.П., Михеенко Г.А., Барановская Н.В.
ДЮФАСТОН В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРО- ЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ. ....200 Антропова Е.Ю., Тухватуллина Л.М.	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА АГНУКАСТОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ.....208 Брюхина Е.В., Окраинская О.А.
ЧАСТОТА ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ.....200 Арбуханов М.А., Эсетов А.М., Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.	УРЕАПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ – ВЗГЛЯД ГИНЕКОЛОГА.....209 Быковская О.В.
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПВИ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН.....201 Арипджанова Д.С.	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ.....210 Быковская О.В.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.....201 Бадретдинова Ф.Ф., Ящук А.Г., Ахматгалиева А.А., Нуртдинов М.А.	



ГИСТЕРОСКОПИЯ И ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. .... 211 Бычков В.И., Хоц Е.С.	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ..... 219 Гараева Г.В., Кульмухаметова Н.Г.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОНАДОТРОПИНОВ И ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ И БЕЗ НЕГО. .... 212 Вагапова Л.Ш., Константинова О.Д.*, Дарусенкова Н.Т.	КОНЦЕПЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ..... 220 Гаспаров А.С., Тер-Овакимян А.Э., Хилькевич Е.Г.
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ САЛЬПИНГООФОРИТАМИ..... 213 Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф., Зайнуллина Р.М., Красильникова О.К.	СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ..... 221 Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Бурлев В.А.
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЖЕЛЕЗНОГОРСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 гг. .... 214 Варавин И.И., Загуменный С.В., Зыбенко И.И., Сидоров Г.А., Коваленко Б.С. Кисилёв И.Л.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЗАЛАИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА..... 222 Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Будыкина Т.С., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Алимова Н.Г.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЗОТНО-ТЕРМАЛЬНЫХ ВОД В СОЧЕТАНИИ С МАГНИТО-ИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ. .... 215 Вовницкая Л.А, Цаллагова Л.В., Мирзаева Л.М.	ГАЛАВИТ” В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ И В ПРОГРАММЕ ЭКО У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ..... 222 Гатаулина Р.Г., Ванько Л.В., Дуринян Э.Р., Ежова Л.С., Палкина Н.В., Кулакова Е.В., Верясов В.Н., Менжинская И.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК ШКОЛЬНИЦ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН..... 215 Гаджиева А.Б., Хархаров А.Г.	ВОЗДЕЙСТВИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ VI ТРИМЕСТРЕ НА НЕЙРОЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ. .... 223 Гатина Г.А., Махмудова А.Р., Магомедханова Д.М.
РАК ШЕЙКИ МАТКИ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ. . . 216 Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Л.Ю.Ивкина	ИСКУССТВЕННОЕ БЕСПЛОДИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (медицинские и социальные аспекты)..... 224 Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., Новиков Е.И.
РАК ТЕЛА МАТКИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ..... 216 Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Ивкина Л.Ю., Тетерич Р.В.	АНАЛИЗ ПРОЛечЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ..... 225 Головнина И.В., Баженова Л.Г.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА АЛЛОКИН-АЛЬФА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ..... 217 Гайдуков С.Н, Комиссарова О.Н.	ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА..... 226 Гончаревская З.Л., Ларионова М.Н.
ОСОБЕННОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА..... 217 Галин А.П., Андреев С.В., Андреева Л.Л.	ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ СОНОГРАФИИ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ..... 227 Горбунова Е.Е., Прокопьева Т.А.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРООБМЕННО-ЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ..... 218 Галкина Ю.В., Маринкин И.О., Пивень Л.А.	ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИТАЛИИ..... 227 Грон Е.А.
СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ..... 218 Ганцев Ш.Х, Кулавский В.А, Кулавский Е.В Фархутдинов Р.Р., Пушкарев В.А, Ручкин В.Н., Воробьев А.С	ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ..... 228 Даташвили С.С. Цхай В.Б. Макаренко Т.А. Сарап П.В.

ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И АДЕНОМИОЗОМ.....228 Джемлиханова Л.Х.	ТЕРАПИЯ АНЕМИИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ИНТЕРФЕРОНУ ГАММА..... 237 Евтушенко И.Д., Сотникова Л.С., Шерстобоев Е.Ю., Дыгай А.М., Болотова В.П., Суродеева М.А.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ МЕТОДОМ КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ..... 229 Дикарева Л.В., Шварев Е.Г., Шрамкова И.А., Аюпова А.К.	РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВУЗов И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОБЛЕМЕ КОНТРАЦЕПЦИИ.....238 Егорова Е.И.
СОВРЕМЕННЫЕ ЩАДЯЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕРЫВАНИЯ НЕПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА И СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН.....230 Дикке Г.Б, И.А.Башлыкова, Н.В.Шперлинг	ЗНАЧЕНИЕ ГОМЕОСТАЗА АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА..... 239 Ермолова Н.В., Орлов В.И., Зинкин В.И., Берлим А.А., Скачков Н.Н., Зинкина Е.В., Ширинг А.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕЗА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.... 231 Доброхотова Ю.Э., Сойкина Ж.А., Дорофеева Л. А., Орлов Е.Н., Кириллов М.Ю.	ДВОЙНОЙ СЛЕПОЙ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ЭЛЬТОН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРВИЦИТАМИ В КАЧЕСТВЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ..... 240 Жаркин Н.А., Щетинина Т.А
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В СОЧЕТАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ГЕНФЕРОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ.....232 Доброхотова Ю.Э, Чернышенко Т. А., Дорофеева Л. А., Сойкина Ж.А.	ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ БРЮШИННОГО КОЛЬПОПОЭЗА..... 241 Журавлева В.И.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА..... 233 Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Аксенова М.Г., Филатова Л.А., Герасимович М.Ю., Есипова Е.П.	ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ..... 241 Зайнуллина Р.М.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА И ЛОКАЛЬНОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРЕПАРАТОМ НОВАРИНГ..... 234 Доброхотова Ю.Э., Затилян Н.Г.	МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ..... 242 Закрытная О.С., Ящук А.Г.
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....234 Дресвянская Т.В., Окладников Д.В., Цхай В.Б., Фокин Ю.А., Евдоченко И.И.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ПРИНЦИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ..... 243 Зарубенко И.П., Кира Е.Ф., Ермолинский И.И., Мелько А.И., Вязьмина К.Ю.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....235 Дуб Н.В., Алексеева Е.Ю., Гладкова Л.Л., Бесова Н.В.	ЦВЕТОВОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ И ДОППЛЕРОМЕТРИЯ СОСУДОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЖИДКОСТЬЮ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ..... 243 Захарова Л.В., Гасанова М.К.
СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА.....236 Евтушенко И.Д., Оккель Ю.В., Сотникова Л.С., Болотова В.П., Шерстобоев Е.Ю.	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ВЛАГАЛИЩА..... 244 Захарова Т.В., Иванова О.В.
	НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА.....244 Захарова Т.П., Архипенко Н.И., Манухин И.Б.
	ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ IVM..... 245 Здановский В.М., Бедник Д.Ю., Смирнова О.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА..... 245 Зудикова С.И.	СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....254 Калинкина О.Б., Мельников В.А., Высоцких Т.С., Усова М.А., Калинкина Л.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРМОАБЛАЦИИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ..... 246 Зуев В.М., Джибладзе Т.А., Крятова А.В..	РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ПВИ).....255 Каллаева А.Х. , Алиханова З.М.
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ... 246 Зуев В.М., Джибладзе Т.А., Нисимова И.С.	ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....255 Карахалис Л.Ю., Федорович О.К.
СКАНЕРНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛАЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ..... 247 Зуев В.М., Джибладзе Т.А., Пальцева Е.М.	АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ГЕСТАГЕНОТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА..... 256 Карева Е.Н., Гаспарян Н.Д., Горенкова О.С., Маняхина А.Е.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО – ДИСТРОФИЧЕСКИХ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОЦЕРВИКСА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.....247 Зуев В.М., Нисимова И.С., Джибладзе Т.А., Шадыев А.Х.	ЛАЗЕРНАЯ И ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ У ДЕВОЧЕК..... 257 Картелишев А.В., Коколина В.Ф., Нафталиева Д.И., Румянцев А.Г.
ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ.....248 Иванова М.Н., Ли Б., Минаева И.Г.	АТИПИЧНЫЕ МИОМЫ МАТКИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.....258 Карушина Л.М., Кулавский В.А.
СОВРЕМЕННЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ.....248 Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Овсянкина Н.Л., Аветисян Т.Г., Киракосян Л.С.	АМБУЛАТОРНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....259 Кира Е.Ф., Гамирова Е.В, Хазиахмедова Р.Р.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ.....249 Иленко Е. В., Артымук Н. В., Магарилл Ю.А., Хоботкова Е.А.	РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ..... 260 Кира Е.Ф., Гамирова Е.В., Хазиахмедова Р.Р., Сорокин А.Н.
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ – БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ. 250 Иозефсон С.А.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....260 Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю., Хохлова И.Д.
АКТИНОМИКОЗ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТРУБНОЯИЧНИКОВЫХ ОПУХОЛЯХ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПАТОГЕНЕЗА..... 250 Исаченко С.И., Левченко В.Г.	ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ..... 261 Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю.
ЭКСПРЕССИЯ АГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ: ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА, ЕГО РЕЦЕПТОРА И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В НОРМАЛЬНОМ И ГИПЕРПЛАЗИРОВАННОМ ЭНДОМЕТРИИ.....251 Ищенко А.И., Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Коган Е.А.	ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ..... 261 Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю., Хохлова И.Д., Клементе Апумайта Х.М.
СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПОЧЕЧНОЙ АГ В КЛИМАКТЕРИИ..... 252 Какваева С.Ш., Хашаева Т.Х-М.	
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ..... 253 Калинкина О.Б., Мельников В.А.	

ИЗМЕНЕНИЕ ОПТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....262 Ковалев М.И., Ветеркова С.Ю.	К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ ОПУЩЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....272 Кох Л.И., Дорош Т.Н.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ.....263 Ковач В.С., Плахотников И.А..	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКОВ..... 273 Кох Л.И., Содномова Н.В, Балакшина Н.Г.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....263 Ковтун О.Г.	ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО, СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ.....274 Красникова М.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ФАКТОРОВ ЭРИТРОПОЭЗА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕВОЧЕК..... 264 Коколина В.Ф., Нафталиева Д.А., Казюкова Т.В., Дядик Т.Г., Левина А.А., Кочанова Н.А., Романов В.М.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА.....274 Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Мельникова Ю.Н., Бабунашвили Е.Л.
ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ФУНКЦИИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ..... 265 Коколина В.Ф., Фомина М.А., Паренкова И.А.	ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ..... 275 Крешнянская Н.Г., Мельникова Л.Е., Усольцева Е. Н., Брюхина Е.В.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МАТЕРИ БРОМОКРИПТИНОМ..... 266 Коколина В.Ф., Романцова Т.И., Бобров А.Е., Рашидова Е.Ю., Цветкова Н.И., Яровая И.С.	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ.....276 Кузнецова Е.П, Серебренникова К.Г., Халипов Р.З.
СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ..... 267 Коколина В.Ф., Дядик Т.Г., Рашидова Е.Ю., Антюхова О.В.	РЕЦИДИВЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....277 Кузнецова И.В., Вельхьева Р.А., Якокутова М.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.... 268 Коколина В.Ф., Миллер А.П., Киреева Е.С., Паренкова И.А.	ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА.....278 Кузнецова И.В., Якокутова М.В.
ОСОБЕННОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ..... 269 Константинова О. Д., Лискова Ю. В.	ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ.....279 Кузнецова Н.Н., Тетелютина Ф.К.
ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ..... 269 Коротовских Л.И., Прохоров В.Н., Кононова И.Н., Сысоев Д.А.	ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПО- И ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫХ СОСТОЯНИЙ.....280 Кузьмина С.А., Зудикова С.И.
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....270 Костина М.А., Зубарева Г.М.	ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....280 Кулавский В.А., Насырова Н.И.
СТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ СОЗРЕВАНИЕМ..... 271 Котова С.Ф.	ИНФЕКЦИЯ В ГЕНЕЗЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ.....281 Кулавский В.А., Мустафина Г.Т., Каримова А.З.
	СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.....282 Кулавский Е.В.

ЭКСПРЕССИЯ МРНК ХЕМОКИНОВ И ХЕМОКИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В МИОМЕТРИИ И МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ..... 283 Кулагина Н.В., Сысоев К.А., Чухловин А.Б., Морозова Е.Б., Тотолян Арег А.	УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИСЦЕНЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА МЕТОДАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ.....292 Лузина Л.В., Абулхайрова О.С.
РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЗА 2003 – 2006 гг..... 284 Кулаков В.И., Серов В.Н., Серебренникова К.Г., Ковтун О.Г., Шахова М.А.	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ..... 292 Лысенко М.А., Гаспарян С.А., Есяян Н.Г., Гусаева Г.З., Василенко И.А., Метелин В.Б.
НОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... 285 Кулинич С.И., Балханов Ю.С.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ..... 293 Лысяк Д.С., Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Григорьева Ю.В.
ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКАХ У ПАЦИЕНТОК С РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ..... 286 Кулинич С.И., Николаева И.Н., Голубев С.С., Ботунова Е.В.	РАННЯЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ И АДГЕЗИОЛИЗИС ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ..... 293 Мазитова М.И., Гайнутдинова Э.Р.
РОЛЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.....286 Кулинич С.И., Покинъчереда Т.В., Ежова И.В.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ С ИНСУФЛЯЦИЕЙ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА И БЕЗ ТАКОВОЙ..... 294 Мазитова М.И., Сабирова С.Р., Ляпахин А.Б.
ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ И АГОНИСТОВ Г <sub>1</sub> RF НА ПРОЦЕСС АНГИОГЕНЕЗА (VEGF, VEGF R1, VEGF R2, ANGIOGENIN, ANGIOPOETIN 2) У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА..... 288 Кулумбегова Л.Т., Самойлова Т.Е.	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....295 Майскова И.Ю., Семятов С.М., Сидеропулу Н.Х.
АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА®»..... 289 Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В., Попова Е.М., Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф.	ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....296 Макаров О.В., Хашукоева А.З., Отдельнова О.Б.
КОРРЕКЦИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ..... 290 Кульмухаметова Н.Г., Бурангулова А.И., Ящук А.Г., Долженко А.В.	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ЯЙЦЕВОДОВ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....296 Махова А.Н., Шатунова Е.П., Макарова Н.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ «МАЛЫХ» ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ... 290 И.Г. Куценко, И.Д. Евтушенко, А.Б. Карпов, Болотова В.П., Махмутходжаев А.Ш., Тахауов Р.М., И.И. Кубат.	РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ И ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ..... 297 Мальцева Л.И., Церетели И.К., Панькова М.В.
ТЕРАПИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ АГНУКАСТОН.....291 Ледина А.В., Тагиева А.В., Ревазова Ф.С.	БЕЛКИ И ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ЭКОИПЭ.....298 Маркина Л.А., Баженова Л.Г., Зорина Р.М., Рябичева Т.Г., Конышева Т.В., Чирикова Т.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИМАДИНОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....291 Ледина А.В., Прилепская В.Н.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ..... 299 Маясина Е.Н., Звычайный М.А., Воронцова А.В., Осипенко А.А., Федотовских И.В.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОГЕНОВ В КЛЕТКАХ ЯИЧНИКА И ПРОЦЕССЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ И РЕГУЛЯЦИИ АПОПТОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.....	300	СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО КОЛЬЦА НОВА РИНГ.....	306
Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф., Теплова С.Н.		Назарова Н.М., Межевитинова Е.А., Акопян А.Н., Абакарова П.Р.	
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ СКРИНИНГОВЫХ АНТИТЕЛ (К Н-ДНК, Д-ДНК, АНФ) И АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ(АНТИТЕЛА К -2 ГЛИКОПРОТЕИНУ, К ФОСФАТИДИЛСЕРИНУ, К АННЕКСИНУ V) ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕГУЛОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	301	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У ПАЦИЕНТОК С ВЫПАДЕНИЕМ МАТКИ И ОПУЩЕНИЕМ СТенок ВЛАГАЛИЩА.....	307
Межевитинова Е.А., Сухих Г.Т., Назарова Н.М., Менжинская И.В., Акопян А.Н.		Нестеров Ф.В., Худяев А.Т.	
ВНУТРИМАТОЧНАЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМА В ПРАКТИКЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА.....	301	ЭКСПРЕССИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ИЗОФОРМЫ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ПОВЕРХНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....	308
Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Калоева З.В., Харитоновна Л.И., Овсянкина Н.Л., Киракосян Л.С., Буцык И.И.		Николаева М.А., Алексинская М.А., Голубева Е.Л., Ушакова И.В., Данилов С.М., Сухих Г.Т.	
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ СОБСТВЕННЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН.....	302	ДВУХЭТАПНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....	308
Мельников В.А., Краснова Н.А., Нурмухаметова Э.Т.		Нуруллина Д.В., Вахитов Р.А.	
ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК.....	302	ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМАТОМ.....	308
Мельникова Т.А., Муслимова С.Ю.		Нуруллина Д.В., Еремкина В.И., Вахитов Р.А.	
ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ANTIAGE-ПРОГРАММАХ.....	303	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛПУ г.ЕКАТЕРИНБУРГА МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ.....	309
Митяшина А.М., Шабашова Н.П., Звычайный М.А., Воронцова А.В., Енотова Е.М., Попова Е.В.		Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Кузина Т.В., Спирин А.В., Селиверстова Ю.С.	
ФАРМАКОКИНЕТИКА ГАЙРО ПРИ МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С ВОБЭНЗИМОМ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ.....	304	ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	310
Мустафина Г.Р., Дианов В.М. <sup>1</sup> , Мавзютов А.Р., Хисматуллина З.Р., Ибраева Р.А., Сушко Е.Д., Губачева Т.К.		Одаманова М.А., Хашаева Т.Х., Аллахкулиева С.З., Алиева С.А.	
ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ ПРИ ВУЛЬВОДИНИИ.....	305	ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ.....	310
Нагорный Э.Ю., Ишпахтин Г.Ю.		Озолина Л.А., Лапина И.А., Кашежева А.З.	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МУКОЗАЛЬНОГО БАРЬЕРА РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ВУЛЬВОДИНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	305	ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МАТКЕ С ПЕРЕВЯЗКОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ВЕТВИ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	311
Нагорный Э.Ю., Ишпахтин Г.Ю.		Орлов В.М., Ковалева Ю.В.	
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ФОРМАХ БЕСПЛОДИЯ.....	306	МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОТОПА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НОВАРИНГ.....	312
Назаренко Е.Г.		Орлова В.С., Набережнев Ю.И.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СПКЯ.....	306	МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА И СОМАТИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ.....	313
Назаренко Т. А., Чечурова Т. Н., Кирмасова А. В., Ипен М.С.		Орлова В.С., Калашникова И.В., Литвак О.М., Ивницкая В.В.	

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....	313	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК.....	322
Осипенко А.А., Звычайный М.А., Воронцова А.В., Маясина Е.Н., Федотовских И.В.		Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Ларионова Г.В., Левчук Е.С., Левчук Д.А.	
ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.....	314	ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА.....	323
Пашаева А.Д.		Пятибратова Е.В., Томашева С.С.	
ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....	315	ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	324
Пекарев О.Г., Любарский М.С.		Рагимова З.Э., Джобава Э.М., Доброхотова Ю.Э.	
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ.....	316	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ.....	324
Петрова Е.В.		Ребро Н.А.	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ПОДРОСТКОВ С ХУ-РЕВЕРСИЕЙ ПОЛА.....	317	КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	325
Пискорская В.М., Бижанова Д.А., Дядик Т.Г.		Рябцева М.В., Вязьмина К.Ю., Кира Е.Ф.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОНТРАЦЕПТИВОВ ЯРИНА, МЕРСИЛОН И НОВА РИНГ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И УМЕРЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	317	ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НЕВЫПОЛНЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПРОГРАММОЙ.....	326
Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Сумятина Л.В.		Сагинор М.Е., Горин В.С., Богданова Н.Л.	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....	318	КАЧЕСТВО АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ЕГО ТЕЧЕНИИ.....	327
Подольхов Е.Н., Петрова Н.Н., Иванов А.В., Ниаури Д.А.		Сандакова Е.А., Зимовина У.В., Касатова Е.Ю.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПОЛИМЕРОВ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИСБИОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	319	РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.....	327
Полянская Р.Т., Цхай В.Б., Дудина А.Ю., Большаков И.Н., Фадеева Е.К.		Санникова А.М., Щукина Н.А., Лукашенко С.Ю.	
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ В ANTIAGE-ПРОГРАММАХ У ЖЕНЩИН.....	320	ПРИМЕНЕНИЕ БИОМАТЕРИАЛА АЛЛОПЛАНТ® ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА СТЕНКИ МАТКИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ.....	328
Попова Е.В., Звычайный М.А., Воронцова А.В., Енотова Е.М., Митяшина А.М., Шабашова Н.П.		Сахаутдинова И. В., Муслимова С. Ю.	
ТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ АБОРТOM.....	321	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНЕРГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.....	329
Попова Е.М., Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Валиуллина Н.З.		Сахаутдинова И.В.	
ЭНДОМЕТРИОЗ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ГОРМОНЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	321	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.....	330
Прилепская В.Н.		Сахаутдинова И.В.	

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА НА ШЕЙКЕ МАТКИ.....331 Семиошина О.Е., Озолина Л.А.	ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛЕЙПРОРЕЛИН В ЦИКЛАХ ЭКО С ОТСРОЧЕННЫМ ПЕРЕНОСОМ.....339 Таскина О.А., Кузьмичев Л.Н.
СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСОВ.....332 Семятов С.М., Голдина А.Я., Димитрова В.И., Кондакова Т.А.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ АГОНИСТОВ-ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНА: ДИФЕРЕЛИНА И ЛЕЙПРОРЕЛИНА В ЦИКЛАХ ЭКО У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ....339 Таскина О.А., Кузьмичев Л.Н.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ Фолликулярных КИСТАХ ЯИЧНИКОВ.....332 Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халипов Р.З., Меняшева В.Ф.	КЛИНИЧЕСКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗГТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ онкоGINEКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....340 Терехина О.В., Чабров А.М.
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ К ЦИКЛАМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....333 Серебренникова К.Г., Чумакова Н.В., Хмелевская В.Ф., Мусаева М.Г.	РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ.....341 Ткаченко Л.В.
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....334 Сибекова Т.В., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А	ЛЕЧЕНИЕ ФОНО- ИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ ГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА.....341 Ткаченко Л.В., Вдовин С.В., Углова Н.Д.
СОДЕРЖАНИЕ ЯИЧНИКОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА.....335 Сирота И.В.	НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНТИОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....342 Ткаченко Л.В., Курушина О.В.
ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ.....335 Сирота И.В.	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ.....342 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.
ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА СИГМАЛЬНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....335 Смирнова М. Ю., Шлыкова А. В., Ниаури Д. А.	ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ.....343 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Богатырева Л.Н.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ.....336 Соловьёва М. И., Игнатъева Л. Н.	ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЫ РКДЦ.....343 Толстолицкая Е.А., Соловьёва М.Е., Тетелютина Ф.К., Вахрушева Е.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ЭРИТРОПОЭТИНУ В АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.....337 Сотникова Л.С., Шевцова Н.М., Дыгай А.М., Евтушенко И.Д., Болотова В.П., Суродеева М.А.	ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ОВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....344 Трубин В.Б., Додонов А.Н., Глебова Н.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ.....338 Степанова О.С., Коноваленко В.Г.	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ ПРИ ПЕРВОМ МЕДИЦИНСКОМ АБОРТЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.....345 Трубина Т.Б., Красникова М.Б., Трубин В.Б., Глебова Н.Н.
ГОМОЦИСТЕИН В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....339 Сухих Г.Т. Файзуллин Л.З.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ.....346 Трубникова Л.И., Трубников В.С., Егорова О.А., Тетерина Н.Г., Иванова М.Б.



ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЮФАСТОН В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ.....347 Тухватуллина Л.М., Хрулева Г.Х.	ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЦИКЛИЧЕСКИХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТЕЛА МАТКИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ И ПРЕМНОПАУЗЕ.....355 Хохлова И.Д., Игнатенко Л.Л., Федорова Е.В., Ковалев М.И., Низкая Е.С., Хименес И.
ЗНАЧЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА И ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ.....347 Тухватуллина Л.М., Хрулева Г.Х., Гурьев Э.Н.	КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМНОПАУЗЕ.....356 Хохлова И.Д., Гогоберидзе Т.И., Игнатенко Л.Л., Федорова Е.В., Ковалев М.И., Низкая Е.С., Хименес И.
АДЪЮВАНТНЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ.....348 Тухватуллина Л.М., Антропова Е.Ю.	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНО+ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММЕ ЭКО..... 357 Хритинин Д.Ф., Кулаков В.И., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗАЛАИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК.....349 Уварова Е.В., Латыпова Н.Х.	ЛОКАЛЬНЫЙ ПЕРЕКИСНЫЙ СТАТУС ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ.....357 Хышиктыев Б.С., Каюков В.А., Каюкова Е.В., Терешков П.П.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНЫХ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК..... 350 Фазлетдинова И.Р.	ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН.....358 Чацкис Е.М., Иоцефсон С. А.
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК.....351 Фазлетдинова И.Р., Трубин В.Б., Фазлетдинов Р.З.	АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С НЕТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ..... 358 Чевычалова Е.В., Коваль Е.Ю., Меленюк И.Г., Плеханова Л.С., Тишкова З.Т., Сазонова И.А., Маркина Л.А.
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ.....351 Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПЕРОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «МАРВЕЛОН» В ПРОЛОНГИРОВАННОМ РЕЖИМЕ.....359 Чернышева Е.С, Прилепская В.Н.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ Фолликулярных КИСТ ЯИЧНИКОВ..... 352 Халипов Р.З., Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г.	ЭЛЕВАТОР ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ – РЕШЕНИЕ ОДНОГО ИЗ ВОПРОСОВ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ..... 360 Чернявский И.Я, Чернявская О.В., Чернявская Г.И.,
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ И ХАРАКТЕР КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА ФАГОЦИТИРУЮЩИХ КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ.....353 Хамадьяднова А.У.	СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С РАЗВИТИЕМ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.....361 Чубченко С.В., Сотникова Л.С., Корнетов А.Н., Евтушенко И.Д., Болотова В.П., Суродеева М.А.
ПРЕИМУЩЕСТВО ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ, ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ МАТКИ.....354 Хачатрян А.К.	ТЕПЛОВИЗИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ.....362 Чунихина Е.В., Давидян Л.Ю., Мелехина Е.В.
ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТМНОПАУЗАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.....354 Хашаева Т.Х-М., Эседова А.Э., Стефанян Н.А., Алиева С.А.	ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНОГО РАЗВИТИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРЕМНОПАУЗЕ..... 362 Шаркова С.М.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА..... 355 Хашукоева А.З., Леонова Е.И., Савченко Т.Н., Парыгина С.В.	ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИМСЕМИНАЦИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ В БРАКЕ....363 Шахова М.А., Пули Ж-Л., Кузьмичев Л.Н.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
НАТИВНЫХ И КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ  
СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОГРАММЕ ИКСИ В БРАКЕ  
ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ.....364  
Шахова М.А., Пули Ж-Л., Кузьмичев Л.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА  
КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ДЛЯ РАННЕЙ  
ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ЯИЧНИКОВ.....364  
Шварев Е.Г., Дикарева Л.В., Оводенко Д.Л., Аюпова А.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ В  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....365  
Шрамкова И.А., Шварев Е.Г., Дикарева Л.В.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....366  
Щукина Н.А., Буянова С.Н.,

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ И НАРУШЕНИИ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....367  
Эгамбердиева Л.Д., Подольская М.А.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ  
ПАР С БЕСПЛОДИЕМ.....367  
Эсетов А.М., Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.

ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПРОЦЕССЫ  
ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В  
ГИНЕКОЛОГИИ.....368  
Эфендиев М.М.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ  
ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ  
ЯИЧНИКОВ.....368  
Юровская В.П., Евдокимова Е.П., Калинина И.Ю., Кочеткова И.П.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА  
ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ  
ТРУБАХ.....369  
Яценко И.Н., Минаев Н.Н., Минаева И.Г.

ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИЙ ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ  
В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ.....370  
Ящук А.Г.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПРИДАТКОВ МАТКИ.....371  
Ящук А.Г., Бадретдинова Ф.Ф.,  
Нуртдинов М.А., Ахматгалиева М.А.

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И  
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ  
СИСТЕМЫ «МИРЕНА®».....371  
Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.,  
Попова Е.М., Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН СО  
СТРЕССОВОЙ МОЧЕВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ.....372  
Ящук А.Г., Закрытная О.С.

## НЕОНАТОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ СДППД  
В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ПОДХОДАМИ К  
РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ С  
ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....374  
Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Ионов О.В., Борисевич О.А.

НЕКОТОРЫЕ ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ У  
НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ  
ИНФЕКЦИЯМИ.....374  
Атясова Т.Г., Балыкова Л.А., Дзюбич Л.И., Ледайкина Л.В.,  
Нежданова М.В., Пятаева Ю.В., Раздолькина Т.И.

КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ  
НЕВРОЛОГИИ.....375  
Барашнев Ю. И.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ЕГО  
КОРРЕКЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ  
У МАТЕРЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ТИТРОМ АНТИТЕЛ  
К ФОСФОЛИПИДАМ И(ИЛИ) ХОРИОНИЧЕСКОМУ  
ГОНАДОТРОПИНУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ...376  
Бондарь О.Е., Логинова Н.С., Пономарева Л.П.,  
Ванько Л.В., Сухих Г.Т.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУС-  
НОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕН-  
НЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ.....377  
Виноградова Е.Е., Рывкина А.Г., Керимкулова Н.В.,  
Киселева О.Ю., Галицкая С.А., Синицын С.Н.

ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУПОВИНЫ  
НОВОРОЖДЕННЫХ.....378  
Глуховец И.Б., Белая Н.Б.

ТЕРАПИЯ АНЕМИИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПРИ  
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО  
ПЕРИОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА  
СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К ИНТЕРФЕРОНУ  
ГАММА.....378  
Евтушенко И.Д., Сотникова Л.С., Шерстобоев Е.Ю.,  
Дыгай А.М., Болотова В.П., Суродеева М.А.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОНАДОТРОПНО-  
ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У ДОНОШЕННЫХ И  
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК..379  
Елгина С.И., Ушакова Г.А.

СТАНОВЛЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ  
НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ  
ПЕРИОДЕ.....380  
Ергиева С.И.

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ  
ВАРИАНТАХ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА.....381  
Жетишев Р.А., Деунезева З.З.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА,  
РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ  
ИНФЕКЦИЯМИ.....382  
Ким Е.И., Лучанинова В.Н., Бурмистрова Т.И.

ОПЫТ РАБОТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).....382 Кирова Н.Н., Кулинич С.И., Павлова Т.Ю.	НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННУЮ ПАТОЛОГИЮ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ И СЛУХА.....392 Пономарева Л.П.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИМОРФИЗМА ХРОМОСОМ У ПЛОДА.....383 Ковалев В.В., Добрынина Н.В.	ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ СТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ МРТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....392 Розанов А.В.
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНВЕРСИЙ ХРОМОСОМ У ПЛОДА.....384 Ковалев В.В., Добрынина Н.В., Николаева Е.Б.	ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И КИСЛОРОДНОГО СНАБЖЕНИЯ ТКАНЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ.....393 Сидоренко И.А., Пальчик Е.А., Дуянова О.П., Михеева И.П., Котова С.Ф.
РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ И ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА И СТАНОВЛЕНИЕ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В КАРЕЛИИ (1991-2005гг).....385 Ковчур П.И., Гакуть Л.Н., Новожилова Т.С., Удодова О.А.	ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....394 Филоненко Н.Н., Желев В.А., Агаркова Л.А.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕРПЕСВИРУСАМИ.....386 Королева Л.И.	ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ НА ВЕС И ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МОРФОЛОГИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НОВОРОЖДЕННЫХ.....394 Чарторижская Н.Н., Дейкова Е.З., Белокрыницкая Т.Е.
ОСОБЕННОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....386 Лазарева Н.В., Мариенко Т.Ф., Кривошеева Г.Н., Меньших Н.И., Афлитунова Л.П., Степаненко О.А., Гурьянова О.Ю.	<b>ОРГАНИЗАЦИЯ И ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА</b>
ЗАВИСИМОСТЬ МАССЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....387 Липман А.Д., Козина О.В., Зарецкая Н.В.	ИНИЦИАТИВА ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....396 Абольян Л.В., Кулавский В.А., Даутова Л.А., Мустафин Р.М., Мукминов А.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО.....388 Мелахова Т.А., Судаков А.Г., Цекот В.В., Жданова Г.П., Харченко М.В., Павленко Е.Я.	ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ С ПОЗИЦИЙ ВЫХАЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....397 Байбарина Е.Н.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕСАДКИ ЭМБРИОНА.....388 Молчанова Е.В., Пономарева Л.П.	ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И АКТУАЛЬНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГИНЕКОЛОГА-ЭНДОКРИНОЛОГА В ЦЕНТРАХ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ «ТВОЙ МИР.RU», СОЗДАННОЙ НА БАЗЕ ПОЛИКЛИНИКИ ТВЕРСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕ.....397 Болезнова Е. В.
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВЫЖИВАЕМОСТИ ЖИВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА.....389 Николаева Е.И., Пугачева Т.Н., Гудимова В.В., Бубнова Н.И.	СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК ШКОЛЬНИЦ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....398 Гаджиева А.Б., Хархаров А.Г.
ТЕМПЫ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ.....390 Николаева Е.И., Пугачева Т.Н., Голубев В.А.	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....399 Евтушенко И.Д., Добрянская Р.Г., Залевский Г.В., Заева И.Г., Растохина Т.Я.
СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРЕНАТАЛЬНО ИЛИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....391 Петрова Л.А.	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА.....400 Кириченко М.Н., Гавриков Л.К., Анищенко В.В., Коловоротная Р.Ф	ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ.....404 Суханова Л.П., Цыбульская И.С.
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГО- ТОВКИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ.....400 Кулавский В.А., Хайруллина Ф.Л., Архипов В.В., Насырова С.Ф., Радутный В.Н., Минкин Р.И.	ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОПАГАНДЫ И ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В СТРУКТУРАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ (КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИИ).....405 Туленкова Т.Е.
ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «УЯЗВИМЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ» В Г.КАЗАНИ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....401 Минуллин И.К., Вафина Г.Г.	ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЕЕ РАЗВИТИЯ (ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕНДЕНЦИИ ДЕПОПУЛЯЦИИ: ОПЫТ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ШКОЛЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЁНОК».....408 Туленкова Т.Е.
ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИЧ- ПОЛО- ЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ В ГОРОДЕ КАЗАНИ С 2003Г ПО 2007.....402 Нестерова Д.Ф.	ПОЗДНЯЯ МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ.....412 Тутынина О.В., Егорова А.Т.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН.....403 Сибеева Т.В., Эльгаров А.А.	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ.....413 Эльгарова Л.В.
ЗАДАЧИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....403 Скрипник Е.В.	ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ В Г. КАЗАНИ С 2003Г. ПО 2007Г.....413 Нестеровой Д.Ф.